

Que puis-je faire face à un patient violent

26 janvier 2016

Martine Gagné
Inf. M.Sc.



INSTITUT DE
CARDIOLOGIE
DE MONTRÉAL

RESEARCH
Université
de Montréal

Objectifs

- Identifier les signes précurseurs à un comportement agressif
- Identifier les attitudes verbales et non-verbales à adopter pour éviter l'escalade
- Connaître les éléments de surveillance associés à l'usage des contentions



Plan de la formation

- Présentation (Objectif, absence de conflit d'intérêt)
- Définition de l'agressivité
- Présence dans notre milieu
- Causes
- Interventions à préconiser
 - Interventions verbales / physiques
 - Collaboration interprofessionnelle (travail d'équipe)
 - Code blanc
- Utilisation des mesures de contrôle
 - Définition mesures de contrôle
 - Contexte légal relatif à l'utilisation
 - Contentions physiques utilisées ICM
 - Documentation clinique en lien avec les mesures de contrôle
- Mise en situation



Agressivité

Qu'est-ce que l'agressivité?



INSTITUT DE
CARDIOLOGIE
DE MONTRÉAL

RESEARCH
Université
de Montréal

Escalade de l'agressivité

Comment mesure-t-on le niveau d'agressivité?

Plusieurs grilles / échelles sont disponibles (START, DASA, etc.)

Mais

Concept à retenir :

Plus on agit rapidement, plus on est en mesure de briser l'escalade donc d'éviter la crise, de maintenir la relation avec le patient et d'éviter des blessures



L'agressivité dans notre milieu

Quelles formes d'agressivité avez-vous rencontrées dans le cadre de votre travail?

- Agressivité verbale : Menaces, cris
- Agressivité physique: Lancer des objets, attaque physique

Évaluer le potentiel d'agressivité

- Antécédents d'agressivité?
- Être à l'affût des signes avant-coureurs
 - Comportements
 - Physiologiques
 - Émotions
 - Cognition



Rechercher les causes

- Multiples
- Complexes
- Personnelles



Quoi faire?

- Tenter de déterminer la cause
 - Anxiété
 - Troubles cognitifs (démence)
 - Problèmes physiques
 - Délirium – URGENCE MÉDICALE
 - Phases du deuil
 - Trouble psychiatrique connu ou suspecté
 - ...



Quoi faire ?

- Cibler le comportement dans son contexte
 - Fréquence d'apparition
 - Contexte d'apparition
 - Environnement (où se produit le comportement?)
 - Personnes présentes (personnel et famille)
 - Durée de l'épisode
 - Facteurs qui contribuent à calmer l'agressivité
 - Etc.



L'intervention doit cibler le plus possible le besoin sous-jacent du patient

Déterminer les interventions en lien avec la (les)
cause(s) lorsqu'on peut la (les) identifier

** Attention de ne pas prendre pour acquis une cause –
Toujours évaluer votre patient au moment où le comportement
se présente **



Effet d'accumulation



Interventions

Attitudes favorables

**Attitudes risquant
d'accélérer l'escalade**



INSTITUT DE
CARDIOLOGIE
DE MONTRÉAL

RESEARCH
Université
de Montréal

Attitudes favorables

- DEMEURER CALME
- Être attentif au message non-verbal et para-verbal
- Assurer sa propre sécurité et celle des autres
- Garder une distance raisonnable
- Établir un contact visuel
- Éviter de confronter ou de provoquer
- Utiliser un ton de voix et une attitude respectueuse
- Éviter de faire des promesses à moins d'être certain de pouvoir les tenir



Attitudes favorables

- Être attentif à l'émotion au-delà du comportement
- Éviter de juger, de tenter de raisonner, de confronter
- Utiliser des termes simples
- Indiquer le but de notre intervention
- Valider la pertinence de poursuivre le traitement tel qu'il est actuellement
- Tenter de déterminer, avec le patient, les causes et les interventions acceptables (compromis)
- Ne pas demeurer seul – chercher de l'aide au besoin
- Tenter de faire diversion

