

DIRECTION DES SERVICES AUX AÎNÉS
ET DU SOUTIEN À L'AUTONOMIE
(DSASA)

CADRE DE RÉFÉRENCE

SYMPTÔMES COMPORTEMENTAUX ET PSYCHOLOGIQUES LIÉS À LA DÉMENCE (SCPD)

EN SOINS DE LONGUE DURÉE

Jean-François Trudel
Linda Dieleman
Line Senécal
Claire Bonin
Hélène Brien
Jacques Thibault

NOVEMBRE 2013

Document adopté le 4 juin 2012 par le Comité de régie -
Direction des services aux aînés et du soutien à l'autonomie (DSASA)

Pour plus d'information sur la structure de l'établissement, notamment
de l'hébergement, consulter le site web : <http://www.csss-iugs.ca>

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2013

ISBN 978-2-924330-07-4 (version imprimée)

ISBN 978-2-924330-08-1 (version PDF)

La reproduction de ce document, en tout ou en partie, est autorisée
et même encouragée pourvu que la source soit mentionnée

© Centre de santé et de services sociaux-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, 2013

RÉDACTION

Jean-François Trudel, gériopsychiatre
Linda Dieleman, conseillère cadre DSASA

EN COLLABORATION AVEC LE GROUPE DE TRAVAIL D'EXPERTS

Claire Bonin, infirmière en gériopsychiatrie
Hélène Brien, infirmière en gériopsychiatrie
Linda Dieleman, conseillère cadre DSASA
Line Senécal, infirmière en gériopsychiatrie
Jacques Thibault, infirmier chef en gériopsychiatrie
Jean-François Trudel, gériopsychiatre

REMERCIEMENTS

Aux deux groupes de travail pour leur contribution à la démarche SCPD :

GROUPE 1 – INTERDIRECTIONS - ENJEUX ET IMPLANTATION

Danika Manseau, coordonnatrice des services à l'hébergement
Catherine Vanasse, médecin chef de programme SLD
Linda Dieleman, conseillère cadre DSASA
Ghislain Bernard, chef d'unité St-Vincent 3
Carole Brousseau, chef d'unité St-Joseph 2-3
Christian Cloutier, chef d'unité Argyll 1-2
Johanne Couture, chef d'unité D'Youville 4
Annie Masson, ACP animation loisirs
Dominique Proulx, conseillère clinicienne soins infirmiers

GROUPE 2 – DÉCOULANT DU COMITÉ DE PROGRAMME CLINIQUE SLD

Danika Manseau, coordonnatrice des services à l'hébergement
Jean-François Trudel, gériopsychiatre
Catherine Vanasse, médecin chef de programme SLD
Ghislain Bernard, chef d'unité St-Vincent 3
Christian Cloutier, chef d'unité Argyll 1-2
Linda Dieleman, conseillère cadre DSASA
Sherley Ouellet, ACP ergothérapie

MISE EN PAGES

Johanne Bédard, agente administrative

SYMPTÔMES COMPORTEMENTAUX ET PSYCHOLOGIQUES LIÉS À LA DÉMENCE – CADRE DE RÉFÉRENCE

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	3
QU'EN EST-IL AU CSSS-IUGS?	3
RISQUES POUR LES RÉSIDENTS ET LE PERSONNEL	3
LES PSYCHOTROPES ET LES MESURES DE CONTRÔLE	4
STRATÉGIES À PRIVILÉGIER	4
I. UN CONTEXTE FAVORABLE AU BIEN-ÊTRE GLOBAL DE LA PERSONNE ATTEINTE DE LA DÉMENCE : VIRAGE VERS LE MILIEU DE VIE À POURSUIVRE ET À ACCENTUER	5
I.1 UN PROJET PILOTE POUR DÉVELOPPER ET EXPÉRIMENTER LE MODÈLE SOUHAITÉ	7
I.1.1 Clientèle visée par le projet pilote	9
I.1.2 Formation et développement des compétences	9
I.1.3 Aspects logistiques – Outils de mesure	10
I.1.4 Matériel pour interventions auprès de personnes démentes	10
I.1.5 Activités préalables à réaliser	10
2. LA CLIENTÈLE ATTEINTE DE SCPD GRAVES	10
2.1 MODÈLE HIÉRARCHIQUE	10
2.2 APPLICATION DU MODÈLE AU CSSS-IUGS : situation actuelle	11
2.3 ARGYLL 1 OU ÉQUIVALENT POUR SITUATION AVEC TROUBLES DE COMPORTEMENT GRAVES, DONT AGRESSIVITÉ PHYSIQUE	12
2.4 ARGYLL 2 OU PERSONNES SUJETTES À ERRANCE, INTRUSION, CRIS, FAIBLE COLLABORATION AUX AVQ	13
CONCLUSION	13

ANNEXES

ANNEXE 1- Résultats et recommandations suite aux travaux du sous-groupe de travail sur les clientèles en SLD présentant des troubles de comportement modérés à graves	15
ANNEXE 2- Suggestion d'une liste de matériel requis pour le personnel soignant oeuvrant auprès d'une clientèle démente, en vue de mettre en place des activités adaptées	19
ANNEXE 3 - Hiérarchisation des services pour les résidents présentant des symptômes comportementaux et psychologiques liés à la démence	20
ANNEXE 4- Items issus de l'Échelle Cohen-Mansfield de l'agitation	21

INTRODUCTION

Les troubles cognitifs et démences sont le motif principal d'admission en soins de longue durée (SLD). Selon la littérature, 70 à 80 % des résidents en centre d'hébergement soins de longue durée (CHSLD) sont atteints d'une démence^{1, 2}. Ainsi, au Centre de santé et services sociaux – Institut universitaire de gériatrie (CSSS-IUGS), 86 % des résidents présentent des atteintes mentales prédominantes (profils iso-SMAF 5, 7, 8, 10) ou des atteintes mixtes motrice et mentale (profils iso-SMAF 11, 12, 13, 14), lors de leur admission (2010-2011).

Les démences sont accompagnées de symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) dans une grande proportion. Selon la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, près de 90 % des résidents des CHSLD atteints de démence présentent des SCPD (*ce chiffre imposant inclut des symptômes relativement mineurs ou « invisibles », dont l'apathie*).

QU'EN EST-IL AU CSSS-IUGS?

Une étude réalisée à l'interne en 2011 (**ANNEXE 1**) démontrait que 16 % des résidents en CHSLD avaient des troubles importants de comportement, soit 75 résidents répartis sur les unités régulières en plus des 45 résidents hébergés à Argyll 1 et 2 (unité de soins intensifs du comportement et unité prothétique). Cette étude tendait à montrer que les troubles de comportement des résidents sur les unités autres qu'Argyll 1 et 2 étaient en gros identiques à ceux admis sur ces unités spécialisées, autant dans le genre de comportement manifesté que dans leur intensité. Les comportements les plus fréquents étaient l'errance, l'intrusion dans des lieux inopportuns, les perturbations vocales. Les comportements impliquant une violence physique (pousser, empoigner, lancer des objets) étaient aussi fort communs. Le groupe de travail qui a mené l'étude concluait qu'il existe une importante cohorte de résidents qui bénéficieraient de services analogues à ceux offerts dans les unités spécialisées, particulièrement du type Argyll 2.

RISQUES POUR LES RÉSIDENTS ET LE PERSONNEL

Les SCPD peuvent occasionner un risque pour les résidents et aussi pour les intervenants (incidents de violence physique). Les données locales en SLD permettent de constater une hausse des événements avec patients agressifs (physique et verbal) entre 2010 et 2011 : 102 événements ont été signalés en 2010 vs 122 à la période financière 9 de 2011-2012. Une étude comparant la situation au Canada et celle en Scandinavie a montré qu'au Canada, la violence à l'égard du personnel en SLD est beaucoup plus fréquente que dans les pays nordiques. Un lien entre ce risque de violence et le ratio personnel/patient a été identifié³. De plus, les SCPD peuvent être une cause d'épuisement professionnel et d'absentéisme pour les intervenants en SLD⁴.

