

LE CISSS DES LAURENTIDES

complice de votre santé



La santé mentale à l'urgence

PROGRAMME DE FORMATION DES URGENCES DU CISSS DES
LAURENTIDES

HIVER 2018

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
des Laurentides

Québec 

QUELQUES CONSIGNES À RESPECTER AVANT DE DÉBUTER LA FORMATION

- ✓ Les cellulaires doivent être fermés durant la formation et utilisés pour urgence seulement
- ✓ Respect du formateur: lever la main si vous avez une question (utiliser une feuille blanche avec un point d'interrogation si vous êtes en visio-conférence et la lever devant la caméra)
- ✓ Respect du formateur et des autres: ne pas parler durant la formation avec un autre collègue, ni lorsque le formateur donne du contenu
- ✓ Respect de l'horaire et du temps alloué aux pauses et diner
- ✓ Aucun retard permis de plus 30 minutes: si retard, le formateur peut vous demander de retourner sur votre département
- ✓ Si comportement inapproprié ou inadéquat (manque de respect envers le formateur, non respect des consignes, nécessite de la discipline), le formateur peut vous demander de quitter.

Clientèle à l'urgence

- Nombreuse et variée en santé mentale.
- **Souvent en phase aiguë de leur maladie**, voire en **état de « crise »**.
- Connaissances de base en santé mentale nécessaires pour des soins de qualité.
- Préjugés trop souvent erronés favorisant la stigmatisation
- Usagers avec une détresse mentale doivent être considérés au même titre que tous les usagers ayant un problème de santé physique.

«Ce n'est pas parce qu'il n'y a pas de plaie visible que la blessure intérieure n'en est pas moins importante.»



LE **CISSS** DES LAURENTIDES
complice de votre santé

LE CONTACT AVEC LA CLIENTÈLE

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
des Laurentides

Québec 

La relation thérapeutique

« interaction entre 2 personnes dont les échanges favorisent l'instauration d'un climat incitant à la guérison, à la croissance et à la prévention de la maladie. »



Conditions essentielles

- Établir une alliance:

- l'acceptation de l'autre
- la chaleur
- la gentillesse
- l'absence de jugement moral

- Confiance

- Compter sur sa présence

- Cohérence

- Intégrité

- Respect

- Authenticité

- Empathie

- Immédiateté : être dans le moment présent, ici et maintenant

Les appréhensions dans la relation d'aide

- Peur du rejet
- Peur d'être exploité par l'utilisateur
- Peur de l'impuissance
- Peur de la maladie mentale
- Peur de l'agression

La relation d'aide constitue en fait un véritable soin



L'approche

- **Présentation** au début de chaque quart et démontrez de l'**intérêt**
- Informer l'utilisateur des étapes à venir et favoriser sa collaboration
- Dire la **vérité**, ne pas mentir
- Analyser notre **façon d'intervenir** en tant qu'intervenant
- Répondre **rapidement** aux inquiétudes et demandes de l'utilisateur.
- Refléter nos peurs le concernant: ne pas oublier que tout est dans la façon de **dire** les choses
- Explications sur la **sécurité** dans notre centre
- S'assurer que l'**environnement** de l'utilisateur est sécuritaire

L'approche

- Être à angle avec l'usager lorsque vous lui parlez : moins agressant
- Garder les mains toujours devant soi
- Garder la distance minimale d'un bras entre vous et l'usager
- Être toujours vigilant et alerte : parfois imprévisible
- Vous retirer si l'usager vous introduit dans son délire paranoïde*

La colère

- Réalités que vivent souvent la clientèle psychiatrique.
- Apprendre à faire la différence entre les deux afin d'agir adéquatement avec cette clientèle.

La colère : « état émotionnel qui varie en intensité, allant de la simple irritation jusqu'à la furie ou la rage intense; elle s'accompagne de changements physiologiques et biologiques. »



<https://www.cardiologie-pratique.com/journal/article/0026050-agressivite-patients-que-faire>

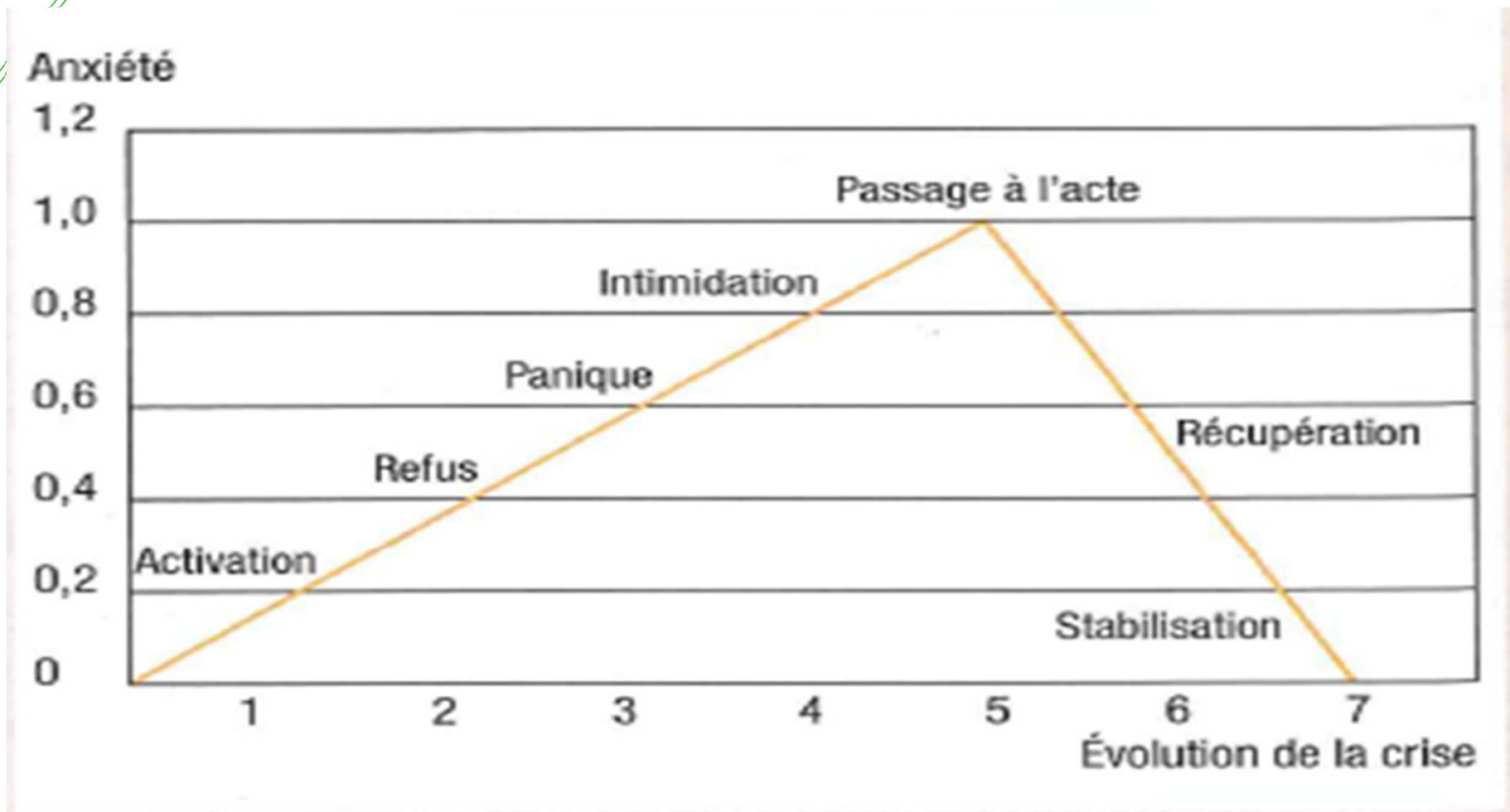
L'agressivité

L'agressivité : « *comportement pulsionnel d'un individu ou d'un groupe en réaction à des contraintes.* »

- Différentes émotions possibles : colère, anxiété, tension, culpabilité, frustration ou hostilité.
- Manifestations : bénignes, modérées, graves ou extrêmement grave.

Il y a souvent une escalade dans le développement de l'agressivité.

L'activation : montée de l'anxiété



L'activation : montée à l'anxiété

1. Le **refus** : non collaboration aux soins
2. La **panique** : augmentation de l'anxiété, sentiment d'être pris au piège
3. L'**intimidation** : peut devenir menaçant, verbalement ou physiquement
4. **PASSAGE À L'ACTE** : comportements violents
5. La **récupération** : baisse de l'anxiété
6. La **stabilisation** : retour vers le comportement dit « normal »

Risque d'agression

Évaluation initiale de l'usager de façon approfondie s'il présente l'un des quatre facteurs suivants :

- ATCD de violence
- Intoxication au moment de l'admission
- Menaces verbales ou physiques
- Impulsivité marquée

L'infirmière demeure attentive aux **manifestations de violence et de désorganisation** afin de prévenir les risques de passage à l'acte.

L'ATCD de violence envers les autres est le signe le plus important d'un danger

ÉVALUATION DE LA PRÉVISIBILITÉ DE LA VIOLENCE

BVC (Broset Violence Checklist)

Items	Conditions de cotation		N
Irritabilité	0 :	Aucune irritabilité	0
	1 :	Irritable, difficulté à tolérer la présence des autres, marche activement au département, etc...	
Turbulence	0 :	Aucune turbulence	0
	1 :	Crie au lieu de parler, claque les portes, bouscule les objets, demandes répétitives, agitation psychomotrice, etc...	
Menaces Verbales	0 :	Aucune menace	0
	1 :	Explosion verbale, intention d'intimider, menace voilée, regard menaçant, etc...	
	2 :	Menace de mort, menace de frapper ou de blesser, etc..	
Menaces Physiques	0 :	Aucune menace physique	0
	2 :	Intention de menace physique, saisir les vêtements, lever le bras/jambe pour frapper, fermer le poing, etc...	
Agression sur objets	0 :	Aucun bris	0
	1 :	Lancer des objets au hasard, brisé des objets, frapper des objets, etc...	
Agression envers une personne	0 :	Aucun bris	0
	3 :	Lancer des objets sur les gens, frapper une personne, tenté de blesser volontairement, etc...	
		TOTAL	0

Interventions à privilégier

- Rester **calme**

Entreprendre des mesures préventives et spécifiques :

- Mettre l'utilisateur à l'écart avec distance sécuritaire
- Parler calmement avec empathie
- Diminuer les stimuli
- Éviter les confrontations et les argumentations
- Modifier et adapter l'environnement physique et humain
- Retirer tout objet contondant ou non (ex : montre, ciseau, stéthoscope)
- Techniques de relaxation
- Distractions
- Techniques de reflet et de reformulation

Le code blanc

- ❑ Malgré tous les outils mis en place, il peut arriver que vous devions intervenir physiquement ou que l'utilisateur devienne agressif au point de déclencher un **code blanc** (agression/menace à la personne)
- ❑ Tous les membres du personnel peuvent lancer un code blanc
- ❑ Coordination et décisions prises par l'**infirmière** responsable de l'utilisateur.
- ❑ Pacification peut être déléguée par un autre intervenant
- ❑ **Retour post code blanc** avec l'équipe qui a intervenu auprès de l'utilisateur (PAB, infirmière, infirmière auxiliaire, agent de sécurité).

Techniques d'OMEGA : la pacification

3 principales techniques à retenir :

1. Retrait stratégique (trêve)
2. Disque rayé (recadrage)
3. Choix ultime (option final)

1 seul pacificateur à la fois

«**C'EST BIEN DOMMAGE!**»

Pyramide d'interventions

PYRAMIDE D'INTERVENTIONS



RELATION INTERPERSONNELLE

INCIDENTS AVEC CONFRONTATION

8 Menace exceptionnelle

Prise d'otage*.
Menace avec une arme.

Gagner du temps, négocier, sécuriser le secteur, limiter l'espace, équipe tactique, 911 ou code local.

7 Assaut grave

Gestes pouvant estropier ou être mortels.

Gestes posés pour stopper l'action avec la force jugée nécessaire.

6 Agression physique

Contacts physiques humiliants ou douloureux (houscule, gifle, pince, griffe, etc.).

Gestion physique de crise, techniques de dégagement et/ou de contrôle.

5 Résistance active

Opposition dirigée contre le geste et non contre la personne.

Restriction gestuelle progressive, dégagement.

4 Intimidation psychologique

Attitudes de dominant (gestes, paroles, menaces).

Désamorcer, réévaluer, refocalisation, repli stratégique.

D Destructeur

Lance ou brise des objets.

PACIFICATION

Priorité de protection des personnes, limiter la source d'approvisionnement.

3 Réfractaire

Non, non, non, sourde oreille, ignore la demande.

Consignes claires, rappels et application des conséquences.

2 Collaboration conditionnelle

Oui, mais...

Évaluer l'argumentation, favoriser l'entente mutuelle.

1 Tension émotionnelle

Anxiété, pleurs, retrait...

Écouter, rassurer.

INCIDENTS SANS CONFRONTATION

Exemples de mesures de remplacement ou alternatives

Interventions centrées sur la personne Enseignement à la clientèle et activités thérapeutiques

Activités physiques

- Exercices physiques (ex. : marche, marche rapide, push-up, redressements, vélo stationnaire, etc.)
- Exercices de respiration, de relaxation.

Activités cognitives

- Canaliser l'énergie de sa colère dans des activités créatives (ex : écrire sur ses sentiments, tenir un journal, lire, compter lentement jusqu'à 50 et plus).

Activités sociales

- Parler avec un ami ou un intervenant, téléphoner à un proche.

Activités environnementales

- Écouter de la musique,
- Prendre un temps de repos à la chambre, diminuer les stimulations (lumière, bruits)
- Sortir au balcon ou à l'extérieur (si possible).

Exemples de mesures de remplacement ou alternatives

<u>Activités spirituelles</u>	➤ Méditation, prier.
<u>Surveillance et alliance thérapeutique</u>	<ul style="list-style-type: none">➤ Alliance thérapeutique➤ Augmenter le niveau de surveillance de la personne.➤ Diminuer le ratio intervenant / personnes soignées.➤ Miser sur la qualité du lien thérapeutique entre l'intervenant et la personne.
<u>Activité boîte anti-stress</u> (Pavillon Jeanne-Mance)	➤ Proposer à la personne les différents moyens qui compose la boîte anti-stress.

Rapport incident/accident (AH-223)

Un rapport de déclaration d'incident/accident devrait être complété dans toutes les situations d'un code blanc.

«Selon les lignes directrices du *MSSS* (nov. 2011), le fait de devoir appliquer une mesure de contrôle n'est pas un accident en soi, c'est une réponse clinique à une situation clinique. Les seuls événements reliés aux mesures de contrôle qui doivent être déclarés dans le SISSS sont les **blessures physiques ou psychologiques** découlant de l'application des mesures de contrôle (isolement, contentions physiques, mécaniques ou chimiques).»

	Dilution	Concentration	Compatibilité	Conservation	Particularités
HALDOL - ATIVAN	Non requise	Haldol 5 mg/ml Ativan 4 mg/ml	Haldol et Ativan : <u>compatibles</u>	Ativan : frigo, 28 jours suivant première utilisation Haldol : Jeter portion inutilisée (usage unique)	L'Ativan peut être conservé dans le McKesson et/ou le Pyxis avant l'ouverture
HALDOL - BENADRYL	Non requise	Haldol 5 mg/ml Benadryl 50 mg/ml	Haldol et Benadryl <u>incompatibles</u>	Haldol : Jeter portion inutilisée (usage unique) Benadryl: Jeter portion inutilisée (usage unique)	
ZYPREXA IM	Diluer fiole avec 2.1 ml d'eau stérile pour injection (= 5 mg/ml)	Zyprexa IM 5 mg/ml	NA	Stable 1 heure suivant dilution à température pièce Jeter portion inutilisée (usage unique)	Ne pas donner avec Ativan IM (ou toute autre benzo. IM ou SC) (risque hypotension et somnolence accru)
CLOPIXOL ACUPHASE	Non requise	Clopixol Acuphase 50 mg/ml	NA	Jeter portion inutilisée (usage unique)	Injecter au niveau du muscle fessier



L'USAGER AGITÉ: DANGER DE L'ASPHYXIE POSITIONNELLE

L'usager agité : victime d'une urgence médicale

Signes vitaux en STAT

Vous devez être à l'affût des causes organiques possibles:

- Agitation d'installation soudaine
- Aucun antécédent psychiatrique
- Hallucinations visuelles, olfactives, tactiles
- SV anormaux
- Atteinte cognitive

L'agitation n'est pas une
maladie. C'est un
symptôme.