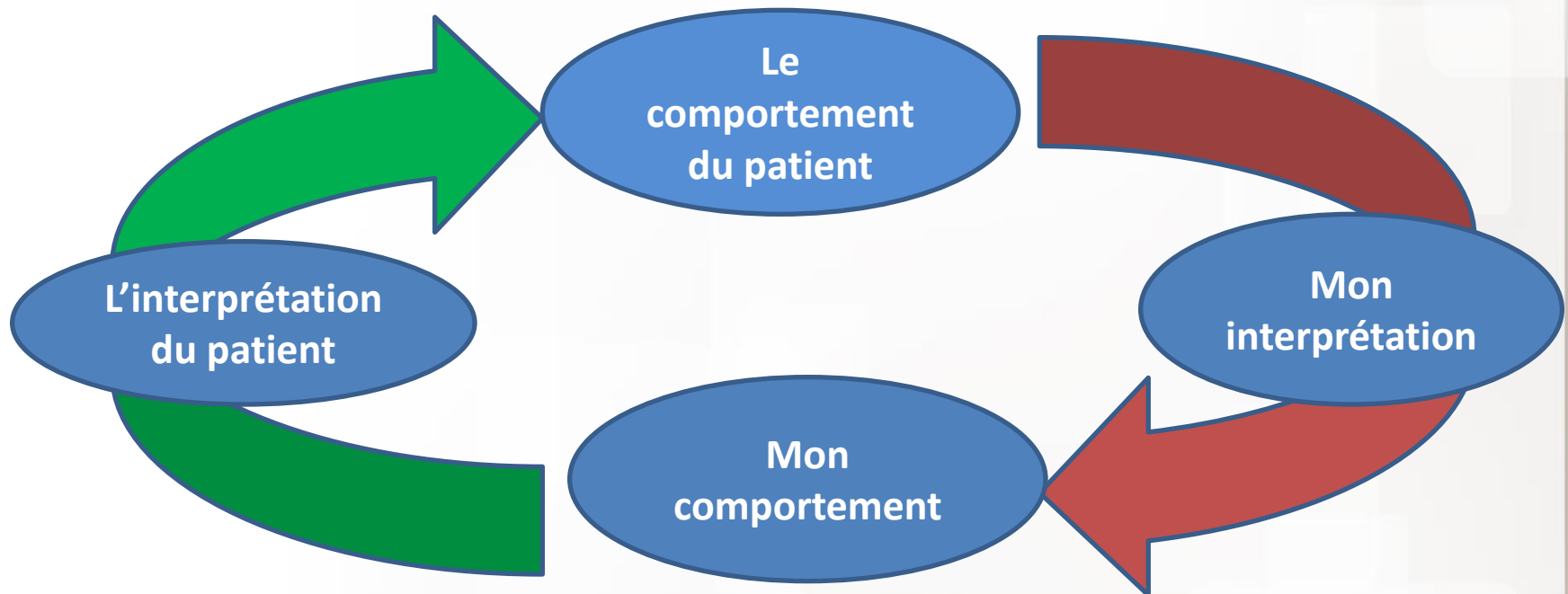


Attitudes favorables

- Être attentif à nos émotions, nos comportements et à leurs effets chez l'autre
- Tenter de reproduire les interventions qui ont été bénéfiques dans un contexte similaire pour ce patient précis
- Utiliser la diversion / des mesures de remplacement
- Nommer nos interventions avant de les faire
- Utiliser l'humour (pour désamorcer) – avec précaution et respect
- Évaluer l'environnement (objets potentiellement dangereux)



Spirale d'influence



Ne pas oublier

C'est de notre rôle comme professionnel de briser l'escalade de l'agressivité en gardant une distance émotionnelle

... en n'oubliant pas que nous sommes humains



Avant l'action physique

- Impliquer les proches
- Intervention d'équipe, mais avec un seul intervenant qui parle
- Être proactif
 - Aviser le coordonnateur d'activité
 - Aviser la sécurité



Protection personnelle

- Garder une distance sécuritaire (espace vital)
- Position stable
- Porte de sortie
- Intervenir en équipe (collaboration interdisciplinaire)
- Maintenir une distance psychologique
- Ne jamais tourner le dos
- Remarquer les armes potentielles



Quand plus rien ne fonctionne

- Lancer le code blanc
- Agir en équipe – 1 leader
- Déterminer un plan d'action
 - Qui
 - Fait quoi
 - À quel moment
 - Dans quel but



Durant le code blanc

- Maintenir votre sécurité et celle de vos collègues
- Maintenir la relation thérapeutique avec le patient
- Force de l'intervention proportionnelle à la situation
- Ne pas oublier les autres patients



Le code blanc

Fais partie du plan des mesures d'urgence
(PMU)

Les agents de sécurité supportent l'action mais
ne prennent pas en charge la situation



Après le code blanc

- Faire un retour:
 - Avec les autres membres de l'équipe
 - Avec le patient après le retour au calme – maintenir le lien
 - Au besoin auprès des autres patients / visiteurs
 - Aux proches du patient
- Remplir un formulaire AH 223



Intervention Environnement

- Gérer les stimuli (éclairage, bruit, mouvement, etc.)
- Respecter les périodes de sommeil le plus possible (regrouper les soins)
- Faire des demandes simples (1 tâche à la fois)

Orientation

- Resituer dans le temps, la date, le moment de la journée
- Fournir au patient les aides techniques dont il a besoin (lunettes, appareils auditifs, dentiers, etc.)



Lien de confiance

- Avoir une personne significative au chevet
 - Connaître les champs d'intérêt; l'histoire de la personne, créer une relation de confiance
 - À maintenir tout au long de l'hospitalisation
- *Éviter la trop grande familiarité / infantiliser
(tutoiement, surnom, etc.)



Communication

- Claire et simple
- Débit verbal adapté
- Face au patient
- Chaleureuse
- Appeler le patient par son nom
- S'identifier (nom et titre)
- Encourager l'expression verbale des émotions
- Nommer nos actions au préalable



Activités

- Encourager / Favoriser l'autonomie
 - Donner le temps
 - Choisir le bon moment
 - Planifier les soins pour permettre au patient d'en faire le maximum – éviter le déconditionnement



Désescalade

- Intervenir le plus rapidement possible v-à-v des comportements agressifs
- S'assurer que les autres membres de l'équipe sont au courant du potentiel d'agressivité de votre patient
- Utiliser des phrases courtes avec des directives claires
- Reconnaître nos limites – demander de l'aide PRN

Mesures de contrôle

Il arrive parfois que des mesures de contrôle doivent être utilisées

L'utilisation des mesures de contrôle est balisée



Mesure de contrôle

Qu'est-ce qu'une mesure de contrôle?



INSTITUT DE
CARDIOLOGIE
DE MONTRÉAL

RESEARCH
Université
de Montréal

Utilisation des mesures de contrôle

Mesure de contrôle:

Tout moyen mécanique, mesure pour confiner une personne ou substance chimique administrée dans le but de limiter la liberté de mouvement d'une personne ou de limiter sa capacité d'action

(MSSS 2006)



INSTITUT DE
CARDIOLOGIE
DE MONTRÉAL

RESEARCH
Université
de Montréal

3 types de mesures de contrôle :

- Contention physique
- Isolement
- Contention chimique



Contentions physiques

Mesure de contrôle qui consiste à limiter la liberté de mouvement d'une personne ne utilisant la force humaine, un moyen mécanique ou en la privant d'un moyen qu'elle utilise pour pallier un handicap (MSSS, 2002)

- Ex: attaches aux poignets, ceinture abdominale, etc.



Isolement

Mesure de contrôle qui consiste à confiner, pour un temps déterminé, une personne dans un lieu d'où elle ne peut sortir librement (MSSS 2002)

La mise en isolement en raison de condition médicale (ex: infection) n'est pas considérée comme une mesure de contrôle



Substance chimique

Mesure de contrôle qui consister à limiter la capacité d'action d'une personne en lui administrant une médicament (MSSS 2002)



Principes directeurs

Mesure exceptionnelle

- Contexte de risque imminent
- En dernier recours (tout le reste a été tenté)

Mesure minimale

- Les moins contraignantes possible tout en assurant le respect et la dignité de la personne

Mesure temporaire

- Réévaluations régulières et fréquentes.
- Durée la plus courte possible



Principes directeurs

Mesure supervisée

- Supervision attentive du patient (sécurité, confort, etc.)
- Respect des règles établies au niveau de la décision d'utiliser des mesures de contrôle et de la documentation relative à l'utilisation de ces mesures



Contextes d'application

- **Planifié**: Lorsqu'il est possible de prévoir l'utilisation de la mesure de contrôle
- **Non-Planifié** : Lorsqu'un comportement inhabituel met en danger la sécurité de la personne ou celle d'autrui

Consentement

Deux conditions essentielles :

Libre: Sans sentir de pression ou de menace d'aucune sorte

Éclairé: En toute connaissance de cause. En détenant toutes les informations pertinentes à la prise de décision

Aptitude à consentir

Jugement professionnel

La personne est considérée apte à consentir jusqu'à preuve du contraire



Qui peut consentir?

- Le patient lui-même
- Mandataire, tuteur, curateur (privé ou public)

Dans le cas où le patient ne peut consentir lui même

- Le conjoint
- Un proche parent, une personne qui démontre un intérêt particulier (voisin, ami, etc.)



Balises législatives

Charte des droits et libertés de la personne

Code civil du Québec

LSSS



INSTITUT DE
CARDIOLOGIE
DE MONTRÉAL

RESEARCH
Université
de Montréal

Responsabilité infirmière

- Activités réservées de l'infirmière
 - Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique
 - Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, y compris le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier
 - Décider de l'utilisation des mesures de contentions



Risque de lésion

Selon la LSSS (art.118.1), les mesures de contrôle ne peuvent être appliquées que dans un objectif de protection de la vie ou de l'intégrité physique

LSSS (article 118.1)

La force, l'isolement, tout moyen mécanique ou toute substance chimique ne peuvent être utilisés, comme mesure de contrôle d'une personne dans une installation maintenue par un établissement, que pour l'empêcher de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions. L'utilisation d'une telle mesure doit être minimale et exceptionnelle et doit tenir compte de l'état physique et mental de la personne

Lorsqu'une mesure visée au premier alinéa est prise à l'égard d'une personne, elle doit faire l'objet d'une mention détaillée dans son dossier. Doivent notamment y être consignées une description des moyens utilisés, la période pendant laquelle ils ont été utilisés et une description du comportement qui a motivé la prise ou le maintien de cette mesure



Motifs invoqués

Selon vous, quels sont les motifs les plus souvent invoqués pour installer des contentions aux patients dans le milieu de soins actifs?



Motifs les plus souvent évoqués

- Assurer la sécurité
- Prévenir les chutes
- Gérer les comportements d'agitation
- Éviter les comportements agressifs
- Gérer l'errance
- Assurer le positionnement physique
- Prévenir l'interférence aux soins (extubation)



Conséquences de l'application d'une contention

Impact dans plusieurs sphères:

- Personne : Plan physiologique, psychologique, fonctionnel, mécanique
- Famille
- Intervenants
- Établissement



Effets de la mise sous contention

Physiques

- Immobilité
- Circulation sanguine
- Peau
- G-I
- Système immunitaire
- Morbidité

Psychologiques

- Colère
- Abandon / Résignation
- Perte de dignité
- Anxiété
- Découragement
- Peur
- Perte estime de soi
- Augmentation des symptômes

Effets de la contention pour la famille

Pour eux même

- Peine et tristesse
- Malaise entre les membres de la famille
- Frustration, incompréhension
- Colère, sentiment d'impuissance
- Culpabilité, perte de confiance

Pour la relation

- Image négative de la personne
- Désintérêt
- Réduction des signes d'affection
- Éloignement affectif

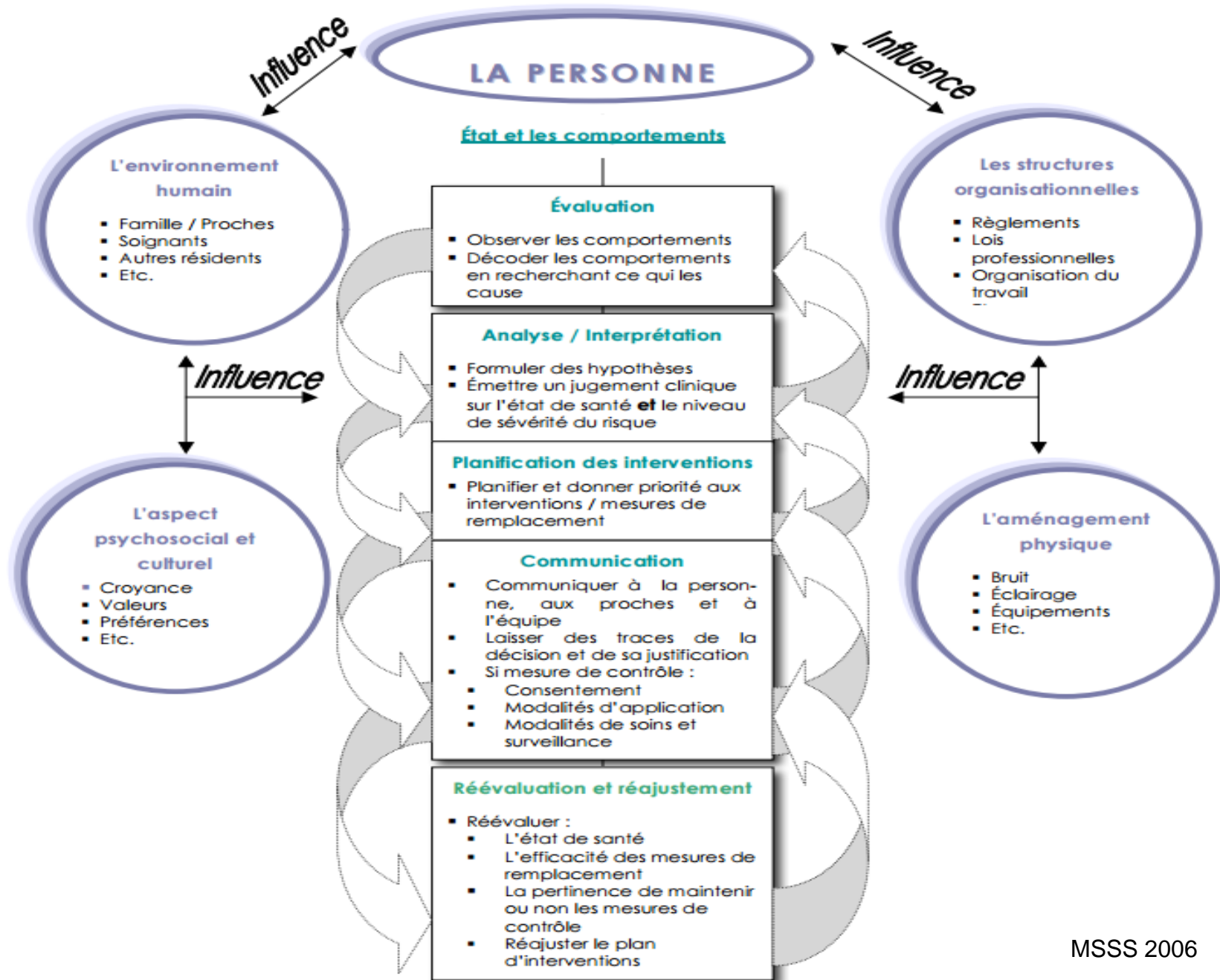


Dois-je utiliser une mesure de contrôle pour le patient?

Processus de prise de décision

1. Évaluation de la situation
2. Analyse et interprétation des informations dans le contexte de soins
3. Planification des interventions
4. Communication du plan d'intervention
5. Réévaluation

(MSSS 2006)



Évaluation

- Observer les comportements
- Décoder les comportements en recherchant ce qui les cause

- Causes multifactorielles
- Évaluation globale
- + ou – exhaustive selon la situation clinique



Analyse / Interprétation

- Formuler des hypothèses
- Émettre un jugement clinique sur l'état de santé et le niveau de sévérité du risque

- Quel est le niveau de risque pour le patient? Pour l'entourage? Pour moi?
- Suite à ma collecte de données, quelle(s) cause(s) les interventions devraient cibler?



Planification des interventions

- Planifier et donner priorité aux interventions / mesures de remplacement

- Quel est le but visé?
- Quelles sont les interventions les plus indiquées pour le patient dans le contexte actuel?

Inclure le patient / famille (valeurs, autonomie, etc.)



Communication

- Communiquer à la personne, aux proches et à l'équipe
- Laisser des traces de la décision et de sa justification
- Si mesure de contrôle :
 - Consentement
 - Modalités d'application
 - Modalités de soins et surveillance

- Cohésion d'équipe dans l'intervention
- Maintenir la communication auprès du patient / famille
- Documenter pour assurer la continuité

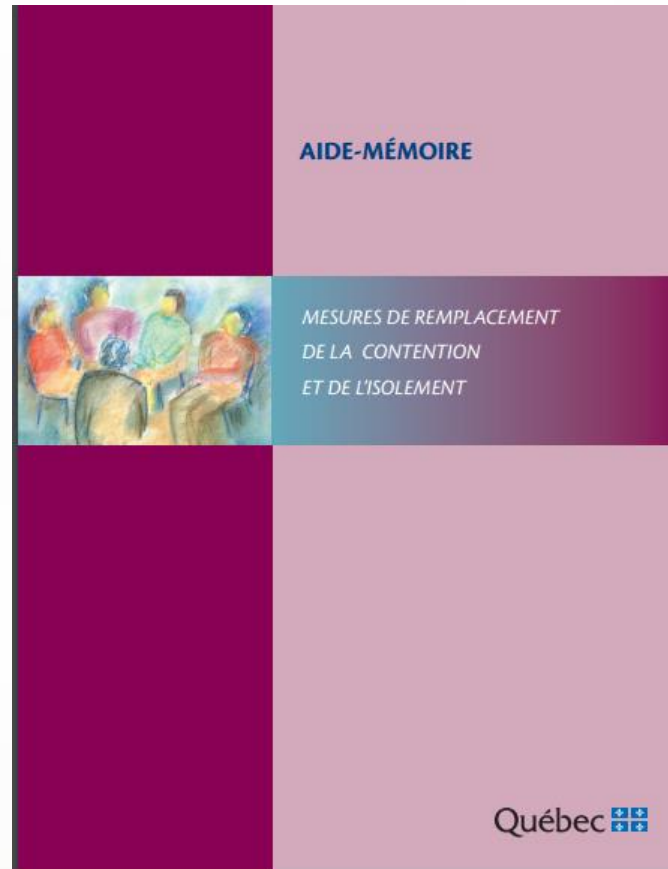
Réévaluation et réajustement

- Réévaluer :
 - L'état de santé
 - L'efficacité des mesures de remplacement
 - La pertinence de maintenir ou non les mesures de contrôle
 - Réajuster le plan d'interventions

La décision du choix d'utiliser une mesure de contrôle n'est pas finale et absolue

Maintenir la documentation à jour et communiquer les changements

Mesures de remplacement



MSSS 2008

ICM-01-01-2012-09



INSTITUT DE
CARDIOLOGIE
DE MONTRÉAL

RESEARCH
Université
de Montréal

Qu'est-ce qu'une mesure de remplacement?