¹ Voyer, Philippe (2006). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie - Une approche adaptée aux CHSLD*. Édition du renouvellement pédagogique : 661 pages. p. 15.

² MSSS, Relever le défi de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées. *Une vision centrée sur la personne, l'humanisme et l'excellence. Rapport du comité d'experts en vue de l'élaboration d'un plan d'action pour la maladie d'Alzheimer*. Mai 2009. p. 16

³ Banerjee A., Daly T., Armstrong H. et al. "Out of control": *Violence against personal support workers in long-term care*. York University and Carleton University, 2008

⁴ Voyer, Philippe (2006). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie - Une approche adaptée aux CHSLD*. Édition du renouvellement pédagogique : 661 pages. p. 356

LES PSYCHOTROPES ET MESURES DE CONTRÔLE

L'usage de médicaments psychotropes reste une intervention très utilisée en SLD pour atténuer les SCPD. Selon différentes études, 50 à 75 % des résidents en centre d'hébergement se font prescrire au moins un psychotrope⁵. Au CSSS-IUGS, 73,6 % des résidents ont une ordonnance d'au moins un psychotrope et 40 % reçoivent un antipsychotique, avec une moyenne de 2,04 ordonnances par utilisateur si on inclut les PRN (Au besoin = du latin *pro re nata*) et 1,49 si on ne compte que les ordonnances régulières (Trudel et Doyon, avril-mai 2011⁶). Signalons que :

- Les psychotropes ne sont pas utiles pour tous les SCPD (exemple : errance et intrusion, résistance aux soins d'hygiène).
- Leur utilisation comporte des risques : l'usage d'antipsychotiques double environ le risque d'un AVC et d'un décès⁷; benzodiazépines et antipsychotiques augmentent le risque de chutes et détériorent les capacités cognitives restantes⁸.
- Pour ces raisons, il existe un large consensus international quant à la pertinence de diminuer l'utilisation des psychotropes, tout particulièrement les antipsychotiques, en SLD. Les taux acceptables proposés par la Coalition canadienne pour la santé mentale des aînés se situent entre 8 et 10 %, un chiffre peut-être idéaliste mais dont nous sommes par ailleurs très loin. Aux États-Unis, on a même légiféré dans les années 90 pour limiter l'utilisation des antipsychotiques en SLD.

Les stratégies de contrôle pour les SCPD (contentions, isolement) sont peu acceptables éthiquement et socialement et font l'objet de surveillance administrative (*documents gouvernementaux, protocoles locaux*).

STRATÉGIES À PRIVILÉGIER

Il existe un large consensus international quant au fait qu'il faille, pour les SCPD, valoriser beaucoup plus les approches non pharmacologiques. Aucune approche spécifique n'est reconnue comme étant particulièrement efficace. L'approche doit donc être globale, individualisée et créative :

- Il faut offrir à chaque personne atteinte de démence un contexte physique (architectural, sensoriel), interpersonnel et de soins qui contribue à maintenir un niveau optimal de bien-être et à prévenir les SCPD.
- Dans la mesure du possible, les personnes atteintes de démence devraient être hébergées dans des unités prévues à cette fin, où une programmation spécifique à leurs besoins sera implantée.

⁵ Conn, David K. *L'utilisation des psychotropes dans les établissements de soins de longue durée pour personnes âgées*. Revue canadienne de la maladie d'Alzheimer et autres démences. Janvier 2007.

⁶ CSSS-IUGS, Trudel J.F. et Doyon H. *Étude sur l'utilisation des médicaments psychotropes en soins de longue durée*. Comité d'Évaluation de l'Acte Médical, Dentaire et Pharmaceutique du CSSS-IUGS. Avril-mai 2011

⁷ Jeste D.V.; Blazer D.; Casey D.; Meeks T.; Salzman C.; Schneider L.; Tariot P.; Yaffe K. ACNP White Paper: update on use of antipsychotic drugs in elderly persons with dementia. *Neuropsychopharmacology*, 2008, 33 (5); 957-970.

⁸ Vigen C., Mack W., Keefe R. et al. Cognitive effects of atypical antipsychotic medications in patients with Alzheimer's disease: Outcomes from CATIE-AD. *Am J Psychiatry* 2011;168:831-839.

⁹ Coalition pour la santé mentale des personnes âgées. Lignes directrices nationales. La santé mentale de la personne âgée. Évaluation et prise en charge des problèmes de santé mentale en établissement de soins de longue durée (particulièrement les troubles de l'humeur et du comportement).

- Lorsque des SCPD surviennent, il faut développer des pratiques cliniques universelles qui visent à identifier chez chaque personne les besoins non rencontrés ou les sources d'inconfort. Il faut élaborer des stratégies individualisées pour répondre à ces besoins, éliminer les sources d'inconfort ou, à défaut, minimiser les conséquences néfastes, pour la personne et pour autrui, des troubles de comportements. *(Or, malgré la compétence et la bonne volonté manifestes des intervenants, le fonctionnement actuel des SLD du CSSS-IUGS rend difficile l'implantation de telles stratégies, en particulier par manque de temps, d'où le recours par défaut à des interventions pharmacologiques.)*
- Dans une petite proportion de cas, les SCPD seront intenses et dangereux au point de nécessiter le recours à un contexte spécialisé (unité de soins) pour l'évaluation et le traitement. Ce contexte doit être accessible dans des délais courts (heures et jours plutôt que semaines). Idéalement, ce contexte spécialisé ne serait nécessaire que pour une période de quelques semaines à quelques mois, mais certains troubles de comportements peuvent être très durables et un contexte de soins doit être disponible à cet effet.

I. UN CONTEXTE FAVORABLE AU BIEN-ÊTRE GLOBAL DE LA PERSONNE ATTEINTE DE DÉMENCE : VIRAGE VERS LE MILIEU DE VIE À POURSUIVRE ET À ACCENTUER

Présentement, les personnes atteintes de démence dans notre institution sont hébergées dans un contexte pouvant davantage être qualifié de « médico-hospitalier ». À cet égard, nous ne différons guère de la grande majorité des milieux de SLD, mais la tendance contemporaine est à favoriser plutôt un contexte qualifié de « centré sur la personne », ou « milieu de vie ». Les distinctions fondamentales entre ces deux contextes sont décrites dans le tableau qui suit.^{10, 11, 12, 13, 14}

¹⁰ Jones M. : *Gentle Care, changing the experience of Alzheimer's disease in a positive way.* <http://www.gentlecare.com/>.

