



4. Indicateurs de prévention et gestion de l'agressivité en psychiatrie

Numéro d'identification
CFQAI 4h-PSY

Version Numéro
0.1

04/12/2013

Page
1 de 7

4.h Incidence des maîtrises physiques

Description de l'indicateur

**Incidence des maîtrises physiques pratiquées suite à
l'agressivité d'un patient dans les services résidentiels**

Modifications par rapport à la version précédente

Pas d'application.

Contenu

1	Objectif poursuivi par le conseil	2
2	Motivation du choix de l'indicateur	2
3	Description de l'indicateur	3
4	Numérateurs et dénominateurs	5
5	Domaine	6
6	Communication / Rapportage	6
7	Interprétation des résultats	6
8	Références	7
9	Annexes	7



4. Indicateurs de prévention et gestion de l'agressivité en psychiatrie

Numéro d'identification CFQAI 4h-PSY	Version Numéro 0.1	04/12/2013	Page 2 de 7
---	-----------------------	------------	----------------

4.h Incidence des maîtrises physiques

1 Objectif poursuivi par le conseil

Diminuer l'incidence des agressions ou leur intensité en vue d'en améliorer la gestion. Ces agressions peuvent être causées à la fois par un manque d'anticipation ou de prévention de la part du personnel infirmier et/ou un manque de connaissance des conduites thérapeutiques à tenir face à certaines pathologies psychiatriques.

Cet enregistrement doit au minimum permettre au chef de département infirmier de connaître annuellement et par unité de soins de psychiatrie quelle est l'incidence des maîtrises physiques pratiquées suite à une agression.

En 2014, la Belgique peut se comparer à l'étranger, les autorités connaissent la situation.

2 Motivation du choix de l'indicateur

Le CFQAI a décidé de se baser sur les recommandations du National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2006) pour les raisons suivantes :

- l'exhaustivité des recommandations et la qualité de la méthodologie scientifique mise en œuvre lors de la conception de celles-ci,
- la sélection de ces recommandations sur base d'une recherche bibliographique réalisée dans le cadre de l'étude de Lardennois et al. (2007) ainsi que l'adhésion des membres du comité d'accompagnement de cette étude aux recommandations,
- l'adhésion des membres du CFQAI.

L'étude de Lardennois et al. (2007) a mis en évidence des perceptions linguistiques différentes des concepts de violence et d'agressivité au sein de notre pays. Le Conseil a décidé de retenir la notion d'agressivité.

Dans le cadre de ces fiches d'indicateurs, les formes suivantes d'agressivité sont considérées : l'auto-agressivité, l'agressivité envers autrui, l'agressivité envers les objets, l'agressivité sexuelle et l'agressivité verbale.

Notons que les guidelines du NICE sont également d'application dans le cas de « comportements perturbés » (« disturbed behaviour »), c.a.d. lorsqu'un soignant est témoin d'émotions et est victime de comportements du patient dont la conduite dévie de la norme subie/acceptée étant donné la présence d'une maladie mentale. Ces recommandations sont aussi applicables pour les services d'urgence générale.

L'enregistrement de la maîtrise physique est une recommandation clé du NICE qui est également reprise comme critère d'audit.

La maîtrise physique y est définie comme une méthode de contention physique qui requiert des compétences et l'entraînement pratique des professionnels des soins de santé désignés à cet effet



4. Indicateurs de prévention et gestion de l'agressivité en psychiatrie

Numéro d'identification CFQAI 4h-PSY	Version Numéro 0.1	04/12/2013	Page 3 de 7
---	-----------------------	------------	----------------

4.h Incidence des maîtrises physiques

afin d'éviter que des patients se fassent mal, mettent en danger d'autres personnes ou compromettent sévèrement l'environnement thérapeutique. Le but de la maîtrise physique est d'immobiliser le patient concerné de manière sécurisée. L'isolement n'est pas compris dans cette définition.

