



PRATIQUE CLINIQUE

Les incontournables en santé mentale à l'urgence

Considérant la prévalence élevée des troubles de santé mentale au Québec, il est primordial de procéder à une évaluation holistique des patients afin d'éviter une mauvaise interprétation de leur présentation clinique. Évaluer l'état mental et l'état physique de manière fragmentée pourrait causer des erreurs dans l'interprétation des signes et symptômes manifestés par le patient. Cet article vise donc à outiller les infirmières d'urgence face à l'évaluation et à la prise en charge d'une personne présentant des symptômes s'apparentant à ceux d'une condition de santé mentale ou à un problème de santé mentale établi. L'article abordera des principes liés à l'évaluation de la condition physique et mentale, l'évaluation du risque suicidaire, les principes importants associés à la médication présentant un risque, la consommation, la prévention de la violence et la surveillance requise. À la fin de cet article, un outil clinique est offert aux infirmières afin de les aider à structurer leurs évaluations et leurs interventions face à une clientèle présentant une condition de santé mentale à l'urgence.

par Laurence Fortier et Audrey Carrier

INTRODUCTION

L'état mental et l'état physique sont deux déterminants capitaux de la condition de santé globale d'un individu qui consulte à l'urgence. Près d'une personne sur cinq est atteinte d'un trouble mental (1-2). Ils représentent approximativement 15 % de l'ensemble des problèmes de santé (2). Les personnes peuvent donc se présenter dans les urgences pour une condition de santé mentale, pour un problème de santé physique ou les deux. L'infirmière qui exerce à l'urgence doit rester sensible à l'interdépendance entre la santé physique et mentale du patient. Une fragmentation de ces deux composantes pourrait causer des erreurs dans l'interprétation des signes et symptômes manifestés par le patient. Considérant la prévalence élevée des troubles de santé mentale au Québec, il est primordial de procéder à une évaluation holistique des patients afin d'éviter d'interpréter faussement leur présentation clinique.

Les infirmières œuvrant dans les urgences qui ne sont pas spécialisées en santé mentale émettent régulièrement la

demande d'être mieux outillées à cet effet. Cet article vise à décrire les éléments d'évaluation prioritaires et la prise en charge recommandée lorsqu'une personne se présente à l'urgence avec des symptômes pouvant s'apparenter à une maladie psychiatrique ou présentant des antécédents de santé mentale. Nous aborderons l'évaluation de la condition physique et mentale, le risque suicidaire, les principaux médicaments, la consommation et la notion d'agressivité. L'évaluation de la personne et les interventions qui en découlent peuvent être effectuées tout au long du séjour du patient à l'urgence. Étant donné la grande diversité du fonctionnement des urgences au Québec, vous pourrez adapter le contenu de l'article à votre pratique.

ÉVALUATION DE LA CONDITION PHYSIQUE

Tout d'abord, l'évaluation de la condition physique est incontournable, et ce, même si le patient se présente pour des symptômes qui semblent exclusivement liés à des problèmes de santé mentale. En ce sens, un problème d'origine physique ►

« L’infirmière qui exerce à l’urgence doit rester sensible à l’interdépendance entre la santé physique et mentale du patient. Une fragmentation de ces deux composantes pourrait causer des erreurs dans l’interprétation des signes et symptômes manifestés par le patient. »

doit être considéré avant toute chose, même en présence d’antécédents de santé mentale connus. En effet, l’espérance de vie des personnes atteintes de problèmes de santé mentale est réduite en moyenne de huit ans pour les hommes et de cinq ans pour les femmes, si l’on compare avec l’espérance de vie de la population en général (1). Cet écart est d’autant plus marqué pour les personnes présentant une schizophrénie qui engendre une réduction de l’espérance de vie de 12 ans pour les hommes et de 9 ans pour les femmes (1). Les personnes atteintes d’un trouble de santé mentale présentent un risque de mortalité prématurée lorsqu’on les compare à la population en général et ce ne serait pas uniquement explicable par les suicides (1).

L’objectif est d’éliminer rapidement une condition de santé physique critique pouvant mettre la vie du patient en danger. Cette condition physique pourrait être camouflée ou être à l’origine d’une exacerbation de signes et symptômes impressionnants d’allure psychiatrique comme des hallucinations ou de l’agressivité. Un phénomène intracrânien aigu comme un accident vasculaire cérébral (AVC), une tumeur ou une conséquence d’un traumatisme crânien cérébral (TCC) sont des exemples de problèmes de santé physique qui peuvent générer des comportements et des symptômes s’apparentant à une condition psychiatrique. Il est également important de considérer les signes de « bas débit » ou d’hypoperfusion cérébrale, de délirium ou de certains troubles neurocognitifs, d’hypoglycémie, des effets secondaires de certains médicaments comme la cortisone, la diphenhydramine ou tout autre anticholinergique. Finalement, tout phénomène entraînant une hypoxémie devrait être gardé en tête lors de l’évaluation (3).

Après s’être assuré de l’absence de symptômes nécessitant une prise en charge urgente, il importe de s’attarder aux antécédents de santé physique de la personne puisque ceux-ci peuvent avoir une forte influence sur l’état de santé mentale. En effet, les personnes présentant des problèmes de santé physique peuvent éprouver une détresse émotionnelle associée à leur perte d’autonomie, à la souffrance, aux hospitalisations multiples ou à l’impression d’être un fardeau pour leurs proches.