¹¹ *Dementia beyond drugs* et *Eden Alternative.* <http://www.edenalt.org/>

¹² Health Facilities Scotland. *Dementia Design Checklist.* 2007

¹³ Fleming R., Crookes P., Sum S. A review of the empirical literature on the design of physical environments for people with dementia. An Australian Government Initiative. 2009

¹⁴ ASSTSAS. *Concevoir et aménager un milieu de vie prothétique fermé.* 2002. www.asstsas.qc.ca

MODÈLE MÉDICO-HOSPITALIER	MODÈLE SOINS GLOBAUX OU CENTRÉS SUR LA PERSONNE
• Priorité : répondre aux besoins de base physiologiques ou aux ordonnances médicales à partir d'un plan de travail : alimentation, hygiène, toilette, installations, médications, etc.	• Priorité : répondre à l'ensemble des besoins de la personne, dont les besoins physiologiques de base <u>mais aussi</u> les relations interpersonnelles, besoin d'activité ou de tranquillité, besoin de sens, loisirs, bien-être.
• Autres besoins peu pris en compte ou délégués aux familles, aux services de loisirs, aux bénévoles.	• Travail d'équipe incluant les familles, les bénévoles, pour répondre à l'ensemble des besoins.
• Spécialisation des tâches entre les différents intervenants	• Définition plus fluide des tâches
• Horaire institutionnel auquel la personne (patient) doit s'adapter : hygiène, repas, etc.	• Horaire personnalisé, où les soignants s'adaptent au rythme, aux préférences, aux habitudes de vie de la personne. Nourriture disponible 24 h/24.
• Le passé de la personne peu connu, peu considéré dans la planification des services	• Le vécu antérieur de la personne est important, sa connaissance aide à développer des liens avec le personnel et favorise la création d'un plan de soins individualisé.
• Comportement défini comme un problème à régler, avec des interventions en conséquence (contentions, médication).	• Le comportement est perçu comme l'expression d'un besoin à décoder.
• Clientèles mixtes, toutes formes de perte d'autonomie confondues	• Regroupement de clientèles en fonction de leurs besoins (« lucides » vs atteintes de démence)
• Grands groupes de résidents (jusqu'à 72)	• Petits groupes (8-14)
• Ambiance générale de solitude, ennui, désœuvrement, passivité, vide existentiel	• Ambiance générale de chaleur humaine, possibilité d'activités significatives, maintien du sens à la vie
Espaces physiques : • Qualité institutionnelle : grands espaces, grands corridors, meubles anonymes, peu d'espaces de convivialité • Éclairage institutionnel • Sons institutionnels : cloches, intercom • Conversations du personnel • Peu ou pas d'accès à l'extérieur • Repas préparés à ailleurs que sur l'unité, peu de convivialité • Peu d'objets significatifs • Peu ou pas de plantes, animaux de compagnie	Espaces physiques : • Reproduire la maison : espaces plus petits, meubles plus domestiques, convivialité possible ailleurs que dans la chambre • Éclairage adapté • Environnement sonore domestique : sons feutrés, musique • Jardins prothétiques, sorties • Repas préparés sur l'unité, accent sur la convivialité • Objets significatifs pour la personne • Plantes, animaux de compagnie

Amener notre institution vers un tel modèle « centré sur la personne » représente un changement majeur au niveau des soins, tant dans la conception des espaces architecturaux que des routines quotidiennes pour les résidents, les intervenants et les proches. Le fonctionnement de l'équipe de travail doit aussi être révisé. Heureusement, des modèles ont été implantés à divers endroits en Amérique du Nord et ailleurs dans le monde qui pourraient guider l'établissement dans cette transformation (voir, entre autres, références 11 et 12).

Une approche capable de répondre à l'ensemble des besoins (autant physiologiques qu'interpersonnels et occupationnels) de la personne atteinte doit donc être développée¹⁵. À cet égard, un outil clinique qui irait au-delà du SMAF est à envisager afin d'identifier aussi d'autres besoins tels :

¹⁵ MSSS. *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier*. État cognitif et comportemental. Agitation dans les démences. Fiche clinique. 2011.

- Interpersonnels : compagnonnage, présence, réconfort, toucher
- Occupationnels : marche, activité physique, participation à des activités d'entretien, musique...
- Générateurs de sens : sentiment d'être utile, possibilité d'aide aux autres dans la mesure des capacités restantes, contacts intergénérationnels...

À notre connaissance, il n'existe pas d'outil de ce genre mais il nous semble possible d'en développer un assez simple et convivial.

Notre expérience clinique et notre lecture des travaux en cours à divers endroits dans le monde nous fait dire qu'une telle approche peut atténuer voire prévenir de nombreux troubles de comportement chez les patients atteints de démence. De surcroît, il est possible qu'un milieu de vie plus humanisé ait aussi des impacts sur le personnel : plus grande satisfaction au travail par la consolidation des liens entre résidents et soignants comme entre les soignants, diminution de l'épuisement et du roulement du personnel. Les données probantes pour soutenir ces affirmations demeurent fragmentaires étant donné la difficulté d'expérimenter avec des approches globales à multiples composantes. Nous croyons néanmoins que la création d'un milieu plus respectueux des besoins globaux des personnes est un objectif incontournable.

1.1 UN PROJET PILOTE POUR DÉVELOPPER ET EXPÉRIMENTER LE MODÈLE SOUHAITÉ

Compte tenu de l'ampleur du changement proposé, une approche par étapes est à privilégier afin de minimiser les impacts administratifs et de favoriser la gestion du changement. Nous suggérons donc un projet pilote afin de développer et d'expérimenter le modèle de soins souhaité. Il s'agit de créer une unité avec les caractéristiques suivantes :

1. ENVIRONNEMENT :

- Petite taille (groupes de 12-15 patients au maximum)
- Le plus possible analogue à un milieu de vie naturel
- Éclairage et niveau sonore appropriés (éviter distorsions sensorielles), etc.
- Aires communes conviviales
- Équipements confortables
- Absence de longs corridors
- Repas préparés sur l'unité (convivialité)
- Jardins prothétiques, sorties, plantes, animaux de compagnie
- Objets significatifs pour la personne
- Environnement sécurisé (ex : portes sécurisées, portes masquées : cf D'Youville unité 46)

2. ORGANISATION DU TRAVAIL :

- Augmentation du ratio personnel/patient de façon à permettre davantage les contacts interpersonnels et non seulement répondre aux besoins physiologiques, de façon aussi à rendre possible le recours aux approches non pharmacologiques.
- Routines de travail flexibles, adaptées au rythme de chaque résident.
- Mesures favorisant la stabilité du personnel, telles:
 - liste de rappel composée de personnel formé;
 - remplacements long terme plutôt que les présences multiples à court terme.
- Présence continue auprès des résidents (par exemple éviter la rotation entre les équipes).
- Réintroduction de réunions quotidiennes où sont discutés les besoins particuliers des résidents, où on partage les « bons coups », stratégies efficaces.
- Recours systématique au plan d'intervention élaboré pour chaque résident.

- Disponibilité sur chaque unité de matériel pour des loisirs et activités adaptées, de vêtements adaptés, de collations, d'équipement audio. (cf. liste **ANNEXE 2**)

Ces mesures peuvent contribuer à améliorer le sentiment d'implication du personnel, favoriser le développement de relations interpersonnelles plus soutenues avec les résidents, en plus d'améliorer leur motivation, leur implication et leur imputabilité. La valorisation du travail des soignants est essentielle.

3. APPROCHE GÉNÉRALE AUPRÈS DES RÉSIDENTS : UN PLAN D'INTERVENTION COMPLET, ADAPTÉ ET INDIVIDUALISÉ :

- **AVQ :**
 - Hygiène sans horaires fixes, intégration de nouvelles méthodes dont bain séquentiel, à la serviette, sans savon, etc.
 - Habillement adapté
 - Alimentation : s'approche de la situation d'une maison, collations disponibles en tout temps
 - Hydratation
 - Contacts physiques : massage, etc.
 - Repos : gestion des stimuli sonores, visuels, interpersonnels (ex : télévision ouverte en permanence, intercom, etc.)
- Prise en compte des autres besoins :
 - Activité physique : groupes de marche, étirements
 - Accès à l'extérieur
 - Besoins de contacts interpersonnels :
 - 1- Rendre accessible au personnel l'information sur le vécu antérieur de la personne.
 - 2- Prévoir temps de contacts, conversation, voir la présence comme étant un rôle important du personnel.
 - 3- Favoriser la participation de la famille et des bénévoles.
 - Activités « signifiantes »
 - 1- Loisirs adaptés aux capacités des personnes avec atteinte cognitive
 - 2- Participation aux tâches domestiques, selon les capacités restantes
 - 3- Activités pour hommes

4. PRÉVOIR UNE RÉPONSE À DES BESOINS SPÉCIFIQUES :

- Lit pour situation de crise Argyll I
- Cris persistants : après que des efforts raisonnables aient été consentis pour identifier les besoins (physiques, psychiques) qui peuvent occasionner des cris persistants et qu'on a tenté des interventions appropriées, il peut arriver que le problème demeure grave et perturbe beaucoup les autres résidents et les intervenants. Le recours à une chambre insonorisée peut alors devenir nécessaire. De telles chambres doivent faire partie de l'offre de service de notre institution. Il doit cependant s'agir d'une mesure d'exception, à documenter clairement et à inscrire dans le cadre réglementaire et les routines cliniques associés aux mesures de contention et d'isolement.
- Personnes en fauteuil roulant : ces personnes peuvent être sujettes aux mêmes comportements persistants d'errance, d'intrusion et d'agressivité physique que les personnes dont l'ambulation est normale. Leurs comportements peuvent gravement perturber le fonctionnement des unités conventionnelles. Présentement, ils sont exclus des unités spécifiques (Argyll I et 2) car les responsables de ces unités considèrent que ces personnes sont à risque de devenir une victime aux mains des autres résidents. Ce problème reste donc sans solution et mérite réflexion.

1.1.1 Clientèle visée par le projet pilote

Le projet pilote devrait s'adresser à la clientèle repérée lors de l'enquête en 2011 (SCPD modérés-graves¹⁶).

1.1.2 Formation et développement des compétences

Une formation initiale et continue pour tous les intervenants s'avère une facette incontournable. Voici les éléments à considérer :

1. LE CONTENU, LES CONNAISSANCES ET LES HABILETÉS PRATIQUES À ACQUÉRIR :

- Connaître certaines notions de base sur la démence, ses principaux symptômes.
- Entrer en contact, communiquer efficacement avec la personne atteinte de démence.
- Utiliser différentes approches pertinentes avec les personnes atteintes de troubles cognitifs : validation, diversion, réminiscence, stimulation sensorielle.
- Reconnaître les différents besoins de la personne avec troubles cognitifs, savoir reconnaître les troubles de comportement comme l'expression d'un besoin non comblé.
- Utiliser efficacement un outil pour l'évaluation de la douleur chez la personne atteinte de démence. À cet égard, le PACSLAC a été retenu par l'établissement mais il faudra développer l'habitude d'utiliser régulièrement cet outil.
- Pouvoir appliquer diverses stratégies pour répondre aux besoins d'hygiène de la personne.
- Connaître et utiliser l'histoire de vie de la personne dans l'élaboration du plan d'intervention.
- Identifier et mettre en place un programme d'activités significatives pour la personne atteinte. À cet égard, la formation AGIR¹⁷, donnée récemment aux PAB (préposés aux bénéficiaires) du CSSS-IUGS, représente une excellente base de connaissances. Certains domaines restent à raffiner, dont des stratégies de réponse aux besoins interpersonnels et des stratégies pour les soins d'hygiène, présentés assez brièvement dans cette formation. De surcroît, ces cours ont été donnés aux PAB mais n'ont pas inclus les infirmières auxiliaires et les infirmières, à qui pourtant un rôle de supervision des interventions est dévolu. Il est important que tous partagent les mêmes connaissances et puissent parler un langage commun.

2. MÉTHODES DE FORMATION À PRIVILÉGIER :

- Une formation théorique de base, telle la formation AGIR, est essentielle.
- Cependant, au-delà des formations magistrales ponctuelles, un « coaching » terrain en continu est à privilégier.
- La personne responsable de ce coaching devrait être l'infirmière chef d'équipe. Cette personne doit :
 - Avoir un leadership clinique, une capacité d'autorité sur les activités qu'ont les membres de l'équipe auprès des résidents.
 - Être à l'aise dans l'animation d'équipe.
 - Être soutenue et formée à faire du « coaching » ou de l'encadrement clinique.

¹⁶ CSSS-IUGS, Groupe de travail sur les clientèles en SLD présentant des troubles de comportement modérés à graves en comparaison à Argyl 1-2.

¹⁷ Programme national de formation continue. *Formation AGIR aux PAB en SLD. 2008*. 3 modules ont été donnés au CSSS-IUGS:
Agir pour protéger : Troubles cognitifs, symptômes psychologiques et comportementaux et situations de crise
Agir pour sécuriser : Observations pertinentes et situations à risque
Agir pour accompagner-entourer : Soins palliatifs en fin de vie

- Des modèles dans l'action sont nettement préférables à une formation théorique ou « crayon-papier » :
 - Un éventail de capsules vidéo démontrant diverses approches et stratégies, disponibles en tout temps sur le réseau informatique de l'établissement.
 - L'écoute en groupe de ces capsules, suivie de discussion par les pairs, peut être une stratégie intéressante.

1.1.3 Aspects logistiques, outils de mesure :

- Promouvoir l'utilisation du plan de travail pour les soignants/préposés.
- Promouvoir la mesure de la douleur avec le PACSLAC.
- Envisager un outil clinique qui irait au-delà du SMAF afin d'identifier aussi d'autres besoins tels :
 - Interpersonnels : compagnonnage, présence, réconfort, toucher.
 - Occupationnels : marche, activité physique, participation à des activités d'entretien, musique...
 - Générateurs de sens : spirituels, aide aux autres dans la mesure des capacités restantes, etc.
- Implanter un tableau de bord pour le suivi des AVQ et autres besoins.

1.1.4 Matériel pour interventions auprès de personnes démentes

Accès en tout temps, pour le personnel soignant, de matériel pour des activités adaptées.
Consulter la liste à l'**ANNEXE 2**.

1.1.5 Activités préalables à réaliser

Avant de se lancer dans le projet pilote, certaines activités préalables sont recommandées :

- Visiter des milieux ayant implanté une telle approche.
- Offrir des sessions de formation pour les leaders.
- Choisir un modèle en particulier et s'en imbiber.

2. LA CLIENTÈLE ATTEINTE DE SCPD GRAVES

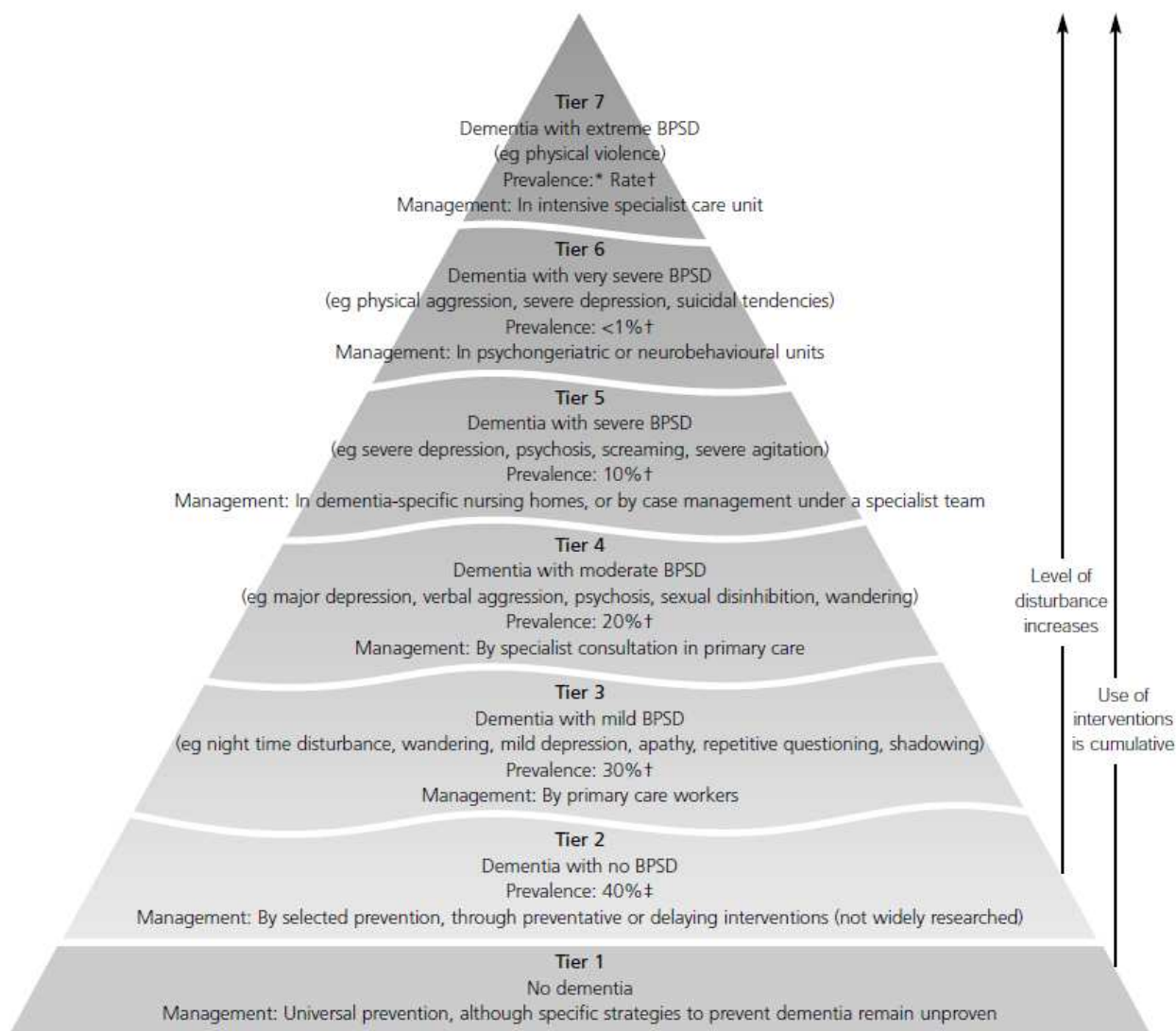
L'approche décrite ci-haut devrait aider à gérer adéquatement, de façon humaine et sécuritaire, la majorité des SCPD. Dans la mesure du possible, il faut éviter de créer une culture où le réflexe est de transférer aisément les personnes avec troubles de comportement dans des unités identifiées à cette fin. Malgré cela, on peut s'attendre qu'une petite proportion va présenter des SCPD graves et persistants qui compliquent le maintien sur des unités « conventionnelles ».

2.1 MODÈLE HIÉRARCHIQUE

Le modèle hiérarchique suivant, issu d'un document Australien, illustre les différents niveaux de soins et services requis en fonction de la hauteur des besoins des personnes avec SCPD¹⁸. Les quatre premiers niveaux réfèrent à une approche de base pour l'ensemble des unités alors que les niveaux 5-6-7 font appel à des stratégies plus spécifiques destinées aux personnes avec SCPD graves ou très graves.

¹⁸ NSW Department of Health. *Summary Report: The management and accommodation of older people with severely and persistently challenging behaviors*. North Sydney. 2006. p 16

Behavioural and psychological symptoms of dementia – a seven tiered model



* Prevalence is expressed as estimated percentage of people with dementia who currently fall into this category.

2.2 APPLICATION DU MODÈLE AU CSSS-IUGS : SITUATION ACTUELLE

En accord avec ce modèle Australien, la notion de niveaux hiérarchisés, avec des unités de soins-hébergement pensées pour cette fraction plus lourde, nous semble donc nécessaire. Ceci correspond aussi déjà avec la situation du CSSS-IUGS relativement aux unités Argyll 1 et 2. Dans une certaine mesure, D'Youville 46, comme le secteur B de St-Vincent et ses unités supraprothétiques, jouent aussi ce rôle même si ces unités ne sont pas désignées officiellement à cette fin. On peut espérer qu'une approche de base adéquate, comme décrite dans la section précédente du document, peut diminuer le besoin de telles unités, mais ne peut à notre avis l'éliminer complètement.

La notion de deux unités spécialisées, une prévue pour les personnes avec un potentiel important d'agressivité physique envers autrui et autres comportements dangereux (correspondant aux niveaux 6-7 du modèle), et une autre pour les personnes sujettes à l'errance, aux intrusions, à l'anxiété, aux cris et/ou qui résistent beaucoup aux soins de base (environ niveau 5-6 du modèle), semble un scénario raisonnable et à conserver.

En somme, il s'agit d'un système à quatre niveaux de soins :

- 1- Unités de SLD conventionnelles (bien qu'éventuellement « bonifiées » selon l'approche décrite plus haut).
- 2- Unités pour troubles modérés-graves sans violence sérieuse (équivalents Argyll 2). Cette catégorie d'unités est actuellement en nombre nettement insuffisant. Il faut probablement en prévoir une par pavillon, à moyen terme.
- 3- Unité d'évaluation-stabilisation (et au besoin hébergement long-terme) pour troubles graves avec violence (équivalent Argyll 1).
- 4- Les unités régulières complètent la gamme de services (voir pyramide **ANNEXE 3**).

L'outil utilisé lors de l'enquête 2011, issu de l'Échelle Cohen-Mansfield de l'agitation (**ANNEXE 4**) peut probablement convenir pour faire les choix de localisation.

2.3 ARGYLL 1 OU ÉQUIVALENT POUR SITUATIONS AVEC TROUBLES DE COMPORTEMENT GRAVES, DONT AGRESSIVITÉ PHYSIQUE PERSISTANTE

L'institution compte actuellement neuf lits régionaux pour personnes avec troubles de comportement graves. Ces situations sont assez peu fréquentes, mais très exigeantes pour les divers milieux de soins.

Une des difficultés reste l'accès : Argyll 1 avait été prévue initialement comme une unité pour évaluation et stabilisation des troubles de comportement graves, avec en principe un séjour de courte à moyenne durée (max. 90 jours) et un éventuel retour vers des unités de SLD habituelles. Dans les faits, on se retrouve avec un taux de roulement très bas et une accumulation de personnes stabilisées, mais qui même à leur mieux semblent trop problématiques pour des unités habituelles. Ces personnes sont souvent jeunes, atteintes d'encéphalopathies stables et non dégénératives (post anoxie, TCC, etc.), il en résulte que leurs besoins évoluent peu dans le temps. Ils représenteraient en ce moment 6 personnes/9 places d'Argyll 1. L'unité devient donc peu accessible lorsqu'un nouveau cas survient.

Les deux besoins doivent être envisagés :

- Celui pour une unité plus active d'évaluation et de stabilisation, offrant donc un roulement et facilement accessible, autant pour les clientèles intra-muros que pour les clientèles en provenance des autres CHSLD de la région, si on maintient le concept d'une unité à vocation régionale (et le financement qui l'accompagne). Cette unité pourrait possiblement bénéficier d'une implication plus régulière des services gériopsychiatriques.
- Celui pour une unité plus long terme pour troubles de comportement graves avec violence, non traitables, nécessitant à long terme un encadrement rigoureux.
- Idéalement ces deux unités devraient être distinctes (mais possiblement contiguës).

Mesures pour améliorer l'accès :

- Prévoir un lit vacant de façon quasi permanente pour la gestion de situations plus aiguës de crise sur les unités conventionnelles, avec donc possibilité de transfert rapide vers Argyll 1.
- Améliorer le soutien clinique lors d'un retour dans le site d'origine, de façon à ce qu'on s'assure d'un transfert adéquat des pratiques élaborées à Argyll 1. Ceci permettrait un meilleur maintien des acquis lors de retour sur une unité plus conventionnelle (exemple : un préposé va montrer au milieu d'accueil les stratégies d'hygiène-habillage qui ont été efficaces à Argyll 1).

2.4 ARGYLL 2 OU PERSONNES SUJETTES À ERRANCE, INTRUSION, CRIS, FAIBLE COLLABORATION AUX AVQ

Le besoin pour ce type de ressource est nettement plus important (en nombre de places) que pour le groupe précédent, plus rare.

Ces personnes ont besoin de plus de présence, d'encadrement, de soutien, que ne peuvent habituellement fournir les unités de SLD conventionnelles.

La plupart des personnes recensées par le précédent groupe expert (Vanasse, Trudel, Cloutier, Manseau) sont de ce type¹⁹. Le projet pilote proposé s'adresserait à cette clientèle et pourrait par la suite être étendu plus largement.

Le nombre de places de ce type doit donc être substantiellement augmenté. Dans les faits, on voit d'ailleurs qu'au-delà d'Argyll 2, d'autres unités finissent par jouer ce rôle ou en ont la réputation, sans avoir les ressources humaines supplémentaires : cela semble être le cas de D'Youville 46 et des unités dites supra-prothétiques de St-Vincent (21 lits).

Lorsque la démence a progressé et que ces comportements ne posent plus problème, des processus doivent être mis en place afin d'éviter un veto des familles quant à un éventuel transfert. En ce sens, il pourrait être judicieux de penser à une section contiguë permettant d'éviter un changement de personnel.

Étant donné que ce besoin existe dans nos quatre centres d'hébergement, il pourrait être stratégique de songer à une unité de ce type sur les quatre sites.

CONCLUSION

La vision des soins et des services pour les personnes avec SCPD en SLD proposée dans ce cadre de référence pose un défi important pour notre organisation. Elle s'appuie sur une philosophie d'humanisation et de personnalisation des soins centrée sur la personne et axée sur :

- L'autonomie de la personne avec valorisation des facultés résiduelles;
- La valorisation des soignants;
- Les relations interpersonnelles, des activités signifiantes et des loisirs adaptés afin de contrer l'ennui, la solitude et le manque de sens à la vie chez nos résidents;
- La création d'un contexte de vie plus satisfaisant et « naturel », avec la possibilité pour les résidents de vivre selon un horaire qui leur ressemble.

Cette vision fait appel à des stratégies de base pour l'ensemble des unités ainsi qu'à des services plus spécifiques pour les résidents avec SCPD modérés à graves. Elle met l'accent sur des approches non pharmacologiques comme traitement de première ligne et réserve l'approche pharmacologique pour les situations où la détresse du résident et le risque pour le résident et son entourage est élevé²⁰.

¹⁹ Vanasse C., Trudel J.F., Cloutier C., Manseau D. : Groupe de travail - Programmation Argyll 1-2. Résultats et recommandations majeures. Document soumis à la DSASA 17 octobre 2011.

²⁰ MSSS. Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier. État cognitif et comportemental. Agitation dans les démences. Fiche clinique. 2011.

L'approche mise sur du personnel bien formé et stable sur les unités et auprès des résidents, ainsi que sur un environnement comme à la maison, sécuritaire et stimulant, sans surcharge sensorielle.

Nous croyons que les directions suggérées dans ce document n'ont rien de fantaisiste et ont fait l'objet de réflexions et d'écrits un peu partout à travers le monde occidental. Elles ont été implantées dans diverses institutions.

Ces directions s'appliquent *a fortiori* aux milieux d'hébergement plus « légers » qui sont sous la gouverne de l'institution (RI et RNI). Elles sont à maints égards encore plus pertinentes pour les résidents de ces ressources, moins atteints et encore plus à même de profiter d'une approche complète et donc respectueuse de la personne dans son ensemble. Si ces milieux parvenaient à répondre mieux à l'ensemble des besoins des résidents par une approche plus complète et plus flexible, il est possible que le recours aux soins de type CHSLD pourrait être évité ou différé.

***RÉSULTATS ET RECOMMANDATIONS SUITE AUX TRAVAUX DU
SOUS-GROUPE DE TRAVAIL SUR LES CLIENTÈLES EN SLD PRÉSENTANT
DES TROUBLES DE COMPORTEMENT MODÉRÉS À GRAVES
EN COMPARAISON À ARGYLL 1-2***

Mise à jour : 17-10-2011

Rappel de l'objectif de la démarche

Faire un portrait des résidents hébergés en SLD présentant des troubles de comportements modérés à graves dans l'unité régulière SLD en vue de revoir la programmation SLD pour répondre aux besoins de ces résidents. L'étude s'est déroulée entre janvier et avril 2011.

Les étapes des travaux

1. Identification des résidents sur les unités.
2. Mise à jour des profils Iso-SMAF.
3. Complétion des items issus de l'Échelle de Cohen-Mansfield sur l'agitation des résidents.
4. Analyse des résultats.
5. Présentation des résultats et des recommandations au comité sur la programmation Argyll 1-2

Composition du sous-groupe de travail

- Dre Catherine Vanasse, chef programme clinique SLD
- Dr Jean-François Trudel, gériopsychiatre
- Christian Cloutier, chef d'unité Argyll 1-2
- Danika Manseau, coordonnatrice services hébergement

Les constats suite à l'analyse des résultats

- Le besoin clinique est nettement démontré pour les clientèles à troubles de comportement dans nos unités SLD régulières puisque nous avons fait l'étude sur 120 personnes dont seulement 45 étaient d'Argyll 1-2. C'est donc 75 personnes qui ont un profil comportemental similaire à Argyll 2 que nous retrouvons sur les unités régulières SLD.

Page 1 sur 3

- À la question 20 de l'outil issu de l'échelle de Cohen-Mansfield, nous avons identifié une situation qui mérite le déploiement d'une offre de service pour les résidents avec troubles de comportement modérés à graves se mobilisant en fauteuil roulant.
- Nous avons 32 personnes dont 22 sur les unités régulières qui font du bruit plusieurs fois par jour à plusieurs fois par heure et 19 personnes dont 14 sur les unités régulières qui crient plusieurs fois par jour à plusieurs fois par heures.
- Nous sommes persuadés qu'un environnement et une approche adaptée influencent l'encadrement des comportements. Les données d'Argyll 2 tendent à le démontrer puisque les comportements semblent atténués dans leur fréquence.
- 20,1 % de ces résidents présentent un profil Iso-SMAF de 9 et moins lors de l'étude.

Recommandations

À court terme

- Revoir la programmation d'Argyll 2 afin d'assurer une réévaluation systématique (trimestrielle) des résidents de l'unité en vue d'augmenter l'accessibilité à cette unité à vocation transitoire.
- Utiliser l'outil issu de l'Échelle Cohen-Mansfield pour évaluer les demandes d'accès tant de l'interne que de l'externe.
- Revoir la programmation de l'unité 46 à Youville, le 3B et le 4B à St-Vincent afin d'en faire des unités qui accueilleraient exclusivement les résidents intrusifs et errants sans violence associée ou risque léger. Le tout assorti d'une révision du ratio de PAB pour exercer la surveillance.
- Ne plus utiliser la section SUPRA-protégé du 3^e B et 4^e B à St-Vincent pour des résidents à troubles de comportements avec violence puisque l'environnement n'est pas adapté aux besoins de ces résidents.
- Aménagement de chambres insonorisées dans chaque installation.
- Assurer la formation adéquate du personnel (tous les titres d'emplois) sur les unités concernées.
- Assurer la stabilité du personnel.
- Identifier la meilleure modalité pour les résidents avec troubles de comportement avec fauteuil roulant.
- Revoir la pertinence de postes masculins.

À moyen terme

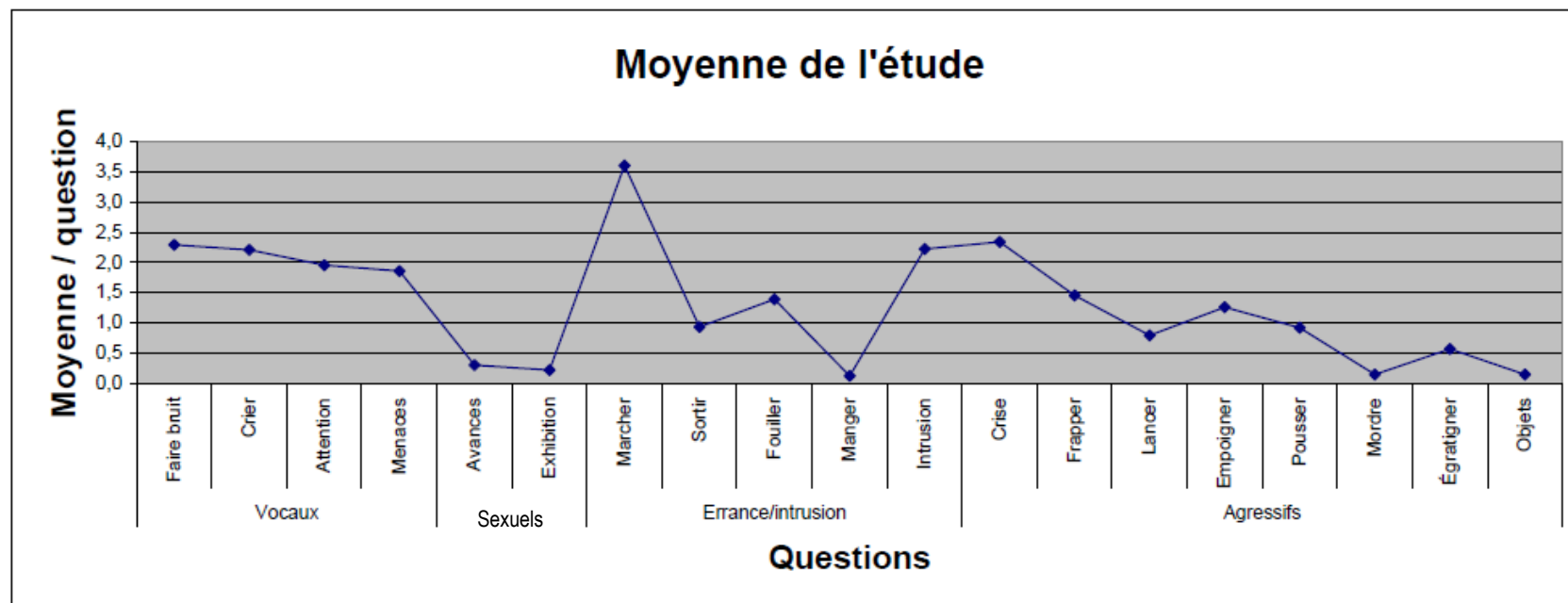
- Prévoir l'aménagement d'une unité adaptée sous le modèle d'Argyll 2 avec accès à un jardin pour l'équivalent de $\pm$ 45 lits en tenant compte de :
 - Environnement
 - Programmation / approche adaptée
 - Formation

Données complémentaires au 17 octobre 2011

- Augmentation des demandes pour utiliser le 10^e lit à Argyll 1 pour les situations d'urgence. Avant janvier 2010, le 10^e lit n'était jamais ouvert. Il servait de soutien à Argyll 2 seulement. Depuis janvier 2010, il est utilisé pour répondre aux besoins des unités régulières, Argyll 2 et de soutien pour les urgences externes. De janvier 2010 à janvier 2011, le lit a été utilisé 44 jours et de janvier 2011 au 17 octobre 2011, il a été occupé 68 jours.
- Augmentation des demandes au CAH de personne présentant une cote -2 ou -3 au SMAF au niveau du comportement.
 - Liste d'attente actuelle 8 hommes – 10 femmes ayant une cote -2 ou -3 au SMAF au niveau comportemental donc 18 personnes en attente au 17 octobre 2011.
- Augmentation du risque d'accident de travail sur les unités de soins. À la P3 (au 18 juin 2011), nous avons 25 incidents/accidents liés à la gestion des agressions des résidents sur du personnel, dont seulement 4 à Argyll 1-2. En juin 2010, 17 cas signalés. Argyll 1-2 = 2 cas, unités régulières = 15 cas.
- Liste d'attente moyenne (interne-externe) pour Argyll 2 $\pm$ 3 cas par semaine. Au 17 octobre 2011, 9 cas en attente (1 externe, 8 internes)

p. j. Résultats graphiques de l'étude
Outil issu de l'Échelle Cohen-Mansfield

Étude réalisée entre janvier et avril 2011



☛ N. B. : Les questions correspondent aux 20 items issus de l'échelle Cohen-Mansfield de l'agitation. Voir **ANNEXE 4**.

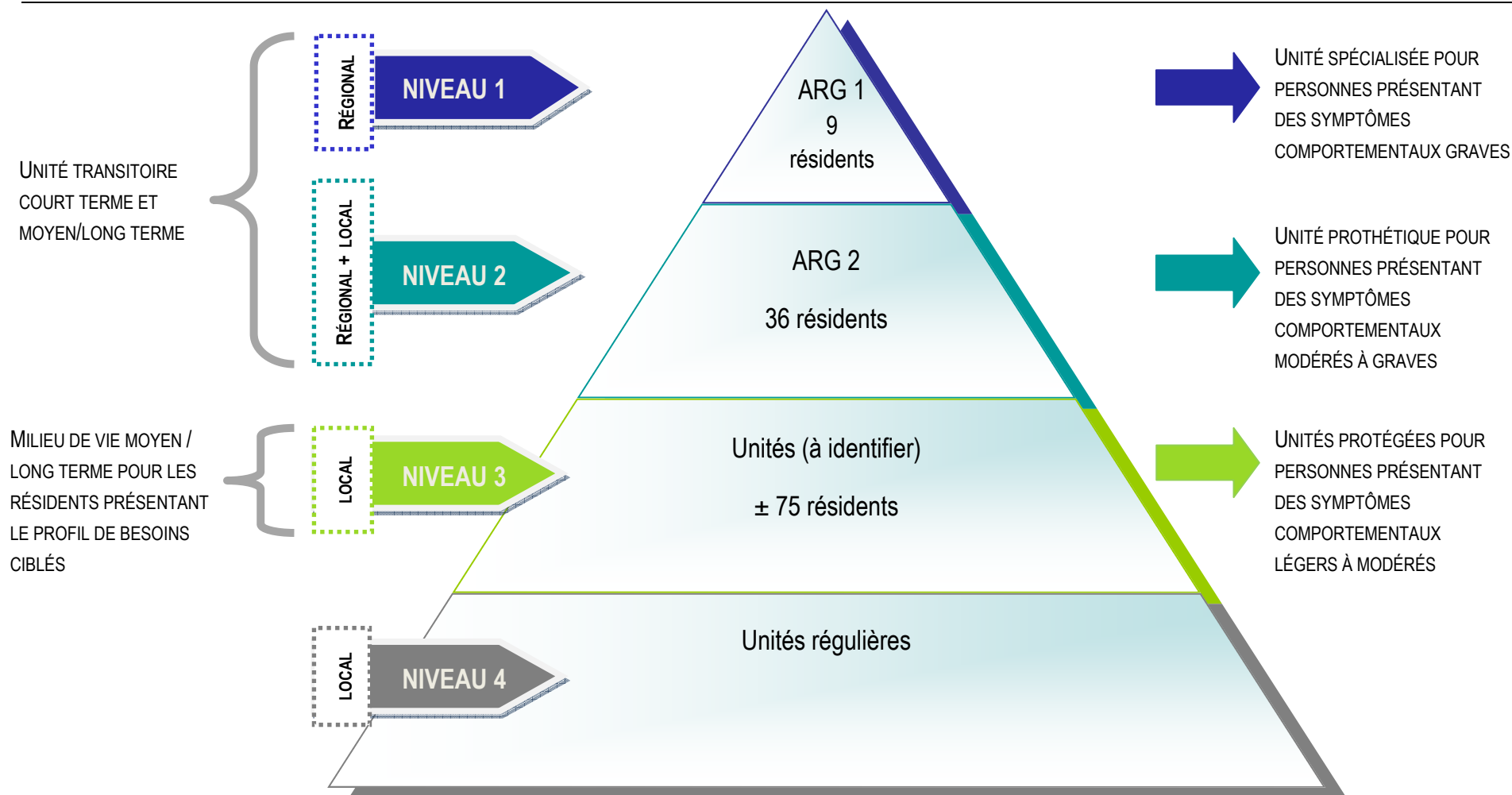
SUGGESTION D'UNE LISTE DE MATERIEL REQUIS POUR LE PERSONNEL SOIGNANT ŒUVRANT AUPRES D'UNE CLIENTELE DEMENTE, EN VUE DE METTRE EN PLACE DES ACTIVITES ADAPTEES. CES ITEMS DEVRAIENT ETRE DISPONIBLES EN TOUT TEMPS.

