



Guide de référence concernant les mesures de remplacement à privilégier pour une clientèle présentant des comportements agressifs est une production du Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches (CISSS de Chaudière-Appalaches) :

363, route Cameron  
Sainte-Marie (Québec) G6E 3E2  
Téléphone : 418 386-3363

Le présent document est disponible sur le site Internet du CISSS de Chaudière-Appalaches à l'adresse suivante : [www.cisss-ca.gouv.qc.ca](http://www.cisss-ca.gouv.qc.ca).

Lorsque le contexte l'exige, le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Toute reproduction partielle de ce document est autorisée et conditionnelle à la mention de la source.

## Table des matières

Introduction .....	4
Objectifs du Guide de référence .....	5
1. Mesures de remplacement .....	6
1.1. Définition des mesures de remplacement .....	6
1.2. Évaluation clinique interdisciplinaire .....	6
2. Reconnaître l'agressivité .....	9
2.1. Définition de l'agressivité.....	9
2.2. Prévalence .....	11
2.3. Facteurs de risque .....	11
2.4. Conséquences des agressions .....	12
3. Évaluer et intervenir.....	13
3.1. Approches et modèles.....	13
3.2. La formation des intervenants.....	15
3.3. Outils de prévention .....	15
3.4. L'évaluation systématique du risque .....	17
4. Les éléments déclencheurs ou les irritants .....	27
4.1. Quoi faire lorsque l'usager présente des manifestations d'agressivité? .....	27
5. Les mesures de remplacement auprès d'un usager présentant des comportements agressifs .....	29
5.1. Interventions centrées sur la personne : .....	30
5.2. Interventions centrées sur l'environnement.....	34
5.3. Interventions centrées sur les intervenants.....	34
5.4. Interventions centrées sur l'établissement et la structure organisationnelle .....	35
Référence .....	38
Annexe A: Les dix interventions safewards .....	41
Annexe B : Le modèle simple safewards .....	42
Annexe C : Le modèle complet safewards.....	43
Annexe D : La grille d'analyse multimodale contextuelle .....	44
Annexe E : Chariot sensoriel.....	45
Annexe F : Plan de sécurité .....	46
Annexe G : Plan de désescalade .....	48
Annexe H : Stratégies de base de désescalade de l'agressivité .....	51
Annexe I : Grille de dépistage du risque d'agression à court terme (Dynamic appraisal of situational aggression-DASA) .....	52
Annexe J : Techniques de respiration et de relaxation .....	54
Annexe K : Écrire pour se libérer de la colère .....	56

## Introduction

Ce guide de référence est conçu pour tous les intervenants travaillant auprès d'une clientèle adulte pouvant présenter des comportements agressifs, majoritairement reliés aux troubles de la santé mentale chez les adultes. Il s'adresse donc à tous les intervenants, médecins, résidents, stagiaires, gestionnaires, instances et ressources contractuelles du CISSS de Chaudière-Appalaches. Également, il concerne l'ensemble des usagers adultes et leurs proches, en lien avec les comportements d'agressivité. L'objectif de ce guide est d'offrir des stratégies d'intervention afin de diminuer l'utilisation des mesures de contrôle. Ces stratégies se basent sur des données probantes tirées de la littérature.

Ce guide de référence établit des stratégies d'intervention faisant appel aux compétences et à la créativité des intervenants qui permettent d'éviter de recourir à la contention ou l'isolement. Elles peuvent être orientées sur la personne elle-même, à l'organisation des soins et des services, aux équipements utilisés, à l'environnement social, à l'environnement physique ou être de nature médicale, psychosociale, récréative ou occupationnelle. Ces mesures peuvent viser à prévenir, éliminer ou réduire les causes des réactions, des contributeurs et les déclencheurs, des facteurs de renforcements et des comportements de la personne qui interfèrent avec sa sécurité ou celle d'autrui. Elles encadrent l'environnement d'une personne sans que cette dernière soit limitée dans sa mobilité.

Ce guide présente plusieurs sections afin d'atteindre les différents objectifs du guide, soit la définition d'une mesure de remplacement, la définition des comportements agressifs, la prévalence, les facteurs de risque, les conséquences, ainsi qu'une section concernant les différentes interventions (approches et modèles, formation et outils de prévention).

Finalement, ce guide s'appuie et reprend des éléments des guides tels que le protocole d'application des mesures de contrôle et la politique d'utilisation exceptionnelle de la contention, de l'isolement et des substances chimiques comme mesures de contrôle.

## Objectifs du Guide de référence

Ce guide de référence vise à encadrer et à encourager le recours des mesures de remplacement. Il a pour but de rassembler les données probantes concernant les manifestations des comportements agressifs d'un usager et d'éviter le recours à l'utilisation de mesures de contrôle. Plus précisément, il cherche à :

- Promouvoir l'utilisation des mesures de remplacement
- Outiller les intervenants concernant les mesures de remplacement
- Consolider les connaissances des intervenants sur la gestion des comportements agressifs
- Encourager l'amélioration continue de la qualité des soins et services

# 1. Mesures de remplacement

## 1.1. Définition des mesures de remplacement <sup>1</sup>

Lorsqu'une situation à risque survient, des mesures de remplacement doivent être envisagées et tentées auprès de l'utilisateur dans un cadre sécuritaire et respectueux. Les mesures de remplacement sont des stratégies d'intervention, de protection ou d'adaptation qui permettent d'éviter le recours aux mesures de contrôle. Elles peuvent toucher la personne elle-même, l'organisation des soins, les équipements utilisés, l'environnement physique ou être de nature psychosociale, récréative ou occupationnelle. Évaluer les situations de manière à mettre en place les meilleures interventions permettant de prévenir l'utilisation des mesures de contrôle et en répondant au besoin réel de l'utilisateur représente une stratégie favorisant la réduction de l'utilisation des mesures de contrôle. (Huckshorn, 2004 ; 2011)

Ces mesures tendent à prévenir, éliminer ou réduire les comportements de la personne qui interfèrent avec sa sécurité ou celle d'autrui, en s'arrêtant aux causes, contributeurs, déclencheurs, facteurs de renforcement et besoins sous-jacents. La recherche de mesures de remplacement s'appuie sur une démarche rigoureuse, créative et adaptée aux besoins de l'utilisateur. Le cas échéant, ces mesures de remplacement doivent également être utilisées selon les balises documentées (par exemple, le matériel lesté). Le succès de telles mesures peut être précédé de plusieurs essais infructueux, mais la persévérance est nécessaire afin d'identifier les interventions personnalisées et pertinentes pour le mieux-être de l'utilisateur. En effet, tel que mentionné dans la formation Intervention thérapeutique lors des conduites agressives (ITCA), une intervention qui fonctionne 5 fois sur 7 est une intervention à maintenir. La section 1.2, traitant du processus d'évaluation clinique interdisciplinaire et explique, par ailleurs, la nécessité de mettre de l'avant la recherche des causes des comportements agressifs à risque, afin de réaliser des interventions efficaces et ainsi éviter le recours aux mesures de contrôle.

Les mesures de remplacement choisies ainsi que les modalités d'application doivent être consignées au dossier de l'utilisateur et dans le plan d'intervention interdisciplinaire. Également, les mesures de remplacement doivent être discutées avec l'utilisateur ou son représentant/ famille. Au fur et à mesure que la situation de l'utilisateur évolue, les mesures doivent être révisées et ajustées en fonction de ses besoins.

## 1.2. Évaluation clinique interdisciplinaire <sup>2</sup>

Que ce soit en contexte planifié ou non planifié, l'évaluation de la situation clinique est déterminante, puisqu'elle conduit à la décision d'appliquer ou non une mesure de contrôle. Cette opération comprend la collection des données et l'analyse qui en découle. Elle permet de saisir la nature du problème, d'analyser les faits, de comprendre les causes sous-jacentes au problème ainsi que les besoins et les forces de l'utilisateur. Puisque les

---

<sup>1</sup> Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches (CISSS-CA). (2018a). *Protocole d'application des mesures de contrôle*.

<sup>2</sup> Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches (CISSS-CA). (2018a). *Protocole d'application des mesures de contrôle*.

causes sont la plupart du temps multifactorielles, l'évaluation doit être globale et exhaustive, en tenant compte à la fois des caractéristiques de la personne et des composantes de son environnement (incluant les structures organisationnelles, l'aménagement physique, l'aspect psychosocial et culturel de l'environnement, l'entourage de l'utilisateur, etc.). Compte tenu de la complexité de ces situations, la contribution de différents professionnels est indispensable à cette évaluation. Dans un contexte non planifié, l'évaluation, généralement brève en raison du caractère urgent, sera réalisée à partir des éléments disponibles. Une orientation sera prise dans un plus court délai, au meilleur du jugement clinique de la personne qui prendra la décision.

Il s'agit à cette étape de déterminer le **niveau de risque, la gravité des conséquences anticipées et l'imminence du danger pour l'utilisateur ou pour l'entourage immédiat**. Selon les clientèles desservies, certains outils d'évaluation du risque peuvent être utilisés. L'évaluation oriente également l'intervention, en misant sur la recherche et l'utilisation de mesures de remplacement en réponse aux besoins, aux intérêts, aux capacités, aux peurs et aux inquiétudes de l'utilisateur et de ses proches. Il arrive que des proches souhaitent la mise en place d'une mesure de contrôle en raison de peurs ou d'inquiétudes, par exemple (leur parent tombe au sol). Il est important de savoir que «nul, y compris un membre de la famille ou le représentant légal, ne peut imposer ou obliger un intervenant du CISSS de Chaudière-Appalaches, dans un contexte d'intervention planifiée ou au nom de la sécurité, qu'une mesure de contrôle soit utilisée à moins que celle-ci ait été entérinée par l'équipe interdisciplinaire et fasse partie intégrante du plan d'intervention relié à l'application des mesures de contrôle» (CSSS Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent, 2013). Dans de telles situations, une intervention auprès de la famille visant à comprendre cette requête s'avère nécessaire. Le personnel doit aussi s'assurer d'offrir les explications et le réconfort à la famille dans une approche de collaboration et de partenariat.

Certaines nuances sont à apporter, en ce qui concerne les contextes d'intervention planifiée ou non planifiée.

### **En contexte d'intervention planifiée<sup>3</sup>**

L'évaluation dans un contexte planifiée repose que l'expertise de chaque professionnel impliqué. L'utilisation d'approches ou de modèles théoriques communs favorise l'intégration des services, la communication et l'adoption d'un même langage. Un modèle théorique commun dans l'analyse d'une situation permet également de rassembler l'ensemble des évaluations et d'en arriver à une vision partagée de la situation unique de l'utilisateur. Le modèle Kayser Jones ainsi que le modèle d'analyse et d'intervention multimodale sont des exemples de modèles qui favorisent une analyse globale des situations cliniques des usagers. Des outils d'évaluation standardisés sont également recommandés pour l'évaluation du risque. Par exemple, la grille de détection précoce du comportement

---

<sup>3</sup> Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches (CISSS-CA). (2018a). Protocole d'application des mesures de contrôle.

agressif (aussi appelée DASA.fr) dans les unités de soins psychiatriques permet de susciter un dialogue entre les intervenants sur la compréhension de l'agressivité (Larue, Dumais et Michaud, 2012).

Pour mieux comprendre et mieux appliquer les moyens de prévention et de remplacement, et en derniers recours les moyens de contention, l'analyse de la situation s'avère nécessaire. De manière générale, les éléments suivants sont analysés, en fonction des spécificités de l'utilisateur :

- Environnement physique et social
- Habitudes et style de vie (qualité de vie)
- Forces et aptitudes de la personne
- Histoire de vie (passé d'abus, de négligence, de traumatismes)
- Historique des interventions pharmacologiques, médicales et sociales
- Comportement de l'utilisateur (fugue, délirium, etc.)
- Risque de chute
- Santé physique et mentale
- Caractéristiques psychologiques et atteintes neurologiques et neuropsychologiques
- Peurs et inquiétudes de l'utilisateur ou de ses proches
- Capacités d'adaptation et habiletés déficitaires
- Facteurs de risque liés aux comportements autoagressifs et hétéroagressifs

### **En contexte d'intervention non planifiée <sup>4</sup>**

Dans un contexte d'intervention non planifiée, si les mesures de remplacement n'ont pas été efficaces, l'évaluation permettant de décider si une mesure de contrôle doit être appliquée ou non se réalise dans un délai parfois très court.

Malgré le contexte d'intervention non planifiée de l'application d'une mesure de contrôle, il est nécessaire de mettre toutes les conditions possibles en place pour parvenir à :

- Réaliser l'évaluation la plus complète possible
- Rechercher et appliquer des mesures de remplacement
- Tenter d'obtenir le consentement de l'utilisateur, même s'il n'est pas requis dans un tel contexte
- Solliciter la collaboration de l'utilisateur
- Agir avec bienveillance, en ayant le souci de respecter les droits et la dignité de la personne
- Expliquer la démarche à la personne
- S'assurer que tout le personnel et les médecins concernés sont au courant du processus décisionnel dans les meilleurs délais possibles, notamment par le biais des renseignements inscrits au dossier de l'utilisateur
- Se référer au plan d'intervention, s'il y en a un

---

<sup>4</sup> Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches (CISSS-CA). (2018a). *Protocole d'application des mesures de contrôle*.

## 2. Reconnaître l'agressivité

### 2.1. Définition de l'agressivité

Il existe plusieurs définitions concernant les comportements ou manifestations d'agressivité. Selon l'American Psychological Association (2000 cité par Nau, Halfens, Needham et Dassen, 2009), l'agressivité se définit comme un comportement manifesté par une personne dans l'intention de blesser une autre personne afin d'éviter un préjudice. Ces comportements incluent l'agression physique (violence physique), l'agression psychologique (violence psychologique) et l'agression indirecte (détruire des biens de la victime). Selon Ayranci (2005 cité par Kynoch, Wu et Chang, 2011), l'agressivité se définit comme un incident mettant en péril un travailleur de la santé par des comportements pouvant affecter sa sécurité telle que l'abus verbal ou physique, des comportements menaçants, une agression ou des dommages matériels. À la lecture, il n'y a pas de consensus dans la littérature au niveau de la terminologie. Certains parlent d'agression alors que d'autres parlent de violence. Cependant, il est important qu'une équipe de travail utilise la même définition. Donc, pour ce guide, la définition de la formation Intervention thérapeutique lors de conduites agressives sera utilisée<sup>5</sup>.

L'**agressivité**<sup>6</sup> réfère à une pulsion (Lacombe, 1981; Vanasse 1983; Travis 1984), énergie qui varie en intensité d'un individu à l'autre. C'est une énergie qui est positive quand elle permet à l'individu une performance, un dépassement (par exemple : une performance dans les sports ou une énergie qui sert à combattre une maladie). L'agressivité devient négative lorsqu'elle se transforme et se manifeste par une agression.