En sens inverse, les problèmes de santé mentale influencent également la prise en charge des problèmes de santé physique. Une personne anxieuse peut éviter de consulter malgré des symptômes alarmants ce qui retarde le diagnostic et affecte le pronostic ou génère des complications. L’évitement peut également être généré par des problèmes de dépendance si la personne craint de ne pas pouvoir consommer pendant la période où elle sera à l’hôpital. En revanche, l’effet inverse peut se produire si une personne devient excessivement inquiète ou hypervigilante à tous ses symptômes. Celle-ci pourrait consulter régulièrement à l’urgence afin d’être rassurée (19). Ces situations ne vous sont sûrement pas étrangères et devraient être perçues comme des symptômes provenant d’un problème sous-

jacent ou d’une prise en charge qui répond partiellement aux besoins complexes des personnes atteintes de problèmes de santé mentale.

ÉVALUATION DE LA CONDITION MENTALE

Afin de porter une évaluation de la condition mentale efficiente, certaines notions sont incontournables. L’examen mental lors de l’exacerbation des symptômes psychiatriques est l’équivalent d’une évaluation physique lors de symptômes biophysiques. À l’urgence, l’observation débute avant même la rencontre avec le patient, par exemple, en notant son comportement dans la salle d’attente avant le triage. Cette évaluation remplit plusieurs fonctions; il s’agit avant tout d’une évaluation objective permettant de soulever les capacités, mais aussi les incapacités du patient. Par exemple, dans l’évaluation du langage, l’infirmière peut être en mesure de déceler les forces et les besoins du patient. S’il démontre des difficultés à bien exprimer ses symptômes ou ses besoins, l’infirmière devra adapter le contenu de son évaluation pour s’assurer que l’interprétation des données recueillies est valide (4). D’autres éléments de l’examen mental doivent être recherchés à partir de questions directement posées au patient. L’évaluation de la condition mentale fournit donc des informations essentielles à l’émission d’une impression diagnostique puisque le patient n’est pas toujours en mesure de bien élaborer ses symptômes (4). Le Tableau 1 (voir p. 26) décrit brièvement les éléments incontournables à évaluer lors de l’examen mental. L’évaluation de l’état mental peut être complexe et ardue, mais nous assure d’avoir accès aux informations essentielles qui permettront d’adapter nos interventions aux besoins du patient.

Évaluation du risque suicidaire

Selon une étude basée sur les banques de données administratives de santé du Québec, 48,7 % des personnes décédées par suicide ont visité l’urgence dans l’année précédant le geste (5). De celles-ci, 29,5 % sont décédées dans le mois suivant leur congé à l’urgence (5). Ces 29,5 % représentent, selon les données recueillies par l’Institut national de santé

Tableau 1. Les composantes de l'examen de l'état mental

Composantes de l'examen mental	Informations à obtenir ou à observer	
L'apparence physique	- Âge apparent - Morphologie - Tenue vestimentaire - Hygiène corporelle - Faciès	- Odeur - Particularités physiques - Posture - Contact visuel - Attitude
Comportement moteur	- Activité psychomotrice - Mouvements - Tonus musculaire - Tremblements	- Gestes - Démarche - Dyskinésies - Dystonies
Langage	- Qualité du langage - Vocabulaire - Débit - Volume - Fluidité de la parole - Particularités	
État émotionnel	- Humeur (état émotionnel sur une longue période) - Affect (état émotionnel immédiat) - Congruence (l'humeur et l'affect sont cohérents, par exemple, une personne se dit déprimée depuis 2 semaines mais est euphorique pendant l'évaluation, l'humeur et l'affect seront alors discordants)	
Opérations de la pensée	- Cours de la pensée (rythme, cohérence et logique) - Contenu de la pensée (découragement, désespoir, etc.) - Idées délirantes (par exemple, un patient peut craindre d'être pourchassé par des extra-terrestres)	
Perceptions	- Hallucinations - Illusions - Autres troubles perceptuels	
Fonctions cognitives	- Orientation - Mémoire (court et long terme)	- Attention - Concentration
Jugement et autocritique	- Jugement (capacité d'évaluer la situation et de prendre des décisions adéquates) - Autocritique (capacité de reconnaître ses difficultés, d'avoir besoin d'aide et les conséquences de ses actes, capacité d'introspection) - Contrôle des impulsions	

Source : (4)

publique du Québec (INSPQ), un total de 312 personnes qui seraient décédées par suicide au courant de l'année 2018 (6). Les intervenants des urgences ont donc un rôle essentiel en matière de prévention du suicide.

En premier lieu, dès l'arrivée du patient au triage, il est primordial de rassurer la personne, d'établir un climat de confiance et de la soutenir. Une personne qui se présente à l'urgence avec des idées suicidaires est possiblement dans un état de crise et peut avoir besoin de ressentir une prise en charge immédiate. Une évaluation brève du risque suicidaire doit être faite lorsqu'on constate qu'une personne présente des facteurs de risque comme la consommation de drogues, d'alcool, des antécédents de santé mentale, un état de découragement, de perte d'espoir, une souffrance significative, etc. (14). Si la personne mentionne avoir des idées suicidaires, il sera alors requis de la questionner davantage et de faire une évaluation complète du risque suicidaire afin de déterminer ses besoins en termes de surveillance, de

suivi et de prise en charge (14). Cet article ne prétend pas être en mesure d'offrir une formation complète sur l'évaluation du risque suicidaire et nous invitons les infirmières d'urgences à se référer aux procédures en vigueur dans leur établissement. Cependant, puisque les éléments d'évaluation de ce risque ont évolué dans les dernières années, vous trouverez dans le Tableau 2 un abrégé des différents paramètres à considérer pour estimer le niveau d'urgence suicidaire ainsi que la dangerosité du patient.