Les risques de l'agitation chez l'utilisateur

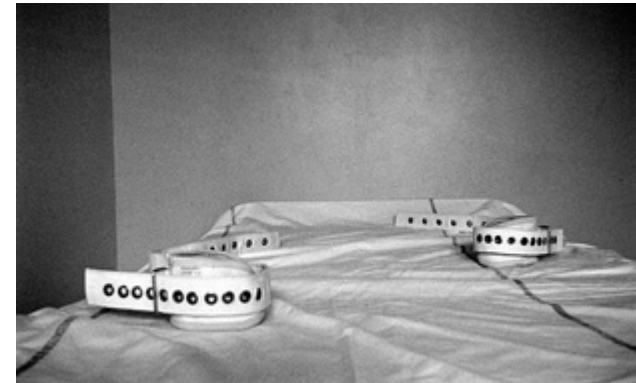
- ❑ Acide lactique ↑
- ❑ Hyperthermie
- ❑ Ischémie myocardique (SCA type 2)
- ❑ Traumatisme
- ❑ Rhabdomyolyse (dosage CK ↑)

**Dépister la
température
rapidement**

Les risques de la contention physique vs chimique

Risques de contention physique:

- ✓ Asphyxie positionnelle*
- ✓ Traumatismes physiques
- ✓ Rhabdomyolyse
- ✓ Compromis neuro-vasculaire
- ✓ Aspiration



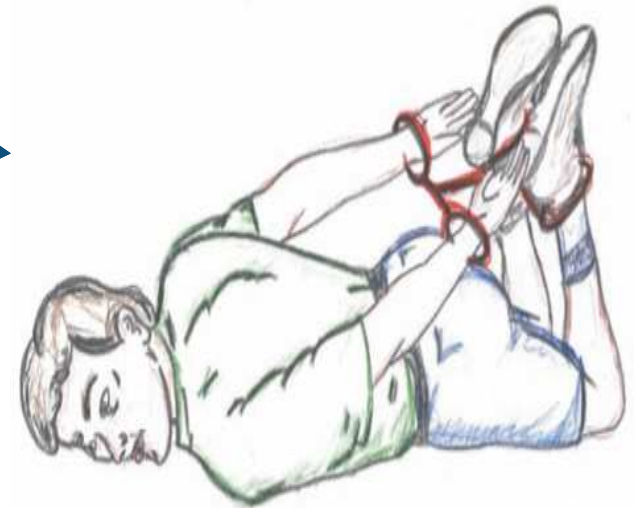
Risques de contention chimique :

- ✓ Dépression respiratoire
- ✓ Effets pharmacologiques
- ✓ Élévation du QT (ECG)



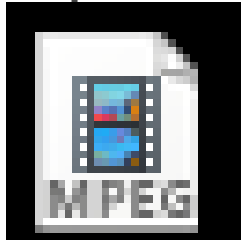
Les positions à risque d'asphyxie lors d'un code blanc

- ❑ Ventrale
- ❑ Ventrale + force au niveau dorsal
- ❑ Hog-tied
- ❑ Dorsale + force sur le thorax
- ❑ Dorsale + force sur l'abdomen
- ❑ Pression au niveau du cou



Vidéos sur les différentes techniques d'OMEGA

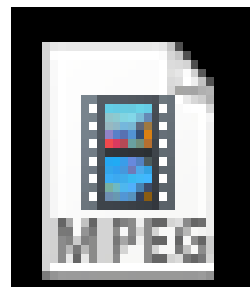
Diriger l'utilisateur vers la salle d'isolement : Interventions
inappropriées (7 et 8) et appropriées (9)



Cap-7.mpg



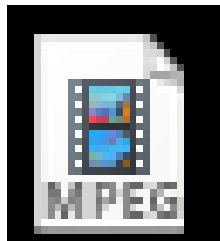
Cap-8.mpg



Cap-9.mpg

Vidéos sur les différentes techniques d'OMEGA

Amener l'utilisateur à mettre la jaquette : Interventions inappropriées (3) et appropriées (4)



Cap-3.mpg



Cap-4.mpg

Vidéos sur les différentes techniques d'OMEGA

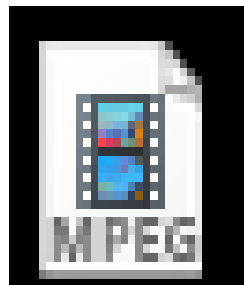
Répondre aux besoins de l'utilisateur dans l'isolement :
Interventions inappropriées (1 et 5) et appropriées (2 et 6)



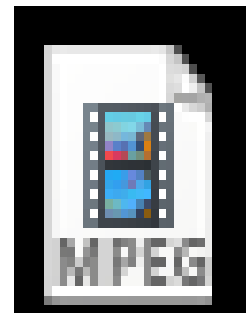
Cap-1.mpg



Cap-5.mpg



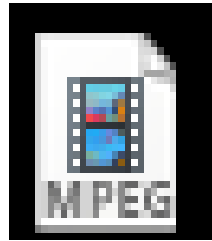
Cap-2.mpg



Cap-6.mpg

Vidéos sur les différentes techniques d'OMEGA

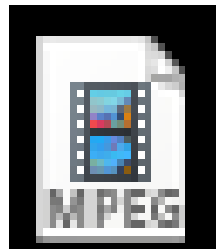
Le leader en situation d'intervention : Interventions inappropriées (14 et 16) et appropriées (17)



Cap-14.mpg



Cap-16.mpg



Cap-17.mpg

LE **CISSS** DES LAURENTIDES
complice de votre santé

LES MESURES DE CONTRÔLE

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
des Laurentides

Québec 

Orientation Ministérielle



- Objectif de l'orientation Ministérielle : **« Réduction maximale de l'utilisation de ces mesures, voire ultimement l'élimination »**, réaffirmant l'importance de privilégier les mesures de remplacement.

Les principes directeurs (MSSS 2011)



- 1^{er} : Mesure de sécurité dans un contexte de risque imminent.
- 2^e : Ne doit être envisagée qu'en dernier recours, (toutes les autres alternatives doivent être envisagées, tentées et évaluées).
- 3^e : La mesure appliquée est la moins contraignante.
- 4^e : Doit se faire dans le respect, la dignité et la sécurité en assurant le confort de la personne et faire l'objet d'une supervision attentive.
- 5^e : Les mesures sont balisées par des procédures et contrôlées afin d'assurer le respect des protocoles.
- 6^e : Fait l'objet d'une évaluation et d'un suivi de la part du conseil d'administration de chaque établissement.

Pourquoi recourir aux mesures de contrôle?



- **Éviter ou prévenir un accident** : agitation psychomotrice importante et menaçante pour sa sécurité ou celle d'autrui.
- **Prévenir un comportement agressif** : potentiel de dangerosité élevé et signes précurseurs laissant présager un passage imminent à l'acte agressif.
- **Maîtriser un usager qui présente une perte de contrôle** : passage à l'acte agressif vis-à-vis lui-même ou autrui

Mesures de contrôle

- **Toutes contentions** (physique ou chimique) et **l'isolement**.
- À l'urgence, seuls les **médecins et les infirmières** sont autorisés à décider d'appliquer les mesures de contrôle suite à leur évaluation.
- Situation d'urgence : contexte d'intervention non planifiée dans la majorité des cas.
- Intervention planifiée : **consentement écrit ou verbal**
- Formulaire «Consentement à l'application des mesures de contrôle et d'isolement» doit être rempli.

Contexte d'intervention non planifié

Usager présentant un danger imminent pour lui-même ou pour autrui

1. Évaluation et analyse de la situation

2. Mesures de remplacement

consentement légal de la personne n'est pas requis

Il est important de solliciter la collaboration de l'usager tout au long de l'intervention

- Si mesures de remplacement inefficaces

3. Mesure de contrôle justifiée

- ✓ Application de la mesure de contrôle
 - ✓ Surveillance
 - ✓ Documentation
 - ✓ Registre

4. Réévaluation de la situation à chaque 30 minutes auprès de l'usager

Contexte d'intervention planifié

Usager ayant un comportement susceptible de se répéter et présentant un danger pour lui-même et pour autrui

1. Évaluation et analyse de la situation clinique

2. Identification des comportements

«Grille d'observation des comportements perturbateurs»

3. Mesures de remplacement

Planification d'interventions visant à prévenir ou à éliminer la ou les causes

Efficaces : pas de mesure de contrôle

Inefficaces : mesure de contrôle

4. Consultation interdisciplinaire

5. Élaboration P.I.I. (plan d'intervention interdisciplinaire)

Obtention du consentement

6. Mesure de contrôle justifiée

Application de la mesure de contrôle

✓ Surveillance

✓ Documentation

✓ Registre

7. Réévaluation de la situation à chaque 15 à 30 minutes auprès de l'utilisateur

Réévaluation de l'état clinique chaque 24 heures

Évaluation

➤ L'évaluation doit porter sur :



- Description du comportement à risque ou perturbateurs
- Risques pour la personne ou autrui
- Traitement pharmacologique, s'il y a lieu
- Niveau d'autonomie fonctionnelle
- L'état de santé

- Permet également à l'équipe interdisciplinaire ***de passer en revue ses propres comportements ou attitudes dans la gestion des comportements inappropriés ou perturbateur des usagers.***



Contention chimique

«*Mesure de contrôle qui consiste à limiter la capacité d'action d'une personne en lui administrant un médicament.*» (LSSS article 118.1)

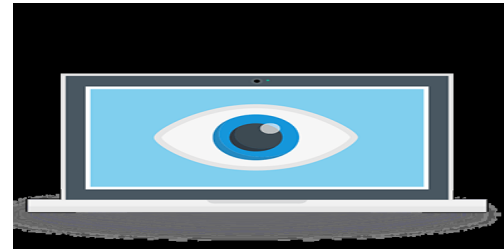
- **Exercer leur jugement clinique** : distinguer l'utilisation d'un médicament à des fins thérapeutiques de l'utilisation d'un médicament à des fins de mesures de contrôle.
- Substances chimiques **prescrites dans le but d'empêcher une personne de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions**
- **Démarche clinique identique aux autres types de mesures de contrôle** (évaluation – réévaluation, analyse, consentement, surveillance et planification du retrait).

Contention physique

- S'assurer d'être le nombre de personnes nécessaires
- Doivent être fixées aux 4 membres en tout temps
- Pas trop serrées : éviter les blessures aux poignets et aux chevilles
- Pas mises en place de façon permanente



Surveillances requises



- **Chaque 15 minutes ou moins.**
- Évaluation de l'état mental chaque 15 à 30 minutes (vérifier les contentions et rassurer l'utilisateur).
- S'assurer d'une position de confort et des soins de base comblés (élimination, hydratation,..)
- Compléter les formulaires appropriés.
- Décontenionner un membre à la fois après 2 heures seulement pour faire des exercices passifs à chaque membre.

Surveillances requises

- **Signes vitaux (T.A, pouls, F.R.)** doivent être pris :
 - **après** l'application de la mesure de contrôle
 - **lors de la contention en place** et
 - **30 minutes suivant** son application.

Recommandations du Coroner en 2007 : risque d'arythmie cardiaque maligne (rare, mais fatale) peut survenir chez une personne sans ATCD cardiaques (augmentation des CPK lors de traumatismes musculaires)



Réévaluation

- **Réévaluation est primordiale** : planifiée dès l'application d'une mesure de contrôle.
- Avec l'utilisateur ou son représentant en collaboration avec l'équipe soignante.
- Porte sur :
 - ✓ l'évolution de l'état de santé et du comportement de l'utilisateur
 - ✓ l'efficacité du plan d'intervention (mesures de remplacement et mesure retenue)
 - ✓ la révision de la décision
 - ✓ les réajustements requis.

LE **CISSS** DES LAURENTIDES
complice de votre santé

LA PRÉVENTION DU SUICIDE

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
des Laurentides

Québec 

Le risque suicidaire

- L'évaluation du risque suicidaire : observation des signes de détresse, aux messages verbaux directs et indirects et en questionnant directement l'utilisateur.
- Recommandations des bonnes pratiques du MSSS : estimer les *facteurs prédisposants* au passage à l'acte :
 - - Plan suicidaire;
 - - Tentatives de suicide antérieures;
 - - Capacité à espérer un changement;
 - - Usage de substances;
 - - Capacité à se maîtriser;
 - - Présence des proches;
 - - Capacité à prendre soin de soi.



Facteurs de risque

- Homme : âgés de 45 à 65 ans
- Personne souffrant d'un trouble mental : 80 à 90 % des personnes qui se sont suicidées
- Personne ayant un problème de dépendance (alcool / drogues) : 30 à 40 % des personnes
- Personne ayant dans sa famille un membre qui s'est suicidé : augmente de **3 à 9 fois le risque de suicide** dans sa famille
- Personne ayant des antécédents de tentative de suicide: **38 fois plus élevé de risque** de mourir par suicide que dans la population générale

Facteurs de risque

- Personne présentant des traits d'impulsivité et de violence: **fortement liée** au comportement suicidaire
- Personne victime de violence pendant l'enfance, principalement de violence sexuelle: **fortement liée** au comportement suicidaire principalement dans les cas de violence sexuelle où l'on observe un comportement suicidaire chez 50 % des victimes.



Les facteurs contributants

Exacerbent le risque de suicide à un moment précis

- Deuils et pertes successives
- Effets secondaires des médicaments
- Accès aux moyens de s'enlever la vie (armes à feu)
- Conflits persistants, relations instables, dépendance et violence
- Faible demande à l'aide, manque de ressources
- Consommation abusive d'alcool et de médicaments
- Vivre seul

Facteurs précipitants

- Circonstances qui précèdent de peu le passage à l'acte.
 - Conflit interpersonnel ou familial, une séparation
 - Perte d'un statut social ou échec
 - Médiatisation du suicide d'une vedette
- Évènements stressants induisent une grande souffrance psychique que l'individu ne parvient pas à surmonter



Il s'agit en quelque sorte de « la goutte qui fait déborder le vase »

Facteurs de protection



➤ Diminuent l'impact des autres facteurs et élargissent le champ des solutions possibles :

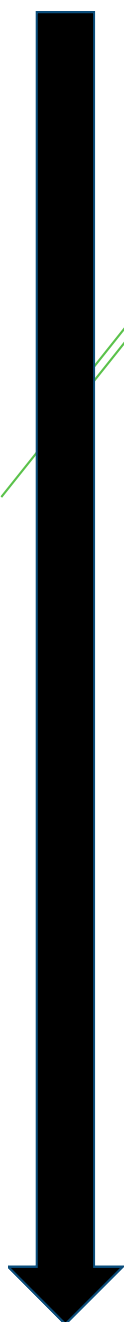
- Réseau de soutien, famille, amis, proches
- Capacité à demander de l'aide
- Activités valorisantes
- Connaissance et confiance en soi
- Bon état de santé physique et psychologique
- Capacité à résoudre des problèmes, de gérer son stress
- Sens à sa vie
- Sentiment de sécurité et d'être aimé



Processus suicidaire

ES

Recherche active de solutions	<ul style="list-style-type: none">• État de vulnérabilité, ambivalence, intention très vague• Si elle trouve une solution : retrouve son équilibre et crise évitée
Flashes suicidaires	<ul style="list-style-type: none">• Tente différentes solutions sans retrouver son équilibre, devient de plus en plus angoissée, fantasme de mort, de disparaître « par magie », « s'endormir et ne pas se réveiller »
Idéations suicidaires	<ul style="list-style-type: none">• Éventail de solutions diminue et les idées suicidaires +/- envahissantes, persistantes, divers scénarios, anxiété augmente• Messages indirects (ex: préparer à un long voyage, régler ses factures, annuler le journal, modifier son testament)• Parler de la mort (ex: tout le monde serait mieux sans moi, bientôt je vais revoir...)
Ruminations suicidaires	<ul style="list-style-type: none">• Perte d'espoir → angoisse élevée• Une planification s'amorce, se précise de plus en plus (projet suicidaire)• Message direct
Cristallisation	<ul style="list-style-type: none">• Suicide apparaît être la seule façon d'apaiser sa souffrance• Plan suicidaire précise (COQ)• Souvent la personne paraît calme
Passage à l'acte	<ul style="list-style-type: none">• L'idée de mort est cristallisée et le plan est élaboré, le passage à l'acte devient imminent
Période de récupération	<ul style="list-style-type: none">• Après un passage à l'acte, la personne peut présenter une légère amélioration et rassurer son entourage• Ambivalence est toujours présente et la personne demeure vulnérable• Période à haut risque pour un autre passage à l'acte



Interventions préventives ciblées

- Relation de **confiance**
- **Empathique**, authentique et **à l'écoute**.
- Évaluer si présence de symptômes dépressifs :
 - diminution de l'intérêt, niveau d'énergie,
 - Perte de concentration,
 - Perte d'appétit,
 - Perturbation du sommeil,
 - Agitation ou ralentissement psychomoteur,
 - Hygiène négligée
- S'assurer que ces symptômes ne sont pas des effets secondaires de la médication.
- Identifier les personnes plus à risque
- Parler en équipe

Interventions préventives ciblées

- Impliquer la famille et les amis : reprendre contact avec un proche
- Recueillir de l'information auprès des proches
- Renforcer les facteurs de protection
- laisser la possibilité d'exprimer et d'identifier ses « besoins »
- Vérifier si accès à certains moyens de se suicider
- Proposer des activités occupationnelles pour canaliser l'énergie



Guide d'évaluation de la conduite suicidaire

➤ **4 questions sur la condition mentale** (bien détailler dans les notes au dossier, peuvent être posées directement du triage)

1. **Au cours des semaines passées, avez-vous éprouvé de la difficulté à vous concentrer, à réfléchir ou à prendre des décisions? Vous sentez-vous triste tous les jours?**
2. **Vous êtes-vous déjà senti découragé au point de souhaiter la mort?**
3. **Avez-vous déjà pensé à vous suicider?**
4. **Avez-vous déjà tenté de vous enlever la vie?** (comment, où et quand (COQ) dans les notes infirmières)

➤ **Présence d'idées suicidaires : évaluer l'urgence du risque suicidaire et inscrire au PTI.**

Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides
Québec
 999999 M 69 ans
 1948-01-05
 GILBERT, PRENOM-PATIENT
 2-290 DE MONTIGNY MONTREAL QC H2L4J8
 (450) 222-2222
 NOMP48010517 2018-1
 Ambulatoire
 Dépistage du risque suicidaire

Dépistage du risque suicidaire

Au cours des semaines passées, avez-vous éprouvé de la difficulté à vous consacrer, à réfléchir ou à prendre des décisions? Vous sentez-vous triste tous les jours? Oui Non

Vous êtes-vous déjà senti découragé au point de vouloir mourir? Oui Non

Pensez-vous au suicide? à quelques fois/semaine/mois à tous les jours

Avez-vous des idées suicidaires actuellement? hésitant, ne sait pas ou ne veut pas préciser Oui Non

Avez-vous un plan de suicide? (COQ, comment, où et quand)
 Si oui, comment vous y prendriez-vous? Oui Non
 Avez-vous accès à une arme à feu? Oui Non
 Où pensez-vous mettre votre plan à exécution? Oui Non
 Quand comptez-vous mettre votre plan à exécution? Oui Non
 Avec qui? Oui Non
 Idées suicidaires passagères, flash suicidaire Oui Non
 Plan incomplet (dans plus de 48 heures) Oui Non
 Plan complet (dans moins de 48 heures) Oui Non

Est-ce que le moyen prévu est accessible et réalisable?
 moyen non accessible mais réalisable Oui Non
 moyen accessible et réalisable Oui Non

Pouvez-vous préciser à l'y a quelqu'un ou quelque chose qui pourrait vous empêcher de vous suicider?
 Si oui, précisez: Oui Non
 ne sait pas, ambivalent Oui Non

Avez-vous déjà tenté de vous enlever la vie?
 Si oui, combien de fois? Oui Non
 A quand remonte votre dernière tentative? Oui Non
 Comment (moyen utilisé)? Oui Non
 Moyen utilisé (très légal) Oui Non

Y a-t-il quelqu'un dans votre entourage qui a fait une tentative de suicide dernièrement?
 Si oui, précisez: Oui Non

Y a-t-il un proche qui est décédé par suicide?
 Si oui, précisez: Oui Non

Est-ce que la personne présente des hallucinations mandatoriales (entend des voix qui lui dictent de mettre sa vie en danger) qui pourraient lui suggérer de faire un passage à l'acte suicidaire?
 Si oui, précisez: Oui Non

Si tentatives antérieures ou un proche décédé par suicide, risque 100 fois plus élevé

Quels sont les facteurs de risque (prédisposants/précipitants/contributants)?
 Antécédents suicidaires personnels Rupture amoureuse
 Mauvaise estime de soi Abus de substances / alcool
 Présence de problèmes de santé mentale (T-P, dépression, schizophrénie, ...)
 Irritabilité voire comportement agressif (impulsivité, rigidité de la pensée, colère, ...)
 Présence de troubles de santé physique (maladie chronique, cancer, handicap, ...)
 Violence, abus physique, psychologique ou sexuel, ...
 Conflits récents (couple, travail, ...)
 Autres:

Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides
Québec
 999999 M 69 ans
 1948-01-05
 GILBERT, PRENOM-PATIENT
 2-290 DE MONTIGNY MONTREAL QC H2L4J8
 (450) 222-2222
 NOMP48010517 2018-1
 Ambulatoire
 Dépistage du risque suicidaire

Quels sont les facteurs de précipitation?

Capacité de demander de l'aide Soutien du réseau social
 Habileté de résolution de problème Autonomie
 Maîtrise de soi Respect de ses limites
 Bonne estime de soi Sens de l'humour
 Spiritualité et croyances Autres:

Pas d'idées suicidaires

1 • Etat de vulnérabilité
 • Anxieux

2 • Etat de vulnérabilité
 • Anxieux mais en contrôle
 • Idées suicidaires passagères (flash)

3 • Déséquilibre partiel
 • Idées suicidaires quelques fois par semaine
 • Espoir en devenir
 • Acepte l'aide

4 • COQ prend de plus en plus forme
 • Etat de déséquilibre
 • Idées suicidaires quotidiennes
 • Planification incomplète
 • Ambivalence

5 • COQ dans plus de 48 heures
 • Etat de déséquilibre
 • Oublié par le suicide
 • Tous les éléments du plan sont fixés
 • Ambivalence diminuée

6 • COQ dans moins de 48 h
 • Agité ou coupé de ses affects
 • Planification complète
 • Moyen disponible

7 • COQ dans l'immédiat
 • Agité ou coupé de ses affects
 • Moyen disponible

8 • Tentative en cours
 • Intervention médicale requise

CONSIGNES:
 • NIVEAU ELEVE → Réévaluer à chaque début de quart et au besoin.
 • NIVEAU MODERE → Réévaluer à chaque 24 heures et au besoin.
 • NIVEAU LEGER → Au besoin

Le plan suicidaire est de plus en plus précis (COQ → Comment, Où, Quand)
 Le temps est de plus en plus court

Pour déterminer le niveau d'urgence suicidaire, vous devez tenir compte du niveau le plus élevé lors de votre évaluation et inscrire le niveau comme constat au PTL

Pas d'idées suicidaires:
 Niveau léger
 Niveau Modéré
 Niveau élevé

Surveillance chaque 30 ou 60 minutes
 Surveillance chaque 15 ou 30 minutes
 Surveillance chaque 15 minutes ou mise en place d'une surveillance constante

2017-04-04 10:34 Cédric DESBIENS (inf) (rôle Inf. Assistant)

Version informatique Med-Urges/urgence



999999 M 69 ans
GILBERT, PRENOM-PATIENT
2-290 DE MONTIGNY MONTREAL QC H2L4J8
NOMP48010517 2018-1
Ambulatoire

RÉÉVALUATION DE L'URGENCE SUICIDAIRE

Pensez-vous au suicide actuellement ?

Préciser : _____

Oui Non

A quelle fréquence? quelques fois par jour obnubilé par le suicide, y pense constamment

Y-a-t-il un moment durant la journée ou la soirée où ces idées sont plus envahissantes ?

Qu'est-ce qui s'est passé pour que ces idées soient plus importantes ?

Si oui, répondez au COQ
Comment vous y prendriez-vous pour vous suicider ?

Quand comptez-vous mettre fin à vos jours ?

Avec qui ?

Est-ce que le moyen est accessible ? _____
Comment peut-on vous aider lorsque vous sentez perdre votre contrôle ?

Croyez-vous que l'on peut vous faire confiance ? _____
Est-ce que vous êtes capable de venir chercher de l'aide auprès de l'équipe de soins ?

Pouvez-vous préciser s'il y a quelqu'un ou quelques choses qui pourraient vous empêcher de vous suicider ? _____

Oui, a de l'espoir Ne sait pas, ambivalent Non, pas d'espoir

Notes complémentaires (comportements à risque sur l'unité, réactions lors de présence des visiteurs ou lors du départ des visiteurs, situations potentielles qui pourraient amener à avoir des idées suicidaires, etc.) : _____

Oui Non
 Oui Non

Urgence suicidaire **faible** (1-3)

➤ Niveau 1:

Ne pense pas au suicide, anxieuse mais calme, besoin de prendre du recul et de trouver des solutions.

➤ Niveau 2:

Idées fantasmatiques de mort qui sont brèves, anxieuse mais en contrôle.

- Idées suicidaires floues → **FLASH**

➤ Niveau 3:

Idéations suicidaires, quelques fois par semaine. Déséquilibre partiel.

- État de **vulnérabilité**
- **Pas de COQ**

Urgence suicidaire **modérée (4-5)**

➤ Niveau 4:

Amorce sa planification, des idées suicidaires fréquentes, peut envisager avec angoisse ses idéations, peut garder espoir de s'en sortir mais ne sait plus comment.

Le COQ prend forme mais est imprécis

➤ Niveau 5:

De plus en plus de plan, le scénario est organisé, menace de passer à l'acte **AU-DELÀ de 48 heures**, ambivalence diminue

Idées suicidaires de + en + fréquentes.

Le COQ se précise dans + 48 heures

Urgence suicidaire **élevée** (6-8)

➤ **Niveau 6:**

Plan complété, menace de passer à l'acte (COQ) **dans les 48 heures**, peut ne pas vouloir d'aide

➤ **Niveau 7:**

Menace de passer à l'acte **durant l'intervention ou immédiatement après**, a tout pour passer à l'acte et peut ne pas vouloir d'aide.

L'endroit, le moment et le moyen (accessible) sont déterminés, COQ dans l'immédiat

➤ **Niveau 8:**

Pose LE GESTE, intervention médicale requise.

La personne ne remet pas en question son intention de passer à l'acte

Plan de soins standardisés

Selon le niveau d'urgence suicidaire et les objectifs poursuivis :

Léger: Renforcer la capacité d'adaptation, évaluer les ATCD psychiatriques personnels et familiaux et vérifier l'adhésion au traitement pharmacologique

Modéré: Contrôler les idées et pulsions suicidaires, augmenter les contacts avec la personne

Élevé: Assurer la sécurité physique et psychologique, ne pas laisser la personne seule



LE **CISSS** DES LAURENTIDES
complice de votre santé

POLITIQUES, PROCÉDURES ET POINTS LÉGAUX

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
des Laurentides

Québec 

La cure libre

- Pas de danger pour eux-mêmes ou pour les autres ou accepte l'hospitalisation.
- Circule librement, mais ils ne doivent pas errer dans les aires de traitement à l'urgence.
- Évaluation nécessaire avant de laisser quitter un usager (ex : aller fumer à l'extérieur)

Si état détérioré, veut quitter l'établissement, on pourrait obtenir du médecin traitant une ordonnance de garde préventive si ce dernier la considère justifiée.

Peut nécessiter une surveillance accrue liée au risque pour lui-même ou pour autrui.

La Loi P-38.001

But de protéger l'utilisateur et/ou son entourage lorsqu'il y a un **danger immédiat pour l'utilisateur ou autrui**.

- Mise en application par des intervenants extérieurs au centre hospitalier (centre de crise, policiers, intervenants, etc.).
- Mesures d'isolement et de contentions sont laissées au jugement de l'infirmière qui évalue l'utilisateur.

La Loi de la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui

- **La Loi P-38** : Loi d'exception pouvant être utilisée si aucun autre recours n'est possible.
- **La dangerosité** demeure le seul critère d'application de la Loi.

S'applique lorsque la personne dont l'état mental présente un **danger grave et imminent pour elle-même ou pour autrui.**

- Protection de la personne et de la population.
- Amène une personne à l'hôpital contre son gré.
- Détention temporaire dans un établissement de santé.
- Va à l'encontre du droit fondamental de la liberté, se doit d'être très stricte dans son utilisation.



La garde préventive

- **Prescrite par tout médecin** lorsqu'il y a présence de danger grave et imminent pour l'utilisateur ou pour autrui.
- Mesure légale permettant de garder un usager contre son gré :
 - ✓ sans le consentement de la personne,
 - ✓ sans l'autorisation du tribunal,
 - ✓ sans examen psychiatrique et
 - ✓ d'une **durée de 72 heures.**

N'oblige pas l'utilisateur à subir une évaluation psychiatrique, ni à subir un traitement

La garde préventive

La garde préventive doit être levée :

- Si ne présente plus un danger grave et immédiat ou si accepte l'hospitalisation
- À l'expiration des 72 heures
- Dès l'obtention d'une ordonnance de garde provisoire ou garde autorisée
- Si délai de 72 heures se termine un samedi, un dimanche ou un jour férié (excluant les fériés «maisons»), la garde peut être prolongée jusqu'à l'expiration du premier jour juridique suivant.

Délai de la garde préventive

0h (0 jour)

24h (1 jour)


48h (2 jours)

72h (3 jours)

Prise en charge
par
l'établissement
dès l'arrivée de
l'usager.

Délai maximal pour
la garde préventive.
Libération
automatique du
patient s'il n'y a
aucune ordonnance
du tribunal.

Formulaires en lien avec la garde préventive

 <p>RAPPORT INDIVIDUELLE D'ÉVALUATION DE GARDE PRÉVENTIVE</p>		
EXPÉDITEUR :		
<input type="checkbox"/> Hôpital de Mont-Laurier	<input type="checkbox"/> Hôpital de Saint-Jérôme	<input type="checkbox"/> Centre de services de Rivière-Rouge
<input type="checkbox"/> Hôpital Laurentien	<input type="checkbox"/> Hôpital de Saint-Eustache	<input type="checkbox"/> Centre de santé et de services sociaux d'Argenteuil
ÉVALUATION DE GARDE PRÉVENTIVE		
Dans le cadre de mes fonctions en tant que médecin exerçant au CISSS des Laurentides, et en vertu de mes responsabilités selon la <i>Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui</i> , j'ai décidé :		
<input type="checkbox"/> D'instaurer la garde préventive pour la personne identifiée ci-dessus	Début de la garde préventive A M J HEURE	
<input type="checkbox"/> De maintenir la garde préventive instaurée par le médecin de l'urgence		
<input type="checkbox"/> De lever la garde préventive		
Pour les motifs suivants :		

ÉVALUATION DE LA NÉCESSITÉ DU DÉPÔT D'UNE REQUÊTE EN VUE D'UNE ORDONNANCE D'ÉVALUATION PSYCHIATRIQUE (garde provisoire)		
<u>Cocher obligatoirement</u>		
La personne a-t-elle manifesté sa volonté de bénéficier d'une évaluation psychiatrique visant à établir s'il est nécessaire de mettre en place une garde en établissement ? (art. 26 CCQ)		
<input type="checkbox"/> Oui ➔ Garde provisoire non requise	➔ voir rapport d'examen psychiatrique pour ordonnance de garde en établissement (AH-108-DT)	
<input type="checkbox"/> Non ➔ Je recommande le dépôt d'une requête en vue d'une ordonnance d'évaluation psychiatrique (garde provisoire) considérant les motifs sérieux de croire que la personne représente un danger pour elle-même ou pour autrui, décrit ci-haut (Remplir le rapport intitulé "Ordonnance en vue d'une garde provisoire").		
Nom du médecin : _____	N° de permis de pratique : _____	
Signature : _____	A M J HEURE	
Pour transmission immédiate au bureau local du DSP ou à la personne désignée par le DSP des installations visées :		
Hôpital de Saint-Eustache, Hôpital de Saint-Jérôme et Centre de santé et de services sociaux d'Argenteuil : 450-XXX-XXXX		
Hôpital de Mont-Laurier et Centre de services de Rivière-Rouge : 819-XXX-XXXX		
Hôpital Laurentien : 819-XXX-XXXX		



Processus d'acheminement de la requête de garde en établissement

- Acheminez les copies blanches et jaunes du rapport d'examen le plus rapidement possible
- Seule la **copie rose** est conservée au dossier de l'utilisateur
- **La requête doit être entendue à la cour dans les 72 heures suivant la mise sous garde préventive.**

Course contre la
montre



Responsabilités infirmières

- Faxer au DSP la requête de garde préventive complétée et signée
- Remettre à l'usager le **dépliant explicatif** : «Les droits et les recours des personnes mises sous garde»
- Doit être informé du lieu où il est gardé, du motif de sa garde et du droit de communiquer immédiatement avec ses proches et un avocat (en toute confidentialité)

Responsabilités infirmières

- Accompagner et rassurer l'utilisateur dans le processus légal
- Rédiger une **note évolutive** sur informations transmises et compréhension de l'utilisateur et ses réactions
- S'il s'agit d'un majeur représenté : le mandataire, le tuteur ou le curateur doit être informé

LE CISSS DES LAURENTIDES complice de votre santé

Les situations qui peuvent mettre fin à votre période de mise sous garde

Dès que l'une ou plusieurs des situations suivantes se produisent, **votre période sous garde prend fin sans aucune autre formalité** :

- aussitôt qu'un certificat attestant que votre mise sous garde n'est plus justifiée est fourni par votre médecin ;
- lorsqu'un rapport d'examen psychiatrique n'a pas été produit dans les délais prescrits ;
- aussitôt que la période fixée pour votre mise sous garde, dans le jugement qui l'a ordonnée, prend fin ;
- si le Tribunal administratif du Québec rend une décision mettant fin à votre mise sous garde ;
- si une décision d'un tribunal judiciaire ordonne que votre mise sous garde prenne fin.

L'établissement qui vous maintient sous garde doit alors vous informer immédiatement de la fin de votre période de mise sous garde.

Un organisme communautaire est mandaté pour vous informer sur vos droits et recours et peut vous accompagner dans vos démarches

Dans chacune des régions du Québec, sauf dans le Nord-du-Québec, au Nunavik et dans les Terres-Cries-de-la-Baie-James, il y a un organisme communautaire dont l'un des mandats est d'aider et d'accompagner les personnes ayant eu avant ou des problèmes de santé mentale. Vous pouvez y obtenir des informations concernant vos droits et vos recours. De plus, cet organisme peut aussi vous accompagner dans vos démarches, le cas échéant.

Dans le cas où les coordonnées de l'organisme communautaire de défense des droits en santé mentale de votre région ne seraient pas inscrites dans l'encadré à la fin de ce dépliant, vous pouvez demander à l'établissement qui vous maintient sous garde de vous les fournir. L'établissement doit alors obligatoirement donner suite à votre demande.

Pour obtenir des renseignements supplémentaires*, adressez-vous à l'organisme communautaire de défense des droits en santé mentale suivant :

* Vous pouvez aussi téléphoner à Services Québec pour obtenir les coordonnées de l'organisme communautaire de défense des droits en santé mentale de votre région.