L'**agression**<sup>7</sup> se définit comme une manifestation de comportements qui ont pour effet d'atteindre l'intégrité psychologique ou physique de la personne. L'agression est le phénomène qui atteint le plus l'intervenant. Comme intervenant, il faut retenir que l'agression est un mode d'expression (Lacombe 1981; Vanasse 1983; Travis 1984) et un moyen de communication, inadapté socialement et inadéquat, mais qui veut dire quelque chose. Il faudra donc s'attarder aux messages sous-jacents et non prêter des intentions aux comportements utilisés. L'intervention visera à émettre des hypothèses causales afin de cerner la source du problème et, par le fait même, comprendre l'utilisation des comportements d'agression pour enfin y remédier.

La **violence**<sup>8</sup> est considérée comme une forme d'agression plus grave (Lacombe 1981; Vanasse 1983; Travis 1984). Le viol, la cruauté, la barbarie, la brutalité, le sadisme, le meurtre, la tentative de meurtre sont des exemples de violence.

La formation propose une typologie des agressions, en utilisant cinq modes d'agressions.

<sup>5</sup> Bourdeau, J. (2016). Intervention thérapeutique lors de conduites agressives (TCA) : guide de l'intervenant. 3<sup>e</sup> édition, p10-12

<sup>6</sup> Bourdeau, J. (2016). Intervention thérapeutique lors de conduites agressives (TCA) : guide de l'intervenant. 3<sup>e</sup> édition, p10-12

<sup>7</sup> Bourdeau, J. (2016). Intervention thérapeutique lors de conduites agressives (TCA) : guide de l'intervenant. 3<sup>e</sup> édition, p10-12

<sup>8</sup> Bourdeau, J. (2016). Intervention thérapeutique lors de conduites agressives (TCA) : guide de l'intervenant. 3<sup>e</sup> édition, p10-12

TABLEAU 1 : TYPOLOGIE DES AGRESSIONS<sup>9</sup>

1. Les agressions symboliques ou signes précurseurs de crise	Extérieurs :	Signes extérieurs suggestifs ou servant d'identification à un gang marginalisé. Par exemple : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tatouages</li> <li>• Vêtements</li> <li>• Couleurs</li> <li>• etc.</li> </ul>
	Spécifiques :	Ensemble de signes ou de symptômes qui sont particuliers à l'individu
	Générales :	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agitation</li> <li>• Impatience</li> <li>• Mutisme</li> <li>• Para verbal intensifié</li> <li>• Réactions physiologiques</li> <li>• Mimiques</li> <li>• Regards : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fuyant</li> <li>▪ Fixe</li> <li>▪ Hostile</li> <li>▪ Dénigrant</li> <li>▪ Apeuré</li> </ul> </li> <li>• Etc.</li> </ul>
2. Les agressions verbales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crier ou élever la voix</li> <li>• Répliquer</li> <li>• Etc.</li> </ul>	
3. Les agressions psychologiques (avec intention ou sans intention)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menacer (direct ou indirect)</li> <li>• Intimider</li> <li>• Harceler</li> <li>• Etc.</li> </ul>	
4. Les agressions matérielles	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Destruction de biens</li> <li>• Vandalisme</li> <li>• Etc.</li> </ul>	
5. Les agressions physiques	Acting out	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Attaquer</li> <li>• Se bagarrer</li> <li>• Gifler</li> <li>• Pincer</li> <li>• Secouer</li> <li>• Serrer le bras</li> <li>• Mordre</li> <li>• Pousser</li> <li>• Donner des coups de pied</li> <li>• Frapper</li> <li>• Faire des attouchements sexuels</li> <li>• Etc.</li> </ul>

<sup>9</sup> Bourdeau, J. (2016). Intervention thérapeutique lors de conduites agressives (TCA) : guide de l'intervenant. 3<sup>e</sup> édition, p10-12

	Acting in	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Automutilation</li> <li>• Tentative de suicide</li> <li>• Consommation abusive d'alcool, de drogue, de médicaments</li> <li>• Trouble alimentaire</li> <li>• Etc.</li> </ul>
--	-----------	---

## 2.2. Prévalence

Au Canada, dans le domaine hospitalier, les incidents concernant les agressions physiques et verbales sont bien documentés. En effet, les professionnels de la santé sont régulièrement exposés à des agressions, et plus particulièrement le personnel infirmier. Aussi, le personnel travaillant en psychiatrie, tout milieu confondu, court un risque plus élevé de subir un acte violent comparé à d'autres domaines (Perron, Jacob, Beauvais, Corbeil et Bérubé, 2015). Selon Hahn et al. (2008, cité par Nau et al., 2009), 50% des professionnels de la santé, à travers l'ensemble des services de professionnels, ont déjà subi de l'agression verbale et 25% ont subi de l'agression physique d'un usager ou une agression d'un visiteur. Également, l'étude confirme que les infirmières sont plus à risque de subir de l'agression.

## 2.3. Facteurs de risque

Plusieurs caractéristiques ressortent lorsqu'il est question de comportements agressifs chez les adultes. Donc, chez l'adulte les comportements d'agressions est davantage observée selon les caractéristiques suivantes (Stewart et Bowers, 2013) :

- Sexe masculin
- Célibataire
- Jeune âge
- Race caucasienne
- Admis volontairement

Également, les manifestations d'agressivité chez l'adulte seraient associées à certains diagnostics psychiatriques (Stewart et Bowers, 2013) tels que :

- Schizophrénie
- Troubles schizoaffectifs
- Troubles affectifs
- Troubles de la personnalité

Il existe également plusieurs autres facteurs de risque biopsychosociaux<sup>10</sup> lorsque l'intervenant évalue la dangerosité des comportements, soit :

- Comportements passés, antécédents
- Arrestations pour différents motifs
- Délinquance juvénile
- Antécédents personnels de violence
- Abus de substances, y compris l'alcool
- Cruauté envers les animaux
- Impulsivité
- Prises de risque inconsidérées
- Circonstances au moment de l'entretien
- Non-adhésion à un éventuel traitement
- Accès facile à des armes
- Environnement socio-affectif défavorable
- Intentionnalité de faire du mal
- Manque d'empathie

## 2.4. Conséquences des agressions

### 2.4.1. Conséquences vécues par les employés victimes d'agressions

Les études démontrent que les agressions entraînent des conséquences néfastes sur la santé et la sécurité des employés. En effet, elle peut entraîner des blessures physiques et des effets psychologiques sur les victimes (Perron, et al., 2015) tels que :

- De l'anxiété
- Le syndrome de stress post-traumatique
- De l'insomnie
- La dépression

Il peut avoir également des effets sur l'environnement de travail (Perron, et al., 2015), dont :

- L'absentéisme élevé
- La dégradation du moral
- Un roulement élevé de personnel

À cet effet, les infirmières ayant vécu un acte de violence verbale ou une agression physique (Kynoch, et al., 2011; Kontio, et al., 2010) mentionnent :

- Ressentir de la frustration
- Être blessées émotionnellement
- Avoir plus tendance à s'absenter du travail
- Ressentir de la peur

<sup>10</sup> Muscionico, M. et Eylan, A. (2014). *Du vécu de dangerosité à l'être dangereux : défis cliniques et vision de la société*. Revue médicale suisse, 10 (442) :1706. © Médecine & Hygiène.

- Ressentir de l'anxiété
- Se sentir incompétentes
- Se sentir coupables lorsqu'elles utilisent les mesures de contrôle
- Avoir l'impression de ne pas avoir fait assez et de ne pas avoir trouvé les bonnes mesures alternatives.

### **2.4.2. Conséquences vécues par les usagers**

Les usagers souffrant de troubles mentaux peuvent également vivre des conséquences lorsqu'ils manifestent des comportements d'agressions dont (Haute Autorité de Santé (HAS), 2011) :

- L'isolement
- La stigmatisation
- L'absence de famille ou de référents
- La précarité
- Les faibles ressources
- Une rupture thérapeutique
- Une incurie

## **3. Évaluer et intervenir**

### **3.1. Approches et modèles**

Afin de diminuer l'utilisation des mesures de contrôle<sup>11</sup>, il existe plusieurs modèles à privilégier selon la littérature dont le Modèle « Safewards de Bowers » et le Modèle « Six core strategies ». Ses modèles doivent d'abord être mis en place par l'établissement afin d'assurer une réduction des mesures de contrôle. Puis, l'analyse et l'intervention multimodales (AIMM) est un cadre théorique inspiré des meilleures pratiques fondées sur des données probantes permettant d'expliquer les troubles graves du comportement (TGC) chez les personnes présentant une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA).

#### **3.1.1. Le modèle Safewards de Bowers**

Le modèle safewards fournit des explications concernant les raisons qui peuvent causer de l'agression et des incidents pouvant affecter la sécurité des usagers et des employés. Ce modèle fait référence à des conflits et aux mesures de contrôle. Les conflits réfèrent aux événements potentiellement néfastes tels que les comportements d'agression, l'automutilation, le suicide, la fugue, la consommation de substances (drogues et/ou alcool), le non-respect des règles, l'intimidation ainsi que le refus de médication (Bowers, 2014). Le modèle recommande d'implanter les dix interventions safewards dans toutes les unités procurant des services en santé mentale pour adultes (Bowers et al. 2015) (Annexe A).

---

<sup>11</sup> Pour plus d'informations concernant les mesures de contrôle, vous pouvez vous référer à ses deux documents suivants, soit le protocole d'application des mesures de contrôle et la politique d'utilisation exceptionnelle de la contention, de l'isolement et des substances chimiques comme mesures de contrôle.

Le modèle de Bowers (2014) prend la forme simple suivante (Annexe B) et résume les six facteurs qui influencent les taux de conflits et les mesures de contrôle, soit les modificateurs « intervenants », les modificateurs « patients », les domaines source, les déclencheurs, le conflit et les mesures de contrôle. Il peut également prendre la forme complète suivante (Annexe C) où il identifie six domaines source qui influencent les conflits et les mesures de contrôle, soit les membres de l'équipe, l'environnement physique, l'extérieur à l'établissement, la socialisation, les caractéristiques de l'utilisateur et le cadre réglementaire (Bowers, 2014).

### **3.1.2. Le modèle « Six core strategies »**

Un autre modèle a été développé afin de prévenir la violence et l'utilisation des mesures de contrôle, soit « the six core strategies for reducing seclusion and restraint use » (Goulet et Larue, 2015). Il propose six stratégies de base pour réduire l'isolement et la contention : (1) leadership vers le changement organisationnel ; (2) utilisation des données pour informer la pratique ; (3) développement de la main-d'œuvre ; (4) utilisation des outils de prévention ; (5) rôles des usagers dans les organismes publics et (6) techniques de débriefing.

Ce modèle réduit l'utilisation des mesures de contrôle grâce à l'utilisation d'une variété d'outils et d'évaluations qui sont intégrés dans la politique et les procédures de l'établissement et dans le plan de rétablissement de chaque usager. La stratégie d'utilisation d'outils de prévention repose fortement sur le concept de traitement individualisé, d'une évaluation universelle du traumatisme, d'outils pour identifier les personnes présentant des facteurs de risque élevés de décès et de blessures, l'utilisation de la technique de désescalade ou des plans de sécurité, l'utilisation du langage non discriminatoire dans les discours et les documents écrits, les modifications de l'environnement pour inclure le confort et les salles sensorielles, les interventions de modulation sensorielle (chariot sensoriel) et d'autres activités pour enseigner aux usagers la gestion des émotions.

### **3.1.3. L'analyse et l'intervention multimodales (AIMM)**

L'analyse et l'intervention multimodales réfère à un cadre théorique qui vise à soutenir la prise de décision par une analyse des causes probables, des services d'adaptation ou de traitements, mais aussi au plan des services de soutien requis de façon individualisée dans une perspective de prévention des TGC (Sabourin et Lapointe, 2014). Ce modèle intègre des méthodologies d'évaluation fonctionnelle des comportements problématiques, des méthodologies d'intervention comportementale, écosystémiques et biopsychosociales ainsi qu'un travail transdisciplinaire le plus efficace et efficient possible auprès de ces personnes.

Ce modèle comprend une série de sept étapes cliniques séquentielles à réaliser auprès de tous usagers présentant un ou des TGC associés à une DI ou à un TSA (Sabourin et Lapointe, 2014). Les sept étapes sont les suivantes : (1) Décrire le ou les troubles du comportement ; (2) Recueillir et organiser l'information pertinente sur les causes ; (3) Formuler des hypothèses globales et causales ; (4) Élaborer des interventions sur mesure ; (5)

Organiser le suivi de ces interventions en planifiant les moyens et en définissant les responsabilités ; (6) Intervenir et (7) Faire le suivi des interventions.

L'outil principalement utilisé par ce modèle est la Grille d'analyse multimodale contextuelle (Annexe D). Cette grille permet essentiellement de formuler des hypothèses exhaustives des causes d'un TGC, tout en faisant ressortir les interactions entre les différents éléments pertinents de causalité probable et d'en tenir compte dans les hypothèses globales (Sabourin et Lapointe, 2014). Elle permet aussi de déduire la présence d'autres éléments de causalité qui ne sont pas apparus pertinents dans un premier temps. Il est important que la mise à jour de la grille soit faite régulièrement. Pour de plus amples informations sur la Grille d'analyse multimodale contextuelle, veuillez vous référer au document suivant : Sabourin, G. et Lapointe, A. (2014). Cadres de référence et guides techniques : analyse et intervention multimodales en troubles graves du comportement -Grille et lexique. Montréal, Canada : FQCRDITED | SQETGC.

### **3.2. La formation des intervenants**

Un autre aspect important pour les intervenants pouvant être en contact avec une clientèle présentant des comportements agressifs est d'avoir les connaissances nécessaires à ce sujet. Il est donc important pour les intervenants de bien connaître les diverses problématiques. Afin de mieux intervenir auprès d'une clientèle agressive, deux formations sur la gestion des comportements agressifs sont pertinentes, soit la formation Oméga et la formation Intervention thérapeutique lors de conduites agressives (ITCA). Les intervenants devront suivre les formations proposées dans le cadre du plan de formation du CISSS de Chaudière-Appalaches.

### **3.3. Outils de prévention**

Il existe divers outils, évaluations et stratégies afin de prévenir la violence ou les comportements agressifs en milieu de travail, dont les techniques de désescalade, les techniques de communication, le chariot sensoriel (Annexe E), le plan de sécurité (annexe F) et le plan de désescalade (annexe G).

#### **3.3.1. La technique de désescalade**

La technique de désescalade de l'agressivité est fréquemment recommandée comme première intervention en cas d'agression imminente. La désescalade est définie en tant que « gamme de compétences verbales et non verbales et de techniques interactionnelles pour éviter ou gérer des situations déclencheurs connues sans provoquer d'agression » (Hallett et Dickens, 2017). Cette technique comprend des interventions psychosociales visant à réduire ou éliminer les agressions et la violence. Elle suggère d'utiliser des interventions verbales et non verbales, d'autorégulation, d'évaluation et d'actions, tout en préservant la sécurité du personnel et des usagers (Hallett et Dickens, 2017). Afin de bien appliquer la technique, il faut prendre en compte les stratégies de base de désescalade de l'agressivité (Annexe H).

Une étude recommande dix règles à adopter lors de l'utilisation de la désescalade. Les dix règles sont les suivantes :

- 1) L'attitude générale de l'intervenant face à l'utilisateur devrait être empathique, soucieuse, respectueuse, sincère et équitable. Ces attitudes devraient être accompagnées d'une intention thérapeutique et attentionnée.
- 2) Évaluer les risques associés à chaque option disponible;
- 3) Contrôler la situation et non l'utilisateur;
- 4) Lorsque la situation le permet, il est important de partager l'évaluation des risques, la décision, les responsabilités et les actions aux autres intervenants;
- 5) La technique de désescalade fonctionne lorsqu'elle est utilisée de façon précoce;
- 6) Le but principal de la technique de désescalade est de gagner du temps;
- 7) Il est important de garder une distance sécuritaire et de prendre en considération l'espace;
- 8) Les interventions de désescalade doivent être utilisées avec de l'assurance sans être provoquées;
- 9) Il faut éviter les jeux de pouvoir entre les usagers et les intervenants; et
- 10) Les intervenants doivent être conscients des problèmes généraux de sécurité.

Ritcher et Whittington (2006) mentionnent aussi des styles de communication à éviter tels que donner des ordres, des avertissements, de faire la morale, d'argumenter, de blâmer, d'analyser, de juger et d'utiliser du sarcasme. Il mentionne également d'éviter les questions utilisant le pourquoi, puisqu'elles sont souvent perçues comme des réprimandes. Cependant, il propose des interventions à prioriser telles que l'utilisation du « je » et des questions ouvertes. Par exemple, une question ouverte à prioriser aux usagers est : « Qu'est-ce que tu ressens en ce moment? ».

### **3.3.2. Les stratégies pour résoudre graduellement une situation présentant un potentiel d'agressivité <sup>12</sup>**

- Rechercher les hypothèses causales
- Utiliser des grilles d'observations et d'analyses
- Intervenir rapidement dès les premiers signes d'agressivité pour prévenir l'escalade
- Avoir une attitude calme, détendue et respectueuse
- Adopter une posture sécuritaire et sécurisante (placer son corps de manière à protéger les organes internes, pieds bien ancrés au sol, placer les mains ouvertes en évidence, pas de bras croisés ou de mains dans les poches ou à la ceinture)
- Créer une alliance et un lien thérapeutique
- Offrir un encadrement, une structure, une routine

<sup>12</sup> MSSS. (2008). Aide-mémoire-mesures de remplacement de la contention et de l'isolement. Récupéré sur : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2007/07-812-06.pdf>

- Parler calmement et clairement en utilisant des phrases courtes
- Restreindre l'utilisation des mots, gestes, sons et odeurs
- Adapter le niveau de langage à la personne
- Se déplacer lentement, éviter les gestes brusques et spontanés
- Établir d'abord un contact visuel puis verbal avant d'intervenir afin de ne pas surprendre
- S'assurer que les autres intervenants de l'équipe sont disponibles et savent ce qui se passe
- Exprimer clairement à la personne ce qu'on s'attend d'elle
- Informer l'utilisateur de ses responsabilités
- Permettre à l'utilisateur de choisir, de prendre des décisions, encourager l'utilisateur à trouver des solutions
- Reconnaître les émotions exprimées par la personne
- Garder une distance psychologique et sécuritaire (distance physique de deux mètres)
- Sécuriser la chambre en retirant les objets pouvant servir de projectiles
- Connaître ses propres limites afin de ne pas se mettre ou mettre ses collègues en danger imminent.
- Éviter :
  - La confrontation, la provocation et l'argumentation
  - De faire des promesses que nous ne serons pas en mesure de tenir
  - Les menaces, l'intimidation, l'usage de double message
  - D'attaquer l'estime de soi

### 3.4. L'évaluation systématique du risque

L'évaluation systématique du risque a également démontré une réduction de l'utilisation des mesures de contrôle. Deux études ayant mis en place des protocoles d'évaluation des risques ont diminué subséquemment l'utilisation de l'isolement et de la contention. L'évaluation des risques a également permis de réduire l'agitation des usagers qui est considérée comme un précurseur d'un comportement agressif. Donc, la diminution de l'agitation peut conduire à la réduction des incidents agressifs. Une autre observation a été réalisée au cours de cette étude soit la mise en place d'interventions multimodales et l'évaluation des risques qui réduisent le recours aux mesures de contrôle. (Gaynes et al., 2017) Il existe plusieurs outils pour évaluer le risque durant une courte période de temps, soit « The brosert violence checklist (BVC) », « dynamic appraisal of situational aggression (DASA) » (Annexe I) et « short-term assessment of risk and treatability (START) » (Daffern et al., 2009).

#### 3.4.1. Évaluation du potentiel d'agressivité des causes associés <sup>13</sup>

---

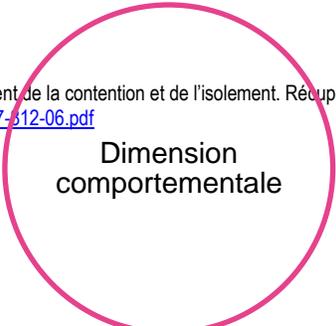
<sup>13</sup> Centre de santé et de services sociaux-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke. (2012). Guide de prévention et d'intervention concernant la violence en milieu de travail pour les personnes oeuvrant au CSSS-IUGS. Récupéré le 26 mars 2018 sur <http://www.equipevisage.ca/wp-content/uploads/2013/03/Guide-Prévention-de-la-violence-Version-finale-Février-2012.pdf>.

Interagir avec une personne en détresse, hostile, vindicative, inquiétante par son attitude, ses paroles ou ses gestes est une réalité incontournable pour beaucoup d'intervenants. Il est donc important d'en être conscient, d'en tenir compte dans les échanges avec les usagers et d'avoir un plan d'action avant de les rencontrer. L'intervenant doit d'abord consulter le dossier de l'utilisateur et questionner ses collègues pour connaître les antécédents de comportements violents et le profil de l'utilisateur. Ensuite, l'intervenant doit se préparer à rencontrer l'utilisateur. Il doit évaluer la situation de travail (nature de l'intervention, environnement, forces et limites comme intervenant, soutien disponible), déterminer le meilleur moment et le lieu le plus approprié pour tenir la rencontre et en cas de doute sur le déroulement d'une rencontre, mettre en place des moyens préventifs pour assurer sa sécurité pendant l'intervention. Finalement, l'intervenant doit évaluer le climat et l'attitude de l'utilisateur en prenant quelques minutes pour évaluer le climat et l'attitude de l'utilisateur à l'aide de l'outil suivant : l'identification des signes précurseurs (p. 17 à 19). Il est également possible de l'application en combinaison avec une grille d'évaluation du risque telle que la DASA (Annexe J).

#### 3.4.1.1. Identification des signes précurseurs <sup>14</sup>

---

<sup>14</sup> MSSS. (2008). Aide-mémoire-mesures de remplacement de la contention et de l'isolement. Récupéré sur : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2007/07-612-06.pdf>



Dimension  
comportementale

## Dimension Comportementale

- **Expression faciale:** Visage tendu et irrité, visage rouge, air maussade, méprisant, colérique, front plissé
- **Augmenter ou arrêt soudain de l'agitation psychomotrice:** Faire les cents pas, jambes qui gigote, balancement du corps, difficulté de demeurer en place, hyperactivité, mains aux hanches, accroupissement, répétition de mouvement, usager vous ignore
- **Augmenter du volume et du débit verbal :** L'usager ose la voix, parle de plus en plus fort, hurle. L'usager rit fort. Bégaiement.
- **Changement verbal :** Jurer, être grossier, chanter de façon inappropriée, cesse de parler
- Contact visuel prolongé ou, au contraire, évitement du regard. L'usager peut également s'isoler ou éviter les gens.
- **Menaces verbales ou comportementales:** pointe du doigt, menace du poing avec les bras élevés
- Similarité entre les comportements présentés et ceux lors d'un épisode précédent d'agressivité

## Dimension physique

- **Modification de paramètres physiologiques :** de la fréquence respiratoire et cardiaque, des contractions musculaires et dilatation des pupilles.
- Par exemple : Accélération du cœur, difficulté à respirer, respiration accélérée ou courte, sudation, serrer les dents, bouche sèche, mains nouées, poings serrés, manger plus ou moins, dormir plus ou moins (insomnie), ne pas prendre soin de soi, tremblements,

## Dimension émotionnelle

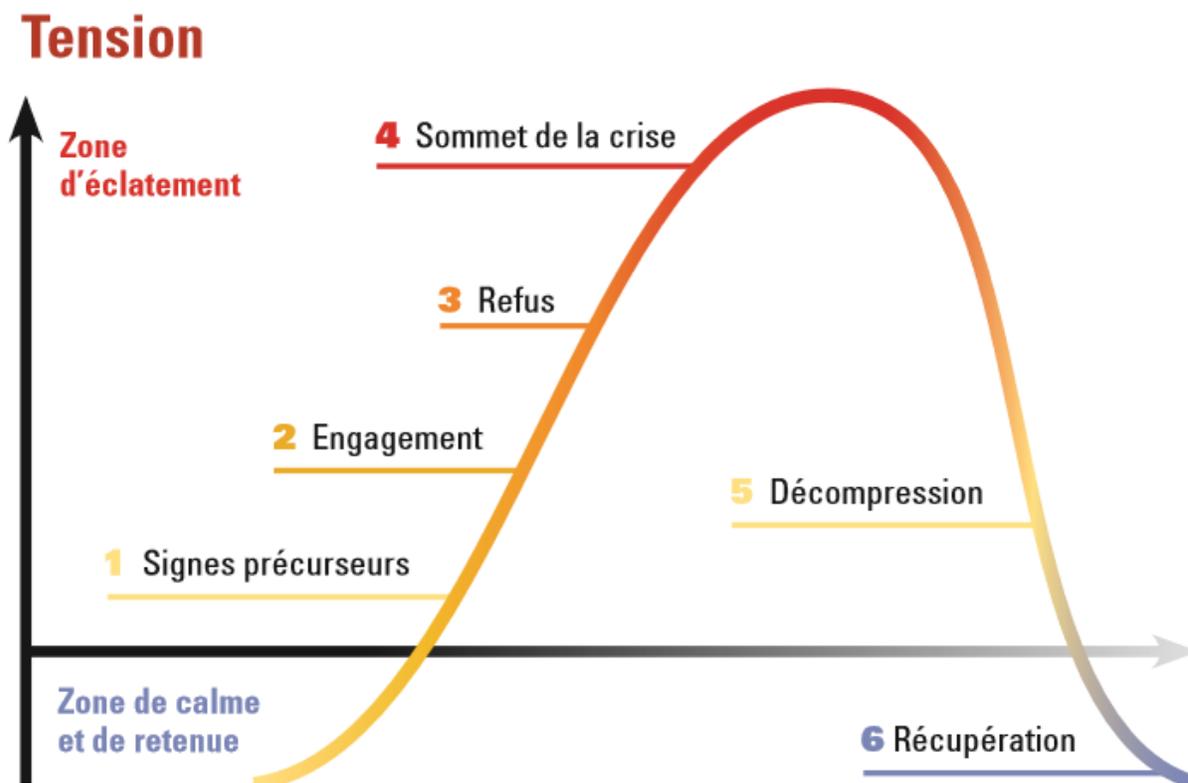
- **Sentiments exprimés** : colère, hostilité, anxiété extrême ou irritabilité, pleurer
- Humeur labile
- Euphorie excessive et inappropriée.

## Dimension cognitive

- Processus de la pensée peu clair
- Hallucination ou illusion avec contenu violent
- Confusion, désorientation ou altération de la mémoire
- Redondance des demandes
- Parle sans arrêt

### 3.4.2. Les six phases d'une crise d'agressivité/ violence <sup>15</sup>

Cette section présente les six phases d'une crise d'agressivité / violence ainsi qu'un portrait des usagers à chacune de ces phases. Elles sont accompagnées d'un éventail de stratégies d'intervention adaptées ainsi que de certains pièges à éviter.



**Attention** : Bien qu'il s'agisse d'un schéma représentant les six phases d'une crise d'agressivité/ violence, il est possible que le déroulement de la crise se présente en dents de scie. De fait, après avoir atteint le sommet, la crise peut diminuer pour ensuite reprendre momentanément en intensité. Cette recrudescence des comportements agressifs tend à diminuer progressivement au fil de l'accompagnement pour finalement atteindre la phase de décompression. Un autre élément à prendre en considération en lien avec ce schéma est que l'utilisateur peut ne pas passer par toutes les phases. En effet, l'utilisateur peut présenter des signes précurseurs puis être au sommet de la crise sans avoir vécu les phases 2 et 3, soit l'engagement et le refus.

<sup>15</sup> Centre de santé et de services sociaux-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke. (2012). Guide de prévention et d'intervention concernant la violence en milieu de travail pour les personnes oeuvrant au CSSS-IUGS. Récupéré le 26 mars 2018 sur <http://www.equipevisage.ca/wp-content/uploads/2013/03/Guide-Prévention-de-la-violence-Version-finale-Février-2012.pdf>.

3.4.2.1. Phase 1 : Les signes précurseurs <sup>16</sup>

LA PERSONNE EN CRISE	LA PERSONNE AUX PRISES AVEC LA SITUATION	
Signes comportementaux	Ce qu'il faut faire	Ce qu'il ne faut pas faire
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exagération ou changement notable dans le comportement : tête/épaules vers l'arrière, regard froid, mains sur les hanches, pointe du doigt, etc.</li> <li>• Agitation psychomotrice : bouge, marche, agite les bras, tremble, etc.</li> <li>• Réactions physiologiques : respiration rapide, sudation, visage rouge ou blanc, etc.</li> <li>• Signes de frustration : plaintes, jérémiades, haussement du ton de la voix, expression ou actions agressives (lèvres serrées sur les dents, menace du poing, etc.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurer sa protection personnelle : garder une distance physique sécuritaire</li> <li>• Se garantir un accès à une issue pour pouvoir quitter l'endroit rapidement</li> <li>• Chercher à établir le contact</li> <li>• Se montrer disponible (ex. : comment puis-je vous aider ? )</li> <li>• Adopter une attitude empathique et favoriser l'écoute active</li> <li>• Communiquer sa compréhension du problème en répétant ce que souhaite ou dit la personne.</li> <li>• Reconnaître les sentiments et inquiétudes de la personne</li> <li>• Utiliser un langage simple</li> <li>• Parler d'une voix calme, lente et rassurante</li> <li>• Dédramatiser la situation par l'humour sans toutefois en nier la gravité</li> <li>• Toujours être honnête; ne pas faire de promesses qu'on ne pourra tenir</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faire des remarques sur l'agressivité observée</li> <li>• Se justifier</li> <li>• Demander de s'excuser</li> <li>• Culpabiliser ou juger</li> <li>• Parler fort et donner des ordres</li> <li>• Empêcher d'exprimer ses frustrations</li> <li>• Faire valoir son statut d'autorité pour se faire écouter</li> <li>• Toucher ou bousculer</li> <li>• Confronter ou regarder de haut</li> <li>• Adopter une posture agressive (mains sur les hanches, pointer du doigt, croiser les bras)</li> <li>• Être dans un lieu ayant un potentiel de danger ou près d'instruments pouvant servir d'armes</li> </ul>

<sup>16</sup> Centre de santé et de services sociaux-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke. (2012). Guide de prévention et d'intervention concernant la violence en milieu de travail pour les personnes oeuvrant au CSSS-IUGS. Récupéré le 26 mars 2018 sur <http://www.equipevisage.ca/wp-content/uploads/2013/03/Guide-Prévention-de-la-violence-Version-finale-Février-2012.pdf> .

3.4.2.2. Phase 2 : L'engagement <sup>17</sup>

LA PERSONNE EN CRISE	LA PERSONNE AUX PRISES AVEC LA SITUATION	
Signes comportementaux	Ce qu'il faut faire	Ce qu'il ne faut pas faire
<ul style="list-style-type: none"> <li>• S'agite de plus en plus</li> <li>• Pose des questions non productives</li> <li>• Argumente et refuse de se calmer</li> <li>• N'a plus de retenue ou d'inhibition sociale</li> <li>• Communique de façon agressive</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Continuer l'écoute empathique</li> <li>• Réfléter l'émotion vécue</li> <li>• Émettre une directive pour préciser ce qu'on attend de la personne ou ce qu'elle doit faire</li> <li>• Ramener la personne sur le sujet ou la demande faite</li> <li>• Rappeler le contexte de l'intervention (rôles, buts, etc.)</li> <li>• Maintenir une distance psychologique : ne pas se laisser atteindre par le discours agressif</li> <li>• Créer une diversion en attirant l'attention sur autre chose que le motif de la tension</li> <li>• Offrir des distractions (ex. : verre d'eau, local à l'écart)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Montrer des signes d'impatience, de condescendance ou d'inattention</li> <li>• Monter le ton</li> <li>• Tenter de contrôler d'intimider</li> </ul>

<sup>17</sup> Centre de santé et de services sociaux-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke. (2012). Guide de prévention et d'intervention concernant la violence en milieu de travail pour les personnes oeuvrant au CSSS-IUGS. Récupéré le 26 mars 2018 sur <http://www.equipevisage.ca/wp-content/uploads/2013/03/Guide-Prévention-de-la-violence-Version-finale-Février-2012.pdf>.

3.4.2.3. Phase 3 : Le refus <sup>18</sup>

LA PERSONNE EN CRISE	LA PERSONNE AUX PRISES AVEC LA SITUATION	
Signes comportementaux	Ce qu'il faut faire	Ce qu'il ne faut pas faire
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adopte des comportements défensifs : se plaint, se contredit, accuse les autres, insulte, pleure, tout en refusant de se calmer</li> <li>• Commence à perdre le contrôle</li> <li>• Ses propos peuvent apparaître incohérents et non liés à la situation ou aux propos; le ton monte.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Établir des limites comportementales en précisant le comportement attendu</li> <li>• Nommer le comportement à arrêter, la raison pour laquelle il ne peut être toléré et la conséquence qui suivra s'il ne cesse pas (les limites doivent être claires, simples, raisonnables et applicables)</li> <li>• Informer la personne des conséquences positives si elle répond aux directives données</li> <li>• Faire sentir à la personne qu'elle a un choix (une porte de sortie honorable)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faire des menaces inconsidérées ou donner des conséquences illogiques ou non proportionnées à l'acte commis</li> <li>• Faire la morale</li> <li>• Entrer dans une grande discussion sur les conséquences de ses actes</li> <li>• Monter le ton</li> <li>• Maintenir physiquement la personne</li> </ul>

<sup>18</sup> Centre de santé et de services sociaux-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke. (2012). Guide de prévention et d'intervention concernant la violence en milieu de travail pour les personnes oeuvrant au CSSS-IUGS. Récupéré le 26 mars 2018 sur <http://www.equipevisage.ca/wp-content/uploads/2013/03/Guide-Prévention-de-la-violence-Version-finale-Février-2012.pdf>.

3.4.2.4. Phase 4 : Le sommet de la crise <sup>19</sup>

LA PERSONNE EN CRISE	LA PERSONNE AUX PRISES AVEC LA SITUATION	
Signes comportementaux	Ce qu'il faut faire	Ce qu'il ne faut pas faire
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perd totalement le contrôle d'elle-même et fait une crise de colère en adoptant des comportements agressifs verbaux ou physiques</li> <li>• Peut agresser les autres personnes de son entourage ou l'environnement physique</li> <li>• Peut également s'en prendre à elle-même</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demander à la personne, d'une voix ferme mais posée, de se retirer dans un endroit calme ou de se calmer</li> <li>• Demander aux autres personnes présentes de s'éloigner</li> <li>• S'approcher lentement de la personne, si possible</li> <li>• Faire une diversion ou se replier</li> <li>• Si la sécurité de la personne ou des autres est menacée, demander de l'aide et appliquer les mesures d'urgence disponibles</li> <li>• Se diriger vers la sortie en marchant à reculons</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rester les bras croisés face à la personne dans une position défensive en lui disant qu'on attend qu'elle se calme</li> <li>• Exprimer son exaspération ou insulter la personne</li> <li>• Pousser la personne au pied du mur ou la maintenir adossée à un obstacle</li> <li>• Interdire à la personne de parler</li> <li>• Monter le ton de la voix</li> </ul>

<sup>19</sup> Centre de santé et de services sociaux-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke. (2012). Guide de prévention et d'intervention concernant la violence en milieu de travail pour les personnes oeuvrant au CSSS-IUGS. Récupéré le 26 mars 2018 sur <http://www.equipevisage.ca/wp-content/uploads/2013/03/Guide-Prévention-de-la-violence-Version-finale-Février-2012.pdf>.

3.4.2.5. Phase 5 : La décompression<sup>20</sup>

LA PERSONNE EN CRISE	LA PERSONNE AUX PRISES AVEC LA SITUATION	
Signes comportementaux	Ce qu'il faut faire	Ce qu'il ne faut pas faire
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La tension est libérée, à la fois physiquement et émotionnellement</li> <li>• Après, il n'est pas rare que la personne soit épuisée, vidée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sécuriser la personne et lui trouver un endroit paisible ou se reposer</li> <li>• Laisser la personne seule un court temps (10 à 20 minutes) afin qu'elle reprenne tranquillement ses esprits ou qu'elle récupère</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entreprendre tout de suite une discussion avec la personne sur les motifs de sa crise</li> <li>• La sermonner ou lui faire des reproches</li> <li>• Donner une conséquence négative immédiatement</li> </ul>

3.4.2.6. Phase 6 : La récupération<sup>21</sup>

LA PERSONNE EN CRISE	LA PERSONNE AUX PRISES AVEC LA SITUATION	
Signes comportementaux	Ce qu'il faut faire	Ce qu'il ne faut pas faire
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La personne est calme et a repris le contrôle d'elle-même</li> <li>• Il n'y a plus d'agitation ni de tension</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suggérer une transition possible comme se déplacer dans un autre endroit</li> <li>• Reprendre contact doucement avec la personne</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forcer la personne à parler, même si elle ne se sent pas prête</li> <li>• Interpréter pour la personne la situation sans la laisser parler</li> </ul>

<sup>20</sup> Centre de santé et de services sociaux-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke. (2012). Guide de prévention et d'intervention concernant la violence en milieu de travail pour les personnes oeuvrant au CSSS-IUGS. Récupéré le 26 mars 2018 sur <http://www.equipevisage.ca/wp-content/uploads/2013/03/Guide-Prévention-de-la-violence-Version-finale-Février-2012.pdf>.

<sup>21</sup> Centre de santé et de services sociaux-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke. (2012). Guide de prévention et d'intervention concernant la violence en milieu de travail pour les personnes oeuvrant au CSSS-IUGS. Récupéré le 26 mars 2018 sur <http://www.equipevisage.ca/wp-content/uploads/2013/03/Guide-Prévention-de-la-violence-Version-finale-Février-2012.pdf>.

## 4. Les éléments déclencheurs ou les irritants <sup>22</sup>

Les éléments déclencheurs ou les irritants sont des éléments qui peuvent mettre l'utilisateur en colère ou qui peuvent causer une crise d'agressivité/ violence. Lorsque l'utilisateur présente des signes précurseurs, des comportements d'agressivité ou commet une agression, l'intervenant doit rechercher les hypothèses causales.

Plusieurs causes peuvent être associées aux comportements d'agressivité reliés à de la frustration, soit :

- Incapacités physiques
- Douleur/ Inconfort
- Besoins insatisfaisants
- Promiscuité
- Diminution du seuil de tolérance à la frustration
- Limites imposées/ Refus

Plusieurs causes peuvent être associées aux comportements d'agressivité liés à l'impulsivité, soit :

- Troubles de la personnalité limite/ antisociale
- Atteinte cérébrale organique
- Déficience intellectuelle
- Épisode maniaque
- État psychotique
- Intolérance/ irritabilité

Plusieurs causes peuvent être associées aux comportements d'agressivité liés à la peur, soit :

- Environnement inconnu/ instable
- Promiscuité
- État psychotique
- Troubles anxieux
- Inquiétudes
- Phobies

### 4.1. Quoi faire lorsque l'utilisateur présente des manifestations d'agressivité? <sup>23</sup>

<sup>22</sup> Centre hospitalier Robert-Giffard affilié à l'Université Laval. (2005). Prévention de l'utilisation de l'isolement : Stratégies de prévention et mesures de remplacement. Comité interdisciplinaire de soutien pour l'utilisation judicieuse des mesures de contention et d'isolement.

#### **4.1.1. Quoi faire lorsque les manifestations d'agressivité sont liées à la frustration?**

L'intervenant doit :

- Évaluer l'état de santé et la condition médicale pour investiguer la présence de malaises physiques (constipation, indigestion, douleur, faim, irritation cutanée, céphalée, etc.) et pour clarifier le diagnostic psychiatrique
- Répondre le plus rapidement possible aux demandes/ plaintes
- Accorder du temps pour permettre à l'usager de verbaliser
- Encourager l'usager à identifier des solutions
- Informer l'usager de ce qui est fait pour répondre à ses besoins
- Clarifier les situations et expliquer les raisons de certaines décisions
- Vérifier les perceptions et corriger les pensées erronées
- Éloigner l'usager des sources de frustration
- Faire de la diversion, attirer l'attention ailleurs
- Évaluer la pertinence d'une médication PRN
- Retirer pour repos à la chambre personnelle/ à la chambre d'observation
- Proposer une mesure de remplacement adaptée à l'usager
- Clarifier les limites et les conséquences d'un comportement agressif et préciser les conséquences si les limites sont dépassées
- Utiliser les techniques proposées par OMEGA : pacification, trêve, requête alpha, recadrage, alternative, option finale

#### **4.1.2. Quoi faire lorsque les manifestations d'agressivité sont liées à l'impulsivité?**

L'intervenant doit :

- Évaluer l'état de santé et la condition médicale pour établir le diagnostic psychiatrique
- Éloigner l'usager des sources de stimulation
- Diriger l'usager vers un milieu plus sécuritaire pour elle et les autres
- Accorder du temps pour permettre à la personne de verbaliser
- Proposer des méthodes de relaxation (technique de respiration, musique relaxante, etc.)
- Donner des consignes claires et directes afin d'aider l'usager à augmenter sa maîtrise d'elle-même
- Utiliser des techniques de diversion
- Vérifier les perceptions et corriger les pensées erronées
- Tenir compte du contenu de délire et des hallucinations (ex : hallucinations mandatoires)
- Reconnaître la réalité et l'intensité du vécu émotif même si la pensée semble délirante
- Évaluer la pertinence d'une médication PRN
- Retirer pour repos à la chambre personnelle / à la chambre d'observation
- Proposer une mesure de remplacement adaptée à l'usager
- Clarifier les limites et les conséquences d'un comportement agressif et préciser les conséquences si les limites sont dépassées
- Utiliser les techniques proposées par OMEGA : pacification, trêve, requête alpha, recadrage, alternative, option finale

---

<sup>23</sup> Centre hospitalier Robert-Giffard affilié à l'Université Laval. (2005). Prévention de l'utilisation de l'isolement : Stratégies de prévention et mesures de remplacement. Comité interdisciplinaire de soutien pour l'utilisation judicieuse des mesures de contention et d'isolement.

### 4.1.3. Quoi faire lorsque les manifestations d'agressivité sont liées à la peur?

L'intervenant doit :

- Évaluer l'état de santé et la condition médicale pour établir le diagnostic psychiatrique
- Éloigner l'utilisateur des sources d'inquiétudes
- Assurer un encadrement chaleureux, rassurant et flexible
- Clarifier les situations et expliquer les raisons de certaines décisions
- Accorder du temps pour permettre à la personne de verbaliser
- Encourager l'utilisateur à identifier des solutions
- Évaluer le degré d'anxiété
- Proposer des méthodes de relaxation (technique de respiration, musique relaxante, etc.)
- Vérifier les perceptions et corriger les pensées erronées
- Faire de la diversion, attirer l'attention ailleurs
- Vérifier la présence d'idées délirantes ou d'hallucinations
- Reconnaître la réalité et l'intensité du vécu émotif même si la pensée semble délirante
- Évaluer la pertinence d'une médication PRN
- Retirer pour repos à la chambre personnelle / à la chambre d'observation
- Proposer une mesure de remplacement adaptée à l'utilisateur
- Informer des actions qui devront être prises graduellement pour contrôler l'agressivité
- Utiliser les techniques proposées par OMEGA : pacification, trêve, requête alpha, recadrage, alternative, option finale

## 5. Les mesures de remplacement auprès d'un usager présentant des comportements agressifs <sup>24 25 26</sup>

<sup>24</sup> MSSS. (2008). Aide-mémoire-mesures de remplacement de la contention et de l'isolement. Récupéré sur : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2007/07-812-06.pdf>

<sup>25</sup> CISSS Laval. (2018). Mesures de remplacement à la contention et à la surveillance constante.

## **5.1. Interventions centrées sur la personne :**

### **5.1.1. Activités physiques :**

- Faire de l'exercice physique ou un sport
- Aller à la salle d'entraînement si disponible dans l'établissement
- Natation, aqua gym, si disponible dans l'établissement
- Prendre une marche
- Faire du vélo
- Pratiquer des techniques de respiration et/ou de relaxation (Annexe J)
- Faire de la méditation
- Utilisation d'objet anti-stress (balle anti-stress ou autre)
- Tout autre technique de gestion de l'anxiété
- Stimulation sensorielle
- Toutes autres techniques de distractions, sensoriel ou non
- Faire une activité corporelle, danse, souplesse musculaire, yoga, etc.
- Frapper dans un « punching bag », dans un oreiller, dans un matelas ou sur un bouclier installé au mur
- Faire une activité créative pour extérioriser sa colère
- Faire de la l'imagerie mentale avec son
- Jouer à un jeu simple avec une personne souhaitée

### **5.1.2. Activités cognitives :**

- Lire
- Faire un casse-tête
- Dessiner, peindre ou jouer avec de la pâte à modeler
- Jouer à des jeux de société ou éducatif adapté, jeux de mémoire
- Écrire
- Regarder un film
- Cuisiner
- Compter lentement jusqu'à 50
- Compter à l'envers (à rebours) en partant de 20
- Permettre à l'utilisateur d'exprimer ses sentiments de façon verbale ou par écrit (Annexe K)
- Utilisation d'un journal personnel

---

<sup>26</sup> Sarrazin, Fréchette. (2006). Module problématique clinique : Aggressivité. Dans MSSS, Programme de formation. Vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement

- Identifier avec l'usager des moyens pour diminuer son agressivité
- Faire des mots cachés, sudoku, etc.

#### **5.1.3. Activités sociales :**

- Encourager l'usager à parler avec un ami, un proche, un intervenant, un bénévole, etc.
- Téléphoner à une personne significative
- Atelier de zoothérapie

#### **5.1.4. Activités environnementales :**

- Écouter de la musique
- Chanter
- Diminuer les stimulations (lumières, bruits)
- Sortir à l'extérieur
- Jardiner
- Aller se balancer (balançoire)
- Proposer une période de repos à la chambre
- Aménager l'environnement de sorte qu'il soit propice au calme
- Prendre une douche ou un bain
- Massothérapie
- Aromathérapie

#### **5.1.5. Activités spirituelles :**

- Faire de la méditation
- Prier

#### **5.1.6. Surveillance et alliance thérapeutique :**

- Renforcer les comportements positifs
- Augmenter le niveau de surveillance de la personne
- Diminuer le ratio intervenant/usagers soignées
- Miser sur la qualité du lien thérapeutique entre l'intervenant et la personne
- Application de la programmation, de l'animation, du plan d'intervention adapté aux besoins spécifiques de la personne
- Reconnaître l'état du malaise ou de la souffrance de l'usager
- Offrir un encadrement, une structure, une routine

### 5.1.7. Applications disponibles :

TABLEAU 2 : APPLICATIONS DISPONIBLES CONCERNANT LES INTERVENTIONS CENTRÉES SUR LA PERSONNE

	Applications gratuites disponibles
Activités / exercices physiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 8 fit</li> <li>• Nike training</li> </ul>
Technique de respiration/ relaxation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Breathe</li> <li>• Calm</li> <li>• Relaxmeditation</li> <li>• oak</li> </ul>
Yoga	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 8 fit</li> <li>• yoga workout-meditation &amp; fitness</li> <li>• Daily yoga</li> </ul>
Coloriage	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pixel Art</li> <li>• Colorfy</li> <li>• ColorTherapy</li> <li>• Color Number</li> </ul>
Méditation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• headspace</li> </ul>

### 5.1.8. Site internet disponible

#### 5.1.8.1. Techniques de respiration et de relaxation

- Ce site internet diffuse des balados pour contrer le stress, apprivoiser la douleur, prendre une pause, augmenter la résistance aux maladies (du rhume au cancer), être plus calme, en maîtrise et en paix. Ce sont des exercices guidés de 5 à 30 minutes de méditations, relaxations et visualisations.

<https://www.passeportsante.net/fr/audiovideobalado/Balado.aspx>

- Ce document mentionne des techniques de respiration et de relaxation. Il mentionne 5 exercices de respiration et 6 exercices de relaxation. Il donne également des exercices d'étirement.

[http://www.adosante.org/docs/TechniquesDeRespiration\\_Oct2008.pdf](http://www.adosante.org/docs/TechniquesDeRespiration_Oct2008.pdf)

- Cet article enseigne la technique de respiration profonde (respiration diaphragmatique) et la pensée positive.

<https://www.bpcq.org/techniques-de-relaxation/>

- Ce site internet explique la technique de respiration à lèvres pincées

<https://www.bpcq.org/techniques-de-respiration/>

- Ce site internet explique 4 méthodes de respiration antistress, soit la respiration consciente, l'étirement, la contraction-décontraction et la respiration abdominale

<https://www.topsante.com/forme-bien-etre/relaxation/4-methodes-de-respiration-antistress-47257>

- Ce site présente deux techniques de respiration pour reprendre contact avec son souffle et diminuer son stress à l'aide de vidéo.

<http://fr.chatelaine.com/sante/forme/des-techniques-de-respiration-pour-se-calmer/>

#### 5.1.8.2. Yoga

- Ce site internet est un studio virtuel de yoga-pilates-entraînement gratuit. Il présente du contenu intéressant sur le yoga.  
<https://monyogavirtuel.com>
- Ce site internet démontre à l'aide d'un vidéo trois postures essentielles de yoga.  
<http://fr.chatelaine.com/sante/forme/3-postures-essentielles-de-yoga/>
- Ce site internet démontre à l'aide d'un vidéo trois postures pour s'étirer, délier ses articulations et sortir de sa tête.  
<http://fr.chatelaine.com/sante/forme/yoga-au-bureau/>
- Ce site internet mentionne 11 postures de yoga pour débutant. Chaque posture est appuyée d'image, d'explications et erreurs courantes reliées à la posture.  
[http://www.huffingtonpost.fr/2015/06/21/photos-yoga-debutant-que-vous-croyez-connaître\\_n\\_7621936.html](http://www.huffingtonpost.fr/2015/06/21/photos-yoga-debutant-que-vous-croyez-connaître_n_7621936.html)
- Ce document fait référence aux postures de base du yoga.  
<http://ekladata.com/pXRkGRjxkQwTZVSeg5XvHioBs6s.pdf>
- Ce site internet permet de télécharger des exercices d'étirements, de méditation ainsi que des capsules sur la santé touchant différents sujets, dont le stress, l'insomnie, la méditation, la forme physique, et bien plus.  
<https://www.passeportsante.net/fr/audiovideobalado/Balado.aspx>

#### 5.1.8.3. Marche

- Ce site internet propose un programme de marche pour débutant, intermédiaire et avancé  
<http://www.coupdepouce.com/sante-et-vitalite/forme/article/un-programme-de-marche-a-votre-mesure>

#### 5.1.8.4. Méditation

- Ce site internet propose différentes méthodes de méditation. Il existe de nombreuses façons de méditer, soit pour réduire son stress ou améliorer sa qualité de vie. Passeport Santé vous apprend tout ce qu'il faut pour commencer la méditation.  
<https://www.passeportsante.net/meditation-1150>
- Ce site internet mentionne les principales techniques de méditation et les principes de base.  
<http://www.apprendre-a-mediter.com/>
- Ce site internet propose une méditation de sept minutes.  
<https://www.techniquesdemeditation.com/meditation-de-7-minutes-plus-dexcuse/>
- Ce site présente cinq techniques efficaces de méditation pour s'éveiller.  
<http://www.sciencedeso.com/5-techniques-efficaces-meditation-seveiller/>
- Le site de l'Université Laval propose une technique de méditation pleine conscience

<https://www.ulaval.ca/mon-equilibre-ul/unite-mobile/la-pleine-conscience.html>

#### 5.1.8.5. Gestion des émotions

- Ce dépliant explique les différentes réactions liées à la colère.  
[http://cscp.umontreal.ca/documents/Ciblez\\_colere\\_depliant.pdf](http://cscp.umontreal.ca/documents/Ciblez_colere_depliant.pdf)
- Ce document décrit les étapes de la gestion de la colère et précise comment contrôler la colère.  
<http://www.umoncton.ca/umcm-saee/files/saee/wf/Comment%20controler%20la%20colere.pdf>
- Un outil permettant de reconnaître les déclencheurs associés à des émotions tels que la peur, la colère, la tristesse et la joie.  
[http://www.revelaxions.com/download/content/doc172\\_354.pdf?nocache=1519500838](http://www.revelaxions.com/download/content/doc172_354.pdf?nocache=1519500838)
- Ce document aide à décrire des émotions selon plusieurs étapes.  
<https://fr.wikihow.com/décrire-des-émotions>

## 5.2. Interventions centrées sur l'environnement

### 5.2.1. Environnement physique et thérapeutique sécuritaire :

- S'assurer que l'environnement physique et thérapeutique est exempt d'objets pouvant représenter une arme potentielle. Par exemple : objets coupants (canif, coupe-papier, couteau, verre), des allumettes, des briquets, des ustensiles, des pilules, des sacs de plastique, des ceintures, des cordes, des lames de rasoir, des miroirs, des lacets, etc.
- S'assurer que l'environnement permet le maintien d'une distance sécuritaire tel qu'un espace vaste.

## 5.3. Interventions centrées sur les intervenants

### 5.3.1. Compétences recherchées chez les intervenants

L'établissement devrait former les intervenants afin qu'ils développent certaines compétences pour intervenir auprès d'une clientèle pouvant présenter des comportements agressifs afin de réduire l'utilisation des mesures de contrôle. Le personnel devrait développer certaines de ses compétences (National Institute for Health and Care Excellence, 2015):

- Une approche des soins centrée sur la personne et fondée sur les valeurs, dans laquelle les relations personnelles, la continuité des soins et une approche positive de la promotion de la santé sous-tendent la relation thérapeutique.
- Veiller à ce que le personnel travaille comme une équipe thérapeutique en utilisant une approche positive et encourageante, en maintenant la régulation émotionnelle du personnel et l'autogestion et en encourageant un bon leadership.
- Une compréhension de la relation entre les problèmes de santé mentale et le risque de violence et d'agression.

- Des compétences pour évaluer pourquoi le comportement est susceptible de devenir agressif ou violent, y compris les facteurs personnels, constitutionnels, mentaux, physiques, environnementaux, sociaux, communicationnels, fonctionnels et comportementaux.
- Des compétences, méthodes et techniques pour réduire ou prévenir la violence imminente et désamorcer l'agression quand elle survient (par exemple, l'utilisation de la technique de désescalade).
- Des compétences, méthodes et techniques pour entreprendre des interventions restrictives en toute sécurité lorsque celles-ci sont requises.
- Des compétences nécessaires pour entreprendre un compte rendu immédiat après l'incident.
- Veiller à ce que les usagers des services se voient proposer des thérapies psychologiques, des activités physiques, des activités de loisirs appropriées, telles que des clubs de cinéma et des groupes de lecture ou d'écriture, et un soutien en cas de difficultés de communication.
- Reconnaître les taquineries possibles, l'intimidation, les contacts physiques ou sexuels non désirés ou les problèmes de communication entre les usagers du service.
- Reconnaître comment le problème de santé mentale de chaque usager de services peut influencer sur son comportement (par exemple son diagnostic, la gravité de la maladie, les symptômes actuels et les antécédents de violence ou d'agression).
- Anticiper l'impact du processus réglementaire sur chaque usage utilisateur de services (par exemple, avoir un congé refusé, être dans un environnement très restreint tel qu'un hôpital à sécurité élevé).
- Anticiper et gérer les facteurs personnels survenant en dehors de l'hôpital (par exemple, les conflits familiaux ou les difficultés financières) qui peuvent affecter le comportement d'un usager.

### **5.3.2. Retour post-événement :**

Le retour post-événement est nécessaire pour toutes les situations comportant une escalade d'agressivité, mais particulièrement pour celles ayant nécessité le recours à des mesures de contrôle.

## **5.4. Interventions centrées sur l'établissement et la structure organisationnelle <sup>27</sup>**

### **5.4.1. Qualité des soins**

- Rendre les milieux de soins les plus sécuritaires possibles et les mieux adaptés aux besoins de leurs clientèles : les fenêtres et les portes, les chambres privées, les chambres d'observation et une réduction des stimuli excessifs.
- Avoir du personnel bien formé
- L'attitude du personnel (Si le personnel doit faire des heures supplémentaires)
- La façon d'aborder l'usager peut faciliter les soins et le comportement de l'usager (explication du consentement, obtenir le consentement, explication avant de donner un soin)

### **5.4.2. Investissement dans l'aménagement du milieu physique et thérapeutique**

- Développement et maintien d'un climat respectueux et paisible
- Faire des aménagements environnementaux/apaisants dans les unités psychiatriques <sup>28</sup>:

---

<sup>27</sup> Institut universitaire en santé mentale. (2007). Prévention de l'utilisation de la contention : stratégies de prévention et mesures de remplacement

- Ambiantes : avoir un éclairage doux, indirect et une lumière ample et naturelle, avoir une exposition à la lumière naturelle, avoir un niveau faible de bruit dans l'unité, avoir une bonne qualité de l'air et une bonne ventilation
  - Architecturales : Avoir des chambres individuelles avec des salles de bains privées, avoir des unités avec un nombre réduit d'usagers, avec des fenêtres avec une vue sur la nature, avoir des jardins accessibles aux usagers, avoir des couloirs courts de préférence, avoir un salon pour le personnel
  - Design intérieur : avoir un environnement de type familial préférable, réduire l'aspect institutionnel des unités, choisir des couleurs, soit stimulantes, soit calmes en fonction de l'aire de l'unité, avoir la présence de l'art nature, inclure des plantes naturelles dans les unités de soins
  - Sociales : avoir des salons spacieux avec des chaises mobiles, avoir des salles de séjour ouvertes et flexibles pour encourager l'interaction avec le personnel, la disponibilité d'espaces où les usagers peuvent se retirer
  - Spécifiques : Avoir un poste infirmier ouvert, situé à proximité de zones d'activités et avoir une bonne visibilité sur l'unité
- Faire des changements physiques facilitant l'interaction usager-usager et usager-intervenant <sup>29</sup>:
    - Aménagement d'une salle d'ordinateur : salle comprenant un ordinateur pour jouer à des jeux vidéo, un Xbox ou une PlayStation, un sofa
    - Aménagement d'une salle hypo-sensorielle (coin noir)<sup>30</sup> : Le coin noir est un endroit hypo sensoriel qui a pour fonction d'éliminer tous stimuli. Tout ce qui fait partie de l'environnement de ce coin est noir : mur noir, rideaux noirs (à velcro), « pouf » noir, etc. Cette salle est très efficace pour les personnes qui sont sur stimulées facilement (par exemple : un usager présentant un trouble du spectre de l'autisme (TSA) ou une trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH)). Cependant, elle est contre-indiquée pour les personnes étant aux prises avec la dépression.
    - Aménagement d'une salle d'apaisement <sup>31</sup>: La salle d'apaisement est un lieu retiré favorisant le repos, la réduction du niveau d'anxiété plus élevé chez une personne ainsi que sa récupération. Elle est caractérisée par une thématique appropriée au type de clientèle desservi (par exemple la nature). Elle doit être planifiée et organisée de manière sécuritaire pour l'usager et les intervenants. Elle est munie d'un matériel apaisant et sécuritaire tels que des objets non dangereux ou des objets thérapeutiques (coussins, couvertures, un lézard lourd, etc.).

<sup>28</sup> Gheorghiu, I.L. (2014). Les aménagements physiques pour une meilleure sécurité dans les unités psychiatriques et d'urgence. Institut Universitaire en santé mentale de Montréal. Récupéré sur le : [http://www.iusmm.ca/documents/pdf/Institut/Soins%20et%20Services/UEMISM\\_aménagement\\_secur.pdf](http://www.iusmm.ca/documents/pdf/Institut/Soins%20et%20Services/UEMISM_aménagement_secur.pdf)

<sup>29</sup> Goulet et Larue. (2015). État des connaissances : Programmes de réduction des mesures de contrôle. Récupéré sur : [http://visev.ca/wp-content/uploads/2016/02/Goulet\\_Larue\\_formation-croisée\\_programmes\\_9-novembre-2015\\_final.pdf](http://visev.ca/wp-content/uploads/2016/02/Goulet_Larue_formation-croisée_programmes_9-novembre-2015_final.pdf)

<sup>30</sup> Bourdeau, J. (2016). Intervention thérapeutique lors de conduites agressives (TCA) : guide de l'intervenant. 3e édition, p10-12

<sup>31</sup> Bourdeau, J. (2016). Intervention thérapeutique lors de conduites agressives (TCA) : guide de l'intervenant. 3e édition, p10-12

- Aménagement d'un coin détente<sup>32</sup> : Le coin détente peut aider grandement à diminuer le malaise si la personne y est conduite au bon moment, c'est-à-dire qu'elle présente des signes précurseurs de crise et non, être en crise. Le temps d'utilisation peut varier d'une personne à l'autre. L'intervenant doit s'assurer que l'utilisateur est disponible à reprendre ses occupations. Le coin détente doit être créé dans un environnement connu et sécurisant pour l'utilisateur. Il peut s'actualiser par une pièce prévue à cet effet ou en un coin de salle, aménagé bien distinctement du reste de la pièce et préférablement séparé par un rideau ou un panneau afin de permettre le retrait social et visuel. Il peut être muni d'objets favorisant la détente : revues, livres, coussins, lumière tamisée, musique douce, etc.
- Décoration chaleureuse ressemblant à un milieu de vie (meubles, plantes, tapis, aires communes)
- Chambres sensorielles, chambre de réconfort
- Diminution du nombre de salles d'isolement

#### **5.4.3. Stratégies organisationnelles**

- Organiser et planifier le travail de manière à assurer une présence optimale auprès de l'utilisateur
- Fournir une prestation de soins et de services axée sur la dignité de l'utilisateur
- Offrir des activités thérapeutiques et récréatives
- Fournir une information juste et complète aux proches à l'égard de la contention
- Respecter la décision de l'utilisateur et les conséquences de sa décision
- Avoir un fonctionnement d'équipe efficace (cohésion et cohérence)
- S'assurer de la mise en œuvre des plans d'intervention et de leur suivi

#### **5.4.4. Stratégies structurales**

- Favoriser l'aménagement de chambres seules et de chambres d'observation
- Assurer une circulation libre d'obstacles dans les corridors
- Aménager des unités et des aires d'errance sécuritaires
- Assurer une température confortable : climatisation, ventilation, chauffage
- Aménager des pièces communes favorisant la détente, l'échange et les rencontres avec les proches
- Utiliser des pictogrammes pour les toilettes, le salon et la salle à manger

---

<sup>32</sup> Bourdeau, J. (2016). Intervention thérapeutique lors de conduites agressives (TCA) : guide de l'intervenant. 3<sup>e</sup> édition, p10-12

## Référence

- Almick, R. (NA). Risk assessment made easy The broset violence checklist (BVC). Récupéré sur: [file:///C:/Users/Caroline/Documents/Université%202018/RPI/TESTS%20PSYCHOMÉTRIQUE/The%20Broset%20violence%20checklist%20\(BVC\).pdf](file:///C:/Users/Caroline/Documents/Université%202018/RPI/TESTS%20PSYCHOMÉTRIQUE/The%20Broset%20violence%20checklist%20(BVC).pdf)
- Association des hôpitaux du Québec (AHQ). (2004). Cadre de référence – Utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention et isolement, édition révisée, Montréal, Association des hôpitaux du Québec. Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS). (2014). Oméga de base. Récupéré le 1 février 2018 sur <http://asstsas.qc.ca/formations-nos-formations/omega-de-base>
- Bourdeau, J. (2016). Intervention thérapeutique lors de conduites agressives (TCA) : guide de l'intervenant. 3<sup>e</sup> édition, p10-12
- Bowers, L. (2014). Safewards : a new model of conflict and containment on psychiatric wards. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 21, 499-508. Doi: 10.1111/jpm.12129
- Bowers et al. (2015). *Reducing conflict and containment rates on accurate psychiatric wards: The safewards cluster randomised controlled trial*. *International journal of nursing studies*, 52(2015), 1412-1422. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.05.001
- Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST). (2017). Statistiques sur les lésions attribuables à la violence en milieu de travail, 2012-2015. Récupéré sur : <http://www.cnesst.gouv.qc.ca/Publications/300/Documents/DC300-255web.pdf>
- Centre d'aide aux étudiants. (NA). La relaxation. Récupéré sur : <https://www.aide.ulaval.ca/apprentissage-et-reussite/textes-et-outils/stress-et-anxiete-scolaire/la-relaxation/>
- Centre de santé et de services sociaux-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke. (2012). Guide de prévention et d'intervention concernant la violence en milieu de travail pour les personnes oeuvrant au CSSS-IUGS. Récupéré le 26 mars 2018 sur <http://www.equipevisage.ca/wp-content/uploads/2013/03/Guide-Prévention-de-la-violence-Version-finale-Février-2012.pdf> .
- Centre hospitalier Robert-Giffard affilié à l'Université Laval. (2005). Prévention de l'utilisation de l'isolement : Stratégies de prévention et mesures de remplacement. Comité interdisciplinaire de soutien pour l'utilisation judicieuse des mesures de contention et d'isolement.
- Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches (CISSS-CA). (2018a). Protocole d'application des mesures de contrôle.
- Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches (CISSS-CA). (2018b). Mission, vision, valeurs. Récupéré le 29 janvier 2018 sur <http://www.cisss-ca.gouv.qc.ca/le-cisss-de-chaudiere-appalaches/mission-vision-valeurs/>
- Cultivons l'optimiste. (2018). Exercice : écrire pour se libérer de la colère. Récupéré sur : <http://anti-deprime.com/2015/08/15/exercice-ecrire-pour-se-liberer-de-la-colere/>
- Daffern, M., Howells, K., Hamilton, L., Mannion, A., Howard, R. et Lilly, M. (2009). The impact of structured risk assessments followed by management recommendations on aggression in patients with personality disorder. *The journal of forensic psychiatry & psychology*, 20(5), 661-679. Doi: 10.1080/14789940903173990
- Duke, S.G., Scott, J. et Dean, A.J. (2014). Use of restrictive interventions in a child and adolescent inpatient unit- predictors of use and effect on patient outcomes. *Australasian psychiatry*, 22 (4), 360-365. Doi: 10/1177/1039856214532298

- Dumais, A., Larue, C., Michaud, C., & Goulet, M. H. (2012). *Predictive validity and psychiatric nursing staff's perception of the clinical usefulness of the French version of the dynamic appraisal of situational aggression*. *Issues in mental health nursing*, 33(10), 670-675.
- Gaynes, B.N., Brown, C.L., Lux, L.J., Brownley, K.A., Van Dorn, R.A., Edlund, M.J., ...Lohr, K.N. (2017). Preventing and de-escalating aggressive behavior among adult psychiatric patients: a systematic review of the evidence. *Psychiatric services*, 68 (8), 819-831. Doi: 10.1176/appi.ps.201600314
- Gheorghiu, I.L. (2014). Les aménagements physiques pour une meilleure sécurité dans les unités psychiatriques et d'urgence. Institut Universitaire en santé mentale de Montréal. Récupéré sur le : [http://www.iusmm.ca/documents/pdf/Institut/Soins%20et%20Services/UETMISM\\_amenagement\\_secur.pdf](http://www.iusmm.ca/documents/pdf/Institut/Soins%20et%20Services/UETMISM_amenagement_secur.pdf)
- Goulet et Larue. (2015). État des connaissances : Programmes de réduction des mesures de contrôle. Récupéré sur : [http://visev.ca/wp-content/uploads/2016/02/Goulet\\_Larue\\_formation-croisee\\_programmes\\_9-novembre-2015\\_final.pdf](http://visev.ca/wp-content/uploads/2016/02/Goulet_Larue_formation-croisee_programmes_9-novembre-2015_final.pdf)
- Goulet, M.-H., Larue, C. et Lemieux, A.J. (2017). A pilot study of «post-seclusion and/or restraint review» intervention with patients and staff in a mental health setting. *Wiley perspective in psychiatric care*. 1-9. DOI: 10.1111/ppc.12225
- Hallett, N. et Dickens, G.L. (2017). De-escalation of aggressive behaviour in healthcare settings: concept analysis. *International journal of nursing studies*, 75, 10-20. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.07.003
- Haute Autorité de Santé (HAS). (2011). *Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur*. France.
- Holland, S.M. (2017). *Violence experienced by registered nurses working in hospitals: an evaluation study*. Faculty of the USC Rossier School of Education, University of Southern California
- Intervention thérapeutique lors de conduites agressives (ITCA). (2012). Introduction. Récupéré le 1 février 2018 sur <http://www.itca.ca/>
- Kennedy, E. (2013). *The nursing competence self-efficacy scale (NCSES): an instrument development and psychometric assessment study*. Dalhousie University, Halifax, Nova Scotia.
- Kontio, R., Välimäki, M., Putkonen, H., Kuosmanen, L., Scott, A. et Joffe, G. (2010). Patient restrictions : Are there ethical alternatives to seclusion and restraint? *Nursing ethics*, 17 (1), 65-76. Doi: 10.1177/0969733009350140
- Kynoch, K., Wu, C.-J. et Chang, A.M. (2011). Interventions for preventing and managing aggressive patients admitted to an acute hospital setting: a systematic review. *Worldviews on evidence-based nursing*. Doi: 10.1111/j.1741-6787.2010.00206.x
- Lavelle, M., Stewart, D., James, K., Richardson, M., Renwick, L., Brennan, G. et Bowers, L. (2016). Predictors of effective de-escalation in accurate inpatient psychiatric settings. *Journal of clinical Nursing*, 25, 2180-2188. Doi: 10.1111/jocn.13239
- Morin, P. et Michaud, C. (2003). Mesures de contrôle en milieu psychiatrique : trois perspectives pour en guider la réduction, voire l'élimination. *Santé mentale au Québec*, 28 (1), 126-150. Doi : 10.7202/006985ar
- MSSS. (2008). Aide-mémoire-mesures de remplacement de la contention et de l'isolement. Récupéré sur : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2007/07-812-06.pdf>
- Muscionico, M. et Eylan, A. (2014). *Du vécu de dangerosité à l'être dangereux : défis cliniques et vision de la société*. *Revue médicale suisse*, 10 (442) :1706. © Médecine & Hygiène.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2015). *Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings*.

- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2003). Guide d'application de la nouvelle Loi sur les infirmières et infirmiers et de la Loi modifiant Le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, Montréal, OIIQ. Récupéré sur :  
[https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/evenements/colloque2013/P12\\_CDerval.pdf](https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/evenements/colloque2013/P12_CDerval.pdf)
- Perron, A., Jacob, J.D., Beauvais, L., Corbeil, D. et Bérubé, D. (2015). Identification et gestion de la violence en psychiatrie : perceptions du personnel infirmier et des patients en matière de sécurité et dangerosité. *Recherche en soins infirmiers*, 120 (1), 47-60. Doi : 10.3917/rsi.120.0047
- Renwick, L., Stewart, D., Richardson, M., Lavelle, M., James, K., Hardy, C... Bowers, L. (2016). Aggression on inpatient units: Clinical characteristics and consequences. *International journal of mental health nursing*, 25, 308-318. Doi: 10.1111/inm.12191
- Ritcher, D. et Whittington, R. (2006). *Violence in mental health settings: causes, consequences, management*. New-York: Springer Science+Business Media
- RNAO. (2012). Promoting safety : alternative approaches to the use of restraints. Récupéré sur :  
[http://mao.ca/sites/mao-ca/files/Promoting\\_Safety\\_-\\_Alternative\\_Approaches\\_to\\_the\\_Use\\_of\\_Restraints\\_0.pdf](http://mao.ca/sites/mao-ca/files/Promoting_Safety_-_Alternative_Approaches_to_the_Use_of_Restraints_0.pdf)
- Sabourin, G. et Lapointe, A. (2014). *Cadres de référence et guides techniques : analyse et intervention multimodales en troubles graves du comportement - Grille et lexique*. Montréal, Canada : FQCRDITED | SQETGC.
- Stewart, D. et Bowers, L. (2013). Inpatient verbal aggression : content, targets and patient characteristics. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 20, 236-243. Doi: 10/1111/j.1365-2850.2012.01905.x
- Sukhodolsky, D., Cardona, L. et Martin, A. (2005). Characterizing aggressive and noncompliant behaviors in a children's psychiatric inpatient setting. *Child psychiatry and human development*, 36 (2), 177-192. Doi: 10.1007/s10578-005-3494-0
- Yang, C.-P.P., Hargreaves, W.A. et Bostrom, A. (2014). Association of empathy of nursing staff with reduction of seclusion and restraint in psychiatric inpatient care. *Psychiatric services*, 65 (2), 251-254. Doi: 10.1176/appi.ps.201200531
- Zeldin, A., Britner, S. L., & Pajares, F. (2008). A comparative study of the self-efficacy beliefs of successful men and women in mathematics, science, and technology careers. *Journal of Research in Science Teaching*, 45(9), 1036.

## Annexe A: Les dix interventions safewards <sup>33</sup>

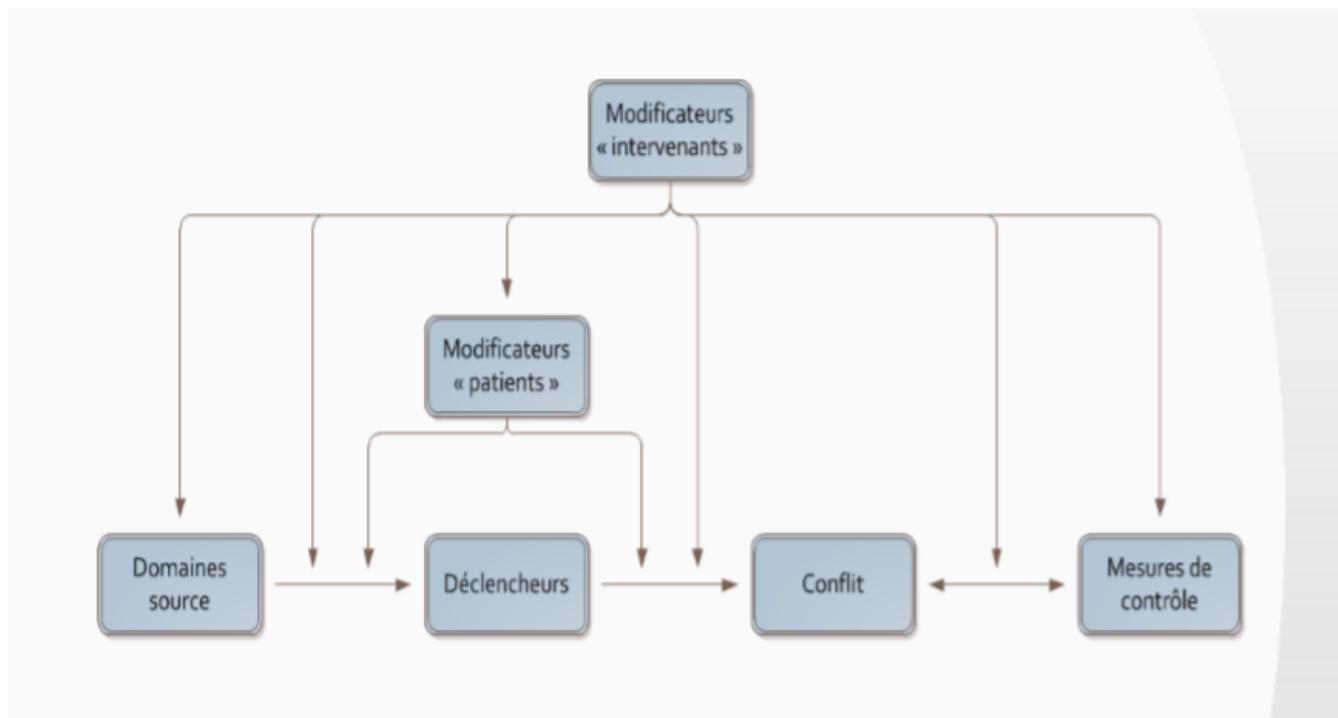
Les dix interventions safewards sont :

- 1) Des attentes mutuelles claires de comportement convenues et rendues publiques pour les usagers et le personnel;
- 2) De courtes déclarations consultatives (appelées mots gentils) pour gérer les déclencheurs accrochés dans le bureau des infirmiers et qui sont changés tous les quelques jours;
- 3) Un modèle de désescalade utilisée par les employés afin de développer leur compétence; La pacification
- 4) L'exigence de dire un commentaire positif sur chaque usager au moment d'échange entre les quarts de travail;
- 5) Les mauvaises nouvelles potentielles qu'un usager pourrait recevoir de ses amis, de sa famille ou de son personnel, et intervenir rapidement;
- 6) Les informations personnelles structurées, partagées et inoffensives entre le personnel et les usagers (par exemple, les références musicales, les films préférés ou les sports, etc.) insérés dans un dossier «se connaître les uns les autres » conservé dans la salle de jour des patients;
- 7) Une rencontre régulière avec les usagers pour renforcer, formaliser et intensifier le soutien inter-usagers;
- 8) Des outils de distraction et de modulation sensorielle à utiliser avec des usagers agités (jouets antistress, lecteur MP3 avec musique apaisante, jeux de lumière, couverture de texture, etc.);
- 9) Des explications rassurantes à tous les usagers suites aux incidents potentiellement effrayants; et
- 10) Un affichage de messages positifs sur le service concernant les usagers libérés.

---

<sup>33</sup> Bowers et al. (2015). *Reducing conflict and containment rates on accurate psychiatric wards: The safewards cluster randomised controlled trial*. International journal of nursing studies, 52(2015), 1412-1422. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.05.001

## Annexe B : Le modèle simple safeguards





## Annexe D : La grille d'analyse multimodale contextuelle

### Grille d'analyse multimodale contextuelle

#### GRILLE D'ANALYSE MULTIMODALE CONTEXTUELLE

© SQETGC (2014)



		FACTEURS DE VULNÉRABILITÉ ⚡ Caractéristiques personnelles/diagnostic Déficits présents/passés	FACTEURS CONTEXTUELS		TRAITEMENT DE L'INFORMATION Interprétation induite par la personne	TROUBLE DU COMPORTEMENT	FACTEURS DE RENFORCEMENT ⚡ Augmente la probabilité Addition (+) / Soustraction (-)
			CONTRIBUTEURS ⚡ Stimuli lointains Début et fin vagues	DÉCLENCHEURS ⚡ Stimuli immédiats Début et fin nets			
CONTEXTE EXTERNE	ENVIRONNEMENT PHYSIQUE ⚡ Stimuli de l'environnement (architecturaux et dynamiques)					Description du trouble du comportement ciblé :	
	ENVIRONNEMENT SOCIAL ⚡ Interactions humaines						
	HABITUDES ET STYLE DE VIE ⚡ Activités et soutien inappropriés						
CONTEXTE INTERNE	CARACTÉRISTIQUES PSYCHOLOGIQUES ⚡ Caractéristiques personnelles non pathologiques						
	HABILITÉS DÉFICITAIRES ⚡ Manque d'habiletés fonctionnelles						
	SANTÉ PHYSIQUE ⚡ Diagnostic Autres sensations physiques						
	SANTÉ MENTALE ⚡ Diagnostic (DSM/DM-ID) Symptômes documentés						
	CARACTÉRISTIQUES DES ATTEINTES NEUROLOGIQUES/NEUROPSYCHOLOGIQUES ⚡ Diagnostic affectant le système nerveux central						

## Annexe E : Chariot sensoriel

Le chariot sensoriel est utilisé afin de concentrer ou détourner l'attention de l'utilisateur sur autre chose. Également, l'utilisation de ces moyens amène une période de relaxation de l'utilisateur par l'entremise de sensation (par exemple, une pression plus forte). Il est également important de préciser que certains de ses moyens ont des précautions à prendre et doivent être recommandés par des ergothérapeutes.

- Balles anti-stress
- Tangle
- Couverture lourdes
- Coussin de cuisse lourd
- Coussin de cuisse en gel
- Coussin de cou
- Mini vibromasseur
- **Brosse sensorielle/ chirurgical \*\***
- **Masseur de tête \*\***
- Boinks à manipuler
- Balle pleine lune
- **Coquille insonorisant \*\***
- **Coussin exer-sit \*\***
- Coussin de positionnement
- Masseur de doigt
- Balles texturées
- **Vestes lourdes \*\*\***
- **Vestes proprioceptives \*\*\***

**\*\* Précautions à prendre, consulter un ergothérapeute pour s'assurer d'avoir une bonne utilisation**

**\*\*\* Sous recommandations seulement en DI- TSA, consulter un ergothérapeute pour s'assurer d'avoir une bonne utilisation**

## Annexe F : Plan de sécurité <sup>34</sup>

### Plan de sécurité

Nom de l'utilisateur : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

#### PLAN DE SÉCURITÉ :

J'ai développé ce plan avec mon intervenant \_\_\_\_\_  
(Nom de l'intervenant)

**Mes signes précurseurs :** Mes signaux de détresse ou les éléments qui pourraient voir lorsque je suis en colère ou que je perds le contrôle sont :

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Suer                  | <input type="checkbox"/> Lancer des objets          | <input type="checkbox"/> Courir            |
| <input type="checkbox"/> Pleurer               | <input type="checkbox"/> Faire les cent pas         | <input type="checkbox"/> Serrer les poings |
| <input type="checkbox"/> Difficulté à respirer | <input type="checkbox"/> Se blesser                 | <input type="checkbox"/> Jurer             |
| <input type="checkbox"/> Crier                 | <input type="checkbox"/> Serrer les dents           | <input type="checkbox"/> Ne pas manger     |
| <input type="checkbox"/> Blesser les autres    | <input type="checkbox"/> Ne pas prendre soin de soi | <input type="checkbox"/> Trop manger       |
| <input type="checkbox"/> Insulter              | <input type="checkbox"/> Autre : _____              |  |

**Les éléments déclencheurs ou irritants :** Les éléments qui me mettent en colère ou qui peuvent causer une crise ?

- |  |   |                                       |
|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Être touché   | <input type="checkbox"/> Avoir faim                         | <input type="checkbox"/> Être isolé   |
| <input type="checkbox"/> Les agents de sécurité  | <input type="checkbox"/> Être fatigué                       | <input type="checkbox"/> Être menacé  |
| <input type="checkbox"/> Crier   | <input type="checkbox"/> Lorsqu'on se moque de moi          | <input type="checkbox"/> Être anxieux |
| <input type="checkbox"/> Les bruits forts  | <input type="checkbox"/> Être forcé de faire quelque chose  | <input type="checkbox"/> Être seul    |
| <input type="checkbox"/> L'utilisation de contention                                       | <input type="checkbox"/> L'utilisation de la force physique |                                       |
| <input type="checkbox"/> Lorsque le personnel me demande de revenir plus tard              |   |                                       |
| <input type="checkbox"/> Le non-respect de mon espace personnel                            |   |                                       |
| <input type="checkbox"/> Quelqu'un qui ment à propos de moi                                |   |                                       |
| <input type="checkbox"/> Être en contact avec quelqu'un qui me dérange ou me met en colère |   |                                       |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____   |   |                                       |

**Mesures calmantes :** Choisir cinq activités qui vous aident à vous sentir mieux lorsque vous en colère.

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Écouter de la musique | <input type="checkbox"/> M'envelopper dans une couverture | <input type="checkbox"/> Faire les cent pas |
| <input type="checkbox"/> Lire un livre         | <input type="checkbox"/> Parler avec un usager de l'unité | <input type="checkbox"/> Boire un breuvage  |

<sup>34</sup> Traduit et adapté de RNAO. (2012). Promoting safety : alternative approaches to the use of restraints. Récupéré sur : [http://mao.ca/sites/mao-ca/files/Promoting\\_Safety\\_-\\_Alternative\\_Approaches\\_to\\_the\\_Use\\_of\\_Restraints\\_0.pdf](http://mao.ca/sites/mao-ca/files/Promoting_Safety_-_Alternative_Approaches_to_the_Use_of_Restraints_0.pdf) par Caroline Gravel, étudiante au programme de maîtrise en psychoéducation de l'Université Laval

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Écrire dans un journal                    | <input type="checkbox"/> Prendre une marche                    | <input type="checkbox"/> Faire de l'exercice |
| <input type="checkbox"/> Regarder la télévision                    | <input type="checkbox"/> Prendre un bain ou une douche         | <input type="checkbox"/> Écrire une lettre   |
| <input type="checkbox"/> Parler avec le personnel                  | <input type="checkbox"/> Manger certains aliments              | <input type="checkbox"/> La médication       |
| <input type="checkbox"/> Faire de l'art                            | <input type="checkbox"/> Lire du matériel religieux/ spirituel |  |
| <input type="checkbox"/> Appeler un ami ou un membre de la famille | <input type="checkbox"/> Câliner un animal en peluche          |  |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____                             |  |  |

**Le genre des employés :** Je suis conscient que le genre du personnel est hors de mon contrôle, mais lors d'une situation urgente je préfère parler avec (si possible) :

- Un employé de sexe masculin  
 Un employé de sexe féminin

**Médication :** Si j'ai besoin ou si je veux des médicaments pour m'aider, ces médicaments seraient ceux que je préférerais recevoir :

\_\_\_\_\_

**Contact physique :** Je trouve aidant d'être touché de façon appropriée lorsque je suis fâché :

- Oui  
 Non

Commentaire : \_\_\_\_\_

Je suis conscient que l'employé peut préférer ne pas me toucher

**Contention et isolement :** En cas d'extrême urgence, la contention et/ou l'isolement peut être utilisée en dernier recours. En cas d'urgence, je trouverais aidant d'essayer ces moyens avant l'utilisation de la contention et de l'isolement :

- Être dans une salle calme                       L'utilisation de médicament par la bouche  
 Aller dans la salle d'entraînement             Injection de médicament  
 Autre : \_\_\_\_\_

Dans le passé, j'ai déjà fait l'expérience de l'utilisation de la contention et de l'isolement :

- Oui  
 Non

Signature de l'utilisateur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Signature de l'employé : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

## Annexe G : Plan de désescalade <sup>35</sup>

Nom de l'utilisateur : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

**Problème de comportement** : Quel type de comportements sont problématiques pour vous?

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Perte de contrôle   | <input type="checkbox"/> Comportement agressif | <input type="checkbox"/> Contention / isolement     |
| <input type="checkbox"/> Se sentir en danger | <input type="checkbox"/> Fugue                 | <input type="checkbox"/> Se sentir suicidaire       |
| <input type="checkbox"/> Vous blesser        | <input type="checkbox"/> Tentative suicidaire  | <input type="checkbox"/> Abus de drogue ou d'alcool |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____       |  |   |

**Déclencheurs** : Quel type d'éléments déclencheurs vous faites sentir

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ne pas se sentir écouté                          | <input type="checkbox"/> Se sentir sous pression         | <input type="checkbox"/> Être touché              |
| <input type="checkbox"/> Manque d'intimité                                | <input type="checkbox"/> Les gens qui crient             | <input type="checkbox"/> Bruits forts             |
| <input type="checkbox"/> Se sentir seul                                   | <input type="checkbox"/> Argumentation                   | <input type="checkbox"/> Ne pas avoir le contrôle |
| <input type="checkbox"/> La noirceur                                      | <input type="checkbox"/> Être isolé                      | <input type="checkbox"/> Être regardé/fixé        |
| <input type="checkbox"/> Être taquiné                                     | <input type="checkbox"/> Contact avec la famille : _____ |   |
| <input type="checkbox"/> Heure particulière du jour ou de la nuit : _____ |  |   |
| <input type="checkbox"/> Période particulière de l'année : _____          |  |   |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____                                    |  |   |

**Signes précurseurs** : Veuillez décrire vos signes précurseurs, par exemple ce que d'autres personnes peuvent remarquer lorsque vous commencez à perdre le contrôle?

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sueur                         | <input type="checkbox"/> Difficulté à respirer     | <input type="checkbox"/> Accélération du cœur        |
| <input type="checkbox"/> Serrer des dents              | <input type="checkbox"/> Serrer les poings         | <input type="checkbox"/> Face rouge                  |
| <input type="checkbox"/> Serrer les mains              | <input type="checkbox"/> Voix forte/Oser la voix   | <input type="checkbox"/> Dormir plus                 |
| <input type="checkbox"/> Jambes qui rebondissent       | <input type="checkbox"/> Balancement du corps      | <input type="checkbox"/> Faire les cents pas         |
| <input type="checkbox"/> Accroupissement               | <input type="checkbox"/> Ne peut rester assis      | <input type="checkbox"/> Jurer                       |
| <input type="checkbox"/> Pleurer                       | <input type="checkbox"/> Isolement/Éviter les gens | <input type="checkbox"/> Hyperactif                  |
| <input type="checkbox"/> Ne pas prendre soin de soi    | <input type="checkbox"/> Se blesser                | <input type="checkbox"/> Blesser les autres ou biens |
| <input type="checkbox"/> Chanter de façon inappropriée | <input type="checkbox"/> Dormir moins              | <input type="checkbox"/> Manger moins                |
| <input type="checkbox"/> Manger plus                   | <input type="checkbox"/> Être grossier             | <input type="checkbox"/> Rire fort                   |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____                 |  |  |

**Interventions** : Quels sont les éléments qui aident à vous calmer ou à vous garder en sécurité?

- |   |   |                                     |
|---|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Temps de repos dans la chambre | <input type="checkbox"/> Être assis dans le personnel | <input type="checkbox"/> Colorier   |
| <input type="checkbox"/> Lire un livre                  | <input type="checkbox"/> Parler avec les pairs        | <input type="checkbox"/> S'allonger |
| <input type="checkbox"/> Regarder la télévision         | <input type="checkbox"/> Parler avec un thérapeute    | <input type="checkbox"/> Marcher    |

<sup>35</sup> Traduit et adapté de RNAO. (2012). Promoting safety : alternative approaches to the use of restraints. Récupéré sur : [http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Promoting\\_Safety\\_-\\_Alternative\\_Approaches\\_to\\_the\\_Use\\_of\\_Restraints\\_0.pdf](http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Promoting_Safety_-_Alternative_Approaches_to_the_Use_of_Restraints_0.pdf) par Caroline Gravel, étudiante au programme de maîtrise en psychoéducation de l'Université Laval

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Parler avec le personnel       | <input type="checkbox"/> Écrire dans un journal             | <input type="checkbox"/> Humour                 |
| <input type="checkbox"/> Câliner à un animal en peluche | <input type="checkbox"/> Prendre une douche froide          | <input type="checkbox"/> Pâte à modeler         |
| <input type="checkbox"/> Prendre une douche chaude      | <input type="checkbox"/> Eau froide sur les mains           | <input type="checkbox"/> Crier dans un oreiller |
| <input type="checkbox"/> Être enveloppé de couverture   | <input type="checkbox"/> Déchirer du papier                 | <input type="checkbox"/> Avoir un câlin         |
| <input type="checkbox"/> Appeler un ami (qui?)          | <input type="checkbox"/> Utiliser de la glace               | <input type="checkbox"/> Pleurer                |
| <input type="checkbox"/> Eau froide sur le visage       | <input type="checkbox"/> Avoir les mains tenues             | <input type="checkbox"/> Faire de l'exercice    |
| <input type="checkbox"/> Exercices de respiration       | <input type="checkbox"/> Prendre une marche                 | <input type="checkbox"/> Dessiner               |
| <input type="checkbox"/> Frapper dans un oreiller       | <input type="checkbox"/> Écouter de la musique              | <input type="checkbox"/> Faire un collage       |
| <input type="checkbox"/> Appeler la famille (qui?)      | <input type="checkbox"/> Jouer aux cartes                   | <input type="checkbox"/> Jeux vidéo             |
| <input type="checkbox"/> Être entouré d'autres gens     | <input type="checkbox"/> Balle anti-stress                  | <input type="checkbox"/> Utiliser le gymnase    |
| <input type="checkbox"/> Se faire lire une histoire     | <input type="checkbox"/> Faire des corvées/emplois spéciaux |   |
| <input type="checkbox"/>                                |   | Autre :   |
- 

Quels sont les éléments qui ne vous aident pas à vous calmer ou vous sentir en sécurité?

