

Bureau de transfert
et d'échange de connaissances
Faculté des sciences infirmières

BTEC

COLLECTION
Les cahiers du BTEC

La gestion des comportements
agressifs chez les enfants et
adolescents en pédopsychiatrie

Cahier

8



UNIVERSITÉ
LAVAL

PISTES D'ACTION DOCUMENTÉES POUR LA PRATIQUE
INFIRMIÈRE

POUR UNE PRISE DE DÉCISION INFORMÉE PAR DES RÉSULTATS
PROBANTS

**LA GESTION DES COMPORTEMENTS AGRESSIFS CHEZ LES ENFANTS ET ADOLESCENTS
EN PÉDOPSYCHIATRIE**

Bureau de transfert et d'échange de connaissances (BTEC)
Faculté des sciences infirmières



Centre de pédopsychiatrie



Membres du groupe d'élaboration des pistes d'actions

Claude-Valérie Trottier-Arel, inf., B.Sc.
Étudiante stagiaire

Ginette Mbourou Azizah, Ph.D.
Coordonnatrice scientifique

Françoise Côté, inf., Ph.D.
Professeure agrégée

Johanne Gagnon, inf., Ph.D Sc. inf.
Professeure agrégée

Bureau de transfert et d'échange de connaissances (BTEC)
Faculté des sciences infirmières
Université Laval

Denise Dumas, inf., M.Sc.

Centre de pédopsychiatrie
CHUQ

Remerciements

Éric Ahern
Professeur, inf., Ph.D.
Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR)

L'intégration de preuves scientifiques aux pratiques professionnelles est devenue un critère de qualité dans le domaine de la santé. À terme, de telles pratiques devraient se traduire par l'amélioration des soins fournis à la population.

Le Bureau de transfert et d'échange de connaissances (BTEC) est un outil dont se dotent des infirmières dans la poursuite de cet objectif de mise en place de pratiques informées par des résultats probants^a. Au sein du BTEC, les infirmières et infirmiers aux prises avec des préoccupations d'ordre professionnel agissent en tant qu'indicateurs de situations problématiques. Ces questionnements sont acheminés, via une infirmière clinicienne, à des étudiants en sciences infirmières. Sous supervision, ces derniers traduisent les préoccupations provenant du milieu clinique en questions de recherche auxquelles ils doivent répondre par le biais d'une revue exhaustive de la littérature. Suite à l'obtention de cette réponse, les étudiants poursuivent leur tâche en préparant un compte-rendu synthétique, documenté et accessible qu'ils accompagneront de pistes d'action pour la pratique. Ce document est ensuite retourné au milieu pour validation. L'infirmière clinicienne, en collaboration avec les autres membres du personnel, analysent l'à-propos d'utiliser ces connaissances pour améliorer les interventions de l'équipe. Cette analyse permet la poursuite du processus de transfert et d'échange de connaissances. Il s'agit alors de raffiner les recommandations proposées pour les rendre conformes aux réalités des milieux de pratique. Il appartient ultimement aux infirmières et infirmiers de devenir des agents de changement en regard de leurs pratiques.

Pour communiquer avec le BTEC
Ginette Mbourou Azizah, coordonnatrice scientifique
Université Laval
1077 Pavillon Lacerte
ginette.mbourou-azizah@fsi.ulaval.ca
téléphone : (418) 656-2131 poste 11880
télécopieur : (418) 656-7825

^a En raison de ses sources de financement, le BTEC répond actuellement aux questionnements des infirmières et infirmiers oeuvrant dans les établissements universitaires de santé de la région de Québec.

MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Banques de données consultées :

- CINHAL
- Cochrane Library
- Current Contents
- Embase
- Medline
- PsycInfo
- Repère

Années couvertes :

- Aucune limite entre 1992 et 2005.

Mots clés :

- Aggressive behavior/behaviour, aggressiveness, conduct disorder, anger
- Aggression management programs, aggression control
- Assault staff
- Violence management
- Intervention, management
- Physical aggression
- Childhood, child, children
- Psychiatric disorder
- Restraint and seclusion
- Institution, hospital

Critères d'inclusion :

- Toutes les études en milieu psychiatrique ont été incluses dans l'analyse (i.e, non restreint à la pédopsychiatrie).