Région de Québec :
418 644-4545

Région de Montréal :
514 644-4545

Ailleurs au Québec :
1 877 644-4545 (sans frais)

Personnes sourdes ou muettes (ATS) : 1 800 361-9596 (sans frais)

sante.gouv.qc.ca

Droits et recours des personnes mises sous garde

Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui

La garde provisoire

Mêmes conditions que la garde préventive mais :

- **Évaluation psychiatrique** (il ne peut pas refuser l'examen)
- **Ordonnance obtenue par le tribunal**
- **Contre son gré** : faire subir une évaluation psychiatrique qu'elle refuse.
- Signée par un **juge ou son représentant**.
- Obtenue à la demande d'un médecin ou d'un tiers intéressé.

Responsabilités infirmières

- Remettre le **dépliant explicatif** sur les droits et recours des usagers mises sous garde
- Doit être informé du lieu où il est gardé, du motif de sa garde et du droit de communiquer immédiatement avec ses proches et un avocat (en toute confidentialité).
- Accompagner et rassurer l'utilisateur dans le processus légal.

Responsabilités infirmières

- Rédiger une **note évolutive**
- La copie de l'ordonnance de l'utilisateur ne doit jamais demeurer à son dossier, l'utilisateur doit le conserver avec ses effets personnels.
- S'assurer que les délais prescrits par la loi sont respectés.

La garde autorisée

La garde autorisée est une **loi d'exception** :

- But de protéger
- Prescrite lorsque l'usager a peu ou pas d'autocritique et que celui-ci pourrait présenter des critères de dangerosité pour lui-même ou pour les autres,
- **Deux évaluations psychiatriques par deux psychiatres différents sont nécessaires :**
 - Chaque évaluation doit conclure à la présence d'un danger pour lui-même ou pour autrui,
 - Si refus d'hospitalisation.
- Prescrite par le psychiatre sur le formulaire de prescription régulière et sur le formulaire AH-108;
- Valide pour une **période établie par le juge** (généralement 21 jours)
- Si pas renouvelée, l'usager est considéré en cure libre.

Rapport d'examen psychiatrique pour ordonnance de garde autorisée AH-108 (modifié en février 2017)

RAPPORT D'EXAMEN PSYCHIATRIQUE POUR ORDONNANCE DE GARDE EN ÉTABLISSEMENT

DT9068

(Art. 29 et 30 C. c. Q. et art. 2 et 3 de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (F.L.R.Q., c. P-38.001))

Provenance (personne amenée par) :
 Prise en charge par l'établissement : Années Mois Jour Heures
 Policiers Ambulanciers Famille
 Venue d'elle-même Autre : _____

Ordonnance d'évaluation psychiatrique émise par un juge le : Années Mois Jour
 Premier examen Deuxième examen Examen périodique : 21 jours 3 mois

Motifs et faits sur lesquels le médecin fonde son opinion
A- Motifs et faits rapportés par des tiers (famille, intervenant, policier, autre)
 Source : Tiers (indiquer la catégorie, sauf si cela permet d'identifier la source) Dossier

Pointer, s'il y a suite sur un deuxième formulaire

B- Observations du médecin

Pointer, s'il y a suite sur un deuxième formulaire

Opinion du médecin
Diagnostic (même provisoire) sur l'état mental

Évaluation de la gravité de l'état mental

Conséquences probables de cet état mental pour la personne ou pour autrui

Recommandation

Je suis d'opinion qu'une garde en établissement est nécessaire pour une durée de _____ jour(s) parce que cette personne présente un danger en raison de son état mental pour elle-même pour autrui.
 Je suis d'opinion qu'une garde en établissement n'est pas présentement nécessaire.
 Je suis d'opinion que la garde en établissement peut être cessée.

La signification de la requête de garde à la personne serait nuisible à sa santé ou sa sécurité ou celle d'autrui : Oui Non
 Si oui, pour les raisons suivantes : _____

L'interrogatoire de cette personne par le juge, lors de l'audience sur la requête de garde, pourrait être nuisible à sa santé ou sa sécurité ou celle d'autrui : Oui Non
 Si oui, pour les raisons suivantes : _____

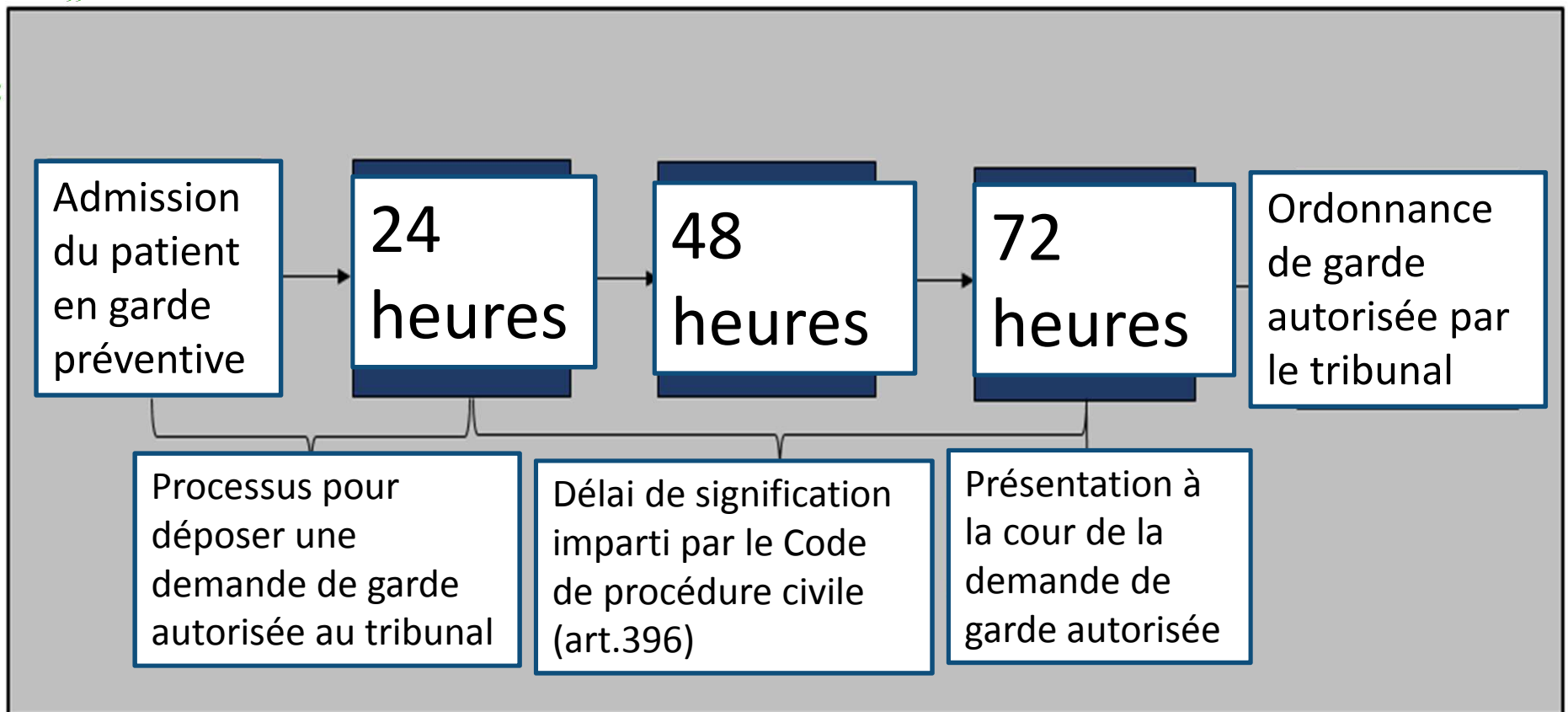
En raison de son état de santé, est-il manifestement inutile d'exiger le témoignage de cette personne? Oui Non
 Si oui, pour les raisons suivantes : _____

La personne est-elle apte à prendre soin d'elle-même? Oui Non À déterminer
 La personne est-elle apte à administrer ses biens? Oui Non À déterminer
 Est-il opportun d'ouvrir un régime de protection au majeur pour cette personne? Oui Non À déterminer

J'ai moi-même examiné la personne faisant l'objet du présent rapport Date et heure Signature
 Nom et prénom du médecin (en lettres moulées) Numéro de permis Si médecin non psychiatre, expliquer pourquoi avoir rempli ce rapport
 Nom et adresse de l'établissement

La signature doit être apposée sur l'original « dossier de l'usager » et sur la copie « dossier pour la cour ».

Processus standard pour obtenir une ordonnance de garde autorisée



Les obligations de l'utilisateur

- Ne peut quitter l'établissement ni signer de départ sans autorisation.
- Assurer une surveillance minimale d'une **visite aux 30 minutes** ou plus si son état le requiert. (Surveillance particulière = surveillance étroite)
- Sorties à l'extérieur de l'unité doivent être autorisées et l'utilisateur doit être accompagné d'un membre du personnel, à moins d'avis contraire par une ordonnance signée du psychiatre.
- Port de la jaquette d'hôpital est priorisé à l'urgence
- Peut circuler autour de sa civière ainsi qu'à la salle de bain et douche (selon l'évaluation de l'infirmière), mais ne peut circuler librement à l'urgence.

Les responsabilités infirmières

- Informer l'utilisateur que lui et un membre de sa famille recevront une requête pour la garde autorisée par un **huissier** qui indiquera la date et l'heure de la comparution
- Pourra se présenter à la cour pour contester cette requête et/ou donner son point de vue au juge.
- S'il y a lieu, **l'infirmière de liaison en santé mentale** fera signer le formulaire à la personne selon son choix de se présenter ou de son refus.
- Si contestation, aviser l'ASI afin de prévoir une escorte pour accompagner l'utilisateur à la cour.
- Accompagner et rassurer l'utilisateur
- Rédige une **note évolutive**

Lorsque le jugement de garde autorisée est ordonné, l'infirmière doit :

- S'acquitter des obligations d'information
- Remettre à l'usager la copie de l'ordonnance qui comprend le **dépliant explicatif** :
 - du lieu où elle est gardée,
 - du motif de sa garde,
 - du droit de communiquer immédiatement avec ses proches et un avocat
- L'accompagner et le rassurer dans le processus légal
- Rédige une **note évolutive** sur l'information transmise et la compréhension de la personne.
- Remettre la copie de l'ordonnance à l'usager

Ordonnance de traitement vs d'hébergement

Ordonnance de traitement :

Juge qui ordonne un traitement particulier ou d'une obligation.

Ordonnance d'hébergement :

Obligation à ce que l'utilisateur soit à un endroit autorisé par le CISSS

TAQ (Tribunal Administratif du Québec)

Inspection sécuritaire, fouille et saisie sécuritaire

But : offrir un environnement sécuritaire pour la clientèle

Politique «*Fouille et saisie sécuritaire*» s'applique dans le CISSS et encadre la pratique relative à la fouille et à la saisie lors d'une inspection sécuritaire.

Politique dans l'Intranet du CISSS, sous l'onglet
Mon CISSS/Politiques, procédures et
règlements
Puis inscrire « Fouille » dans la barre de
recherche

Inspection sécuritaire, fouille et saisie sécuritaire

Inspection sécuritaire doit s'effectuer que lorsqu'il y a un motif raisonnable de croire que l'utilisateur est en possession de :

- Substances ou objets qui mettent ou sont susceptibles de mettre en danger son intégrité ou celle des autres
- Substances ou objets qui ne lui appartiennent pas ou qui sont illégaux
- Objet allant à l'encontre du plan d'intervention (ex : RedBull)
- Substances ou d'objets défendus par le CISSS des Laurentides

Saisie sécuritaire

- ❑ Toutes **substances illicites** (substance dont la possession est interdite en vertu du code criminel) doivent être remises aux agents de sécurité
- ❑ Certaines **substances licites** peuvent ne pas être permises (ex : les boissons alcooliques, les médicaments psychoactifs, etc.).
- ❑ Certains objets peuvent être saisis par l'établissement.

Liste non exhaustive de situations à risque

- Menaces ou agression physique
- Vol ou disparition d'objets
- Manifestations de comportements suicidaires
- Consommation et trafic d'alcool ou de drogues
- Possession et circulation de matériel pornographique juvénile
- Disparition d'objets, d'instruments, de substances ou de matériaux dangereux pour la sécurité des lieux et des personnes
- Fugue
- Retour de congé temporaire ou d'une sortie
- Toute autre situation ou tout événement pouvant favoriser l'entrée et la manipulation d'objets ou de produits illégaux, dangereux ou interdits

Objets interdits

- Une arme de toute nature
- Substances licites
- Une substance illicite
- Tout objet allant à l'encontre du plan de traitement professionnel ou du plan d'intervention
- Un objet défendu par les règles du CISSS des Laurentides ou volé à un autre usager, membre du personnel, bénévole ou visiteur
- Objet lié à la commission d'un acte criminel, tel qu'un vol, du matériel pornographique juvénile, etc.

La fugue

- Peuvent survenir durant le séjour à l'urgence
- Moments plus à risques : les changements de quart, journées fériées, fin de semaine, quart de nuit
- S'assurer que l'utilisateur est en sécurité.
- Dans la présente situation, le **code jaune** serait déclenché. Il est important de connaître le statut légal de l'utilisateur (garde préventive, provisoire, en établissement, sous curatelle ou tutelle, etc.) afin que les intervenants soient avisés.
- Membre du personnel qui s'aperçoit de l'absence de l'utilisateur doit aviser l'infirmière responsable le plus rapidement possible.

Rôles des membres du personnel

- Aviser sans délai le service de la sécurité ou la police
- Arrêter ses activités sans compromettre la sécurité des autres usagers
- Débuter les recherches attentives à l'unité de soins ou à tout autre endroit fréquenté par l'utilisateur
- Aviser le médecin traitant de la fugue de l'utilisateur
- Aviser le coordonnateur du service clinique concerné (si applicable), le chef de programme ou l'assistant au supérieur immédiat
- Compléter ou mettre à jour la fiche signalétique de l'utilisateur
- Si l'utilisateur est à l'extérieur, l'inviter à revenir au centre hospitalier immédiatement
- Aviser la famille et inviter cette dernière à ramener l'utilisateur, le cas échéant

Sans délai et selon le statut légal de l'utilisateur,
**l'infirmière responsable avisera le service de la
sécurité ou la police selon l'établissement.**

La fugue

Certaines informations lors de l'appel au service de sécurité ou à la police :

- Description brève de l'état de l'utilisateur: sa tenue vestimentaire, sa taille et son poids (approx.)
- Adresse et numéro de téléphone de l'utilisateur et/ou de la famille, PRN
- Aviser si une tierce personne est en danger.

Lorsqu'il y a une fugue, vous devez compléter un rapport d'incident/accident AH-223

Refus de traitement et départ sans autorisation

- En **garde** : **ne peuvent pas signer** de «*Formulaire de consentement*» à la section «*Départ sans autorisation*».
- **Ne peuvent pas quitter l'établissement** sans l'autorisation du médecin.
- Prescriptions «*Ne peut signer de refus de traitement sans revoir le médecin*» sont non valides.
- «Aviser le médecin responsable si l'utilisateur désire quitter».

LE **CISSS** DES LAURENTIDES
complice de votre santé

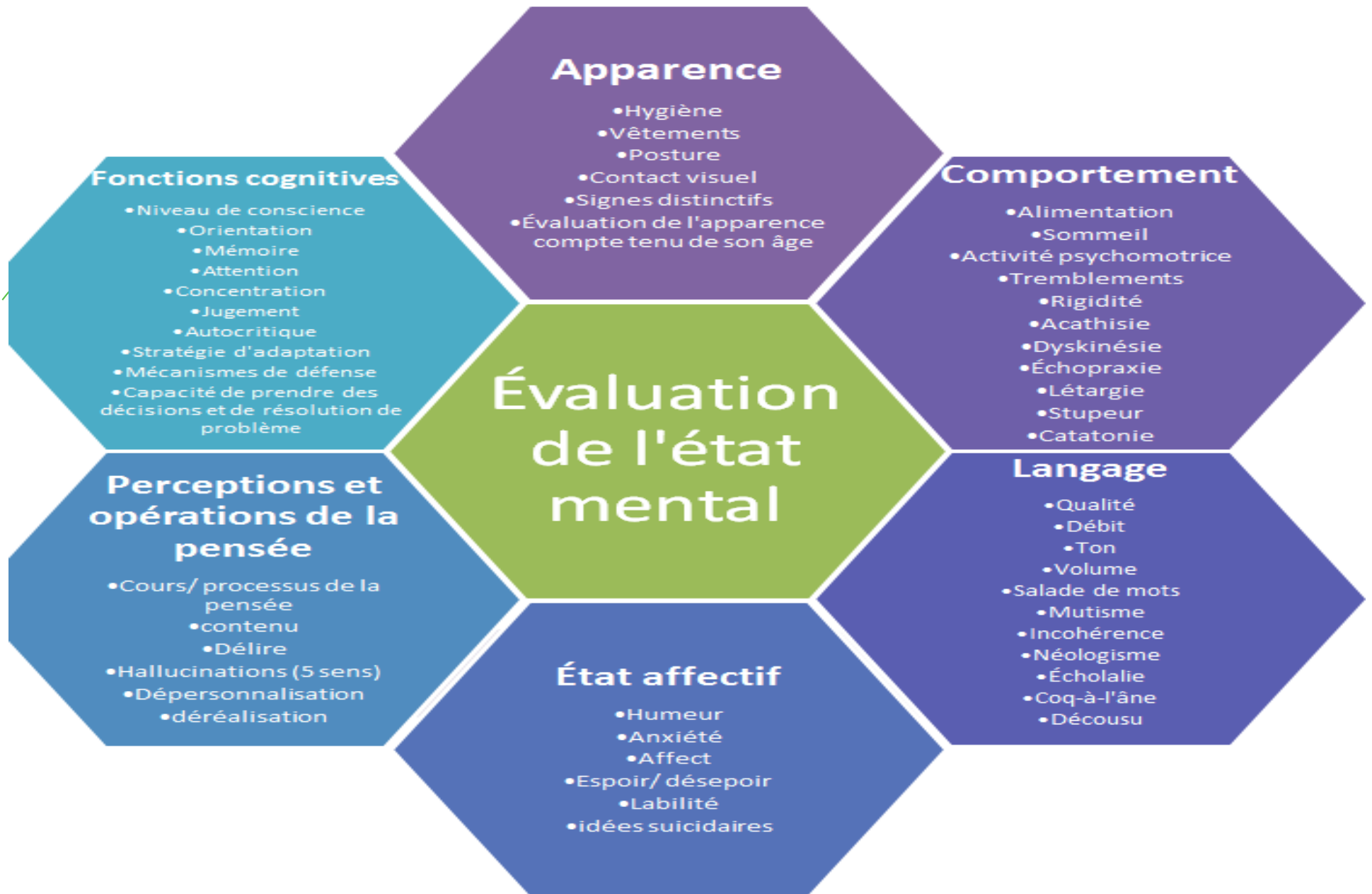
LES DIFFÉRENTS TROUBLES MENTAUX

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
des Laurentides

Québec 

Évaluation de l'état mental

LE CISSS DES LAURENTIDES
complice de votre santé



Troubles de l'humeur

Ensemble de troubles mentaux dont le symptôme principal est **l'instabilité de l'humeur** ou **des émotions**.