Lorsqu'une personne consulte à l'urgence pour des idées suicidaires, le risque de suicide est grandement augmenté lors des premières semaines suivant son congé. Considérant que

Tableau 2. Éléments d'évaluation du risque suicidaire

Paramètres à considérer	Exemples de questions à poser ou éléments à explorer
Le niveau d'urgence suicidaire	- Quelle est la fréquence des idées suicidaires? - Quelle est la durée des idées suicidaires? - Est-ce que le patient a l'intention de se suicider? - Quelle est la planification (Quand? Où? Comment?) - Est-ce que le patient est capable de chasser ses idées ou il en est incapable? - Présence d'hallucinations mandatoires? - Quel est le niveau de tension émotionnelle du patient? - Est-ce qu'il accepte l'aide?
Dangerosité	- Est-ce que le moyen pour se suicider est de faibles ou de fortes probabilités d'entraîner des blessures ou la mort? - Est-ce que le patient a accès au moyen?
Facteurs additionnels	- Présence de signes avant-coureurs? (Messages d'adieu, don de biens, isolement, rémission spontanée, documents légaux, etc.) - Présence de facteurs ou d'événements précipitants? - Présence de facteurs de protection?
Tentative de suicide dans le passé	- Plus la tentative de suicide est récente, plus le risque suicidaire devrait être considéré élevé. - Histoire associée? - Est-ce que le patient est toujours dans le même contexte?

Source : (16)

le tiers de ces personnes obtiennent leur congé sans avoir de suivi planifié, il est incontournable de faire des interventions permettant d'assurer leur sécurité au moment de les libérer (7). Dans plusieurs urgences, la création d'un poste d'infirmière de liaison en santé mentale a permis de faciliter l'accès aux ressources qui pourront effectuer le suivi du patient au congé. Sa grande connaissance du réseau et des ressources externes permet de référer le patient vers des services appropriés, ce qui est plus difficile à faire pour une infirmière d'urgence qui est limitée dans le temps. Les infirmières œuvrant dans les urgences où il n'y a pas d'infirmière de liaison en santé mentale doivent connaître davantage les ressources externes qui permettront d'assurer la sécurité du patient. Des interventions brèves telles que le fait de déterminer avec le patient un plan de sécurité afin de lui permettre de s'y référer si les idées suicidaires reviennent peuvent être d'une grande utilité (14). Le Tableau 3 (voir p. 26) donne des exemples du contenu d'un plan de sécurité. ►

En remplissant ce plan de sécurité, l'objectif est de permettre au patient d'établir des stratégies et des filets de sécurité adaptés à sa réalité, qu'il sera en mesure de mettre en place en présence d'idées suicidaires.

Vous pouvez également vous référer au [site internet](#) de l'Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale (AQIISM) afin d'obtenir l'intégralité d'outils recommandés pour l'évaluation du risque suicidaire ainsi que le plan de sécurité qui peut être remis au patient. Nous vous invitons également à connaître les ressources en prévention du suicide ou en gestion de crise disponibles dans votre région afin de pouvoir les contacter au besoin et y référer les patients.

Tableau 3. Exemple de contenu d'un plan de sécurité

Éléments de réflexion
Pensées, émotions et changements qui indiquent que le patient va moins bien
Stratégies adaptées à mettre en place pour se distraire ou se changer les idées
Activités sociales que le patient peut effectuer, et avec qui
Personnes-ressources à contacter lorsque la souffrance devient trop grande, lors d'invasissement des idées suicidaires ou lors de sentiment de perte de contrôle
Ressources spécialisées professionnelles à contacter en cas de besoin, par exemple ligne infosociale (811), centre de prévention du suicide (1-866-APPELLE), médecin de famille, etc.
Moyens pour sécuriser son environnement
Suivis à venir et comment les contacter

Source : (15)

Considérations au niveau de la médication

Plusieurs médicaments utilisés en santé mentale nécessitent un suivi étroit. Cette portion de l'article portera sur des classes de médicaments spécifiques qui requièrent des surveillances particulières et qui peuvent provoquer des effets secondaires graves.

Lithium

Le lithium peut être utilisé, entre autres, dans un contexte de maladie affective bipolaire de type 1-2, de trouble schizoaffectif ou de trouble dépressif réfractaire (8). Sa toxicité et l'étroitesse de sa fenêtre thérapeutique demandent une plus grande vigilance et un dosage devrait être fait à l'urgence afin d'assurer que le problème de santé du patient n'est pas en lien avec cette médication. Généralement, le dosage sanguin de lithium devrait se trouver entre 0,6 et 1,2 mmol/L (8) et de 0,4 à 0,6 mmol/L chez les personnes âgées (23). Il est à noter que la dose de lithium prise par le patient ne sera pas systématiquement représentative de sa lithémie. De plus, puisque le lithium peut engendrer une insuffisance rénale il est recommandé de vérifier la clairance de la créatinine (8,12). Le fait d'avoir subi des intoxications au lithium par le passé ou d'avoir une lithémie élevée doit être considéré comme un facteur de risque de développer cette complication. L'utilisation de sel de table ou

de certains médicaments (les diurétiques, les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine) peut influencer le taux de lithium sérique. Les interactions médicamenteuses qui augmentent la lithémie peuvent également induire des troubles du rythme graves et potentiellement dangereux pour la survie du patient. Un allongement de l'intervalle QT peut en résulter et met le patient à risque de torsades de pointes. Il est donc essentiel de procéder à un ECG lors de l'évaluation initiale du patient (8). Le lithium intra érythrocytaire peut aussi être prélevé lorsqu'on suspecte une toxicité malgré une lithémie qui apparaît normale.

Un autre effet secondaire fréquent est l'hypothyroïdie qui se présente entre 8 % et 19 % des patients et qui peut être irréversible (8,12). Finalement, il est souhaitable de doser le lithium cinq jours après la modification des doses. À l'urgence, les infirmières devraient être en mesure de reconnaître les signes de toxicité et les situations pouvant la provoquer, ainsi que les interventions à effectuer, le cas échéant (voir Tableau 4).

Les intoxications peuvent survenir lors de déshydratation suite à la prise d'alcool, d'exercice physique, de périodes de canicule, suite à une gastro-entérite ou encore lors de prise volontaire de doses trop élevées de lithium. Lorsqu'on constate des symptômes de toxicité ou suite au résultat du dosage démontrant un taux trop élevé, il sera essentiel de procéder à la suspension de l'administration du médicament. S'il y a eu ingestion récente, il est à noter que le charbon activé n'a aucun effet sur le lithium. D'autres interventions prioritaires seront le maintien de la volémie, la correction des anomalies électrolytiques et la réhydratation. Il peut être requis d'effectuer une dialyse lors d'intoxications très sévères.

Tableau 4. Signes et symptômes pouvant laisser suspecter une intoxication au lithium

Sévérité de la toxicité	Signes et symptômes
Légère : Taux sérique entre 1,5 et 2 mmol/L	- Nausées, vomissements, diarrhées - Faiblesse musculaire - Fatigue - Difficultés de concentration - Trouble de la mémoire - Tremblements fins des mains - Somnolence
Modérée : 2 à 2,5 mmol/L	- Confusion - Léthargie - Ataxie - Dysarthrie - Nystagmus - Vomissements sévères - Tremblements grossiers - Fasciculations musculaires - Vision brouillée - Tintement des oreilles

Source : (8)



La Clozapine

La Clozapine est une molécule utilisée en deuxième intention pour le traitement de la schizophrénie, des troubles délirants, des maladies affectives bipolaires, des dépressions psychotiques et des troubles de la personnalité limite sévères. La Clozapine a également démontré de bons résultats en regard de la diminution du risque suicidaire, de l'agressivité, de l'impulsivité et de l'abus de substances chez la population présentant une maladie psychiatrique (9).

Cette médication présente cependant de nombreux effets secondaires pouvant être graves et nécessite un suivi étroit comprenant entre autres des contrôles hématologiques effectués par les compagnies pharmaceutiques et suivis par des infirmières spécialisées. Il est à retenir que la plupart des effets secondaires se manifestent dans les premières semaines de traitement. En ce sens, le patient sous Clozapine doit être observant des posologies prescrites et effectuer les suivis qui s'y rattachent. Par exemple, si un patient arrête brusquement la prise de Clozapine, il pourrait subir un rebond cholinergique qui consiste en la réapparition des symptômes psychotiques, des nausées, des vomissements, de l'irritabilité, de l'agitation et de l'insomnie (9). Les symptômes peuvent persister jusqu'à 4 semaines suivant l'arrêt (9).

Tel que mentionné plus tôt, un effet secondaire hématologique important consiste en la réduction significative du taux de globules blancs pouvant aller jusqu'à une neutropénie. Une surveillance régulière de la formule sanguine complète (FSC) est requise, car ce traitement comporte un risque important de granulocytopénie et d'agranulocytose (9). En plus, il est requis de prélever une FSC lorsque le patient présente des symptômes infectieux ou lors de la prise d'antibiotiques. La prise en charge du phénomène infectieux devra se faire de manière urgente afin d'éviter la détérioration rapide de la condition de santé du patient. Chez certains patients qui présentent un faible taux de globule blanc, la prise de lithium en concomitance avec la Clozapine peut pallier à la problématique (9).

Par la suite, l'effet indésirable le plus fréquent, et qui constitue un danger important, est l'iléus paralytique. Celui-ci est occasionné par une constipation résultant de l'effet anticholinergique du médicament qui peut être mal repérée, voire banalisée. La

sédation et le gain de poids causé par la prise de la Clozapine augmentent le risque de thromboembolie veineuse. Le patient doit donc éviter d'être immobile sur une longue période (9). Cet effet secondaire doit être particulièrement considéré chez les personnes présentant une dyspnée ou une douleur rétrosternale. Un autre élément important à connaître est le fait que les patients fumeurs métabolisent la Clozapine différemment. Puisque le tabagisme augmente l'élimination hépatique de la Clozapine, il en résulte une augmentation de sa concentration plasmatique lorsqu'il diminue sa consommation de cigarette (9). Donc, si le patient cesse de fumer sans modifier les doses de Clozapine, cela peut entraîner une toxicité. Finalement, il est possible que votre patient ne soit pas observant à la médication ou ne dise pas la vérité sur son assiduité. C'est pourquoi avant d'administrer une dose de Clozapine, il est prudent de vous assurer d'avoir obtenu un dosage sérique ainsi qu'une FSC afin de prévenir les surdoses et d'autres types de complications. Les signes et symptômes d'un surdosage sont l'altération de l'état de conscience, la somnolence, la tachycardie et l'hypotension (9). Ces symptômes s'apparentent à ceux du choc hypovolémique et peuvent aller jusqu'au décès (9). Pour plus d'informations et pour connaître l'ensemble des effets indésirables de la Clozapine, vous pouvez consulter [le guide d'utilisation créé par l'Institut universitaire de santé mentale de Québec](#) (9). Comme pour tout autre antipsychotique, la Clozapine peut entraîner un syndrome malin aux neuroleptiques (SMN). Ce syndrome est souvent confondu avec le syndrome sérotoninergique (SS) qui est plutôt attribuable aux antidépresseurs (voir la section qui suit).

Syndrome sérotoninergique et syndrome malin aux neuroleptiques

Le syndrome sérotoninergique (SS), comme son nom le dit, vient d'une surcharge sérotoninergique au niveau du cerveau. Ceci résulte le plus souvent d'une augmentation de dose de médicament ayant des propriétés sérotoninergiques, d'un surdosage ou de l'ajout d'une autre substance médicamenteuse. Les statistiques concernant la prévalence du SS ne sont pas claires. Puisque la fréquence de prescription de substances pouvant induire un SS est en croissance, de plus en plus de cas sont rapportés. Les principaux agents incriminants sont les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) comme le citalopram, le cipralax, la sertraline, ainsi que les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN) tels que la venlafaxine et les agents tricycliques (10,13). Le syndrome est d'installation rapide (< 24 heures) et donne une cascade de symptômes centraux variant de l'agitation, de l'anxiété à un état confusionnel pouvant évoluer jusqu'au coma. D'autres symptômes pouvant être présents sont l'hypertension artérielle, la diaphorèse, la tachycardie, une mydriase, l'hyperthermie et une hyperactivité gastro-intestinale. Finalement, l'irritabilité neuromusculaire est l'élément clef de la toxicité sérotoninergique et peut être détectée par la présence d'une hyperreflexie, de tremblements, d'un myoclonus, d'une rigidité ou de convulsions (10,13,20).

Le syndrome malin aux neuroleptiques (SMN) est une pathologie caractérisée par une affection neurologique. Le SMN concerne environ 1 à 2 cas sur 10 000 patients sous traitement (10,13). Dans la majorité des cas, les premiers symptômes apparaissent à l'intérieur de deux semaines suivant le début d'un traitement avec des neuroleptiques ou des antipsychotiques (10,13). Néanmoins, les symptômes associés à la maladie peuvent apparaître tout au long de la période de la prise de médicaments. Comme mentionné plus tôt, certains symptômes du SMN peuvent s'apparenter aux symptômes du SS. On y retrouve notamment de l'hypertension artérielle, la diaphorèse, la tachycardie, la tachypnée, l'hyperthermie et la sialorrhée. Il est également possible de constater une altération de l'état de conscience et une rigidité présente dans tous les groupes musculaires (10,13). Ce qui distingue le SMN du SS est l'hyporéflexie, l'absence de mydriase et une diminution des bruits gastro-intestinaux (10,13). Il est important de mentionner que la rigidité sans agitation est plus commune avec le SMN (21).

Les habitudes de consommation

Le nombre de décès survenus au Québec qui sont reliés à une intoxication suspectée aux opioïdes ou autres drogues pour la période de juillet 2020 à juin 2021 s'élève à 495 (17). Malgré la présence remarquable des opioïdes et de leurs effets néfastes, une proportion importante des décès demeurent attribuables à l'utilisation concomitante de drogues de rue ou de médicaments d'ordonnance (17). Une personne qui se présente intoxiquée à l'urgence peut difficilement nous spécifier le contenu exact du produit consommé. Il est toutefois pertinent de tenir compte de ce que le patient mentionne avoir consommé, mais sans s'y limiter. Une bonne stratégie afin de déterminer quelles sont les interventions et la surveillance adaptée au patient est d'observer les symptômes et les effets de la substance (3). Trois grandes catégories de substances sont déterminées, soit les déprimeurs (l'alcool, les benzodiazépines, le GHB), les opiacés (qui font référence aux substances naturelles dérivées du pavot d'opium, et les barbituriques), les stimulants (la cocaïne, les amphétamines ou le ritalin) et les perturbateurs (le cannabis, la kétamine, le LSD, PCP, MDMA et les autres hallucinogènes) (22).

Si le patient est en mesure de répondre aux questions, il sera essentiel de tenter d'obtenir sa confiance afin d'avoir le plus d'informations possible pour permettre de bien planifier les interventions et la surveillance requise. L'une des premières informations essentielles à obtenir pendant l'évaluation est de tenter de connaître la présumée substance consommée et évaluer l'effet qu'elle est censée occasionner en observant les symptômes actuels du patient. Une bonne stratégie est de déterminer l'effet qui semble dominer entre le déprimeur, le stimulant ou le perturbateur (3). Il est également indiqué de connaître la quantité consommée, la voie utilisée pour consommer et le moment de la dernière consommation. Ces données permettront d'estimer, entre autres, si le pic d'action est passé ou est à venir, ou encore si l'on doit anticiper un

sevrage. Il faut également tenter de connaître les habitudes de consommation de cette substance pour estimer le niveau de tolérance, de dépendance à la substance ou la présence d'un trouble lié à l'utilisation. Les personnes qui séjournent à l'urgence peuvent s'y trouver sur une période suffisamment longue pour ressentir des symptômes de sevrage d'une sévérité variable. Certaines substances, comme le gamma-hydroxybutyrate (GHB), produisent des sevrages impressionnants et dangereux qui peuvent nécessiter un séjour aux soins intensifs (11).