En outre, selon une étude de Lardennois et al. (2007) concernant le management de l'agressivité en psychiatrie (103 hôpitaux belges et 374 unités de soins psychiatriques concernés), il apparaît que 15% des unités de soins appliquent totalement les recommandations du NICE pour les interventions de type "maîtrise physique".

Cette même étude propose de mettre en place une politique d'enregistrement systématique de certaines interventions menées, dont la maîtrise physique, pour faire face aux faits d'agressivité.

Le choix de l'enregistrement de la maîtrise physique est basé sur le fait que la gestion de l'agressivité ne peut être correctement étudiée et améliorée que si l'on dispose de données chiffrées sur son ampleur.

En outre, pour les hôpitaux, une comparaison avec d'autres services et institutions permettrait de mener des réflexions internes importantes.

Le fait de disposer de données uniformisées en la matière permettrait également aux autorités de mieux cerner la problématique et de mettre en place des politiques ciblées.

3 Description de l'indicateur

Type d'indicateur	Indicateur de résultat
Description	<p>La maîtrise physique est définie comme une méthode de contention physique qui requiert des compétences et l'entraînement pratique des professionnels des soins de santé désignés à cet effet afin d'éviter que des patients se fassent mal, mettent en danger d'autres personnes ou compromettent sévèrement l'environnement thérapeutique. Le but de la maîtrise physique est d'immobiliser le patient concerné de manière sécurisée. L'isolement n'est pas compris dans cette définition.</p> <p>L'incidence des maîtrises physiques pratiquées suite à une agression exprime le degré avec lequel les maîtrises physiques sont pratiquées en cas d'agressions.</p> <p>La comparaison est obtenue en divisant le nombre de maîtrises physiques pratiquées suite à une agression par le nombre d'agressions.</p> <p>La période de référence est la période sur laquelle portent les données du</p>



4. Indicateurs de prévention et gestion de l'agressivité en psychiatrie

Numéro d'identification
CFQAI 4h-PSY

Version Numéro
0.1

04/12/2013

Page
4 de 7

4.h Incidence des maîtrises physiques

numérateur et du dénominateur. Cette période est fixée par convention. Il s'agit de l'année civile précédente.

Remarque :

Etant donné qu'il est moins probable que des maîtrises physiques soient pratiquées chez des patients en hospitalisation partielle, il a été choisi de ne tenir compte que des journées d'hospitalisation réalisées dans le cadre d'une hospitalisation résidentielle. Il s'agit des services A, T et K (hormis les services pédopsychiatriques For-K). A cet égard, il est utile de faire une distinction entre d'une part, les services A et T et, d'autre part, le service K. En effet, il existe deux catégories clairement distinctes basées sur l'âge, à savoir « les adultes / personnes âgées » et « les enfants/adolescents ». Ceci est en lien avec l'attention particulière accordée au statut des mineurs dans la législation et les traités nationaux et internationaux. Cette distinction s'avère également utile en raison du fait que les institutions ne disposent pas toutes d'un service K.

Selon le NICE (2006), la sédation, l'isolement et la maîtrise physique doivent être considérés dans le cas où des techniques de désescalade et d'autres stratégies ont été tentées et n'ont pas réussi à calmer le patient.

Ces 3 interventions sont des stratégies de management et ne sont pas considérées comme des techniques primaires de traitement.

L'intervention doit être choisie proportionnellement au risque qui se présente.

Le choix de l'intervention va dépendre d'un certain nombre de facteurs, mais devrait être guidé de manière prioritaire par :

- les préférences du patient,
- les besoins cliniques et les risques du patient,
- les obligations à l'égard d'autres patients affectés par le comportement agressif,
- la sécurité du personnel, des patients et des visiteurs,
- les services disponibles au sein du setting particulier,
- des directives avancées si elles existent.

Pendant la maîtrise physique et si nécessaire, un membre de l'équipe devrait être responsable de la protection et du soutien de la tête et du cou du patient. Ce membre devrait également mener l'équipe à travers le déroulement de la maîtrise physique, assurer la bonne respiration du patient et la mesure de paramètres vitaux.