Inclus les troubles bipolaires et les troubles dépressifs.

- 15 % des québécois de 15 ans et plus a présenté au moins un trouble de l'humeur au cours de sa vie, soit environ 916 000 personnes (ISQ 2008)

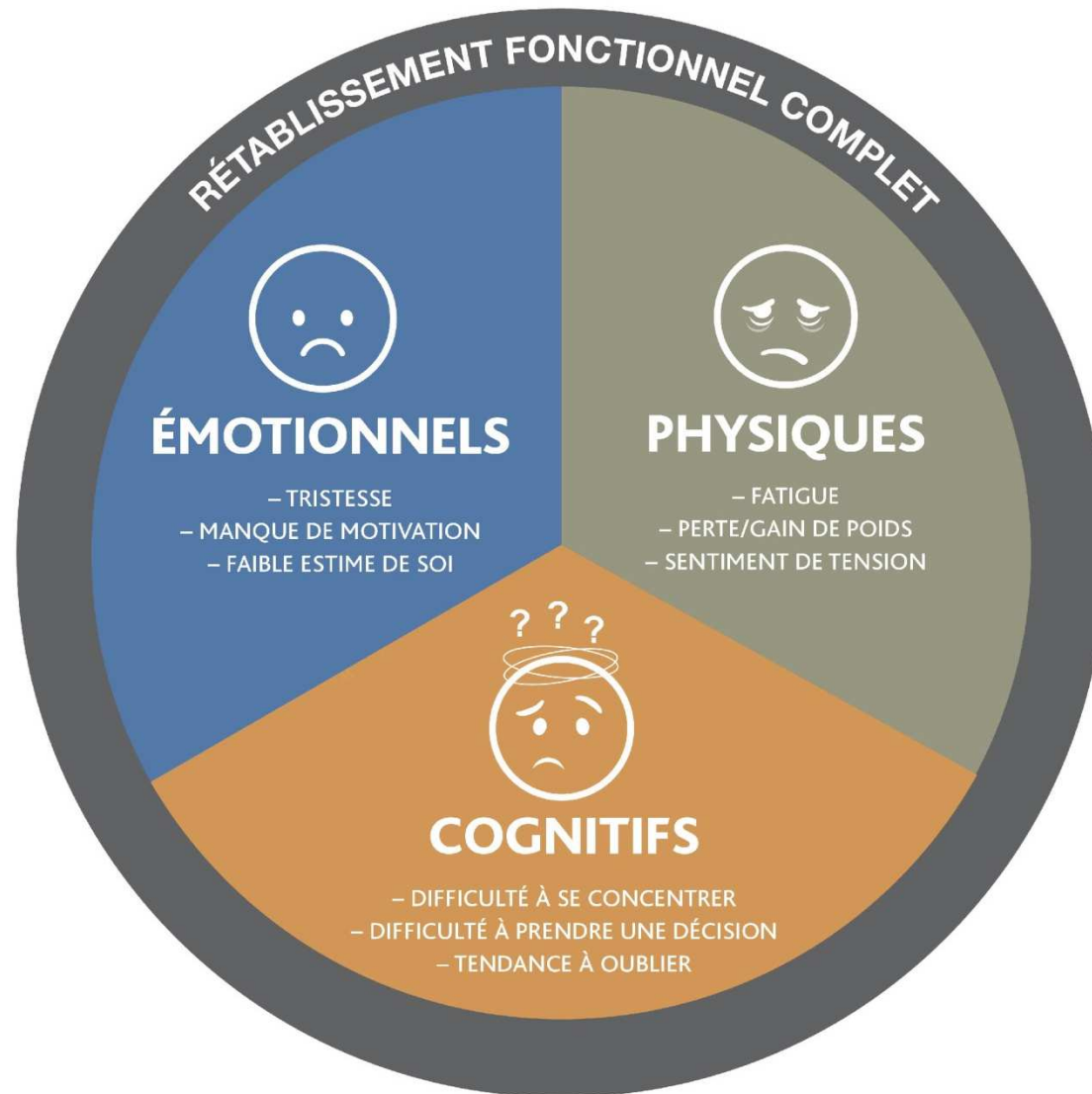


<https://www.psychanalyse.com/index.php?p=13&id=48>

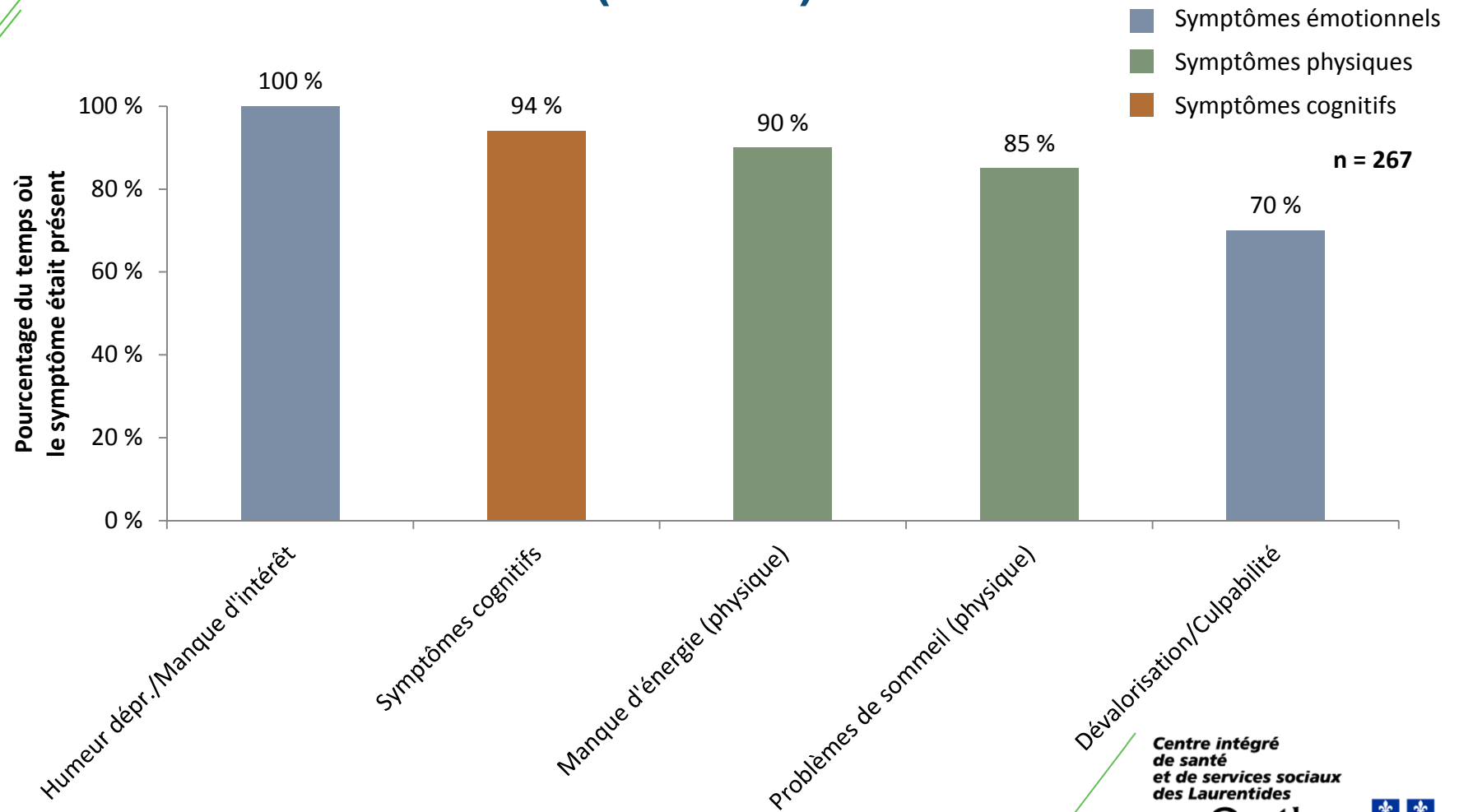
Troubles dépressifs – Symptômes cliniques

	Trouble dépressif majeur	Trouble dysthymique
Principaux symptômes émotionnels	<ul style="list-style-type: none"> • Humeur dépressive • Anhédonie 	<ul style="list-style-type: none"> • Humeur dépressive
Principaux symptômes cognitifs	<ul style="list-style-type: none"> • Sentiment de dévalorisation ou culpabilité excessive ou inappropriée • Diminution de la capacité à penser, à se concentrer ou à prendre des décisions • Pensées récurrentes de mort 	<ul style="list-style-type: none"> • Faible estime de soi • Difficulté à se concentrer, à mémoriser ou à prendre des décisions
Principaux symptômes comportementaux	<ul style="list-style-type: none"> • Perte ou gain de poids important ou changement important dans l'appétit • Insomnie ou hypersomnie • Fatigue ou perte d'énergie • Agitation ou ralentissement psychomoteur 	<ul style="list-style-type: none"> • Perte d'appétit ou hyperphagie • Insomnie ou hypersomnie • Baisse d'énergie ou fatigue
Changements sociaux	<ul style="list-style-type: none"> • Retrait des interactions familiales et sociales • Problème au travail résultat de l'incapacité à s'organiser, à commencer ou à terminer des tâches • Problèmes financiers 	<ul style="list-style-type: none"> • Retrait social

Trouble dépressif majeur (TDM) : un trouble multidimensionnel



Présence (% du temps) de symptômes autres que l'humeur dépressive chez les patients atteints d'un TDM (n = 267)





© Can Stock Photo

LE CISSS DES LAURENTIDES
complice de votre santé

Troubles dépressifs - Aînés

Pas facile de déceler la dépression chez les aînés

- Souvent masquée par d'autres problèmes de santé
- Camouflée par les aînés eux-mêmes → sous-diagnostiquée et sous-traitée.
- Pas diagnostiquée chez plus de 30% des personnes de plus de 65 ans.
- 40% des dépressions échappent à tout diagnostic.

Chez un aîné, la dépression se caractérise plus souvent par de **l'anxiété, de l'agitation et des plaintes au sujet de douleurs ou de pertes de mémoire**. «La somatisation est un symptôme typique».

Plaintes de maux de ventre, maux de tête, douleur aux jambes, ou encore allègue des troubles de mémoire.

Ressent vraiment ces symptômes, mais ils n'ont pas de cause physiologique. **Ce sont, en fait, des symptômes « dépressifs.»**

Troubles bipolaires

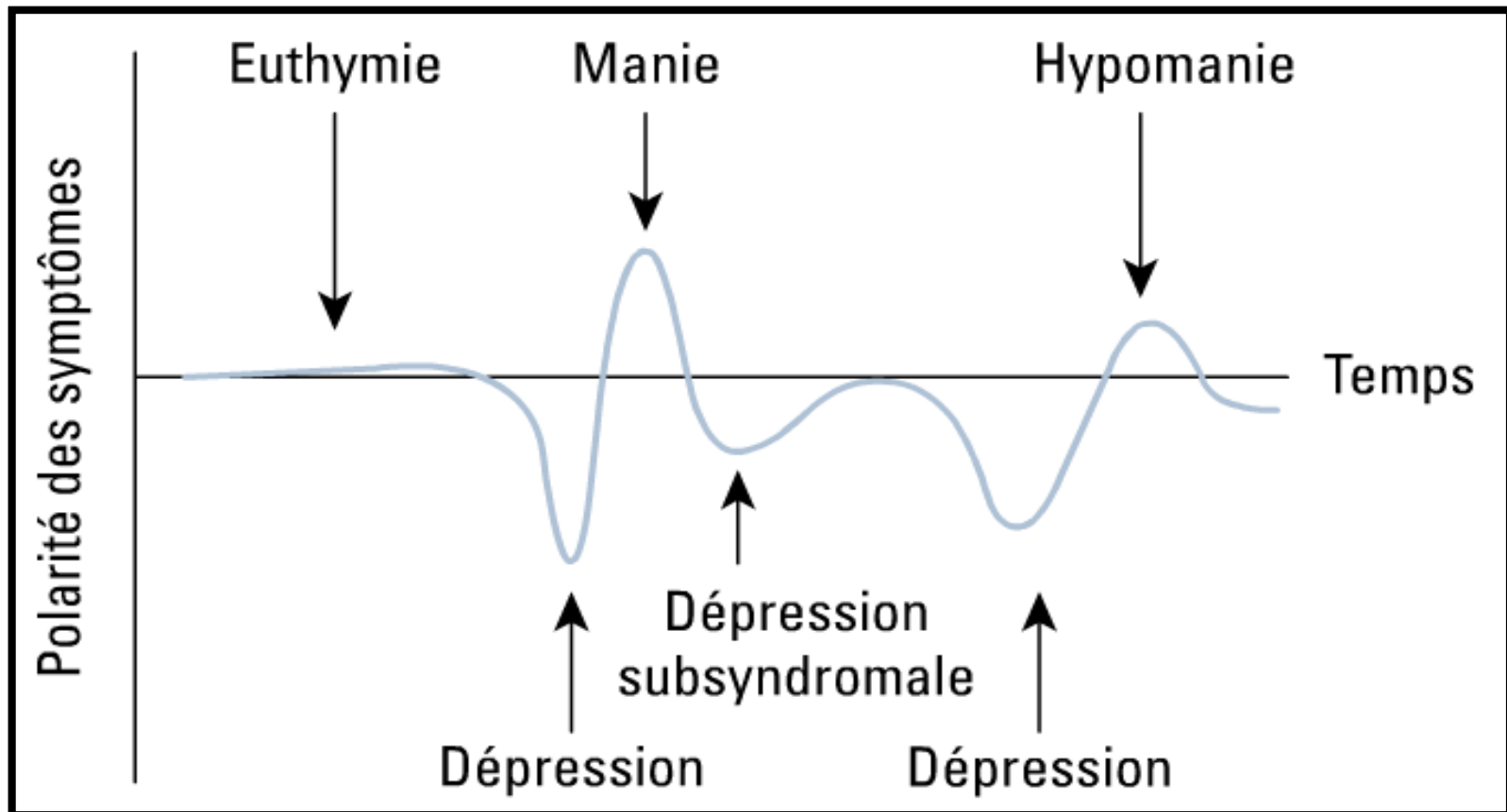
Épisodes thymiques cycliques de manie (ou d'hypomanie) et de dépression.

Peut être à cycles rapides, compter au moins quatre épisodes par année et combiner manie, hypomanie ou dépression.

Passent plus de temps en phase dépressive qu'en phase maniaque ou hypomaniaque.