TABLE DES MATIÈRES

Méthodologie de recherche documentaire	iii
La gestion des comportements agressifs chez les enfants et adolescents en pédopsychiatrie	1
PISTES D’ACTIONS DOCUMENTÉES	2
A. Prévention des crises	3
1. Former le personnel sur la prévention des crises	3
1.1 Identifier des facteurs de risque d’agressivité en lien avec l’enfant ou l’adolescent	3
1.2 Identifier des facteurs de risque d’agressivité en lien avec le personnel soignant et le milieu	4
B. Gestion des crises	4
2. Former le personnel sur la gestion des crises	4
2.1 Connaître les phases d’une crise	4
2.2 La crise : reconnaître les phases, intervenir, prévenir les récives	4
Première phase : élévation de l’anxiété	4
Seconde phase : perte de contrôle	5
Troisième phase : retour au calme	8
En bref	8
Conclusion	8
Références	9
Annexe A – Forces de preuve du BTEC	11

LA GESTION DES COMPORTEMENTS AGRESSIFS CHEZ LES ENFANTS ET ADOLESCENTS EN PÉDOPSYCHIATRIE

Résumé

Il reconnu que le personnel infirmier travaillant dans les unités de pédopsychiatrie peut être victime d'agressions de la part des jeunes patients. Pour en réduire l'apparition, le personnel pourrait miser sur la prévention et, le cas échéant, sur la formation de la gestion des crises.

Il est souhaitable que plus d'études documentent les crises d'agressivité chez les enfants et adolescents en milieu psychiatrique, afin d'identifier les ressources et les moyens efficaces pour y faire face.

L'unité de pédopsychiatrie constitue le milieu de soins de dernier recours pour des enfants et adolescents présentant des problèmes psychiatriques sévères, persistants ou dangereux. Ces jeunes patients peuvent s'exprimer à travers des actes de violence ou des attaques physiques (e.g., mordre, frapper, donner des coups de pied, pincer, griffer, cracher ou pousser^{1 2 3}). Qu'ils soient dirigés contre l'enfant lui-même, le personnel ou les autres patients, ces comportements sont généralement pris en charge par l'imposition de restrictions ou de médication.^{4 5 6 7}

À l'heure actuelle, ces mesures visent à éviter la détérioration d'une situation déjà grave.^{5 6}

Toutefois, leur pertinence reste à être réévaluée. Des options ont été proposées, afin d'améliorer la gestion de la violence en milieu pédopsychiatrique.

Bien que l'ensemble du personnel infirmier travaillant en pédopsychiatrie rencontre des situations de violence, il importe de mentionner que ce sont les personnes les moins expérimentées qui y sont le plus souvent exposées.^{2 8} Il apparaît clairement qu'une formation adéquate pourrait réduire cette exposition ainsi que les répercussions, séquelles psychologiques et impacts physiques qu'elle impose.

En pratique, peu d'approches de protection du personnel sont documentées et il semble qu'il faille davantage favoriser la prévention et la gestion des crises. Un tel ensemble de pratiques pourrait s'effectuer par le biais d'une meilleure reconnaissance des facteurs de risque liés aux patients et au personnel, ainsi qu'une bonne compréhension des phases de la crise et des interventions associées.

PISTES D' ACTIONS DOCUMENTÉES

FORCE
DE
PREUVE

Prévention des crises

- ▶ Former le personnel sur la prévention des crises 2
 - Identifier des facteurs de risque d'agressivité en lien avec le patient
 - Identifier des facteurs de risque d'agressivité en lien avec le personnel et le milieu

Gestion des crises

- ▶ Former le personnel sur la gestion des crises 2
- ▶ Connaître les phases d'une crise
 - Identifier des signes précurseurs d'une crise
 - Identifier des interventions lors de crises
 - Identifier des approches préventives pour prévenir les récives
- ▶ Recourir à du personnel expérimenté lors de situations de crise 2

CONSIDÉRATIONS SPÉCIALES

- Les protocoles de gestion de crise des populations adultes et âgées ne sont pas adaptés à la clientèle pédiatrique. En effet, lors d'une intervention auprès des enfants et adolescents, il faut reconnaître qu'ils sont en croissance. Le développement du langage, les facteurs culturels et le développement social influencent les perceptions et les aptitudes à comprendre les interventions.
- Les interventions pharmacologiques doivent être adaptées aux différences physiologiques des enfants. Les jeunes et les adolescents expérimentent des effets secondaires semblables aux adultes, mais à des niveaux différents. Toutefois, les enfants ayant peu de moyens pour rapporter ces effets, ceux-ci demeurent peu répertoriés dans la littérature.