Dans le cadre de la maîtrise physique, le degré de force appliqué doit être justifié, approprié, raisonnable, proportionnel à la situation spécifique et la mesure doit être appliquée le moins



4. Indicateurs de prévention et gestion de l'agressivité en psychiatrie

Numéro d'identification CFQAI 4h-PSY	Version Numéro 0.1	04/12/2013	Page 5 de 7
---	-----------------------	------------	----------------

4.h Incidence des maîtrises physiques

longtemps possible. Il importe également d'utiliser des techniques qui ne font pas mal au patient de manière délibérée. L'application délibérée de la douleur n'a pas de valeur thérapeutique et ne peut être justifiée que dans les cas de sauvetage du personnel, de patients et/ou d'autres personnes.

4 Numérateurs et dénominateurs

Indicateur

**Incidence des maîtrises physiques pratiquées suite à l'agressivité d'un patient
dans les services résidentiels A et T**

Numérateur	Nombre total de maîtrises physiques pratiquées suite à l'agressivité d'un patient (pour les services A et T) au cours de la période de référence
Dénominateur	Nombre total d'agressions de patients (dans les services A et T) au cours de la période de référence

Indicateur

**Incidence des maîtrises physiques pratiquées suite à l'agressivité d'un patient
dans les services résidentiels K**

Numérateur	Nombre total de maîtrises physiques pratiquées suite à l'agressivité d'un patient (pour les services K) au cours de la période de référence
Dénominateur	Nombre total d'agressions de patients (dans les services K) au cours de la période de référence



4. Indicateurs de prévention et gestion de l'agressivité en psychiatrie

Numéro d'identification
CFQAI 4h-PSY

Version Numéro
0.1

04/12/2013

Page
6 de 7

4.h Incidence des maîtrises physiques

5 Domaine

- ☒ Qualité des soins ☒ Sécurité du patient ☐ Satisfaction du patient
☐ Satisfaction du personnel

6 Communication / Rapportage

Responsable	Directeur Département Infirmier
Mode de communication	Electronique via fichier Excel
Périodicité	annuelle
Date de démarrage	2012

7 Interprétation des résultats

Pour quelle(s) raison(s) votre résultat ne pourrait-il pas être "aussi bon" que les résultats d'autres institutions ?

Les raisons qui expliquent l'absence d'un tel enregistrement pourraient être :

- un manque de motivation des soignants et/ou de l'encadrement et/ou de la direction à mettre en place l'enregistrement ;
- une difficulté du management à mettre en application des méthodes d'amélioration de la qualité (planifier – mesurer – analyser – agir) ;
- un manque de soutien institutionnel, soit sur le fond (culture institutionnelle), soit dans son opérationnalisation (p.ex. mise à disposition de moyens) ;
- l'absence de ressources humaines (en qualité ou quantité) et/ou d'autres moyens pour pouvoir mettre en place l'enregistrement.



Federale Raad voor de Kwaliteit
van de Verpleegkundige Activiteit
Conseil Fédéral pour la Qualité
de l'Activité Infirmière

4. Indicateurs de prévention et gestion de l'agressivité en psychiatrie

Numéro d'identification CFQAI 4h-PSY	Version Numéro 0.1	04/12/2013	Page 7 de 7
---	-----------------------	------------	----------------

4.h Incidence des maîtrises physiques

8 Références

Lardennois, M., Duquesne, P., Gillain, N., Vanbelle, S., Leduc, D., Bardiau, F., 2007. Elaboration d'une directive pour la gestion de la violence en psychiatrie. Bruxelles : Service Public Fédéral Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et de l'Environnement. Disponible sur www.health.belgium.be.

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), 2006. Violence : The short – term management of disturbed/violent behaviour in in-patient psychiatric settings and emergency departments. Londres : Royal College of Nursing. Disponible sur www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=byID&r=true&o=10964.

9 Annexes

/