Finalement, afin d'éviter des surprises, il faut se questionner sur la possibilité que le patient puisse consommer à l'intérieur des murs de l'urgence. Une consommation inattendue chez une personne qui a été évaluée stable engendre des risques. Il faut donc réfléchir au besoin d'inspecter ou de saisir temporairement les effets personnels avec la présence des agents de sécurité et assurer une surveillance plus étroite lorsqu'il y a des visiteurs au chevet. La liste des différentes drogues et substances illicites ou en circulation est très longue. Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a créé un tableau fort utile intitulé «[Mieux connaître les drogues](#)» dans lequel vous pouvez trouver énormément d'informations sur les différentes drogues en circulation (22). Vous pouvez vous procurer ce tableau gratuitement sur le site du MSSS.

Prévention de la violence

Les stratégies de prévention de la violence devront être considérées dans les interventions à effectuer auprès d'un patient présentant des symptômes s'apparentant à un problème de santé mentale. La violence vécue par le personnel dans les urgences est un facteur qui contribue à la pénurie de ressources humaines (24). Les personnes présentant un problème de santé mentale ou qui sont intoxiquées ne présenteront pas toutes des comportements agressifs et violents, mais demeurent tout de même une population présentant un plus grand risque (26). Le fait d'avoir un problème de santé urgent, de vivre une grande détresse ou des symptômes inquiétants peut être suffisant pour réduire la capacité de certaines personnes à contrôler leurs émotions, ce qui engendre un plus grand risque d'avoir des réponses réactives et agressives (24).

Un indice annonciateur d'un risque d'agressivité est un antécédent de geste violent à l'égard du personnel. Si le patient a été violent par le passé, il sera important d'adapter la façon d'intervenir auprès de ce patient, par exemple, en s'assurant de garder une distance sécuritaire ou en intervenant à deux plutôt que seul. Ensuite, l'observation de comportements laissant suspecter un potentiel d'agressivité devrait indiquer à l'infirmière d'urgence qu'il sera nécessaire d'intervenir rapidement afin de favoriser une désescalade précoce (25). Des exemples de comportements sont : un usager présentant une conduite tapageuse, de l'agitation, de l'irritabilité, de l'impulsivité, une méfiance excessive, un trouble du comportement ou simplement présente un langage corporel suggestif d'agressivité (25,27). ►

Lorsqu'on détecte un risque d'agressivité ou un risque de violence, il est essentiel de mettre en place des interventions préventives afin de se protéger et de protéger les autres. Par exemple, toujours en fonction de la situation du patient, il pourrait être requis de retirer les effets personnels ou dangereux à proximité, aviser les collègues et les agents de sécurité, intervenir à deux ou placer le patient dans un environnement adapté, calme et sécuritaire (25). Une fois que tous les intervenants et le patient sont en sécurité, il sera important d'évaluer la cause de ce comportement. L'agressivité chez un individu devrait être perçue comme le symptôme d'une condition sous-jacente qui mérite d'être adressée (3). Les causes peuvent être en lien avec un besoin physique (p. ex., complication, hypoxémie, hypoglycémie, phénomène intracrânien, douleur, inconfort), psychologique (p. ex., anxiété, colère, inquiétudes, ennui), environnemental (p. ex., surstimulation ou sous-stimulation, bruits, lumières dérangeantes, alarmes) ou liées aux activités de soins (p. ex., incompréhension dans les activités de soins, inconfort, refus). Une fois le besoin établi ou estimé, une bonne stratégie est de s'y attarder afin d'y répondre rapidement et ainsi prévenir une complication, l'escalade des comportements réactifs ou une récurrence. Par exemple, si l'agressivité du patient est liée à des inquiétudes ou à une insatisfaction liée aux délais, le simple fait d'écouter les propos et de donner davantage d'informations permet de le rassurer et de lui montrer que les intervenants sont à l'écoute des besoins, ce qui peut réduire

le risque d'agressivité. Il est toutefois à noter qu'une personne présentant une agitation dangereuse ou une agressivité nouvelle est une situation anormale qui doit être rapidement adressée au médecin responsable.

SURVEILLANCE REQUISE

À la suite de l'évaluation des différents paramètres mentionnés dans l'article, vous devrez déterminer quels sont les besoins du patient en termes de surveillance clinique, de sécurité et de protection. Afin de faciliter la mise en place d'interventions adaptées aux besoins du patient, un outil a été élaboré et pourra vous être utile dans votre pratique à l'urgence (voir Figure 1).

La surveillance du patient peut être davantage axée sur la condition physique ou sur la condition mentale tout en fonction des résultats de votre évaluation. Ainsi, vous pourriez déterminer qu'un patient requiert la prise de signes vitaux rapprochée puisque vous suspectez une infection sévère chez un patient sous Clozapine. Une autre surveillance adaptée à la condition d'un patient suicidaire pourrait être de le placer dans un endroit où vous auriez un contact visuel constant et décider de retirer certains effets personnels afin d'assurer sa sécurité. Les décisions à prendre à la suite de votre évaluation sont nombreuses. ►

Figure 1. Outil d'évaluation d'un patient présentant un trouble de santé mentale à l'urgence

Évaluation du patient Santé mentale à l'Urgence

1. **Condition physique:** Éliminer les causes physiques des symptômes. Attention particulière aux personnes non-diagnostiquées ou nouveaux symptômes.