A. Prévention des crises

1. Former le personnel sur la prévention des crises

En institution, les actes d'agression sur le personnel constituent un facteur fortement associé à l'utilisation de contraintes physiques ou mécaniques.⁴ Toutefois, bien que ces mesures soient controversées,⁹ leur utilisation reste élevée comme moyen de gestion des crises⁷. Qui plus est, chez les enfants, ces interventions seraient de cinq à six fois plus fréquentes que chez les adultes.¹⁰ Or pour plusieurs, *la clé de la gestion de la violence dans les unités* psychiatriques serait davantage *la prévention de la détérioration* de la situation.^{11 12 13 14 15 16 17 18 19 20}

1.1 Identifier des facteurs de risque d'agressivité en lien avec l'enfant ou l'adolescent

Trois grandes sources de facteurs de risque d'agressivité en lien avec l'enfant ou l'adolescent sont répertoriées dans la littérature : individuels, cognitifs, sociaux et environnementaux.

Facteurs individuels :^{21 22 23 24}

- genre (i.e., davantage de garçons commettent des actes violents);
- marqueurs physiologiques (e.g., les agents stressants pourraient modifier la production d'hormones, ce qui influencerait l'apparition d'un comportement agressif);
- passé d'agressivité (sauf pour l'automutilation);
- estime de soi (i.e., l'attribution « externe » des sources de conflits est associée à un haut niveau de comportement agressif).

Facteurs cognitifs :^{22 25 26}

- interprétation erronée de signaux interpersonnels;
- Q.I. verbal ou difficulté du langage (e.g., les enfants ne pouvant utiliser l'expression verbale pour régler un conflit vont utiliser l'agressivité).

Facteurs sociaux et environnementaux :^{4 12 27 21 28 22 25 29 24}

- période prénatale (e.g., jeune âge, faible niveau d'éducation ou troubles de comportement de la mère, tabagisme, statut monoparental et faible revenu);
- facteurs familiaux (e.g., discipline inconsistante (trop permissive ou trop sévère), utilisation de critiques, réprimandes ou cris en réponse à des comportements non souhaités, abus physiques, négligence émotionnelle, interactions adulte-enfant déficientes, pauvreté, période de stress);
- pairs et groupes (e.g., association à des pairs déviants, assauts physiques et verbaux se produisent généralement en présence des pairs);
- qualité de la relation enfant-environnement (e.g., présence de violence et d'agression);
- abus de drogue ou d'alcool (i.e., ces substances désinhibent et augmentent la susceptibilité).

1.2 Identifier des facteurs de risque d'agressivité en lien avec le personnel soignant et le milieu

Dans près de la moitié des cas, des interactions avec les membres du personnel précèdent les assauts ou les dommages matériels. Certains aspects d'une agression en pédopsychiatrie sont étroitement associés à des caractéristiques particulières du personnel soignant et d'autres à celles du milieu. Leur identification pourrait prévenir des agressions.^{4 21 1 2 30-33}

- **Personnel**
 - niveau de confiance et d'efficacité (e.g., sentiment de prévoir la crise, de la gérer après une formation);
 - attitude autoritaire et dirigeante (e.g., poser des limites, tenir des patients et les forcer à prendre la médication);
 - nombre d'années d'expérience (i.e., personnel peu expérimenté plus exposé à des crises de violence);
 - formation déficiente (e.g., méconnaissance des facteurs prédisposant à la violence, utilisation de la confrontation pour appliquer les approches thérapeutiques).

- **Milieu**
 - conflits au sein du personnel;
 - personnel autre qu'infirmier au niveau de la planification des soins;
 - ratio infirmière - patient (e.g., disponibilité du personnel).

B. *Gestion des crises*

2. Former le personnel sur la gestion des crises

2.1 Connaître les phases d'une crise

Qu'est-ce qu'une crise?