- |   |  |                                      |
|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Être seul          | <input type="checkbox"/> Ton élevé de la voix                  | <input type="checkbox"/> Humour      |
| <input type="checkbox"/> Ne pas être écouté | <input type="checkbox"/> Avoir beaucoup de monde autour de soi |                                      |
| <input type="checkbox"/> Être irrespectueux | <input type="checkbox"/> Être taquinée                         | <input type="checkbox"/> Être ignoré |
| <input type="checkbox"/>                    |  | Autre :                              |
- 

**Forces :** Quelles sont vos forces lorsque vous vous sentez hors de contrôle ?

---



---

**Compétences :** Quelles compétences avez-vous? À quoi êtes-vous doué?

---



---

**Autre :**

Êtes-vous capable de communiquer avec le personnel lorsque vous éprouvez des difficultés ? Si non, que peut faire le personnel dans ces moments pour vous aider?

---



---

Quels sont les types de récompenses fonctionnent pour vous ?

---



---

**PLAN SPÉCIAL :** Énumérez tous les plans spéciaux qui vous aident (éléments que vous avez déjà utilisés ou que vous aimeriez essayer).

---



---

---

---

Signature de l'utilisateur : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Signature de l'employé : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

## Annexe H : Stratégies de base de désescalade de l'agressivité <sup>36</sup>

- Approcher la personne avec une distance sécuritaire
- Ne pas surprendre la personne
- Être affirmatif sans être autoritaire
- Utiliser des phrases courtes
- Tenter d'établir d'abord un contact visuel puis verbal
- Éviter de confronter ou de provoquer la personne
- Être conscient de ses expressions faciales et de sa posture
- Être calme et utiliser un langage et un ton de voix respectueux
- Poser des questions ouvertes afin de permettre à l'usager de s'exprimer :
  - -Que ressentez-vous en ce moment?
  - -Comment décririez-vous votre position actuellement?
  - -Comment pourrions-nous vous aider à sortir de cette situation ensemble?
- Demander à l'usager de s'exprimer en mots plutôt qu'en gestes
- Éviter de faire des promesses sans certitude de pouvoir les tenir
- Enlever tout objet potentiellement dangereux
- Connaître l'emplacement des portes de sortie, au besoin
- Utiliser la distraction

---

<sup>36</sup> MSSS. (2008). Aide-mémoire-mesures de remplacement de la contention et de l'isolement. Récupéré sur : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2007/07-812-06.pdf>

## Annexe I : Grille de dépistage du risque d'agression à court terme (Dynamic appraisal of situational aggression- DASA) <sup>37</sup>

Date : \_\_\_\_\_

### CONSIGNES POUR COMPLÉTER LA GRILLE DASA (Dynamic Appraisal of Situational Aggression)

- La grille DASA est un outil qui sert à détecter le niveau de risque d'agression à court terme.
- Cette grille doit être remplie sur chaque quart de travail pendant les premières 72 heures suivant l'admission chez les usagers dépistés à risque (voir verso).
- La grille décrit sept comportements susceptibles de mener à une situation d'agression.
- La grille peut être complétée par l'infirmière et un autre intervenant de l'équipe (éducateur, PAB, infirmière auxiliaire).
- Encercler l'absence (0) ou la présence (1) des comportements énumérés. Noter dans la colonne correspondant à la date du jour et à votre quart de travail.
- Dans le cas où le score DASA ne concorde pas avec l'opinion clinique, une note au dossier est requise.
- Il est recommandé de discuter avec l'utilisateur des stratégies à utiliser pour diminuer les facteurs de risques qui le prédisposent à poser un geste d'agression.

DESCRIPTION DES COMPORTEMENTS	DATE												
		N	J	S	N	J	S	N	J	S	N	J	S
<b>0 = ABSENT / 1 = PRÉSENT</b>		N	J	S	N	J	S	N	J	S	N	J	S
<b>Irritable</b> Facilement dérangé ou en colère, ne peut tolérer la présence d'autrui.		0 1											
<b>Impulsif</b> Personne imprévisible, perte de contrôle affectif ou comportemental, personne très réactive.		0 1											
<b>Refuse de suivre les directives</b> Proteste, s'oppose aux directives, se met en colère suite à une directive claire et respectueuse.		0 1											
<b>Sensible à la provocation perçue</b> Interprétation erronée du comportement des autres et tendance à penser que les autres veulent lui faire un mauvais parti, répond avec colère.		0 1											
<b>Facilement en colère lorsque les demandes sont refusées</b> Intolérant, se met en colère si délai de réponse ou demande refusée.		0 1											
<b>Attitudes négatives</b> Attitude générale antisociale face aux autres, aux institutions, à l'autorité et aux lois.		0 1											
<b>Aggressions verbales</b> La personne fait des menaces claires de violence à l'égard des autres ou de soi-même. Exemple : « Je vais te tuer. » (Ne pas confondre avec l'insulte.)		0 1											
<b>TOTAL</b>													
<b>Estimation finale du risque</b>													
• Score DASA : nul 0 (N) léger 1 (L) moyen 2-3 (M) élevé 4 et + (É)													
<b>Initiales de l'intervenant qui a complété la grille</b>													

Signatures	Initiales	Signatures	Initiales

**Ce risque d'agression doit être évalué dès que l'utilisateur présente l'un des facteurs suivants :**

- Antécédents de violence
- Intoxiqué au moment de l'admission
- Menaces verbales ou physiques
- Impulsivité marquée
- Comportements agités, perturbateurs ou destructeurs

**Sources :**

Doyon, Odette. Longpré, Sophie (2016). *Évaluation clinique d'une personne symptomatique*, Éditions du renouveau pédagogique (ERPI).  
M. Fortinash, Katherine. A. Holday Worret, Patricia (2013). *Soins infirmiers santé mentale et psychiatrie*, Chenelière Education.

### SIGNES D'ALERTE DES COMPORTEMENTS AGRESSIFS

Comportement	Signes d'alerte
Agité	Marche de long en large, frappe des mains, serre les poings, parle seul
Perturbateur	Crie, hurle, fait du tapage, dérange les autres
Destructeur	Lance et brise des objets, brise les meubles
Dangereux	Frappe, lance des objets sur les gens, se blesse, se mutilé
Létal	Menace avec un couteau, un tesson de bouteille, une arme à feu ou un autre objet

**Source :**

Doyon, Odette. Longpré, Sophie (2016). *Évaluation clinique d'une personne symptomatique*, Éditions du renouveau pédagogique (ERPI).

### ÉVALUATION DE LA DANGÉROSITÉ : FACTEURS DE RISQUE BIOPSYCHOSOCIAUX

- |  |  |
|--|--|
| • Comportements passés, antécédents    | • Circonstances au moment de l'entretien   |
| • Arrestations pour différents motifs  | • Sexe masculin                            |
| • Délinquance juvénile                 | • Jeune âge                                |
| • Antécédents personnels de violence   | • Non-adhésion à un éventuel traitement    |
| • Abus de substances, y compris alcool | • Accès facile à des armes                 |
| • Cruauté envers les animaux           | • Environnement socio-affectif défavorable |
| • Impulsivité                          | • Intentionnalité de faire du mal          |
| • Prises de risque inconsidérées       | • Manque d'empathie                        |

**Source :**

Muscionio, M., Eytan, A. (2014). *Du vécu de dangerosité à l'être dangereux : défis cliniques et vision de la société*. Revue médicale suisse, 10(442):1706. © Médecine & Hygiène.

## Annexe J : Techniques de respiration et de relaxation

### La respiration diaphragmatique <sup>38</sup>

Cet exercice permet de remplir d'air la totalité des poumons, en utilisant le bas du ventre plutôt que le thorax (respiration thoracique). Le stress affecte votre manière de respirer (ce qui peut donner une impression de souffle court, de serremments à la poitrine). La respiration diaphragmatique permet de diminuer le rythme de la respiration et d'augmenter son amplitude, de diminuer la tension musculaire, ainsi que de mieux vous oxygéner, ce qui a un effet apaisant.

#### Voici comment pratiquer la respiration diaphragmatique :

- 1) Installez-vous dans un endroit calme et concentrez-vous sur votre respiration sans la modifier. Placez une de vos mains sur votre thorax, l'autre sur votre abdomen (diaphragme) et respirez normalement. Vous constaterez que c'est votre thorax qui bouge et non votre abdomen. Ce devrait être l'inverse.
- 2) Essayez maintenant de respirer sans que votre thorax bouge. Respirez par le nez pour faciliter une expiration lente.
- 3) Comptez vos respirations : comptez « un » (« deux », « trois »...) lorsque vous inspirez et dites «relaxe» en expirant. Poursuivez jusqu'à dix.

### La relaxation musculaire progressive (adaptation de la méthode Jacobson) <sup>39</sup>

Avant de débiter, faites une transition entre votre activité précédente et votre exercice de relaxation. Laissez-vous un moment pour prendre conscience de vos tensions musculaires. Installez-vous dans un endroit propice, à l'abri des distractions, pour que vous ne risquiez pas de vous faire interrompre. Prenez une position confortable et fermez les yeux. Adoptez une attitude passive et détachée, libre de préoccupations concernant votre performance de relaxation. (N'essayez pas de relaxer à tout prix!)

La technique consiste à tendre et à relâcher 16 groupes de muscles. Il suffit de tendre assez fermement (sans se faire mal) un groupe de muscles pendant environ 10 secondes et de le relâcher subitement. Après avoir relâché le groupe de muscles, prenez 15 à 20 secondes afin de distinguer la sensation du muscle détendu en comparaison avec la sensation de tension précédente.

*Une fois bien installé ou installée, suivez les étapes que voici :*

1. Pour commencer, prenez trois inspirations abdominales profondes. Expirez lentement. Tentez de vous imaginer que les tensions de votre corps commencent à diminuer doucement. Respirez par le nez et expirez plus longtemps que vous n'inspirez. Vous constaterez qu'une légère tension se trouve associée à l'inspiration et que la détente vous vient de l'expiration. Concentrez-vous et faites-en sorte que vos respirations soient aussi agréables que possible.
2. Serrez vos poings pendant 7 à 10 secondes. Par la suite, relâchez-les pendant 15 à 20 secondes. Utilisez les mêmes délais pour les autres muscles. Après chaque exercice, prenez bien conscience du relâchement de vos muscles.
3. Tendez vos biceps en dirigeant vos avant-bras vers vos épaules, pour gonfler vos biceps. Relâchez.
4. Tendez vos triceps en dirigeant vos bras bien droits vers le sol et en bloquant votre coude. Relâchez.

<sup>38</sup> Centre d'aide aux étudiants. (NA). La relaxation. Récupéré sur : <https://www.aide.ulaval.ca/apprentissage-et-reussite/textes-et-outils/stress-et-anxiete-scolaire/la-relaxation/>

<sup>39</sup> Centre d'aide aux étudiants. (NA). La relaxation. Récupéré sur : <https://www.aide.ulaval.ca/apprentissage-et-reussite/textes-et-outils/stress-et-anxiete-scolaire/la-relaxation/>

5. Tendez les muscles de votre front en essayant de lever vos sourcils le plus haut possible. Relâchez.
6. Tendez les muscles de vos paupières en les fermant serrées. Relâchez.
7. Tendez vos mâchoires en ouvrant grand votre bouche. Relâchez.
8. Tendez les muscles de votre cou en penchant votre tête vers l'arrière, comme si vous vouliez vous toucher le dos avec la tête. (Faites ce mouvement doucement et avec précaution afin de ne pas vous blesser.)
9. Tendez vos épaules en les remontant, comme si vous vouliez qu'elles touchent vos oreilles. Relâchez.
10. Tendez les muscles aux abords de vos omoplates en poussant vos omoplates vers l'arrière, comme si vous vouliez qu'elles se touchent. Relâchez.
11. Tendez les muscles de votre poitrine en prenant une inspiration profonde et en la retenant 10 secondes, puis expirez lentement. Imaginez que votre excès de tension est expulsé avec votre expiration.
12. Tendez les muscles de votre estomac en contractant votre ventre vers l'intérieur. Relâchez.
13. Tendez le bas de votre dos en décrivant doucement un arc vers l'arrière. Relâchez. Évitez cet exercice en cas de douleurs lombaires.
14. Tendez les muscles de vos fesses en les serrant l'une contre l'autre. Relâchez.
15. Serrez les muscles de vos cuisses. Relâchez.
16. Tendez les muscles de vos mollets en pointant vos orteils (vers le haut). Relâchez.
17. Tendez les muscles de vos pieds en recourbant vos orteils (vers le bas). Relâchez.

Imaginez la relaxation s'étendre lentement à tout votre corps et prenez quelques inspirations profondes. Si vous vous laissez distraire, si votre esprit vagabonde, ne vous en faites pas. Ramenez uniquement votre concentration sur votre respiration. Ne vous obligez pas à relaxer : laissez-vous aller. Quand vous serez prêt, prête à mettre fin à l'exercice, ouvrez les yeux et dégourdissez-vous. Prenez encore une ou deux grandes respirations et revenez graduellement à un état d'esprit alerte.

L'ensemble de cet exercice prend environ 20 à 30 minutes à réaliser. Avec la pratique, cette période diminuera à environ 15 minutes.



