

Outil pour l'amélioration des pratiques

Réunion d'équipe post-incident

Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie

→ Finalité

- Après un incident violent lors d'une hospitalisation en service de psychiatrie : restaurer ou maintenir les relations thérapeutiques avec les patients, rétablir la cohésion d'équipe et améliorer les pratiques et les organisations.

→ Objectifs opérationnels

- Analyser sur un plan clinique et recontextualiser les comportements des patients.
- Créer les conditions favorables à la poursuite des soins.
- Reconnaître et gérer ses émotions face à une situation de violence.
- Analyser en équipe les incidents violents pour améliorer les pratiques et les organisations.

→ Programme

[Programme 8 - Reprendre un incident en équipe](#)

Cet outil est une aide proposée aux équipes pour faciliter leur démarche d'amélioration ; les professionnels peuvent l'utiliser pour formaliser leur réflexion ; c'est un canevas à adapter à leurs spécificités, leurs ressources, leurs contraintes.

Il est utile de rappeler que, dans les cas où l'incident violent a entraîné une atteinte physique aux personnes, la réunion d'équipe élargie ne peut intervenir que lorsque d'autres actions ont été mises en place :

- mesures de prise en charge et de soutien immédiat :
 - prise en charge psychologique et somatique de la victime,
 - prise en charge psychiatrique de l'agresseur (somatique si nécessaire) ;
- information des responsables institutionnels :
 - cadre du service ou de garde,
 - médecin du service ou de garde,
 - directeur ou directeur de garde ;
- analyse situationnelle « à chaud » :
 - établissement des faits en présence du médecin et du cadre,
 - transmission à l'équipe qui prendra le relais.

→ Introduction

La survenue d'un incident violent au sein d'une structure de soins peut induire une perturbation collective et individuelle.

Dès lors, il est utile de proposer aux équipes un lieu de réflexion permettant de revenir sur l'événement afin de :

- **(re)créer les conditions d'une poursuite des soins en restaurant le collectif soignant** (Morasz 2002) ;
- **soutenir les personnes, victimes ou témoins**, dans un contexte où les personnes confrontées à ces situations ont souvent un vécu d'abandon, d'absence de soutien (Monceau 1999) ;

- **réaliser une première analyse de l'événement pour prévenir les incidents**, et dans la perspective d'une analyse plus approfondie qui interviendra « à froid » (Haute Autorité de Santé 2012)¹.

→ Dans quelles circonstances organiser une réunion d'équipe post-incident ?

Tout incident violent ayant eu un retentissement important sur les individus et sur l'équipe, qu'il y ait eu ou non une atteinte physique, est susceptible de donner lieu à une réunion d'équipe {National Institute for Clinical Excellence 2005 271}.

Certains guides recommandent aussi que les contentions et les mises en chambre d'isolement fassent l'objet d'une reprise en équipe {Te Pou o Te Whakaaro Nui 2014 580}.

Il est aussi souhaitable d'envisager la tenue de réunions d'équipe pour analyser des situations à risque qui ont pu être désamorçées. Ces réunions permettent l'identification des facteurs de réussite et une valorisation des succès collectifs².

[Outil 5 - Stratégies de désamorçage de situations à risque de violence](#)

→ Quelle est la finalité de la réunion post-incident ?

Il s'agit d'organiser au sein de l'équipe un « espace de réflexivité » pour « métaboliser » l'événement, lui donner du sens et en tirer des enseignements {Te Pou o Te Whakaaro Nui 2014 580}.

¹ Une réunion d'équipe post-incident s'apparente à un « debriefing » défini comme une analyse collective *a posteriori* d'un événement permettant d'interpréter, de comprendre l'événement et d'en tirer des conclusions opérationnelles (Haute Autorité de Santé 2012) (Haute Autorité de Santé 2016) http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-07/4_pages_fiche_debriefing_vd_2016-07-26_17-23-25_588.pdf.

²Hollnagel E. Safety-I and Safety-II. The Past and Future of Safety Management. Ashgate: Farnham; 2015.

→ Quels sont ses objectifs ?

Créer les conditions d'une poursuite des soins en restaurant le collectif soignant :

- assurer la continuité d'une perspective thérapeutique, dégager les évolutions du ou des projets thérapeutiques individualisés des patients, auteurs des faits et le cas échéant victimes ou témoins directs ;
- redonner de la cohésion au groupe, restaurer le sentiment d'appartenance ;
- réduire l'impact traumatique collectif pour les professionnels comme pour les patients ;
- préparer le retour en fonction des personnels lorsqu'ils sont les victimes.