Polarité des symptômes



Trouble bipolaire	Épisode maniaque	Période nettement délimitée durant laquelle l'humeur est élevée de façon anormale et persistante, pendant au moins une semaine.	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur • Réduction du besoin de sommeil (se sent reposé après seulement trois heures de sommeil) • Plus grande communicabilité que d'habitude ou désir de parler constamment
	Épisode hypomaniaque	Période nettement délimitée durant laquelle l'humeur est élevée de façon persistante, expansive ou irritable, clairement différente de l'humeur non dépressive habituelle, et ce, tous les jours pendant au moins quatre jours	<ul style="list-style-type: none"> • Fuite des idées ou sensations subjectives que les pensées défilent • Distractibilité • Augmentation de l'activité orientée vers un but • Engagement excessif dans des activités agréables, mais à potentiel élevé de conséquences dommageables

Exemples d'interventions avec la clientèle ayant un trouble de l'humeur

Interventions	Justification
Établir une alliance thérapeutique avec l'utilisateur et lui manifester du respect	Favoriser le désir de l'utilisateur de communiquer ses pensées et ses sentiments
Évaluer le risque suicidaire au besoin , que l'utilisateur soit en phase dépressive ou maniaque	Assurer la sécurité de l'utilisateur et éviter qu'il devienne un danger pour lui-même ou pour les autres
Maintenir un environnement sûr et sans danger au moyen d'une surveillance étroite et fréquente	Réduire le risque d'automutilation et de violence
Refuser d'établir des ententes secrètes avec le client, l'encourager à partager l'information importante et pertinente avec le personnel	Promouvoir la participation aux soins et sa responsabilité par rapport aux actes qu'il pose
Fournir des directives et de l'information claire et simple dans un environnement offrant peu de stimulus	Diminution des risques d'aggravation des symptômes maniaques
Établir des limites fermes, cohérentes et bienveillantes	Éviter les conséquences nuisibles associées au non-respect de certaines limites
Promouvoir les AVQ (douche, alimentation, etc.)	Évaluer le fonctionnement du client et augmenter son estime de soi
Inform er l'utilisateur et ses proches sur le trouble et le traitement lorsque le client est capable d'apprendre	Améliorer les connaissances peut favoriser l'adhésion au traitement.

Troubles anxieux

Fonction d'avertir la personne d'un conflit ou d'un danger, que la menace soit réelle ou non.



- État de tension, d'appréhension ou un sentiment de fatalité imminente qui résulte d'influences extérieures menaçant de submerger la personne et son intégrité.
- Signal d'un danger imminent, elle devient motivée à agir, soit en fuyant, soit en affrontant la situation menaçante.

Troubles anxieux

- Pas pathologique, mais peut le devenir lorsque la réponse anxieuse prend des proportions exagérées
- Peut altérer le fonctionnement normal de la personne, ou inappropriées si l'anxiété perdure alors que la menace est disparue.
- **Attaques de panique** : épisodes soudains et spontanés qui s'accompagnent de manifestations physiologiques : tachycardie, palpitations, étourdissements, dyspnée et sentiment que la mort est imminente.
- Surviennent dans des situations précises, peuvent être déclenchées par un **signal** ou être imprévisibles

Trouble de panique

Survient de façon inattendue et récurrente

Demeure avec une crainte suffisamment importante d'avoir d'autres attaques au point qu'elle modifie ses habitudes et ses comportements.

- **Trouble panique sans agoraphobie** : attaques de panique ne sont pas liées aux effets directs d'une substance et ne sont pas attribuables à une condition physiologique.

Agoraphobie

Crainte d'être incapable de s'échapper d'une situation contraignante ou d'une situation embarrassante si des secours ne sont pas disponibles en cas d'attaque de panique.



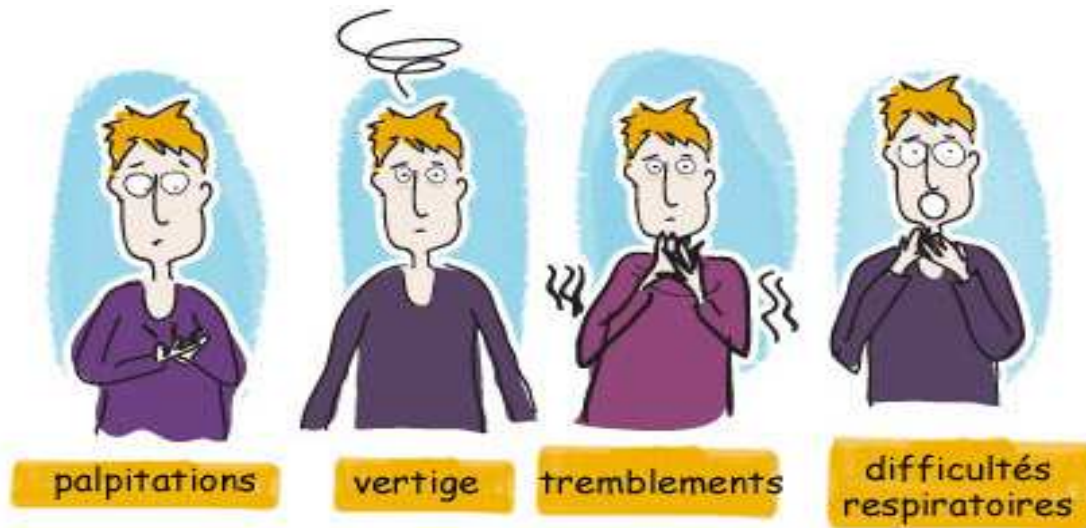
Trouble d'anxiété sociale (TAS)

Ressentiment de peur envahissante à l'idée de se trouver en société ou de devoir interagir avec plusieurs personnes à la fois. Se préoccupe énormément de l'opinion des autres et craint de se comporter d'une façon qui serait humiliante ou embarrassante.



Trouble d'anxiété généralisée (TAG)

Ressentiment d'**anxiété** et d'**une inquiétude excessives** qui gênent sa capacité de fonctionner à la maison, au travail, à l'école ou dans la communauté.



<http://www.anxiete.fr/wp-content/uploads/2014/10/symptomes-physiques.jpg>

Trouble obsessionnel-compulsif (TOC)

- Symptômes qui se transforment en obsession ou en compulsion
- **Obsession** : idée, pensée ou impulsion récurrente et persistante qui entraîne un accroissement marqué de l'anxiété.
- **Compulsions** : comportements physiques ou actes mentaux répétitifs qu'une personne se sent obligée d'accomplir en réaction à une obsession.
- Vivent une détresse marquée : ses pensées dévorent du temps et perturbent leur routine normale ou leur fonctionnement professionnel de façon importante.

État de stress post-traumatique (ESPT)

Réaction d'une personne à des événements traumatisants.
Doit avoir vécu ou avoir été témoin d'un événement qui présentait un risque pour sa vie, la vie d'autrui ou son intégrité physique.

état de stress post-traumatique
(ESPT)



Exemples d'interventions avec la clientèle ayant un trouble anxieux

Interventions	Justification
Assurer la sécurité de l'utilisateur et de son environnement	L'anxiété de l'utilisateur peut augmenter jusqu'à devenir une attaque de panique, qui pourrait être effrayante et dangereuse pour lui ou pour les autres.
Évaluer son propre stade d'anxiété et faire un effort conscient pour rester calme	L'anxiété se communique facilement d'une personne à une autre, l'infirmière doit maîtriser la sienne.
Reconnaître les comportements de soulagement auxquels l'utilisateur a recours	Intervention précoce aide à gérer l'anxiété avant que les symptômes deviennent plus sérieux.
Aviser l'utilisateur de l'importance de limiter sa consommation de caféine, de nicotine ou d'autres stimulants du SNC.	Limitation de ces substances prévient ou réduit au minimum les symptômes physiques de l'anxiété.
Lui enseigner les stratégies suivantes de réduction de l'anxiété : <ul style="list-style-type: none">• Technique d'autorelaxation progressive• Méditation de pleine conscience• Exercices de respiration lente et profonde• Concentration sur un unique objet dans la pièce• Écoute d'une musique apaisante ou d'enregistrements de relaxation• Exercice physique	Aident à réduire l'anxiété en distrayant le client ou en orientant ses pensées vers des éléments moins anxiogènes pour lui.

Exemples d'interventions avec la clientèle ayant un trouble anxieux

Interventions	Justification
L'aider à s'appuyer sur les stratégies d'adaptation qu'il a déjà utilisées par le passé	Stratégies qui étaient efficaces auparavant le seront généralement encore dans les situations subséquentes.
L'aider à choisir des personnes de confiance qui pourront le soutenir	Solide système de soutien aide l'utilisateur.
Évaluer la présence et l'importance de la dépression ou de l'idéation suicidaire	Une évaluation en profondeur permet d'intervenir plus précocement afin de prévenir un acte autodestructeur.
Administer un médicament anxiolytique en tant que mesure moins restrictive	Médication : souvent la méthode la plus appropriée pour réduire une anxiété invalidante.
L'aider à comprendre l'importance de son régime pharmacologique et de son adhésion	Lorsqu'elle est nécessaire, la médication constitue un ajout efficace à d'autres interventions thérapeutiques psychosociales.

Schizophrénie

- **Trouble mental chronique** et **invalidant**
- Hétérogène : éléments différents ayant des effets variables sur les usagers.
- 1% de la population canadienne, au début de l'âge adulte et environ 10-15% des personnes atteintes réussissent à bien fonctionner en société.
- Caractérisée par des périodes de **perte de contact avec la réalité** accompagnées de **symptômes psychotiques**.



Les 3 phases de la schizophrénie

- Phases : prémorbide, prodromique et psychotique.
- Comprend généralement des exacerbations récurrentes et aiguës des symptômes psychotiques.
- **Prévention des rechutes est essentielle** parce que chacune accroît les risques de détérioration fonctionnelle de la personne.
- **Prémorbide** : caractéristiques qui vont contribuer à la survenue ultérieure de la maladie se mettent en place. De légères déficiences sociales, motrices et cognitives peuvent se manifester au cours de l'enfance et de l'adolescence.

Schizophrénie : phase prodromique

- **Prodromique** : phase où apparaissent les premiers signes avant-coureurs de la maladie. Peut durer de 2 à 5 ans (entre l'âge de 15 et 25 ans).
- Les symptômes psychotiques apparaissent à la fin de cette phase :
 - Symptômes **thymiques** (anxiété, irritabilité, dysphorie, etc.)
 - Symptômes **cognitifs** (distractibilité, difficulté de concentration, pensée désorganisée)
 - **Comportements obsessifs**
 - **Repli social** et détérioration du fonctionnement dans ses rôles
 - **Perturbations du sommeil**
 - **Symptômes positifs atténués** : illusions, pensée de référence et pensée magique.

Schizophrénie : phase psychotique

- **Psychotique** : comprend une phase aiguë, une phase de rétablissement et une phase stable :
 - **Phase aiguë** : présente des symptômes positifs et des symptômes négatifs
 - **Phase d'entretien** : se produit de **6 à 18 mois après le traitement aigu**. Symptômes présents, mais deviennent moins intenses. De 5 à 10 ans après l'apparition de la maladie, l'état et le fonctionnement de la plupart des clients se stabilisent.
 - **Phase stable** : période de rétablissement.

Trouble psychotique

Trouble délirant	Présence d'idées délirantes non bizarres (c'est-à-dire qui est susceptible d'arriver dans la vie réelle), qui peut sembler plausible et qui persiste au moins un mois sans causer de déficience évidente du fonctionnement.
Trouble psychotique bref	Perturbation persistante au moins un jour mais moins d'un mois , avec retour complet du fonctionnement prémorbide. Peut présenter des idées délirantes, des hallucinations, un discours désorganisé ou des comportements désorganisés.
Trouble psychotique dû à une affection médicale générale	Diverses affections peuvent provoquer des symptômes psychotiques : forte fièvre, AVC, déséquilibres liquidiens et électrolytiques, le lupus érythémateux disséminé, l'hypoxie, l'encéphalite et l'hypoglycémie. Cette liste n'est pas exhaustive.
Trouble psychotique induit par une substance	L'abus de substance est d'usage courant (80% des clients avec trouble psychotique seront toxicomane). La crise psychotique apparaît lors de la prise de drogues. Les symptômes s'estompent généralement quand le client n'est plus exposé à la substance, mais la résolution des symptômes peut prendre des semaines, voire des mois.

Échelle d'appréciation des symptômes positifs et négatifs

Symptômes positifs

Hallucinations :

- Type d'hallucinations
- Commentaires des actes de la pensée

Idées délirantes :

- Type d'idées délirantes
- Divulgation de la pensée

Symptômes négatifs

Retrait ou pauvreté affective :

- Expression figée du visage
- Diminution des mouvements spontanés
- Pauvreté de l'expression gestuelle
- Pauvreté du contact visuel
- Absence de réponses affectives
- Affect inapproprié
- Monotonie de la voix

Alogie :

- Pauvreté du discours
- Pauvreté du contenu du discours
- Blocages
- Augmentation de la latence des réponses

Échelle d'appréciation des symptômes positifs et négatifs

Symptômes positifs	Symptômes négatifs
<p><u>Comportement bizarre :</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Habillement et présentation• Conduite sociale et sexuelle• Comportement agressif ou agité• Comportement répétitif ou stéréotypé	<p><u>Avolition, apathie :</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Apparence et hygiène négligées• Manque d'assiduité au travail ou à l'école• Anergie physique
<p><u>Trouble de la pensée formelle non déficitaire:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Relâchement des associations• Tangentialité• Incohérence• Pensée illogique• Discours circonlocutoire• Logorrhée• Distractibilité du discours• Association par assonances	<p><u>Anhédonie, retrait social :</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Manque d'intérêts et d'activités de loisir• Manque d'intérêts et d'activités sexuels• Incapacité à vivre des relations étroites ou intimes• Manque de relations avec les amis ou les collègues

Types d'idées délirantes

Description des types les plus courants d'idées délirantes

Type d'idées délirantes	Description
Idées de grandeur ou mégalomanie	Idées de richesse et de surestimation de ses capacités personnelles.
Idées de persécution	Conviction que l'on essaie de lui nuire physiquement et moralement. Ce sont les plus fréquentes.
Idées de référence	Convaincue que les autres parlent d'elle ou lui font signe dans la rue, à la télévision ou ailleurs.
Idées corporelles ou somatiques	Entretient des idées en lien avec le fonctionnement de son corps, qui comprennent plusieurs thèmes variant selon les périodes.
Idées de contrôle ou d'influence	Croit qu'une personne ou une puissance extérieure gouverne ses pensées ou activités.
Idées mystiques (isotériques)	Fausse croyances liées à des thèmes religieux ou spirituels. Ces idées sont fréquentes.

Exemples d'interventions avec la clientèle ayant un trouble psychotique ou souffrant de schizophrénie

Interventions	Justification
Gérer les hallucinations, les idées délirantes et le stress	L'utilisateur, sa famille et ses proches doivent reconnaître que les hallucinations représentent des symptômes de la maladie et qu'elles sont réelles pour l'utilisateur.
Offrir une protection au client, à ses proches et aux autres	Potentiel de comportements violents. Les hallucinations et les stimulations sensorielles peuvent épuiser une personne qui lutte pour garder la maîtrise de soi. L'infirmière connaît les situations qui provoquent la colère, l'agressivité et la violence et prend les mesures nécessaires afin de prévenir les agressions.
Aider le client à acquérir de l'autonomie	Est encouragé à devenir de plus en plus actif dans ses propres soins afin de réduire la dépendance envers les professionnels de la santé, d'atténuer la stigmatisation sociale associée à son trouble mental et d'accroître son réseau de soutien.
Gérer l'environnement et favoriser les comportements sociaux appropriés	Inciter l'utilisateur à acquérir des habiletés sociales afin d'avoir des interactions fructueuses avec les autres. Assurer un suivi attentif de l'environnement, notamment du bruit et de la lumière de l'endroit, et favoriser le calme ainsi que l'ordre.
Prévenir et gérer les rechutes	Aider l'utilisateur à reconnaître les symptômes de la maladie, l'importance de l'adhésion au traitement, reconnaître les signaux d'alarme et à demander de l'aide lorsqu'il en ressent le besoin avec les services de première ligne (CLSC)

Trouble de la personnalité

Traits de caractère très marqués, figés, ou qu'ils deviennent inadaptés aux situations.

Entraîne obligatoirement de façon durable une souffrance pour la personne et pour son entourage et/ou un fonctionnement social ou professionnel bien en deçà de ses capacités.

Difficultés manifestes dans au moins 2 des domaines suivants :

- Cognition : perception et vision de soi-même, d'autrui et des événements
- Affectivité : diversité, intensité, labilité et adéquation de la réponse émotionnelle)
- Fonctionnement interpersonnel
- Contrôle des impulsions

TABLEAU 15.3 Problèmes généralement associés aux troubles de la personnalité



GROUPE A	GROUPE B	GROUPE C
<ul style="list-style-type: none"> • Anxiété • Adaptation inefficace • Isolement social • Opérations de la pensée perturbées 	<ul style="list-style-type: none"> • Risque de suicide • Risque de violence envers les autres • Risque d'automutilation • Risque de violence envers soi-même • Adaptation inefficace • Identité personnelle perturbée • Faible estime de soi chronique 	<ul style="list-style-type: none"> • Anxiété • Adaptation inefficace • Faible estime de soi chronique • Interactions sociales déficientes

Pratiques infirmières suggérées

ENCADRÉ 15.1W

Communiquer avec un client ayant un trouble de la personnalité limite

- Se soucier du confort du client et de sa compréhension durant la séance.
- Ne pas utiliser de termes complexes ni les expliquer pour éviter que le client se croie incapable de participer à la séance.
- Éviter les concepts complexes ou les expliquer clairement (éviter de faire allusion à un concept complexe qui ne peut être expliqué simplement).
- Utiliser un ton similaire à celui d'une interaction sociale.
- Éviter de parler de soi, mais demeurer authentique.
- Demeurer actif dans l'échange et limiter les longs silences; la personne ayant un trouble de la personnalité limite est soucieuse de ce que pense le thérapeute.
- Éviter les interprétations.
- Rassurer le client.
- Éviter les jeux de pouvoir et les menaces: soigner et non maîtriser.
- Utiliser l'humour.
- Ne pas dramatiser ni minimiser la situation.