Généralement, une crise présente trois phases. La première réfère à **l'élévation de l'anxiété** de l'enfant ou à sa contrariété, c'est la phase précédant la crise. À ce moment, l'intervenant pourrait observer des signes précurseurs à l'agressivité. Bien que ces comportements annonciateurs soient la plupart du temps présents, ils sont parfois *difficiles à identifier et à interpréter*.²¹ Tout de même, il est important de tenter de les reconnaître.³⁴ La deuxième phase constitue **la perte de contrôle** par l'enfant, c'est la phase aiguë de la crise. C'est à ce niveau que les intervenants sont appelés à intervenir physiquement auprès de l'enfant en crise. Finalement, la troisième phase est celle qui suit la crise soit le **retour au calme**. Certaines interventions sont importantes à cette étape, afin de limiter la répétition des crises chez un même enfant, mais également chez d'autres enfants faisant partie du même groupe que l'enfant agressif.^{21 35 18 36 10}

2.2 La crise : reconnaître les phases, intervenir, prévenir les récides

Première phase : élévation de l'anxiété

Signes caractéristiques ¹⁷

- changement de comportement (e.g., augmentation du timbre de voix, silence soudain, demande d'attention, errance, serrement des points);
- progression d'événements (i.e., d'une situation calme vers l'état d'agitation).

Comment intervenir lors de la première phase?

Face à l'élévation de l'anxiété, le personnel peut immédiatement intervenir verbalement. Au besoin, il peut utiliser la médication volontaire et si nécessaire faire une démonstration de force. Si ces interventions échouent et que la violence émerge, alors les interventions alternatives sont indiquées.^{12 37 38} Ainsi les interventions immédiates sont basées sur :

- négociation verbale;
- traitement psychologique et psycho-pharmacologique de la pathologie;
- programmes de psycho-éducation pour gérer la crise et réduire le stress.

Quelles mesures préventives pour éviter les récidives?

La clé de la gestion de la violence dans les unités psychiatriques est la prévention de la détérioration de la situation.^{12 19} En effet, la prévention précoce pourrait réduire l'utilisation d'interventions restrictives.^{36 19} De plus, elle permettrait d'établir une **collaboration** avec le patient, en évitant de mettre l'emphase sur la pathologie et les déficits.^{22 18 11 20 38}

Parmi ces mesures préventives, l'infirmière pourrait :

- Colliger les informations à l'arrivée du jeune
 - ✓ consigner les informations concernant l'histoire des comportements agressifs;
 - ✓ examiner les facteurs individuels de risque;
 - ✓ évaluer le patient (e.g., bilan cognitif et neurologique);
 - ✓ revoir ses éventuels problèmes de conduite;
 - ✓ connaître son niveau de dangerosité;
 - ✓ connaître sa médication.
- Mettre à jour la formation du personnel
 - ✓ reconnaître les signes d'agitation chez le patient;
 - ✓ développer et actualiser les compétences dans la prévention des crises.

Seconde phase : perte de contrôle

Au début de la seconde phase, l'infirmière tentera de définir le problème (e.g., intimidation, agression sur le matériel) et juger de la sévérité du comportement. Par la suite, elle prendra en considération les expériences passées du patient et choisira une intervention ciblée. Par exemple, l'enfant qui aurait un passé d'abus serait susceptible d'être plus traumatisé par les contentions, ainsi les alternatives seraient à privilégier.³⁹ Cette seconde phase se décline selon **trois niveaux** en fonction du potentiel d'agressivité.^{39 34}

Niveau 1 : Agitation

Signes caractéristiques :

- comportements pour attirer l'attention (e.g., parler fort, expressions de plus en plus agressives);
- patient identifié comme potentiellement violent.

Comment intervenir lors de la seconde phase?

À cette étape, les interventions sont non restrictives et ont pour but d'augmenter l'auto-contrôle du patient, d'encourager la détermination personnelle tout en préservant sa sécurité, celle du personnel et, également, le matériel. Les techniques utilisées sont basées sur les aptitudes et les capacités à faciliter un comportement adaptatif chez le patient.^{37 18}

Les moyens utilisés peuvent être les suivants :

- communication et négociation;
- engagement;
- choix;
- langage corporel;
- espace tranquille (e.g., retrait des stimuli, time out de moins de 30 minutes).

Quelles mesures préventives pour éviter les récidives?

La prévention primaire établit un modèle de soins basé sur la résolution des problèmes en établissant une

collaboration entre le personnel soignant et le patient. Il est suggéré d'utiliser rapidement des techniques d'intervention qui sous-tendent une prise en charge proactive du comportement et de laisser moins d'alternatives au patient.^{18 37 11}

- Expliquer les règles de vie de l'unité.
- Établir le plan de traitement :
 - ✓ prévenir les comportements agressifs ;
 - ✓ adopter des comportements d'atténuation ;
 - ✓ prévenir les interventions restrictives.
- Débuter un traitement psychologique ou psychopharmacologique :
 - ✓ mise en place du contrat thérapeutique,
- Visiter les chambres d'isolement et de time-out.
- Diminuer la peur en expliquant les mesures de restriction.

Niveau 2 : *danger imminent*

Signes caractéristiques

État mental	Signes physiques	Comportement
<ul style="list-style-type: none"> • rage • confusion • hallucinations • faible coopération • impulsivité 	<ul style="list-style-type: none"> • faciès rouge • regard menaçant • dilatation des pupilles et des narines • forte tonalité de voix • claquement des mâchoires • claquement des mains 	<ul style="list-style-type: none"> • demande d'attention • battre le rythme • agitation • cris et injures • invasion de l'espace du personnel et comportement craintif à son égard

Comment intervenir lors de la seconde phase?

Les interventions sont plus restrictives à ce stade. Il est important de continuer à promouvoir le contrôle de soi, mais la préoccupation de sécurité du patient, du personnel et du matériel est au premier plan. Les techniques à ce niveau ont recours aux moyens supportant le comportement adaptatif pour éviter de renforcer les comportements agressifs.

S'assurer que les interventions du premier niveau ne sont plus applicables, puis :

- réduire l'agitation (e.g., déplacer le patient dans un endroit calme, réduire les stimuli);
- augmenter la présence du personnel;
- retirer de la zone sécurisée tout objet potentiellement dangereux;
- aider verbalement le patient à reprendre le dessus pour éviter la progression de la violence;
- administrer la médication orale, au besoin;
- time out (30 minutes et plus) ou zone de liberté restreinte.

Quelles mesures préventives pour éviter les récidives?

La prévention secondaire utilise des interventions^a mettant en évidence la gestion proactive de la violence.^{12 18 36 25 10}

- La communication verbale et non verbale doit envoyer comme message que le personnel est calme, sous contrôle, ouvert, non agressif et soignant.^b

^a Une variété de facteurs peut toutefois compromettre les habiletés des enfants à être collaborateurs vis-à-vis les mesures préventives. Par exemple, les déficits exécutifs, l'irritabilité, l'instabilité de l'humeur, l'anxiété, les comportements obsessionnels, la détérioration des habiletés cognitives, la détérioration du processus du langage et des déficits au niveau des habiletés non verbales.²⁵

^b Proposition basée en partie sur la théorie freudienne suggérant que les sentiments du personnel peuvent influencer le comportement du patient.

- Adopter un ton de voix calme avec une tonalité basse :
 - ✓ parler tranquillement et clairement pour faciliter la compréhension;
 - ✓ ne jamais crier après un patient, même si ce dernier le fait.
- Utiliser de questions ouvertes, afin de promouvoir la communication.
- Donner des avertissements verbaux concernant les comportements inacceptables.
- Adapter sa posture à celle du patient :
 - ✓ éviter de croiser les bras (i.e., posture pouvant être interprétée comme une fermeture à l'autre);
 - ✓ attribuer au patient un espace personnel adéquat (i.e., intrusion peut provoquer ou augmenter l'agression).
- Encourager les patients à prendre le plus de responsabilités possibles (e.g., se retirer du groupe pour se mettre en time-out).
- Indiquer les conséquences des comportements.
- Offrir des choix (e.g., indiquer les conséquences des actes posés et rappeler l'utilisation des techniques de contrôle).
- Offrir au patient un milieu calme (i.e., seul ou en interaction avec le personnel soignant) :
 - ✓ retirer des autres patients;
 - ✓ diminuer les stimuli;
 - ✓ mise au point de la situation infirmière-patient deux heures après l'intervention.

Niveau 3 : danger émergent

Signes caractéristiques :

- violence accentuée;
- échec des moyens utilisés;
- Violence émergente (e.g., exprimée par la violence);
- Danger pour la sécurité des patients et du personnel.