[Programme 7 - Reprendre un incident avec les patients](#)

[Outil 8 - Prise en charge d'un patient après un état d'agitation](#)

[Programme 11 - Construire une dynamique d'équipe](#)

[Outil 12 - Guide pour l'élaboration d'un projet de service partagé](#)

Soutenir les personnes (victimes ou témoins) :

- éviter l'isolement des victimes, le développement d'un sentiment de culpabilité, d'échec ;
- contribuer à prévenir les symptômes psycho-traumatiques ;
- soutenir émotionnellement les personnes impliquées (les professionnels lorsqu'ils ont été les victimes, les acteurs et les témoins de la situation de violence). Le partage du vécu de la situation et des émotions ressenties autorise une mise en commun et permet de resituer l'événement dans une perspective collective.

[Programme 9 - Gérer les suites d'un incident au niveau institutionnel](#)

[Outil 10 - Gérer les suites d'un incident au niveau institutionnel](#)

Faire une première analyse de l'événement pour prévenir les incidents violents :

- faire une première analyse de l'incident dans toute sa complexité et avec une diversité de points de vue ;

- cerner la dimension clinique du passage à l'acte ;
- recontextualiser les comportements des patients ;
- initier une analyse de l'ensemble des facteurs. Faire la part entre ce qui revient à l'équipe, à l'institution et au patient ;
- identifier ce qui aurait pu être évité et/ou ce qui a permis une résolution sans violence ;
- dégager des premières pistes d'amélioration pour préparer une éventuelle analyse plus approfondie.

[Programme 10 - Mettre en place, en continu, une gestion des risques](#)

[Outil 11 - Exemples de démarches d'analyse et d'amélioration des pratiques](#)

→ Quand ? Combien de temps ? Où ? Qui anime ? Qui participe ?

Conditions matérielles (lieu – durée) :

- si possible, et à adapter en fonction des circonstances :
 - dans les 72h (National Institute for Clinical Excellence 2005) mais il est souhaitable de ne pas faire la réunion immédiatement après l'incident mais de la situer un ou deux jours après ;
 - lieu calme et protégé adapté à la taille du groupe (interférences à éviter) ;
 - tables rondes ou ovales ou disposition en « u » pour faciliter les échanges ;
 - cadre horaire : 1 h 30 à 2 h 00.

Intervenants – animateurs :

- personnes extérieures aux événements ;
- personnes formées, si possible³ un animateur (anime la réunion, favorise les communications, la circulation et les prises de parole) ;
- un co-animateur (observe la dynamique de groupe et régule les communications, gère les possibles débordements émotionnels, les jugements entre participants) ;
- attitude compréhensive, empathique, écoute active et reformulation, absence de jugement de valeur.

³ Par exemple à l'animation à la conduite de groupes de discussion, à l'écoute active...

Participants :

- participation volontaire mais recommandée ;
- participation des professionnels impliqués (acteurs et témoins)⁴ ;
- le ou les soignants référents des patients et/ou les soignants qui ont pu recueillir le ressenti du patient auteur des faits de violence et, le cas échéant, des patients victime(s) ou témoin(s) ;

Programme 7 - Reprendre un incident avec les patients

Outil 8 - Prise en charge d'un patient après un état d'agitation

- présence indispensable d'un cadre et d'un médecin senior, si possible le responsable du service ;
- participation souhaitable de représentants des différents professionnels de l'équipe pluridisciplinaire ;
- autant que possible, 15 personnes au maximum (au-delà, la communication et l'expression des ressentis sont plus difficiles).

→ Comment se déroule la réunion ?

Présentation des objectifs et des règles de fonctionnement - climat à instaurer.

En introduction, l'animateur présente les objectifs de la réunion :

- **initier une analyse critique de l'incident** et de son contexte afin d'identifier des éventuels changements à mettre en œuvre dans la prise en charge particulière de certains patients et/ou dans l'organisation, les procédures ;
- **permettre aux personnes de faire part de leur ressenti, les écouter et les soutenir.**

L'animateur doit clarifier certains principes qui guideront la conduite de la réunion :

- parole libre mais non obligatoire ;
- respect mutuel dans les échanges ;
- anonymat du compte rendu ;
- téléphones coupés, sauf exceptions.

La réussite de la réunion est étroitement conditionnée par le climat qui sera instauré : la confiance réciproque et la solidarité doivent être affirmées pour favoriser les prises de parole.

L'événement doit être considéré comme un problème collectif, et abordé dans une perspective

systémique et complexe et non comme une recherche de responsabilité individuelle.