Troubles liés à une substance :

Terminologie associée à la consommation de substances psychoactives :

- Abstinence
- Abus
- Dépendance
- Dépendance physique
- Dépendance psychologique
- Désintoxication
- Drogue
- Manque ou *craving*
- Rechute
- Sevrage
- Surdose
- Tolérance
- Toxicomanie

Symptômes cliniques

ENCADRE 16.5

Symptômes de sevrage des dépresseurs du système nerveux central

- Les symptômes les plus courants sont :
 - l'insomnie ;
 - une forte anxiété ;
 - l'élévation de la température corporelle ;
 - une accélération du pouls et une augmentation de la fréquence respiratoire ;
 - des tremblements ;
 - des troubles gastro-intestinaux ;
 - des douleurs musculaires ;
- une diaphorèse ;
- une instabilité de la pression artérielle.
- Les symptômes associés plus particulièrement aux complications du sevrage de l'alcool, des benzodiazépines ou des barbituriques sont :
 - la confusion ;
 - des troubles cognitifs comme le délire, les hallucinations, les illusions sensorielles ;
 - des convulsions.

Questions afin de détecter la dépendance à l'alcool

Offrir le support et l'aide nécessaire à l'utilisateur ayant un trouble de dépendance, il est possible de faire un dépistage.

Exemples :

- «Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation d'alcool?»
- «Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool?»
- «Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop?»
- «Avez-vous déjà eu des besoins d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme?»

Symptômes cliniques

ENCADRÉ 16.7

Symptômes de sevrage de l'alcool

Le sevrage de l'alcool peut comporter les symptômes suivants :

- une hyperactivité du système nerveux autonome (c. -à-d. une fréquence cardiaque supérieure à 100 battements par minute ou de la diaphorèse);
- des tremblements accrus des mains;
- des céphalées;
- un trouble d'orientation dans les trois sphères ;
- de l'insomnie;
- une agitation psychomotrice;
- de l'anxiété;
- des nausées ou des vomissements;
- des convulsions précédées ou suivies d'illusions ou d'hallucinations visuelles, auditives ou tactiles transitoires;
- un délire alcoolique.

Délirium Tremens

- ❑ État dans lequel se trouve la personne alcoolique en cas de sevrage sans surveillance médicale.
- ❑ Caractérisé par des tremblements des membres, accompagnés d'un état fiévreux, d'hallucinations angoissantes, autant visuelles que sonores, et de pertes de conscience.
- ❑ Implique une hyperactivité inhabituelle, une hypertension artérielle, de troubles du rythme cardiaque.



Délirium Tremens

Entraine une **hyperactivité du SNA** → possibilité de **décès** relié à une hyperthermie, un collapsus vasculaire périphérique ou une insuffisance cardiaque.

Peut être mortel et doit être
traité avec des
benzodiazépines à haute dose

Interventions

- Surveiller symptômes associés au *délirium tremens*
- Prendre **SV** réguliers
- Surveillance accrue de la T°
- Administrer **benzodiazépines** selon ordonnance médicale
- Administrer **traitement vitaminique** (thiamine [vitamine B1], acide folique et vitamine B12) selon ordonnance médicale → prévient les séquelles neurologiques et pallie à la malabsorption des aliments

Interventions

- Favoriser environnement calme, silencieux et éclairé
- Favoriser le sommeil
- Sécuriser l'environnement → risque de blessure physique en lien avec confusion et hallucinations

Questions afin de détecter une dépendance aux drogues

- «Vous arrive-t-il d'être incapable de résister à une envie de consommer de la drogue?»
- «Est-ce que votre consommation de drogue affecte votre sommeil ou votre appétit?»
- «Avez-vous déjà menti sur la quantité de drogue que vous consommiez?»
- «Consommez-vous régulièrement de la drogue au réveil ou au coucher?»

Symptômes cliniques

ENCADRÉ 16.8

Symptômes de sevrage des benzodiazépines

Les principaux symptômes de sevrage sont :

- l'anxiété;
 - l'irritabilité;
 - l'agitation;
 - l'insomnie;
 - des cauchemars;
 - des tremblements;
 - des étourdissements;
 - une hypersensibilité à la lumière, aux sons, aux odeurs et aux goûts;
- des hallucinations transitoires;
 - une transpiration excessive;
 - des crampes musculaires;
 - de l'anorexie;
 - des nausées, des vomissements;
 - de la tachycardie;
 - une légère hypertension;
 - des convulsions (rare).

Questions afin de détecter la dépendance aux médicaments

- «Vous arrive-t-il d'être incapable de résister à une envie de consommer un médicament?»
- «Avez-vous déjà manipulé un médecin ou mentit pour obtenir une ordonnance?»
- «Avez-vous déjà consommé des médicaments sans savoir ce que c'était et l'effet qu'il aurait sur vous?»
- «Est-ce que vous prenez des médicaments plus longtemps ou à doses plus élevées que prescrit par le médecin?»

LE **CISSS** DES LAURENTIDES
complice de votre santé

LA MÉDICATION EN SANTÉ MENTALE

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
des Laurentides

Québec 

La médication

Vous devez :

- Vérifier la prise de médication
- **Si usager refuse**: le noter au dossier et aviser le médecin traitant (un patient apte peut refuser sa médication régulière et/ou PRN)
- Offrir régulièrement les PRN aux usagers dont l'état le requiert

La médication et les surveillances

- Important de bien contrôler leurs symptômes en phase aigue
- Médication régulière et PRN permettent de mieux contrôler leurs symptômes.
- Évaluer la condition physique et mentale de l'usager afin de documenter l'état de l'usager avant l'administration de la médication.
- **Prise de signes vitaux (TA, pouls, FR, saturation) avant l'administration : médicaments agissant sur le SNC.**
- Surveillance post médication



Les antipsychotiques les plus courants

	Nom générique	Nom commercial	Antico-linergique	Somnolence	Hypotension	Dystonie	Gain de poids
Première génération	Halopéridol	Haldol	++	++	++	++++	+++
	Loxapine	Loxapac	+++	++++	+++	+++	+
	Décanoate de zuclopthixol	Clopixol Dépôt	+++	++++	++	++	+++
	Acétate de zuclopthixol (IM)	Clopixol-acuphase					

L'usage d'antipsychotiques de première génération de puissance élevée augmente le risque d'apparition d'effets extrapyramidaux mais ceux de deuxième génération peuvent aussi induire des effets extrapyramidaux.

Symptômes extrapyramidaux

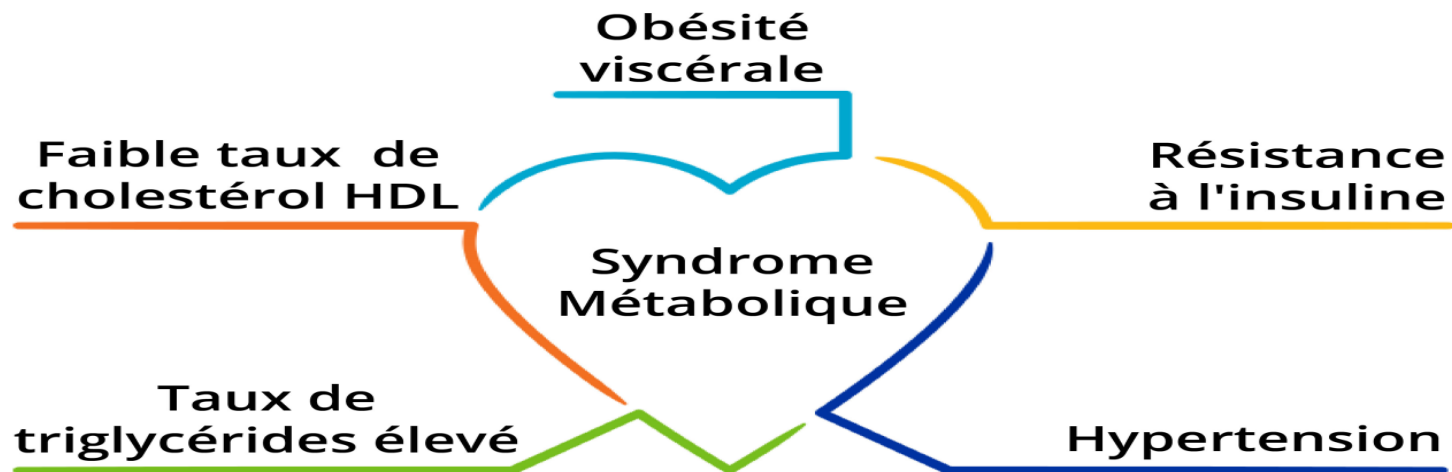
Symptômes	Définition	Délai d'apparition
Dystonie	Spasme et torsion musculaire aux yeux (crise oculogyre), à la langue (glossospasme), au cou (torticolis) et au dos (rétrocolis)	Dans les 5 premiers jours, rarement après 3 mois de traitement
Akathisie	Impossibilité de rester en place, besoin irrésistible de bouger, irritabilité, agitation	De quelques heures à quelques jours après l'introduction d'un antipsychotique
Parkinsonisme	Réduction des mouvements moteurs (akynésie, bradykinésie), rigidité musculaire, masque facial, tremblement, instabilité posturale, démarche traînante, sialorrhée	Dans les premiers mois de traitement
Dyskinésie tardive	Mouvement involontaire du visage, des lèvres, de la mâchoire, de la langue, des yeux, du cou, des membres et du tronc, mouvements souvent marqués et involontaire	Après plusieurs mois à plusieurs années de traitement

Antipsychotiques de 2^e génération

	Nom générique	Nom commercial	Antico-linergique	Somnolence	Hypotension	Dystonie	Gain de poids
Deuxième génération	Asénapine	Saphris	++	+++	+++		+++
	Clozapine	Clozaril	++++	++++	++++	+	++++
	Lurasidone	Latuda	+	+++	++	++	+
	Olanzapine	Zyprexa	+++	++++	++	+	++++
	Palminate de palipéridone	Invega Sustenna (IM)	++	++	+	+	+++
	Quétiapine	Seroquel	++++	++++	+++	+	+++
	Microsphères de rispéridone	Risperdal Consta (IM)	++	++	+	+	+++
	Rispéridone	Risperdal	++	+++	+++	+	+++
	Ziprasidone	Zeldox	+++	+++	+++	++	++

Augmente le risque de syndrome métabolique

Le syndrome métabolique



Le SM est l'association de plusieurs anomalies métaboliques incluant

- Hypertension artérielle (HTA)
- Hyperglycémie
- **Dyslipidémie** (particulièrement un taux élevé de triglycérides et un faible taux de C-HDL)
- Obésité abdominale

Ce trouble a pour conséquence de diminuer l'espérance de vie de 20 à 25 ans

Antipsychotiques de 3^e génération

	Nom générique	Nom commercial	Antico-linergique	Somnolence	Hypotension	Dystonie	Gain de poids
Troisième génération	Aripiprazole	Abilify	++	+++	++	+	++
	Aripiprazole (IM)	Abilify Maintena					

→ **Facteurs de risques** : déshydratation, jeune âge, sexe masculin, agitation, administration parentérale ou rapide de l'antipsychotique, syndrome cérébral organique ou fatigue extrême.

Complications graves peuvent survenir de 24 à 72 heures après les premiers symptômes

Tous les antipsychotiques peuvent induire un syndrome malin des neuroleptiques

Syndrome malin des neuroleptiques (SMN)

- Le SMN a été décrit en 1960 par Delay et al., sous le nom de «*syndrome akinétique hypertonique*».
- Représente un accident rare (**fréquence estimée entre 0,02 et 3,3 %**), mais redoutable et engageant parfois le pronostic vital.
- **Urgence médicale car le syndrome peut être fatal. Il peut survenir avec la prise de n'importe quel antipsychotique.**



Le syndrome malin des neuroleptiques

- Symptômes apparaissent dans les **2/3 des cas dans la 1^{ère} semaine** de l'introduction d'un neuroleptique ou **au moment de l'augmentation de la dose** d'un traitement neuroleptique en cours.
- Peut apparaître après une seule dose comme après plusieurs années de traitement avec la même dose.
- **Causes** : pas entièrement connues, mais le blocage de récepteurs dopaminergiques semble être le mécanisme central.



: <http://www.sante24.ma/medecine/actualite-medicale/psychiatrie/item/707-syndrome-malin.html>

Symptômes

- **Hyperthermie**
- Troubles du tonus musculaire avec **rigidité musculaire**
- Dysrégulation du système nerveux autonome
- Troubles de la conscience (**altération du niveau de conscience** allant de la confusion au coma)
- **Dystonie neurovégétative** (diaphorèse, hyperpyrexie, hypertension labile, sialorrhée, tachycardie, tachypnée)
- Sur plan biologique, on retrouve fréquemment une élévation de la créatine-phosphokinase (CPK) ou (CK) (reflétant la lyse musculaire et une hyperleucocytose)
- **Nécrose musculaire** pouvant provoquer une insuffisance rénale avec myoglobinurie

****Il faut cesser immédiatement la prise d'antipsychotique et l'utilisateur doit recevoir rapidement de l'aide médicale.**

Le syndrome anticholinergique

- Symptômes causés par la prise d'antiparkinsoniens tels que le **Kémadrin** et le **Cogentin**.
- Réversible et cesse lorsque le médicament est éliminé.
- Prise d'antipsychotique peut aussi provoquer des effets anticholinergiques aussi appelés antimuscariniques.

Symptômes :

- Mydriase et photophobie
- Vision trouble
- Bouche sèche
- Étourdissement
- Rétention urinaire
- Confusion



Le syndrome sérotoninergique

- Accumulation importante de sérotonine provoquée par des doses élevées ou par l'utilisation simultanée de médicaments influençant le taux de sérotonine

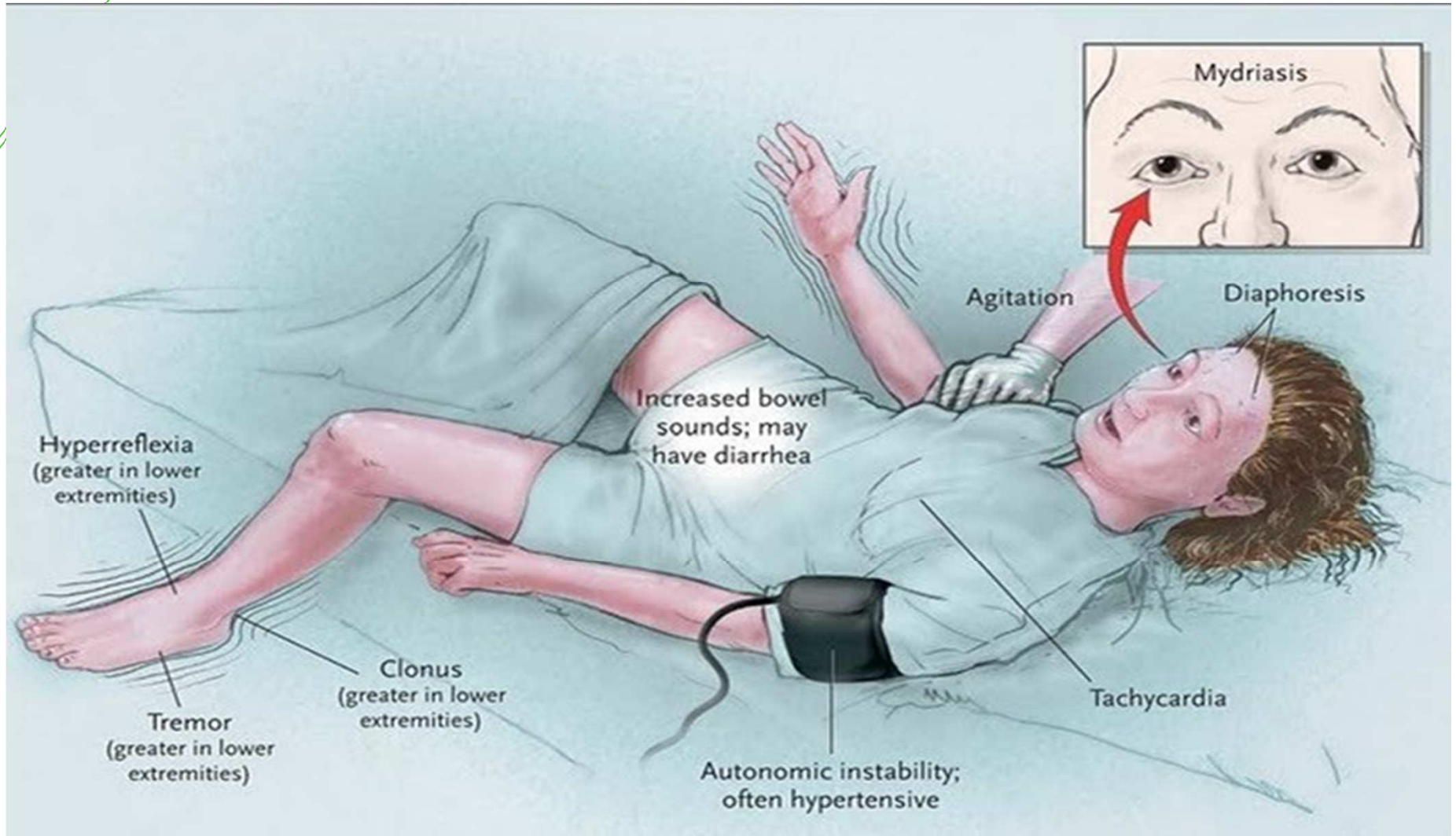
Symptômes :

- Agitation psychomotrice
- **Ataxie**
- Augmentation T.A.
- **Changement d'humeur**
- Confusion
- **Diaphorèse**
- Diarrhée
- **Hyperréflexie**
- Hyperthermie
- **Hypomanie**
- Myoclonies
- **Tachycardie**
- **Tachypnée**
- **Tremblements**

Symptômes graves :

- Choc cardiovasculaire
- Convulsions
- Décès
- Il faut cesser les médicaments qui provoquent une augmentation du taux de sérotonine et soulager les symptômes. Une assistance médicale est nécessaire.