Stratégie qui permet d'éviter le recours aux mesures de contrôle

Peuvent viser à Prévenir, Réduire ou Éliminer les causes des comportements



Mesures de remplacement

Vos exemples...



Documentation ICM

- Règle de soins #4 : Utilisation de la contention
- Techniques de soins : Section 10 – Sécurité
- Formulaire de consentement
- Grille de surveillance du patient sous contention
- Notes d'observations infirmières
- PTI
- Plan de travail du PAB
- Rapport interservices
- ...



Importance de la documentation

Pas de trace = Pas fait!!

- Permet d'effectuer un suivi de l'état du patient
- Permet de démontrer les actions accomplies en cas de problème / poursuite



ÉPREUVE

J'autorise l'application de mesures appropriées de contention physique dans le respect de ma personne et de mon autonomie. Je reconnais avoir été dûment informé(e) sur la nature et le type de cette contention, les modalités d'application, les risques inhérents à ce traitement ainsi que les effets de l'utilisation de la contention.

Signature : _____ Date : _____
(patient ou représentant légal*)

Signature : _____ Date et heure : _____
(intervenant)

Consentement verbal
ou téléphonique
obtenu auprès de : _____ Date et heure : _____

* Spécifiez le lien avec le patient : _____ # tél. : _____

Résumé

- Déterminer le risque d'agressivité
- Comprendre la signification du comportement (aller au-delà du comportement)
- Reconnaître rapidement les signes d'augmentation de l'agressivité – être Proactif
- Travailler en équipe avec le patient, ses proches, l'équipe interdisciplinaire – maintenir le lien
- Documenter / faire circuler l'information





INSTITUT DE
CARDIOLOGIE
DE MONTRÉAL

RESEARCH
Université
de Montréal

Références

- Proulx, Y. (2013) ASSTSAS. *Comment se comporter avec des patients agressifs* (présentation)
- Wakefield Gillian, S . (2014). *Nonviolent Crisis Intervention Training and the Incidence of Violent Events in a Large Hospital Emergency Departement* Advanced Emergency Nursing Journal, Vol. 36, No 2
- MSSS (2002), *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelles des mesures de contrôle*
- Robert, V. (2008) *Stop à la violence*, Perspective infirmière Juillet/Août 2008, p. 6-10
- Coté, L , Bernard, C. (2014) *Gestion de l'agressivité, sauriez-vous comment agir* (présentation)
- Asli, K.D. et Bernard, C (2014), *La crise d'agitation, Agir sans s'agiter*. Le médecin du Québec.org, juin
- OIIQ, (2016), *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières*, 2^e édition



Références

- Fleury, F. (2010) *Protocoles d'intervention pour la gestion des troubles graves de comportement avec agressivité physique envers autrui*, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie
- CPI, Nonviolent crisis intervention program
- Yelle, I. (2009). *La recherche de mesures der emplacement à la contention en soins de courte durée. Une approche novatrice pour réduire le recours à la surveillance constante*. Présentation Congrès OIIQ
- Marsolais, G et Dutil, B (2005) Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et des services sociaux de Montréal. *Estimation de la dangerosité dans le cadre de la loi P-38,001, cahier de formation*
- Derval, C. (2010). *Élaboration et validation d'un outil d'aide à la décision pour l'application des contentions physiques aux soins intensifs*. Projet Maitrise Sc. Inf. U de M.
- NCGC (National Clinical Guideline Centre) (2010). *Delirium : diagnosis, prevention and management*
- Roy,O., Senneville, J., Lefebvre, J (2012). *Implantation d'une pratique exemplaire en matière d'utilisation de la contention : le succès d'un hôpital canadien*. Affiche