Déroulé de la réunion (voir annexe) :

1. **Que s'est-il passé ?** Présentation de l'événement (factuel), description des faits la plus complète et précise possible et la moins interprétative possible. Avant, pendant et après l'incident, acteurs présents, lieu, temporalité, ambiance, etc.
2. **Qu'ont ressenti les personnes ?** Expression des ressentis – du vécu des acteurs. Écoute et soutien collectif.
3. **Pourquoi cela s'est-il passé ?** Première analyse critique de l'événement préparant une analyse approfondie des causes qui interviendra plus tard.
4. **Qu'avons-nous appris ?**
5. **Que pouvons-nous faire pour éviter que cela se reproduise ?** Actions immédiates à mettre en œuvre ou pistes d'action à rediscuter, à plusieurs niveaux :
 - a. projet thérapeutique du patient ;
 - b. organisation du service ;
 - c. actions auprès des professionnels ;
 - d. évolution institutionnelle.

Les suites de la réunion

Un compte rendu est rédigé. Le compte rendu ainsi que ses destinataires sont validés par les participants de la réunion. Le compte rendu est anonymisé. Il met en lumière les enseignements de l'événement. Il distingue les actions qui doivent être mises en place de manière immédiate et les pistes d'action qui devront être examinées à d'autres niveaux, notamment dans le cadre d'une analyse approfondie [revue de mortalité et de morbidité (RMM) par exemple]. Le compte-rendu pourra être transmis au CHSCT, le cas échéant. Lorsque la prise en charge d'un patient est concernée par les conclusions de la réunion, celles-ci sont tracées dans son dossier.

⁴ Cet outil n'aborde pas le cas de faits caractérisés de maltraitance d'un patient par un professionnel. Dans ces cas, il est recommandé de ne pas inclure le professionnel auteur de faits de violence à la réunion

Annexe : propositions de questions à aborder en réunion post-incident

09

Ce guide vise à suggérer aux animateurs des réunions des pistes de questions qui peuvent être abordées en équipe. Ces questions sont à adapter aux différentes situations rencontrées et aux besoins de l'équipe. D'autres questions peuvent être posées, certaines questions suggérées peuvent ne pas être posées, d'autres encore peuvent être formulées différemment.

Que s'est-il passé ?

- Quel a été le déroulement de l'incident ?
- Y a-t-il eu des signes avant-coureurs ?
- Quel était le type de violence ? Sa nature ?
- Que connaissions-nous du patient ?
- Y avait-il une situation de danger pour les personnes ?
- Quelle a été la réponse ? A-t-on permis au patient d'avoir « le dernier mot » ?
- S'il y a eu contention ou mise en chambre d'isolement : d'autres interventions ont-elle été tentées avant (désamorçage, espaces d'apaisement) ?
- L'intervention a-t-elle été mise en œuvre selon les bonnes pratiques ? (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé 1998), (Haute Autorité de Santé 2006) (National Institute for Clinical Excellence 2005), (Haute Autorité de Santé 2006) (National Institute for Mental Health in England 2015) :
 - indications de dernier recours réduites aux situations de mise en danger de la personne et/ou de tiers après avoir exploré toutes les solutions alternatives ; les mesures doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à l'état mental du patient ;
 - décision du médecin après examen du patient ;
 - mesure limitée dans le temps ;
 - déclaration par écrit (motivation dans le dossier médical du patient et, à partir d'une fiche d'évènement indésirable remplie, renseignement dans un registre spécifiquement établi à cet effet, consultable dans l'établissement) ;
 - mise en œuvre devant faire l'objet d'une surveillance stricte ;
 - suivi régulier sous contrôle médical, surveillance programmée, notamment surveillance de l'état somatique mise en œuvre et retranscrite dans le dossier ;
 - soins de nursing autant que nécessaire (alimentation, hygiène, etc.) ;
 - information de la personne et, le cas échéant, de ses proches, appropriée, progressive et réitérée dans le temps, prenant en compte les capacités de compréhension ;
 - vérification du respect de l'intimité et de la dignité ;
 - écoute bienveillante avec des tentatives pluriquotidiennes de créer un dialogue avec le patient ;
 - maintien des repères spatio-temporels ;
 - réévaluation fréquente et régulière et nouvelle recherche d'alternatives en cas de renouvellement de la mesure ;
 - dès que l'état clinique le permet, mise en place d'une mesure moins contraignante ;
 - le plus rapidement possible et dès que l'état du patient le permet, suspension de la mesure ;
 - après la mesure d'isolement ou de contention, travail de réflexion en équipe et en lien avec le patient sur l'évènement.
- Y a-t-il eu maintien de la communication avec le patient ?
- Quels effets ont eus la ou les interventions ?
- Quels sont les résultats au plan clinique ?