Comment intervenir lors de la seconde phase?

Ce niveau d'intervention est le plus restrictif. Celui-ci implique le contrôle du comportement du patient par le personnel avec une plus grande limitation de son autonomie. La supervision et l'observation sont essentielles à cette étape. Ce niveau d'intervention est utilisé lorsque le jugement clinique indique qu'il est nécessaire d'assurer la sécurité du patient et de son entourage. Les interventions suivantes sont appropriées :

- actions immédiates pour maintenir la sécurité du personnel et du patient, assistance du personnel qualifié et entraîné pour la gestion des crises;
- isolement si nécessaire pour les enfants et contentions pour les adolescents;
- médication selon la voie appropriée.

Quelles mesures préventives pour éviter les récurrences?

Dans ce cas, la prévention tertiaire s'applique. Il s'agit de prévenir ou renverser les conséquences négatives par l'utilisation des planifications anticipées (requêtes familiales, passé du patient), diminuer toutes formes de préjudices et encourager la prévention. Les efforts de l'unité doivent être joints à ceux du patient et de sa famille pour que le traitement soit efficace. Les parents doivent donc comprendre et endosser les stratégies de gestion des agressions utilisées durant le traitement.^{10 18 40}

Il convient de réévaluer le plan de traitement et la situation avec le patient dans les deux heures qui suivent l'intervention, afin d'en mesurer l'impact. À l'intérieur de ce laps de temps, le personnel soignant devrait également communiquer avec les répondants du patient pour réévaluer le plan de traitement. Par la suite, le personnel soignant devrait discuter du traitement dans les 24 heures.

Troisième phase : retour au calme

L'utilisation des contentions et de l'isolement doit être suivie par une discussion avec l'enfant, afin de lui permettre de comprendre ce qui s'est passé. Le personnel doit donc revoir avec le patient l'événement qui a déclenché l'utilisation de contentions ou d'isolement, discuter avec lui de stratégies alternatives pour éviter des incidents similaires et documenter dans le dossier l'utilisation des mesures de contentions ou d'isolement.¹⁸

Signes caractéristiques :

- arrêt de l'agressivité.

Comment intervenir?

Approcher le patient de façon calme pour faire avec lui un portrait global de la situation.

Quelles mesures préventives pour éviter les récurrences?¹⁸

Expliquer et rappeler au patient l'utilisation des mesures alternatives qui auraient permis de stopper ou diminuer la crise et une meilleure utilisation des techniques de contrôle.

Le personnel infirmier devrait revoir le déroulement de la crise avec le patient, juger de l'efficacité des mesures prises et prévoir des solutions pour éviter qu'une crise similaire ne survienne.

En bref

Il n'est pas opportun d'intervenir à chaque fois qu'un patient présente des signes précurseurs d'agressivité ou de violence. La limitation de l'escalade de la crise peut se faire par des approches verbales et l'auto-apprentissage de la maîtrise des comportements.¹⁷ Allen³⁸ suggère quelques situations pour lesquelles l'intervention du personnel est requise.

Situations problématiques	Fréquence d'action
• Refus de coopérer	• Rarement
• Agitation motrice	• Quelques fois
• Irritabilité, intimidation	• Généralement
• Agressivité verbale ou physique	• Toujours
• Intimidation ou violence	• Toujours

Conclusion

Bien que la littérature ne fasse pas mention de moyens spécifiques à adopter lorsque surviennent des comportements inadaptés de la part des jeunes personnes hospitalisées en pédopsychiatrie, on y trouve quelques pistes concrètes de moyens à appliquer pour prévenir les poussées d'agressivité et limiter au minimum l'utilisation de mesures de contrôle contraignantes, telles les contentions ou l'isolement. La perspective des textes porte davantage sur le bien-être des clients que sur la protection du personnel soignant. Beaucoup de pistes d'actions sont proposées, afin d'éviter le plus possible l'utilisation de contentions ou d'isolement. La tendance dans les milieux de soins est maintenant à la prévention. Toutefois, toutes les situations de crise ne pourront être supprimées, peu importe le degré de prévention pratiqué. Il demeure pertinent que des recherches soient effectuées, afin d'identifier des moyens concrets qui pourraient être utilisés par le personnel soignant, afin qu'il soit adéquatement protégé contre les assauts possibles des jeunes patients. À l'heure actuelle, les ressources efficaces sont la formation dans la gestion des crises, mais également le temps et l'attention investis dans chaque intervention avec les patients.