Syndrome sérotoninergique



Syndrome Anticholinergique

-Symptômes de nature anticholinergique causés par la prise d'antiparkinsoniens tels que le **kémadrin** et le **cogentin**.

-Réversible et cesse lorsque le médicament est éliminé.

-Prise d'antipsychotique peut aussi provoquer des effets anticholinergiques aussi appelés anti muscariniques.

Symptômes :

- Mydriase et photophobie
- Vision trouble
- Bouche sèche
- Étourdissement
- Rétention urinaire
- Confusion

Cesser l'administration des antiparkinsoniens et aviser le psychiatre

Syndrome sérotoninergique

Accumulation importante de sérotonine provoquée par des doses élevées ou par l'utilisation simultanée de médicaments influençant le taux de sérotonine

Symptômes:

- Agitation psychomotrice
- Ataxie
- Augmentation T.A.
- Changement d'humeur
- Confusion
- Diaphorèse
- Diarrhée
- Hyperréflexie
- Hyperthermie
- Hypomanie
- Myoclonies
- Tachycardie
- Tachypnée
- Tremblements

Symptômes graves :

- Choc cardiovasculaire
- Convulsions
- Décès

Il faut cesser les médicaments qui provoquent une augmentation du taux de sérotonine et soulager les symptômes. Une assistance médicale est nécessaire

Syndrome malin des neuroleptiques

-Urgence médicale qui peut être fatale.

-Elle peut survenir avec la prise de n'importe quel antipsychotique

Symptômes :

- Réduction de l'état de conscience
- Augmentation importante du tonus musculaire
- Dystonie neurovégétative (diaphorèse, hyperpyrexie, hypertension labile, sialorrhée, tachycardie, tachypnée)
- Nécrose musculaire pouvant provoquer une insuffisance rénale avec myogloburie

Il faut cesser immédiatement la prise d'antipsychotique et l'utilisateur doit recevoir rapidement de l'aide médicale

La Clozapine

Un médicament à risque mais efficace

- Risque le plus important : l'**agranulocytose** → diminution ou absence de leucocytes agranulocytes, ce qui augmente le risque d'infection.
- Important d'aviser le médecin traitant si l'usager présente des **symptômes d'allures grippaux** avec **température** (1^{er} signe d'intox) car ceux-ci peuvent être les premiers signes d'une agranulocytose.
- Médicament accepté par Santé Canada et s'occupe de faire des suivis réguliers avec l'usager (FSC q semaine).
- Traitement débuté avec une faible dose de 25 mg et une TA couchée/debout est prise
- Si aucune prise pendant plus de 48 heures, on doit lui débiter à la dose de départ (ex : 25 mg au lieu de 700mg)
- À risque de mortalité (4 comprimés si usager non contrôlé)

Les anti-dépresseurs les plus utilisés à l'urgence

	Nom générique	Nom commercial	Effets indésirables
Inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS)	Citalopram	Celexa	Agitation, céphalées, effets gastro-intestinaux, insomnie, irritabilité
	Escitalopram	Cipralax	
	Fluoxétine	Prozac	
	Fluvoxamine	Luvox	
	Paroxétine	Paxil	
	Paroxétine CR	Paxil CR	
	Sertraline	Zoloft	
Antidépresseurs atypiques	Bupropion SR/XL	Wellbutrin SR/XL	Céphalées, hypotension, somnolence, gain de poids
	Mirtazapine / RD	Remeron / RD	
	Trazodone	Desyrel	
Inhibiteurs du recaptage de la sérotonine et de noradrénaline (IRSN)	Desvenlafaxine	Pristiq	Céphalées, effets gastro-intestinaux
	Duloxétine	Cymbalta	
	Venlafaxine	Effexor XR	

Les antidépresseurs peuvent interagir avec plusieurs molécules. Ainsi, le **syndrome sérotoninergique** apparaît rapidement avec l'accumulation excessive de sérotonine. Chez les usagers atteints de trouble dépressif majeur, le syndrome sérotoninergique est provoqué par des doses élevées ou par l'utilisation simultanée de classe de médicaments différents.

Les stabilisateurs de l'humeur

- Rôle majeur dans le traitement des troubles bipolaires : stabilisent l'humeur et préviennent l'apparition d'épisodes de manie ou de dépression.
- Groupe de médicaments comprend le **Lithium** ainsi que des stabilisateurs de l'humeur anticonvulsivants.

Lithium Carbonate : jusqu'à 75 % des clients traités avec du lithium éprouvent des effets indésirables.

Principaux effets indésirables du Lithium

Usage prolongé : effets persistants	Toxicité légère : lithémie 1.2 à 2.0 mmol/L	Toxicité modérée : lithémie 2.0 à 2.5 mmol/L	Toxicité grave : lithémie > 2.5 mmol/L
<ul style="list-style-type: none"> • Acné • Alopécie • Hyperthyroïdie • Leucocytose • Polyurie • Polydipsie • Prise de poids • Psoriasis • Tremblements légers 	<ul style="list-style-type: none"> • Déangement gastro-intestinal • Faiblesse musculaire • Léthargie • Polyurie • Polydipsie • Tremblements légers 	<ul style="list-style-type: none"> • Confusion • Sédation • Léthargie • Nausées, vomissements et diarrhées • Tremblements amplifiés <p>À mesure que le taux augmente :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ataxie • Détérioration de l'état mental • Dysarthrie 	<ul style="list-style-type: none"> • Collapsus cardiovasculaire • Coma • Convulsions • Mort

Lors de toxicité grave et lors de surdose (volontaire ou non), le risque d'atteinte neurologique permanente devient significatif lorsque le taux sérique dépasse 2.5 mmol/L.

Important de diminuer le taux rapidement et la méthode la plus fiable jusqu'à présent reste **l'hémodialyse**.

- L'utilisateur ne peut pas prendre d'Advil
- L'utilisateur aura des dosages sanguins fréquents
- Si l'utilisateur est déshydraté, ↑ du taux lithium sanguin

Anxiolytiques et hypnotiques

	Nom générique	Nom commerciaux
Benzodiazépines	Alprazolam	Xanax
	Bromazépam	Lectopam
	Chlordiazépoxyde	Librium
	Clonazépam	Rivotril
	Diazépam	Valium
	Flurazépam	Dalmane
	Lorazépam	Ativan
	Midazolam	Versed
	Oxazépam	Serax
	Témazépam	Restoril
Hypnotique non benzodiazépinique	Zopiclone	Imovane
Autres anxiolytiques et hypnotiques	Diphenhydramine	Bénadryl
	Hydroxyzine	Atarax

- Généralement administrés pour le traitement **des troubles anxieux et des troubles du sommeil.**
- La plupart agissent en provoquant une dépression du SNC.
- Certains peuvent entraîner une dépendance et doivent être administrés avec prudence.

LE **CISSS** DES LAURENTIDES
complice de votre santé

LA PÉDOPSYCHIATRIE

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
des Laurentides

Québec 

Particularités en pédopsychiatrie

- **Enfants de 14 ans et plus** peuvent décider par eux même les soins qu'ils désirent et nous n'avons aucune obligation d'aviser les parents de la situation.
- Tenter de faire comprendre l'importance de la présence des parents au chevet afin de l'aider à prendre les décisions concernant sa santé.
- **Exceptions** à la confidentialité des personnes de 14 à 18 ans :
 - Consentement des parents ou du tuteur est obligatoire lorsque les soins représentent un risque sérieux pour sa santé et peuvent lui causer des effets graves et permanents.
 - Si le mineur séjourne plus de 12 heures dans un établissement de santé ou de services sociaux, son parent ou son tuteur sera avisé que l'enfant a été admis dans cet établissement.

Particularités en pédopsychiatrie

- **En bas de 14 ans**, présence des parents ou du tuteur est obligatoire afin de recevoir des soins.
- Présence des parents est **fortement** suggérée afin d'obtenir une meilleure évaluation par l'équipe de la pédopsychiatrie.
- Chercher l'autorisation du jeune afin de pouvoir aviser de la présence de leur enfant dans notre centre et que leur présence est nécessaire pour l'évaluation.

Particularités en pédopsychiatrie

- Enfant de **moins de 14 ans** ne peut pas être mis en garde, car ce sont les parents qui décident les soins requis par l'état de santé de l'enfant.
- Si parents décident de quitter malgré l'avis contraire du médecin traitant et que ce dernier croit que l'enfant peut courir un risque pour sa santé, il faut immédiatement faire un **signalement à la DPJ**

LE **CISSS** DES LAURENTIDES
complice de votre santé

TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
des Laurentides

Québec 

Trouble du spectre de l'autisme (TSA)

Symptômes comportementaux possibles :

- Hyperactivité
- Réduction du champ de l'attention
- Impulsivité
- Agressivité
- Automutilation
- Crises de colère



Ne tolèrent pas les changements mineurs dans l'environnement.
Absence d'interaction sociale est souvent remarquée.

TSA et diagnostics associés

- Syndrome Gilles de La Tourette
- Trouble Obsessif Compulsif (TOC)
- TDA-H
- Trouble anxieux
- Dépression/Trouble bipolaire
- Épilepsie (30 à 50% des enfants ayant un TSA sans historique de crises peuvent développer de l'épilepsie à l'âge de la puberté)
- Déficience intellectuelle
- Problème de santé: reflux gastrique, problèmes intestinaux
- Troubles/difficulté de sommeil

(Autism Ontario, 2003-2005)

Le TSA en trois mots

Les forces

Mémoire visuelle, perception des détails
Intègre l'information rapidement en bloc
Apprend et répète des routines, des séquences
Comprend et utilise l'information concrète
Honnêteté et transparence
Centrer sur des sujets précis, intérêts spécifiques, expertise

Leur perception

Émotif et dépendant des relations sociales.
Déficient sur le plan de la communication concrète parce qu'obsédé par le partage de son vécu.
Friand de télé-réalité ou de romans à l'eau de rose.
Fait des choix pour plaire et non en fonction de ce qu'il a le goût de faire.
Camouffle le sens de ses paroles sous les doubles sens et les paraboles.

Souvenez-vous

Chaque personne est unique.
L'intensité des symptômes varie.

Médicaments souvent prescrits en pédopsychiatrie pour traiter le TDA-H : **Les psychostimulants et Atomoxétine**

Nom générique	Nom commercial	Effets indésirables
Atomoxétine	Strattera	Nausées, vomissements, douleurs abdominales, perte d'appétit, insomnie.
Dextroamphétamine	Dexedrine	
Lisdexamfetamine	Vyvanse	
Méthylphénidate	Ritalin	
	Biphentin	
	Concerta	
Sels mixtes d'amphétamines	Adderall XR	

LE **CISSS** DES LAURENTIDES
complice de votre santé

NOTES AU DOSSIER EN SANTÉ MENTALE

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
des Laurentides

Québec 

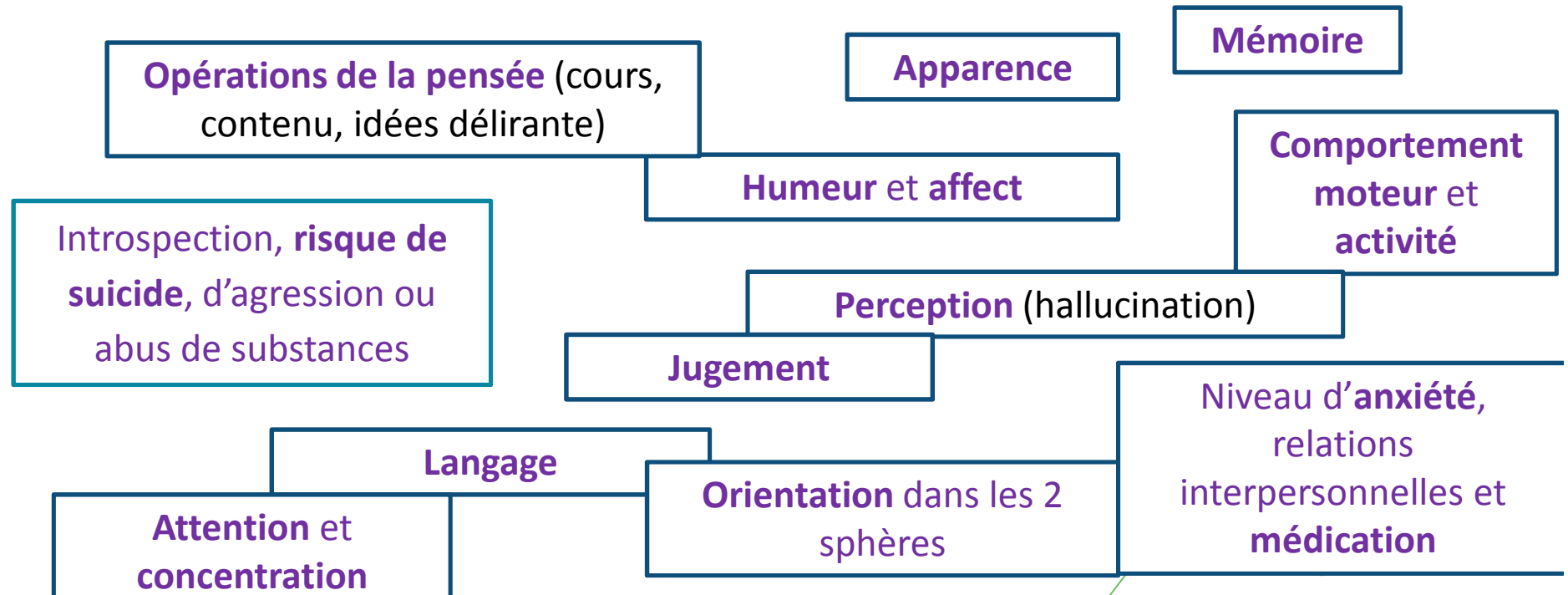
Notes au dossier

- ❑ Ne pas oublier que les notes ont pour but de nous renseigner sur l'utilisateur
- ❑ Permet au lecteur de décrire l'état de santé de l'utilisateur qui ne peut être décrit via les notes par exception (notes cochées ou abrégées)
- ❑ Si l'information figure déjà dans la section des notes cochées (ou abrégées), il n'est pas nécessaire de répéter l'information dans les notes narratives, SAUF s'il y a un changement dans la condition de l'utilisateur

Évaluation de la condition physique et mentale

Évaluation de la condition physique et mentale à partir de **données objectives et subjectives**, les **interventions infirmières** et les **résultats observés**.

Quels éléments pouvons-nous évaluer?



Termes à éviter

Éviter les expressions vagues ou coutumières :

- Bien dormi
- Mange bien
- Socialise avec ses pairs, de belle humeur
- Bon comportement
- Coopère
- Circule peu
- Circule à volonté
- Disponibilité offerte
- Éviter le mimétisme

Quoi inscrire dans les notes au dossier?

- Évaluation de l'état mental de l'utilisateur (voir fleur de l'état mental)
- Besoins de sécurité de l'utilisateur, (Est-il en jaquette? A-t-il ses effets personnels? A-t-il un service privé?)
- Évaluations et interventions faites auprès de l'utilisateur (ceux nommés précédemment par exemple et résultat obtenu)
- Collaboration de l'utilisateur
- Directives données à l'équipe soignante (ex : service privé avisé du risque d'automutilation de l'utilisateur)
- Inscrire au Kardex les interventions jugées pertinentes pour le suivi de l'utilisateur.

Exemple d'une note au dossier

« 2018-08-20 14:35 : Usager installé à l'observation 18, calme et coopère bien. Hygiène négligée, cheveux non coiffés, ongles longs et sales. Méfiant lors de l'arrivée du PAB au chevet. Se dit triste d'être ici. Affect plat lors de l'entrevu, regard fuyant. Demande souvent pourquoi on lui pose des questions, pourquoi on lui accorde autant d'importance. Rire inapproprié et propos incohérents par moment. Usager refuse de prendre ses SV. Usager pleure en disant : «Mes frères me laissent de côté». Pas d'idées suicidaires ni d'idées noires. Absence d'hallucinations visuelles et auditives. Jaquette à boutons installée avec l'aide du PAB, effets personnels retirés.»

Remerciements

Document élaboré en février 2018 par :

- Cédric Desbiens, infirmier urgence de St-Jérôme

Mise à jour en mai 2018 :

Par les conseillères en soins infirmiers secteur Urgence : Sarah Campeau (LDDM) et Annick Martel (St-Jérôme)

Consultation par les conseillères en soins infirmiers en santé-mentale du CISSS des Laurentides : Christelle St-louis et Marie-Kim Dion.

Références

Fortinash, Katherine; Holoday Worret, Patricia (2013). Soins infirmiers : Santé mentale et psychiatrie. Chenelière Éducation, 1950 p.