Qu'ont ressenti les personnes ? (patients et professionnels)

- Quel a été le ressenti de la ou des victimes (patients et/ou professionnels) ?
- Quel a été le vécu des patients auteurs d'agression et le cas échéant témoins ?
- À partir d'un entretien avec le patient à l'origine d'un incident violent, s'il a pu avoir lieu :
 - Quel est l'état actuel du patient ?
 - Lorsqu'il y a eu contention ou isolement : quelle est sa réaction lorsqu'on lui explique les raisons de la contention et/ou de l'isolement ?
 - Comment explique-t-il l'incident ? L'intervention ?
 - Que souhaite-t-il de la part de l'équipe soignante maintenant ?
 - Que souhaite-t-il de la part de l'équipe soignante si un nouvel incident se produisait ?
- Quels ont été le vécu et le ressenti des professionnels ?

Pourquoi cela s'est-il passé ?

- Quels sont les facteurs de l'incident ?
 - les circonstances déclenchantes : exacerbation des symptômes, mauvaise nouvelle, refus de l'équipe soignante face à une demande du patient, (ressenti de) provocation par un autre patient, etc. ;
 - les facteurs individuels (psychiques, somatiques, liés à l'histoire du patient) ;
 - les facteurs interactionnels ;
 - les facteurs contextuels, notamment liés au fonctionnement de l'équipe, au groupe formé par les autres patients accueillis dans l'unité, à l'environnement physique ou institutionnel.

Qu'avons-nous appris ?

- Avait-on instauré un environnement favorable à l'apaisement de la violence ? Une attention devra être portée à la rigidité des règles institutionnelles ou de leur mise en application.
- Aurait-on pu anticiper et prévenir le déclenchement de la crise ?
- A-t-on choisi les réponses la plus pertinentes ? Éthiquement justifiées ?
- La dignité du patient a-t-elle été respectée ?
- L'intervention a-t-elle été mise en œuvre en garantissant la sécurité du patient ?
- Parmi les réponses à l'incident, quelles sont celles qui ont été efficaces ? Quelles sont celles qui ont échoué ?
- Que faudrait-il faire à présent pour reprendre la communication avec le(s) patient(s) ?
- Que pouvons-nous faire pour éviter que cela se reproduise ?
- Quels changements apporter au projet thérapeutique du ou des patients ?
- Quelles améliorations apporter à l'organisation des soins, aux procédures (communication entre professionnels, etc.) ? Au plan de formation ? Au règlement intérieur ?

→ Références

1. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, Fédération hospitalière de France. Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité 24 et 25 novembre 2004 Paris (ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille). Conférence de consensus. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2004.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Liberte_aller_venir_long.pdf
2. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie. Paris: ANAES; 1998.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_266776/fr/l-audit-clinique-applique-a-l-utilisation-des-chambres-d-isolement-en-psychiatrieguide.
3. Department of Health of Western Australia. Guidelines: the management of disturbed/violent behaviour in inpatient psychiatric settings. Perth: DOH; 2006.
4. Haute Autorité de Santé. Audit clinique ciblé appliqué à la diminution de la contention physique chez la personne âgée. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2006.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/cppa_-_rapport_final_.pdf
5. Haute Autorité de Santé. La sécurité des patients. Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé. Des concepts à la pratique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2012.
6. Haute Autorité de Santé. [Programme d'amélioration continue du travail en équipe. Debriefing](#). Saint-Denis La Plaine: HAS; 2016.
7. Monceau M. Soigner en psychiatrie. Entre violence et vulnérabilité. Paris: Gaëtan Morin Éditeur; 1999.
8. Morasz L. Comprendre la violence en psychiatrie - Approche clinique et thérapeutique. Paris: DUNOD; 2002.
9. National Institute for Clinical Excellence, National Collaborating Centre for Nursing and Supportive Care. Violence. The short-term management of disturbed/violent behaviour in in-patient psychiatric settings and emergency departments. Clinical practice guidelines. London: NICE; 2005.
10. National Institute for Mental Health in England. Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings. NICE guideline. London: NICE; 2015.
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng10/resources/violence-and-aggression-shortterm-management-in-mental-health-health-and-community-settings-1837264712389>
11. Te Pou o Te Whakaaro Nui. Debriefing following seclusion and restraint. A summary of relevant literature. Auckland: National Centre of Mental Health Research, Information and Workforce Development; 2014.

→ Pour en savoir plus

[Le guide méthodologique](#)

[Les 14 outils](#)

[Les 15 programmes](#)

[Le rapport bibliographique](#)



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr