

Directives utiles en salle d'urgence pour la prise en charge du client ayant une déficience intellectuelle

Préparées par Elspeth Bradley et le programme de première année de résidence en
psychiatrie (PGY1)

Comité de planification des études psychiatriques en déficiences intellectuelles
Université de Toronto

de système de récupération, sans la permission écrite de l'éditeur — sauf pour une brève citation (d'un maximum de 200 mots) dans une revue spécialisée ou un ouvrage professionnel.

Pour tout renseignement sur d'autres publications de CAMH ou pour passer une commande, veuillez vous adresser aux :

Services des publications
Centre de toxicomanie et de santé mentale
33, rue Russell
Toronto (Ontario) M5S 2S1
Canada
Tél. : 1 800 661-1111 ou 416 595-6059 à Toronto
Courriel : marketing@camh.net

Site Web : www.camh.net

Directives utiles en salle d'urgence pour la prise en charge du client ayant une déficience intellectuelle

ISBN 088868-434-7

2710/11-02 PR056

Imprimé au Canada
Copyright © 2002 Centre de toxicomanie et de santé mentale, Université de Toronto, Surrey Place Centre

À l'exception du guide, qui peut être photocopie par son acheteur dans le but de l'utiliser avec ses clients, cet ouvrage ne peut être reproduit et transmis, en partie ou en totalité, et sous quelque forme que ce soit, par voie électronique ou mécanique, y compris par photocopie ou enregistrement, ou par voie de stockage d'information ou

Préface

Depuis 1995, le programme de résidence en psychiatrie de l'Université de Toronto prévoit un enseignement systématique sur les déficiences intellectuelles. Ce sujet est présenté aux résidents au cours des six premiers mois de leur formation dans le cadre de deux séminaires d'une demi-journée chacun sur le programme de base. À ce stade, les résidents ne sont pas encore initiés à la psychiatrie. Ils sont particulièrement impatients d'apprendre comment gérer des urgences psychiatriques et, pour beaucoup, cette expérience est leur première auprès de personnes ayant une déficience intellectuelle.

Dans les observations qu'ils nous ont adressées, les résidents ont tous demandé un complément d'information sur la prise en charge de personnes ayant une déficience intellectuelle emmenées d'urgence à l'hôpital.

Les services de santé mentale spécialisés pour les personnes ayant une déficience intellectuelle sont rares en Ontario. Hélas, la première expérience clinique véritable du résident auprès d'une personne ayant une déficience intellectuelle se déroule souvent en salle d'urgence. Cette rencontre, positive ou négative, influencera probablement l'attitude du résident en psychiatrie envers les personnes ayant une déficience intellectuelle en tant que groupe. D'autre part, elle est susceptible d'influencer sa volonté de s'impliquer davantage auprès de cette population sur le plan professionnel.

C'est pourquoi nous avons voulu, en rédigeant ces directives, aborder plusieurs questions qui selon nous, si elles restent en veilleuse, peuvent être une source d'angoisse pour les soignants de santé et empêcher une intervention optimale dans le traitement des urgences touchant des personnes ayant une déficience intellectuelle.

Nous allons commencer par présenter des façons d'optimiser la consultation clinique. Ensuite, nous fournirons un cadre de travail pour comprendre et évaluer les problèmes de santé physique et mentale complexes qui souvent accablent les personnes ayant une déficience intellectuelle. Enfin, nous proposerons une façon de déterminer systématiquement la démarche

idéale à adopter en matière de traitement et de triage. Par ces directives, nous espérons pouvoir contribuer à une meilleure issue, tant pour le client qui se présente à la salle d'urgence que pour le résident (ou autre travailleur de la santé) qui lui prodigue des soins.

Ces directives ont été préparées par les membres du Comité de planification des études psychiatriques en déficiences intellectuelles : Elspeth Bradley (présidente), psychiatre spécialisée en déficiences intellectuelles¹, 2, 3 ; Lillian Burke, psychologue³ ; Carol Drummond, thérapeute du comportement³ ; Marika Korossy, bibliothécaire et coordonnatrice des publications³ ; Yona Lunsky, psychologue¹, 2, 3 ; Susan Morris, directrice, Soins cliniques¹, 2. Ces sept dernières années, les membres de ce comité multidisciplinaire ont enseigné aux résidents de première année de psychiatrie. Nous tenons à remercier tous les résidents qui au cours de leur première année ont assisté aux séminaires sur les déficiences intellectuelles offerts dans le cadre du programme de base et qui ont porté à notre attention leurs préoccupations immédiates à l'égard du travail auprès de cette population.

Le Comité est également reconnaissant aux personnes suivantes, qui ont aimablement révisé les premières ébauches de ces directives et fait d'utiles suggestions pour en améliorer le contenu : Dre Carol Coxon (résidente en

¹ Département de psychiatrie, Université de Toronto

² Programme de double diagnostic, CAMH, Toronto

³ Surrey Place Centre, Toronto

4e année de psychiatrie), Dre Laura McCabe (résidente en 3e année de psychiatrie), Dr Chris McIntosh (résident en 1re année de psychiatrie), Dre Nadine Nyhus [psychiatre, Programme de double diagnostic, Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH)], Toronto, Dr Martin Breton (médecin de famille, Programme de double diagnostic, CAMH, Toronto), M. Neill Carson (chef, Service des ressources sur le double diagnostic, Toronto) et Mme Brenda Greenberg (superviseure, Projets spéciaux, Griffin Community Support Network, Toronto).

Enfin, nous tenons à exprimer notre gratitude à la conceptrice, Caroline Hebblethwaite, et à la rédactrice en chef, Diana Ballon, du Centre de toxicomanie et de santé mentale, pour leur aide collégiale dans la préparation de ces directives pour leur publication.

Étant donné que nous souhaitons mettre les directives à jour régulièrement, nous vous serions vivement reconnaissants de nous fournir votre rétroaction. Voici les coordonnées de la personne à qui adresser vos remarques et vos suggestions :

Dre Elspeth A. Bradley
Surrey Place Centre
2 Surrey Place
Toronto (Ontario), Canada M5S 2C2

e.bradley@utoronto.ca

Table des matières

1 Évaluation	7
1.1 Optimiser la consultation clinique	
1.2 Compréhension biopsychosociale	
1.3 Évaluer les symptômes et les comportements susceptibles de révéler un trouble psychiatrique nouveau et vérifier la présence de troubles psychiatriques chroniques	
1.4 Mise en garde	
1.4.1 Comprendre les changements importants au niveau du comportement	
1.4.2 Comprendre l'agressivité	
1.4.3 Limitations du diagnostic en salle d'urgence	
1.4.4 Diagnostiquer une psychose	
2 Interventions en salle d'urgence.	19
2.1 Gérer la situation immédiate	
2.2 Écarter les troubles médicaux (et dentaires)	
2.3 Changer les médicaments	
2.4 Traiter un trouble psychiatrique	
3 Triage	23
3.1 Décider si une évaluation et un traitement complémentaires sont réalisables et souhaitables	
3.1.1 Hospitalisation requise	
3.1.2 Hospitalisation non requise mais prise en charge obligatoire dans un autre environnement	
3.1.3 Réintégration du milieu de vie avec soutiens et suivi	

4 Suivi	29
4.1 Médicaments	
4.2 Orientation vers des services spécialisés	
4.3 Pour la prochaine fois	
4.4 Dernier rappel	
5 Sommaire	34
6 Références bibliographiques	36
7 Autres ressources	36

1 Évaluation

1.1 Optimiser la consultation clinique

Ce que vous devriez savoir :

Les personnes ayant une déficience intellectuelle* diffèrent largement les unes des autres par leur capacité à comprendre et à communiquer leurs besoins, leurs malaises et leurs préoccupations. Vous devrez donc adapter votre approche au niveau de fonctionnement et de compréhension de chaque client.

Si le client a un comportement perturbateur, commencez par rencontrer brièvement les soignants pour en savoir

* La déficience intellectuelle est parfois désignée comme une déficience du développement (Ontario), une difficulté d'apprentissage (R.-U.) ou un retard mental (DSM-IV-TR, 2000).

plus sur son niveau de fonctionnement et obtenir leur avis sur la meilleure façon de l'aborder. Renseignez-vous sur les circonstances qui pourraient être particulièrement angoissantes pour cette personne (p. ex., des questions trop nombreuses ; un environnement bruyant ou très animé ; une trop grande proximité ; des surfaces réfléchissantes telles que des lunettes).

Beaucoup de gens peuvent être incapables de communiquer verbalement mais néanmoins attentifs aux comportements non verbaux des autres ; souvent, ils sont sensibles aux attitudes négatives de leur entourage à leur égard. Certaines personnes ont besoin des autres pour moduler leurs émotions et détecteront rapidement votre crainte et votre angoisse. Votre calme et votre ouverture d'esprit, ainsi qu'une attitude réconfortante et rassurante aideront le client à se décontracter.

La salle d'urgence est généralement un environnement étrange et peu familier. Pour les personnes ayant une déficience intellectuelle, l'expérience peut être particulièrement effrayante car elles ne comprennent peut-être pas ce qui se passe autour d'elles. Une visite aux urgences peut même être traumatisante, tant pour le client que pour sa famille. L'attente peut provoquer de l'angoisse et contribuer à des perturbations du comportement. Prenez un moment pour expliquer au client et aux personnes qui s'en occupent les raisons de cette attente. Si l'attente se prolonge, venez voir le client de temps à autre pour le rassurer. Ceci aidera à mener une entrevue plus efficace.

Demandez toujours s'il s'agit de la première visite du client au service des urgences et s'il existe des

renseignements sur ses antécédents. Si le client a été reçu en salle d'urgence auparavant, demandez ce qui s'est bien passé et ce qui s'est moins bien passé.

Vérifiez si des soignants dans la collectivité ont déjà établi un plan dynamique de gestion des crises et s'ils ont une lettre du médecin du client dans laquelle ce plan est défini.

Souvenez-vous : les apparences peuvent être trompeuses. Les personnes ayant une déficience intellectuelle peuvent sembler malentendantes ou muettes alors que ce n'est pas le cas. Les commentaires qu'elles entendent à leur sujet peuvent exacerber les problèmes qu'elles présentent.

Il faut du temps pour évaluer un client ayant une déficience intellectuelle. Les recherches indiquent que ce processus peut prendre quatre fois plus de temps qu'il n'en faut pour évaluer une personne sans déficience intellectuelle.

Conseils utiles pour l'entrevue :

- Essayez de mettre la personne aussi à l'aise que possible.

- La familiarité aide. Suggérez qu'une personne qui la connaît bien (p. ex., un soignant) reste avec elle.

- Suivez les suggestions faites par le soignant pour mettre le client plus à l'aise.

- Encouragez l'utilisation de moyens rassurants (p. ex. : un objet que la personne affectionne particulièrement ou

quelque chose qu'elle aime bien faire, comme se bercer ou rester debout).

- Essayez de trouver un endroit tranquille, sans interruptions.
- Essayez d'établir une relation positive avec le client :
 - Intéressez-vous à un objet précieux que le client serre entre ses mains.
 - Faites preuve de bienveillance et de beaucoup d'égards.
 - Faites attention aux indices et au ton de la voix.
 - Sachez reconnaître les messages non verbaux que vous transmettez et que le client peut associer à une expérience passée (p. ex., selon l'expérience vécue, le client peut avoir une réaction idiosyncrasique à un hochement de tête approuvateur ou désapprouvateur, ou encore à votre parfum ou eau de cologne).
 - Évitez les questions directes, car le client peut les trouver intimidantes ou y répondre par l'affirmative simplement pour vous faire plaisir.
 - Si le client semble craintif, laissez-lui le temps de vous cerner.
 - Respectez son espace vital.
 - Demandez la permission de votre client avant de pénétrer dans son espace vital. Vous devriez aussi le préparer en lui expliquant à quoi s'attendre dans le cadre des interventions qui seront peut-être nécessaires dans l'immédiat. Demandez aux soignants si des protocoles ont déjà été établis pour certaines interventions (p. ex., une ponction veineuse) et observez-les. Rassurez le client pendant l'intervention et apportez-lui un soutien en suivant le protocole établi par les soignants.

■ Trouvez des moyens de communiquer de manière efficace :

- Employez des termes simples.
- Parlez lentement.
- Ne criez pas.
- Faites des pauses. Ne submergez pas le client de paroles.
- Faites attention aux indices non verbaux du client et adaptez votre comportement en conséquence. Par exemple, si le client se montre apeuré par votre approche, songez à ce qui pourrait contribuer à sa peur (p. ex., le reflet de vos lunettes, votre blouse blanche ou votre stéthoscope) avant de vous en approcher davantage. Au besoin, modifiez votre stratégie (p. ex., enlevez votre blouse blanche, engagez la participation d'un soignant qui lui est familier).
- Employez des techniques visuelles (p. ex., des dessins).
- Utilisez la gestuelle.

Souvenez-vous que les personnes ayant une déficience intellectuelle ont une capacité variable et restreinte à interpréter ce que leur dictent leurs intuitions et ne sont peut-être pas en mesure de vous donner une image exacte de leur état d'âme. En faisant intervenir des soignants qui connaissent bien votre client, vous serez peut-être à même de mieux comprendre ses expériences subjectives.

1.2 Compréhension biopsychosociale

L'évaluation psychiatrique de la personne ayant une déficience intellectuelle nécessite l'emploi systématique d'une approche biopsychosociale. Attendez-vous à ce

que les problèmes que le client présente soient conditionnés par divers facteurs étiologiques complexes. Notez les antécédents du client de façon systématique. Assurez-vous d'examiner l'influence de facteurs autres qu'un trouble psychiatrique comme causes d'orientation du client.

L'objectif général est de comprendre l'influence des facteurs suivants.

1. Troubles médicaux (p. ex., constipation, maux de dents, maux d'oreille, reflux oesophagien, fracture d'un os, infection des voies urinaires, autres sources de douleur ou de malaise physique).
2. Problèmes au niveau des attentes et des soutiens disponibles, du fait que les personnes ayant une déficience intellectuelle sont beaucoup plus tributaires des structures externes. Des problèmes affectifs apparaissent souvent lorsque les attentes et les soutiens offerts changent (p. ex., un déménagement récent ; un changement de personnel : le taux de roulement du personnel peut être très élevé dans certains foyers de groupe ; un changement dans l'horaire quotidien, comme la rentrée scolaire ou l'intégration d'un poste ; un changement dans les activités professionnelles) ou sont inappropriés (p. ex., des attentes peu réalistes en ce qui concerne la capacité à accomplir des tâches ou à voyager de manière autonome).
3. Bouleversements affectifs (p. ex., réaction au départ d'un autre résident ou du personnel d'un foyer de groupe, maladie du client ou d'un proche, réaction saisonnière, réaction à un anniversaire, traumatisme, mauvais

traitement ou réaction aux mauvais traitements subis par le passé). Il faut savoir que la douleur peut tarder à se manifester.

4. Troubles psychiatriques nouveaux ou chroniques. Les troubles d'adaptation et de l'humeur, le trouble anxieux et le syndrome de stress post-traumatique sont les troubles psychiatriques nouveaux les plus fréquents. Dans le spectre du fonctionnement, l'autisme est le trouble psychiatrique comorbide et chronique le plus fréquent. Les stéréotypies et les comportements automutilateurs et compulsifs sont souvent considérés comme des affections comorbides chroniques, particulièrement chez les personnes au niveau de fonctionnement réduit.

Pour déterminer l'incidence relative des circonstances 1 à 4, énumérées ci-dessus, il faut aborder tous les aspects fondamentaux de l'évaluation : les principales préoccupations du client ; les principales préoccupations des soignants ; les préoccupations antérieures avec une attention particulière aux changements et événements de la vie survenus récemment ; les antécédents médicaux ; les antécédents pharmacologiques ; les allergies ; les antécédents psychiatriques familiaux ; les antécédents personnels, sociaux et du développement.

Il importe également de recueillir des renseignements plus détaillés sur le niveau de fonctionnement habituel (de référence) du client et sur ses soutiens avant cet épisode de perturbation. Recherchez plus de renseignements sur :

■ le fonctionnement cognitif (p. ex., niveaux atteints en lecture, écriture et mathématiques ; antécédents

scolaires ; résultats des précédentes évaluations psychologiques ; renseignements sur le QI verbal et non verbal ou le fonctionnement) ;

■ la capacité d'adaptation (p. ex., degré d'autonomie dans les activités de la vie quotidienne : degré de soutien nécessaire pour l'hygiène, l'habillement, l'alimentation et la préparation des repas ; capacité du client à entreprendre des activités de son propre chef, à rester seul à la maison sans compromettre sa sécurité et à voyager de manière autonome) ;

■ la communication (p. ex., niveau de compréhension réceptive et d'expression orale) ;

■ le fonctionnement social (p. ex., anomalies de la réponse sociale, contact des yeux, expression faciale, utilisation de la gestuelle pour la communication, initiative sociale et réciprocité qui pourraient révéler un trouble comorbide du spectre autistique) ;

■ les modalités de logement (p. ex., vie en famille ou en foyer de groupe ; niveau de soutien reçu dans ces milieux) ;

■ l'activité quotidienne (p. ex., fréquenter l'école, un centre de jour ou d'autres activités organisées ; soutiens reçus dans le cadre de ces activités).

Au terme de cette évaluation, vous devriez essayer de déterminer si les attentes du client et les soutiens fournis sont appropriés, compte tenu du niveau de fonctionnement et des circonstances récentes. Par exemple, avez-vous la certitude que les soignants

comprennent les difficultés quotidiennes du client ? (p. ex., si le client a une déficience auditive, est-ce que les adaptations appropriées ont été mises en place dans son environnement physique et social ?)

En résumé, l'évaluation de personnes ayant une déficience intellectuelle nécessite non seulement une évaluation psychiatrique standard, mais également une approche systématique conçue pour définir l'incidence d'autres circonstances sur les comportements préoccupants.

En salle d'urgence, peut-être ne comprenez-vous que de manière superficielle ces aspects de l'évaluation, mais ce sera éventuellement suffisant pour attirer votre attention sur les domaines de préoccupation susceptibles de contribuer aux problèmes. L'équipe multidisciplinaire devra aborder ces points plus en détail lorsque la crise sera passée.

1.3 Évaluer les symptômes et les comportements susceptibles de révéler un trouble psychiatrique nouveau et vérifier la présence de troubles psychiatriques chroniques

Il importe, d'abord, de déterminer s'il y a eu un changement important dans les comportements et le fonctionnement habituels. On peut définir comme suit un épisode (ou des épisodes) de comportement changé* :

* Adaptation de : Bolton, Patrick, et Michael Rutter. (1994). *Schedule for the assessment of psychiatric problems associated with autism (and other developmental disorders) (SAPPA)*: Informant version, Cambridge, R.-U.

Déterminer le comportement et le niveau de fonctionnement habituels (de référence) avant l'apparition d'une nouvelle perturbation touchant : les autosoins, l'intérêt ou la participation à l'école ou au travail, le jeu ou les loisirs, la participation à la vie sociale, le sens de l'initiative, le degré de supervision requis.

Déterminer si :

- a. il y a eu un changement de comportement qui déborde la marge de variation normale pour la personne et qui a duré au moins une semaine et une diminution incontestable du niveau de fonctionnement dans au moins deux des domaines suivants : autosoins, intérêt ou participation à l'école ou au travail, jeu ou loisirs, participation à la vie sociale, sens de l'initiative, besoin de changement dans la supervision ou le placement ou
- b. les symptômes psychotiques (p. ex., idées délirantes, hallucinations, catatonie) persistent depuis au moins trois jours ou ont duré tout ce temps ou plus. (Notez qu'il est difficile de diagnostiquer les symptômes psychotiques chez les personnes ayant un QI inférieur à 50.)

Diagnostic psychiatrique provisoire

Dès lors que les préoccupations liées à l'orientation du client ou la perturbation du comportement satisfont aux critères confirmant un épisode de changement, un épisode de perturbation mentale est confirmé. La prochaine étape consiste à essayer de relier cet épisode de perturbation mentale à un diagnostic aux termes du DSM-IV (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux). Cette démarche est souvent difficile, particulièrement lorsqu'il s'agit de personnes ayant un

faible niveau de fonctionnement, car les expériences subjectives nécessaires pour établir un diagnostic aux termes du DSM-IV ne sont peut-être pas disponibles. À partir de l'information clinique disponible, établissez le meilleur diagnostic psychiatrique provisoire pour l'épisode de perturbation mentale.

Troubles psychiatriques comorbides

Documentez les comportements automutilateurs, les tics, les stéréotypies, les pensées obsessionnelles et les comportements compulsifs, les niveaux d'attention, l'hyperactivité, l'impulsivité, les peurs et les phobies habituels : ces éléments peuvent représenter des affections comorbides chroniques. Demandez s'il y a eu des changements (augmentation de la gravité et/ou de la fréquence) dans ces troubles comorbides associés aux préoccupations liées à l'orientation du client ou à la perturbation du comportement. Il est crucial, à ce stade, de noter si des affections comorbides sont présentes, car celles-ci peuvent également découler des effets secondaires des médicaments employés pour gérer la crise, ou pour traiter un trouble psychiatrique sous-jacent.

REMARQUE : En Ontario (Canada), lieu de travail des auteurs, on dit d'une personne ayant une déficience intellectuelle et un problème de santé mentale qu'elle fait l'objet d'un « double diagnostic », tandis que le terme « troubles concomitants » est employé lorsque la personne a à la fois un problème de santé mentale et un problème de toxicomanie.



1.4.1 Comprendre les changements importants au niveau du comportement

Les changements comportementaux importants peuvent découler de troubles médicaux ou dentaires, de problèmes au niveau des attentes ou des soutiens ou de bouleversements affectifs. Il est important de comprendre la contribution (le cas échéant) de telles circonstances à la perturbation du comportement avant de poser un diagnostic de trouble psychiatrique ou de conclure que le problème relève de la psychiatrie.

1.4.2 Comprendre l'agressivité

L'agressivité est souvent à l'origine d'une prise en charge en salle d'urgence. L'agressivité, quel que soit son degré de sévérité, peut être le résultat de n'importe lequel des quatre domaines de difficulté définis à la section 1.2. Le degré d'agressivité atteint n'indique pas nécessairement la gravité de sa cause sous-jacente.

1.4.3 Limitations du diagnostic en salle d'urgence

La salle d'urgence n'est pas l'endroit qui se prête à des diagnostics psychiatriques définitifs ; cependant, il est approprié d'y poser des diagnostics provisoires fondés sur des descriptions clairement documentées des changements observés dans le comportement. Indiquez clairement dans votre rapport d'évaluation que le diagnostic est provisoire et qu'il devra être révisé lorsque la crise se sera résorbée. Ceci est nécessaire car un diagnostic psychiatrique posé à partir d'une brève évaluation peut subsister pendant des années, voire des décennies, et entraîner la prescription d'un médicament inapproprié au client pendant de longues périodes et une morbidité considérable. Vos recommandations

concernant le suivi et la réévaluation du diagnostic et du traitement devraient être énoncées clairement.

1.4.4 Diagnostiquer une psychose

Le comportement « psychotique » d'une personne ayant une déficience intellectuelle est plus souvent attribuable à un bouleversement engendré par les événements de la vie qu'à un trouble psychotique proprement dit. Par exemple, en raison d'une fonction cognitive limitée à la base, le stress peut fragmenter le schéma de la pensée d'une manière qui peut paraître psychotique, ou bien le client peut exprimer des pensées primitives qui semblent délirantes en apparence mais qui dans la réalité se rapportent davantage à une capacité d'adaptation médiocre qu'à une psychose. Si le client est bouleversé, le traitement nécessite de définir et de désamorcer les événements de la vie à l'origine du problème. Par contre, s'il s'agit d'une véritable psychose, un traitement antipsychotique s'impose.

Notez qu'en cas d'urgence, une médication ainsi que d'autres interventions peuvent être nécessaires pour une maîtrise immédiate de la situation même si aucune psychose n'est diagnostiquée. Vous avez donc l'obligation d'indiquer clairement dans votre rapport d'évaluation qu'une médication a été employée pour gérer la situation d'urgence (cela n'implique pas un diagnostic), et de définir des plans précis d'évaluation diagnostique complémentaire pour réévaluer la nécessité d'une médication.

2

Interventions en salle d'urgence

Évaluer un trouble psychiatrique chez des personnes ayant une déficience intellectuelle présente de nombreux défis et exige des données historiques détaillées ainsi qu'une approche multidisciplinaire. De plus, il faut non seulement mettre à profit la perspective de la psychiatrie mais aussi obtenir la participation d'autres disciplines, comme la psychologie, la thérapie de la communication, la thérapie comportementale, les soins infirmiers, la génétique et la médecine, y compris la neurologie.

Ce processus de diagnostic peut commencer en salle d'urgence mais évitez de poser des diagnostics psychiatriques définitifs à ce stade-ci. Veillez plutôt à fournir une documentation détaillée des antécédents connus, ainsi que des observations du comportement et des réactions aux interventions pratiquées en salle d'urgence. Faites en sorte que cette documentation soit mise à la disposition de l'équipe qui effectuera une nouvelle évaluation psychiatrique lorsque le client sera soumis à un triage. La salle d'urgence offre l'immense possibilité d'écarter les éventuels troubles médicaux à la base des comportements préoccupants et permet d'observer le client dans un environnement plus structuré.

2.1 Gérer la situation immédiate

La priorité consiste à assurer la sécurité du client, des soignants et du personnel hospitalier conformément aux procédures habituelles d'une salle d'urgence.

L'évaluation ne peut continuer que si cette condition est

remplie. Des moyens de contention pharmacologiques ou physiques peuvent être nécessaires comme pour d'autres clients en détresse. Cependant, mieux le personnel de la salle d'urgence comprend le niveau de fonctionnement de la personne et ses façons uniques de communiquer, moins il risque de devoir recourir à une médication ou à des moyens de contention excessifs.

2.2 Écarter les troubles médicaux (et dentaires)

Le premier objectif est de cerner les causes physiques de la perturbation du comportement et, si possible, de les traiter. Si vous craignez un éventuel trouble médical, dirigez le client là où il pourra subir un examen médical. Demandez aussi à quand remontent les derniers examens de la vue et auditifs ainsi que leurs résultats, car une détérioration des fonctions sensorielles peut donner lieu à des changements dans le comportement.

Dirigez le client là où il pourra subir un examen dentaire si vous le jugez utile ou s'il n'a pas reçu de soins dentaires réguliers.

2.3 Changer les médicaments

Évitez, dans la foulée de cette situation d'urgence, de changer tous les médicaments habituels du client, à moins d'avoir la certitude qu'ils contribuent aux préoccupations liées à l'orientation du client ou qu'ils jouent un rôle dans la perturbation du comportement. Résistez à la tentation d'essayer les tout nouveaux médicaments sous le seul prétexte qu'ils n'ont pas encore été essayés pour ce client. Restreignez vos activités à l'urgence du moment et laissez l'équipe

soignante attitrée réviser les médicaments habituels du client. Si vous croyez sincèrement qu'un autre régime médicamenteux serait plus approprié ou devrait être mis à l'essai, discutez-en d'abord avec l'équipe soignante habituelle.