1. Produits et articles de maquillage tels vernis à ongle, crème pour les mains et rouleaux pour friser les cheveux
2. Crème ou pâte de massage (préférable à l'huile)
3. Diffuseur d'huile essentielle (surtout lavande)
4. Collations qui se mangent avec les doigts telles fromage, sandwich, banane, muffins, gaufres, etc.
5. Différents morceaux de tissus, laines et couvertures douces
6. Corde à linge avec linge pour étendre, vêtements simples à plier
7. Pots de gros boutons à manipuler
8. Panneaux avec vis et autres pour hommes
9. Bois pour sabler
10. Chapelets et articles religieux
11. Poupées ayant l'apparence d'un bébé, toutous ayant l'apparence d'un chien et d'un chat
12. Vidéos et appareils (émissions du passé, joutes de hockey ou autres, nature, avec enfants et animaux)
13. Musique classique, chants religieux et musique en lien avec le passé et thèmes de l'année. Chapelet parlé.
14. Livres, catalogues (Sears, Canadian Tire)
15. Sacs avec objets divers (sac à main)
16. Crayons, cartes
17. Ballon OMNIKIN (ballons ultra légers de différentes dimensions)
18. Tableau d'orientation
19. Amplificateur pour malentendants (« pocket talker »)
20. Bicyclette stationnaire

N.B. : - Cette liste est évolutive et peut être mise à jour au besoin.

- À éviter : tout ce qui peut être ingéré ou toxique, objets pointus contondant oxydants/irritants.

HIÉRARCHISATION DES SERVICES POUR LE RÉSIDENT PRÉSENTANT DES SYMPTÔMES COMPORTEMENTAUX LIÉS À LA DÉMENCE



Révisé le 15 janvier 2013

Items issus de l'Échelle Cohen-Mansfield de l'agitation

# dossier du résident :	
Unité SLD :	
Sexe :	
Âge :	

LÉGENDE

A = Jamais
 B = Moins d'une fois par semaine mais survient encore
 C = Une ou deux fois par semaine
 D = Plusieurs fois par semaine (3 ou plus)
 E = Une ou deux fois par jour
 F = Plusieurs fois par jour (3 ou plus)
 G = Plusieurs fois par heure (2 ou plus)



		A	B	C	D	E	F	G
Question 1	À quelle fréquence le sujet a-t-il fait des bruits étranges, y compris des rires bizarres, des gémissements ou des pleurs ?							
Question 2	À quelle fréquence le sujet a-t-il crié ou hurlé ?							
Question 3	À quelle fréquence le sujet a-t-il demandé de l'attention ou de l'aide de manière injustifiée (y compris en harcelant, en suppliant ou en criant) ?							
Question 4	À quelle fréquence le sujet a-t-il juré ou proféré des menaces verbales ou des insultes (agression verbale) ?							
Question 5	À quelle fréquence le sujet a-t-il fait des avances sexuelles verbales (y compris des propositions indirectes ou des allusions très claires à caractère sexuel) ?							
Question 6	À quelle fréquence le sujet a-t-il fait des avances sexuelles physiques de manière à exhiber ses organes génitaux (comprend les attouchements sur soi ou les autres) ?							
Question 7	À quelle fréquence le sujet a-t-il marché de long en large ou erré sans but (y compris en fauteuil roulant) ?							
Question 8	À quelle fréquence le sujet a-t-il tenté de quitter l'unité (tente d'ouvrir porte, de se sauver, manipule clavier de sécurité, se faufile avec quelqu'un d'autre) ?							
Question 9	À quelle fréquence le sujet a-t-il manipulé ou saisi les objets de manière inappropriée (fouiller dans les tiroirs, ramasser les effets des autres ou des objets auxquels il ne faut pas toucher) ?							
Question 10	À quelle fréquence le sujet a-t-il mangé ou bu des substances non comestibles, ou a-t-il tenté de le faire ?							
Question 11	À quelle fréquence le sujet a-t-il entré dans des lieux privés ou non-autorisés (chambres des autres résidents, poste de garde, autres locaux) ?							

Items issus de l'Échelle Cohen-Mansfield de l'agitation

# dossier du résident :	0
Unité SLD :	0
Sexe :	0
Âge :	0

LÉGENDE

A = Jamais
 B = Moins d'une fois par semaine mais survient encore
 C = Une ou deux fois par semaine
 D = Plusieurs fois par semaine (3 ou plus)
 E = Une ou deux fois par jour
 F = Plusieurs fois par jour (3 ou plus)
 G = Plusieurs fois par heure (2 ou plus)

		A	B	C	D	E	F	G
Question 12	À quelle fréquence le sujet a-t-il fait une crise de colère, incluant des expressions verbales ou non verbales de colère ?							
Question 13	À quelle fréquence le sujet a-t-il frappé les autres ou des objets ou s'est-il frappé lui-même ?							
Question 14	À quelle fréquence le sujet a-t-il lancé des choses (comme la nourriture) ou fait tomber des objets ?							
Question 15	À quelle fréquence le sujet a-t-il empoigné une personne ou s'y est-il cramponné ?							
Question 16	À quelle fréquence le sujet a-t-il poussé d'autres personnes ?							
Question 17	À quelle fréquence le sujet a-t-il mordu des personnes ou des choses ?							
Question 18	À quelle fréquence le sujet a-t-il égratigné des personnes ou des choses, ou s'est-il égratigné lui-même ?							
Question 19	À quelle fréquence le sujet a-t-il fait mal à d'autres personnes en utilisant un objet dangereux ?							

Question 20	Le sujet s'est-il adonné à d'autres comportements inappropriés ?
-------------	--

OUI	NON

Si oui, veuillez décrire : _____

ISBN 978-2-924330-07-4 (version imprimée)
ISBN 978-2-924330-08-1 (version PDF)