- 1.1 Évaluation neurologique
- 1.2 Hypoperfusion / Hypoxie / Hypoglycémie
- 1.3 Délirium (2nd à quoi?)/ Trouble neurocognitif
- 1.4 Effets secondaires / nouveaux médicaments?
- 1.5 Influence de la santé physique sur la SM

Interventions: _____

2. **Condition mentale:**

- 2.1 Apparence
- 2.2 Activité psychomotrice
- 2.3 Langage
- 2.4 Humeur et Affect
- 2.5 Opérations de la pensée
- 2.6 Troubles perceptuels
- 2.7 Attention et concentration
- 2.8 Jugement et autocritique

- 2.9 **Risque suicidaire**

- Urgence suicidaire et dangerosité
- Tentatives antérieures (Date et histoire associée)
- Éléments précipitants
- Éléments contribuant et prédisposant
- Facteurs de protection

Interventions: _____

3. **Médication:**

- 3.1 Lithium ou Clozapine?
- 3.2 Signes de toxicité
- 3.3 Assiduité / Prise adéquate
- 3.4 Dosage sérique
- 3.5 Syndrome malin des neuroleptiques / Syndrome sérotoninergique

Interventions: _____

4. **Consommation:**

- 4.1 Substance consommée / effet
- 4.2 Quantité prise
- 4.3 Moment des consommations (Dernière dose)
- 4.4 Voie utilisée pour consommer
- 4.5 Fréquence de la consommation
- 4.6 Sevrage
- 4.7 Possession / consommation de substance à l'urgence

Interventions: _____

5. **Risque d'agressivité**

- 5.1 Observation des comportements
 - Altération de l'état mental
 - Agitation, impulsivité, irritabilité, refus des soins
 - Trouble du comportement
 - Antécédent d'acte violent
- 5.2 Diagnostic à risque
- 5.3 Éléments déclencheurs

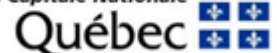
Interventions: _____



Association québécoise
des infirmières et infirmiers
en santé mentale
(AQISM)



Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale



CONCLUSION

Cet article présente un sommaire des notions théoriques et pratiques associées à la santé mentale applicables à l'urgence. Devant le besoin exprimé par les infirmières d'urgence, le contexte difficile de pénurie de ressources et le besoin d'améliorer les connaissances de base en santé mentale, l'outil proposé pourra contribuer à structurer l'évaluation et établir les interventions à appliquer. Plusieurs éléments sont incontournables afin de bien évaluer le patient qui mentionne avoir des symptômes d'allure psychiatrique à l'urgence et cet article permettra d'être davantage outillé face à cette clientèle.

Aide financière

Les auteurs n'ont reçu aucun soutien financier pour la rédaction et la publication de cet article.

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent ne posséder aucun conflit d'intérêts lié à la rédaction ou la publication de cet article. Il est toutefois important de mentionner que Laurence Fortier est l'une des éditrices associées de la revue *Soins d'urgence*, mais celle-ci n'a pas contribué à l'évaluation et à l'édition de cet article. ■

LES AUTEURES



Laurence Fortier, inf., M.Sc.

Infirmière de pratique avancée
Urgences
CHU de Québec — Université Laval
laurence.fortier@chudequebec.ca



Audrey Carrier, inf., M. Sc., IPSSM

Infirmière praticienne spécialisée en santé mentale
CIUSSSCN



RÉFÉRENCES

1. Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Surveillance des troubles mentaux au Québec: prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services. Gouvernement du Québec; 2012. https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1578_SurvTroublesMentauxQc_PrevMortaProfilUtiliServices.pdf
2. Institut de la statistique du Québec. Portrait statistique de la santé mentale des Québécois : résultats de l'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Santé mentale 2012. Gouvernement du Québec; 2015. https://bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01671FR_portrait_sante_mentale2015H00F00.pdf
3. Larocque A, Tremblay R, Ayotte V. La toxicologie à l'urgence : les plaisirs insoupçonnés des poisons. Formation continue offerte par l'Association des infirmières et infirmiers du Québec (AIIUQ); 2019. Matériel inédit.
4. Lalonde P, Pinard G. Psychiatrie clinique : approche bio-psycho-sociale. 4e éd. Montréal (QC): Chenelière éducation; 2016.
5. Vasiliadis HM, Ngamini-Ngui A, Lesage A. Factors associated with suicide in the month following contact with different types of health services in Quebec. *Psychiatric Services*, 2016; 66(2), 121-126. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400133>
6. Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Le suicide au Québec : 1981 à 2018 – Mise à jour 2021. Bureau d'information des études en santé des populations, Gouvernement du Québec; 2021. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2720_suicide_quebec_2021.pdf
7. Agence de la santé publique du Canada (ASPC), Commission de la santé mentale du Canada. Recherche sur le suicide et sa prévention : ce que relèvent les données probantes et sujets de travaux de recherche ultérieurs. Gouvernement du Canada; 2018. https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/2018-12/Research_on_suicide_prevention_dec_2018_fr.pdf
8. Procyshyn RM, Bezchlibnyk-Butler KZ, Jeffries JJ. Clinical handbook of psychotropic drugs, 23e éd. Hogrefe; 2019.
9. Département clinique de pharmacie du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale Nationale. Guide d'utilisation de la Clozapine. 2019. [https://www.ciuuss-capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/d8/files/docs/ProfSante/Pharmacie/Guide%20Clozapine_web%20\(2\).pdf](https://www.ciuuss-capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/d8/files/docs/ProfSante/Pharmacie/Guide%20Clozapine_web%20(2).pdf)
10. Ratté F, Thériault JF, Collin I. Démarche clinique, raisonnement clinique, examen physique, entrevue médicale. 2e éd. Québec : Presse de l'Université Laval; 2017.
11. Gouvernement du Canada. GHB. 2021. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/dependance-aux-drogues/drogues-illicites-et-reglementees/ghb.html>
12. Stahl SM, Muntner N. Psychopharmacologie essentielle : bases neuroscientifiques et applications pratiques. 4e éd. Cambridge : Cambridge University Press; 2013.
13. Kaplan JL, Porter RS. Le manuel Merck de diagnostic et de thérapeutique. 5e éd. Paris : Édition de médecine; 2014.
14. Rassy J, Lesage A, Larue C, Labelle R, Consortium. Protocole SécUrgence : un protocole d'évaluation et de prise en charge des personnes à risque de suicide dans les urgences du Québec. 2020. Matériel inédit.

15. Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale (AQIISM). Prendre congé en toute sécurité : prévention et gestion des conduites suicidaires en milieu hospitalier. 2018. <https://aqiism.org/wp-content/uploads/2018/11/D%C3%A9pliant-prendre-cong%C3%A9-en-toute-s%C3%A9curit%C3%A9-2018-04-29.pdf>
16. Lebel G, Ste-Marie R, Boudrias N, Montreuil M. Cadre de référence : guide d'évaluation de la personne à risque suicidaire (GÉRIS). CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal; 2018. <https://aqiism.org/wp-content/uploads/Outil-clinique-Cadre-de-r%C3%A9f%C3%A9rence-suicide-2018-Juillet-2018.pdf>
17. Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Décès reliés à une intoxication suspectée aux opioïdes ou autres drogues au Québec. Gouvernement du Québec; 2021. <https://www.inspq.qc.ca/substances-psychoactives/opioides/surdose/deces-intoxication/intoxication-suspectee>
18. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. Hospitalisations et visites au service d'urgence liées à une intoxication aux opioïdes au Canada. 2016. https://secure.cihi.ca/free_products/Opioid%20Poisoning%20Report%20%20FR.pdf
19. Pelletier-De Rico S. « Porte tournante » à l'urgence et usagers fréquents rencontrant des problèmes de santé mentale : la perspective des proches [mémoire]. Québec (Qc) : Université Laval; 2020. <http://hdl.handle.net/20.500.11794/38150>
20. Boyer E, Shannon M. The serotonin syndrome. N Engl J Med. 2005; 352(11) : 1112-1120. DOI: 10.1056/NEJMr041867
21. Kuhlilm L, Schönfeldt-Lecuona C, Gahr M, Connerman BJ, Keller F, Sartorius A. The neuroleptic malignant syndrome-a systematic case series analysis focusing on therapy regimes and outcome. Acta Psychiatr Scand. 2020; 142(3):233-241. <https://doi.org/10.1111/acps.13215>
22. Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS). Mieux connaître les drogues. Gouvernement du Québec; 2019. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-804-03F.pdf>
23. Vigilancesanté. RXvigilance : le logiciel pour les professionnels de la santé. 2021. <https://www.vigilance.ca/logiciel-medicaments-rxvigilance>
24. Serafin L, Sak-Dankosky N, Czarkowska-Pączek B. Bullying in nursing evaluated by the negative acts questionnaire-revised: A systematic review and meta-analysis. J Adv Nurs. 2020; 76(6):1320-1333. DOI: 10.1111/jan.14331
25. Fortier L. Démarche de prévention de la violence adaptée aux urgences. Outil clinique. 2021. Matériel inédit.
26. Gates D, Sue Ross C, McQueen L. Violence against emergency department workers. J Emerg Med. 2006; 31(3): 331-337. DOI: 10.1016/j.jemermed.2005.12.028.
27. Public Services Health & Safety Association (PSHSA). Workplace violence risk assessment toolkit for acute care. 2017. <https://terraform-20180423174453746800000001.s3.amazonaws.com/attachments/cjiisgqdp00dkfxj7w66n92vf-vprasaen0417-workplace-violence-risk-assessment-acute-care-toolkit-v1-1-2017-04-25.pdf>

Transfert Optimisé des Publications en Soins Infirmiers (TopSI)



TopSI.ca est une plateforme de formation continue composée d'éditrices et d'éditeurs dynamiques et passionnés du partage des connaissances en soins infirmiers.

En étroite collaboration avec ses plateformes cousines, soit TopMU, TopMF et TopSPU, TopSI permet aux infirmiers et infirmières francophones d'être mis à jour sur les dernières publications scientifiques et de les transférer directement dans leur pratique de demain. Tout ça, à l'aide de courtes capsules animées et stimulantes.

En plus de son contenu hyper pertinent, TopSI vous permet d'obtenir vos 7 heures de formations ACCRÉDITÉES exigées par l'OIIQ dans le confort de votre foyer, lors de vos déplacements et même en pratiquant votre sport préféré! Vous pouvez retrouver les capsules en format vidéo ou en balado.

De plus, sachez qu'il est possible de vous abonner GRATUITEMENT pour une période d'un an en tant que membre de l'AIUQ.

N'attendez plus et venez découvrir **TopSI.ca**!