Références

1. Flannery RB, Jr., Stone P, Rego S, Walker AP. Characteristics of staff victims of patient assault: ten year analysis of the Assaulted Staff Action Program (ASAP). *Psychiatr Q* 2001;72(3):237-48.
2. Fitzwater EL, Gates DM. Testing an intervention to reduce assaults on nursing assistants in nursing homes: a pilot study. *Geriatr Nurs* 2002;23(1):18-23.
3. Gates D, Fitzwater E, Succop P. Reducing assaults against nursing home caregivers. *Nurs Res* 2005;54(2):119-27.
4. Measham TJ. The acute management of aggressive behaviour in hospitalized children and adolescents. *Can J Psychiatry* 1995;40(6):330-6.
5. Malone RP, Luebbert JF, Delaney MA, Biesecker KA, Blaney BL, Rowan AB, et al. Nonpharmacological response in hospitalized children with conduct disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36(2):242-7.
6. Donat DC. An analysis of successful efforts to reduce the use of seclusion and restraint at a public psychiatric hospital. *Psychiatr Serv* 2003;54(8):1119-23.
7. Donovan A, Plant R, Peller A, Siegel L, Martin A. Two-year trends in the use of seclusion and restraint among psychiatrically hospitalized youths. *Psychiatr Serv* 2003;54(7):987-93.
8. Beech B, Leather P. Evaluating a management of aggression unit for student nurses. *J Adv Nurs* 2003;44(6):603-12.
9. Brown JS, Tooke SK. On the seclusion of psychiatric patients. *Soc Sci Med* 1992;35(5):711-21.
10. LeBel J, Stromberg N, Duckworth K, Kerzner J, Goldstein R, Weeks M, et al. Child and adolescent inpatient restraint reduction: a state initiative to promote strength-based care. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004;43(1):37-45.
11. Leclerc C. Gérer l'agressivité et les troubles mentaux. *Nursing Québec* 1992;12(2):22-28.
12. Harris D, Morrison EF. Managing violence without coercion. *Arch Psychiatr Nurs* 1995;9(4):203-10.
13. Selekman J, Snyder B. Uses of and alternatives to restraints in pediatric settings. *AACN Clin Issues* 1996;7(4):603-10.
14. Flannery RB, Jr., Hanson MA, Penk WE, Goldfinger S, Pastva GJ, Navon MA. Replicated declines in assault rates after implementation of the Assaulted Staff Action Program. *Psychiatr Serv* 1998;49(2):241-3.
15. Delaney KR. Developing a restraint-reduction program for child/adolescent inpatient treatment. *J Child Adolesc Psychiatry Nurs* 2001;14(3):128-40.
16. Kozub ML, Skidmore R. Least to most restrictive interventions. A continuum for mental health care facilities. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2001;39(3):32-8.
17. Stevenson S. Heading off violence with verbal de-escalation. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 1991;29(9):6-10.
18. Masters KJ, Bellonci C, Bernet W, Arnold V, Beitchman J, Benson RS, et al. Practice parameter for the prevention and management of aggressive behavior in child and adolescent psychiatric institutions, with special reference to seclusion and restraint. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41(2 Suppl):4S-25S.
19. Schreiner GM, Crafton CG, Sevin JA. Decreasing the use of mechanical restraints and locked seclusion. *Adm Policy Ment Health* 2004;31(6):449-63.
20. Jonikas JA, Cook JA, Rosen C, Laris A, Kim JB. Brief reports: a program to reduce use of physical restraint in psychiatric inpatient facilities. *Psychiatr Serv* 2004;55(7):818-20.
21. Owen C, Tarantello C, Jones M, Tennant C. Violence and aggression in psychiatric units. *Psychiatr Serv* 1998;49(11):1452-7.
22. Rappaport N, Thomas C. Recent research findings on aggressive and violent behavior in youth: implications for clinical assessment and intervention. *J Adolesc Health* 2004;35(4):260-77.
23. Recklitis CJ, Noam GG. Aggressive behavior in the adolescent psychiatric patient: a clinical-developmental perspective. *Child Psychiatry Hum Dev* 2004;34(4):341-61.
24. College of Nurses of Ontario-CNO. Nurse abuse. 2004;Pub.No.47004.

25. Greene RW, Ablon JS, Goring JC. A transactional model of oppositional behavior: underpinnings of the Collaborative Problem Solving approach. *Journal of Psychosomatic Research* 2003;55(1):67-75.
26. Connor DF, Steingard RJ, Cunningham JA, Anderson JJ, Melloni RH, Jr. Proactive and reactive aggression in referred children and adolescents. *Am J Orthopsychiatry* 2004;74(2):129-36.
27. Green B, Shirk S, Hanze D, Wanstrath J. The Children's Global Assessment Scale in clinical practice: an empirical evaluation. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994;33(8):1158-64.
28. Liu J. Childhood externalizing behavior: theory and implications. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs* 2004;17(3):93-103.
29. Tremblay RE. Decade of behavior distinguished lecture: development of physical aggression during infancy. *Infant mental health journal* 2004;35(5):399-407.
30. McKenna BG, Poole SJ, Smith NA, Coverdale JH, Gale CK. A survey of threats and violent behaviour by patients against registered nurses in their first year of practice. *Int J Ment Health Nurs* 2003;12(1):56-63.
31. Needham I, Abderhalden C, Meer R, Dassen T, Haug HJ, Halfens RJ, et al. The effectiveness of two interventions in the management of patient violence in acute mental inpatient settings: report on a pilot study. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2004;11(5):595-601.
32. Farrell G, Cubit K. Nurses under threat: a comparison of content of 28 aggression management programs. *Int J Ment Health Nurs* 2005;14(1):44-53.
33. Duxbury J, Whittington R. Causes and management of patient aggression and violence: staff and patient perspectives. *J Adv Nurs* 2005;50(5):469-78.
34. Anderson TR, Bell CC, Powell TE, Williamson JL, Blount MA, Jr. Assessing psychiatric patients for violence. *Community Ment Health J* 2004;40(4):379-99.
35. Barnett SR dS, Riddle MA; Maryland Youth Practice Improvement Committee for Mental Health. Improving the management of acute aggression in state residential and inpatient psychiatric facilities for youths. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*.41(8):897-905. 2002;41(8):897-905.
36. dosReis S, Barnett S, Love RC, Riddle MA. A guide for managing acute aggressive behavior of youths in residential and inpatient treatment facilities. *Psychiatr Serv* 2003;54(10):1357-63.
37. Masters KJ, Bellonci C, Bernet W, Arnold V, Beitchman J, Benson S, et al. Summary of the practice parameter for the prevention and management of aggressive behavior in child and adolescent psychiatric institutions with special reference to seclusion and restraint. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40(11):1356-8.
38. Allen MH, Currier GW, Hughes DH, Docherty JP, Carpenter D, Ross R. Treatment of behavioral emergencies: a summary of the expert consensus guidelines. *J Psychiatr Pract* 2003;9(1):16-38.
39. Barnett SR, S. d, Riddle MA. Improving the management of acute aggression in state residential and inpatient psychiatric facilities for youths. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41(8):897-905.
40. Hassuk B, Regan K. A more compassionate model for treating children with severe mental disturbances. *Psychiatr Serv* 2003;54(11):1529-31.

Annexes A- Les forces de preuve du BTEC^a

Niveau	Interprétation
1	Recommandation basée sur des résultats provenant de méta-analyse(s), de revue systématique(s) ou d'essai(s) randomisé(s).
2	Recommandation basée sur les résultats d'au moins une étude qui, bien que non randomisée, a été bien menée (études cliniques ou études quasi-expérimentales).
3	Recommandation basée sur les résultats d'études non expérimentales descriptives bien menées (études comparatives, études corrélacionnelle ou études de cas).
4	Recommandation basée sur l'avis d'experts comme reconnus, qu'il soit donné sous forme de rapport(s), d'opinion(s) ou d'expérience(s) clinique(s).

^a Adapté de Registered Nurses Association of Ontario (2004)

Pavillon Agathe-Lacerte
Local 1077
Québec (Québec) G1K 7P4
CANADA

Renseignements : (418) 656-2131, poste 11880
Télécopieur : (418) 656-7825

btec.ulaval.ca