2.4 Traiter un trouble psychiatrique

Le traitement commence généralement après une évaluation complète par l'équipe multidisciplinaire. Dès lors que la crise est maîtrisée et qu'il est déterminé qu'un trouble psychiatrique est à la base de la perturbation du comportement ayant précédé les visites au service des urgences, le traitement devrait être entrepris en fonction du diagnostic provisoire. En marge de cela, il faut définir des repères comportementaux et observer ces comportements pour corroborer ou réfuter le diagnostic provisoire. Vous devrez discuter avec les soignants des comportements qu'ils devraient commencer à surveiller. Ainsi, si le diagnostic provisoire révèle un trouble de l'humeur, indiquez aux soignants comment recueillir des données sur des variables comme les habitudes alimentaires et la courbe du sommeil, le poids, les correspondances comportementales de l'humeur, de l'angoisse et de l'agitation. La documentation de ces données pourrait bien être d'une aide précieuse à l'équipe à laquelle le client aura été confié à la suite du triage. (Voir Section 3.) Un thérapeute du comportement, accessible par l'entremise du secteur des services de développement, peut pour sa part fournir une aide inestimable aux fins de cette surveillance.

3 Triage

3.1 Décider si une évaluation et un traitement complémentaires sont réalisables et souhaitables

Songez à ce qui sera particulièrement utile du point de vue du client (p. ex., selon son niveau de fonctionnement et son besoin de familiarité en période de crise). Songez aussi aux objectifs de l'évaluation et du traitement. Sachez que les soignants ne possèdent pas de formation médicale et qu'ils peuvent appréhender l'idée de devoir donner des médicaments, surveiller les effets secondaires et gérer la coexistence d'autres problèmes médicaux.

Il existe trois formes essentielles d'évaluation et de traitement complémentaires :

3.1.1 Hospitalisation requise

Considérez ce qui suit pour décider s'il faut procéder à l'admission aux soins psychiatriques actifs :

1. Le client doit être dans un état stable du point de vue médical. Sinon, il n'a pas sa place dans une unité de soins psychiatriques.
2. Si le client n'a pas un niveau d'expression orale et un langage réceptif suffisants pour faire connaître ses besoins ou qu'il n'est pas autonome dans les activités de la vie quotidienne, demandez si l'organisme référent peut, en collaboration avec l'hôpital, fournir au client le soutien additionnel dont il aura besoin de la part d'un soignant pendant son séjour à l'hôpital.

3. Une perturbation du comportement est souvent la manifestation d'un trouble psychiatrique et une raison valable d'admission à l'hôpital pour une observation plus approfondie.

4. Lorsque vous planifiez une hospitalisation, considérez la façon dont vous aborderiez un client qui a un comportement agressif ou automutilateur ou d'autres problèmes graves de comportement et voyez si un soutien supplémentaire est disponible, par exemple une consultation auprès de services spécialisés. (Voir également, en page 25, la section concernant Le succès d'une hospitalisation.)

5. Proposez des objectifs thérapeutiques réalistes (p. ex., clarification du diagnostic, stabilisation, révision des médicaments) en fonction d'un diagnostic psychiatrique provisoire. Ce diagnostic provisoire comprendrait l'identification des symptômes ciblés et des comportements qui pourraient être surveillés en réponse aux interventions thérapeutiques.

6. Confirmez auprès des soignants que le client, au moment de sa mise en congé, retournera à ce qui était son domicile avant sa visite au service des urgences. Si ce n'est pas possible, assurez-vous de discuter d'autres options envisageables à la sortie de l'hôpital.

MISE EN GARDE : Il faut savoir qu'en salle d'urgence ou dans une unité de soins aux patients hospitalisés, certains clients peuvent ne révéler aucun des symptômes ou comportements décrits par le soignant. Cependant, lorsque ces clients quittent l'environnement structuré de l'hôpital, ces symptômes et ces comportements peuvent

réapparaître. Ceci est un renseignement précieux qui ne sera dévoilé qu'après l'admission à l'hôpital.

Si le client est hospitalisé, songez à la façon de réduire le traumatisme ainsi causé. Prenez bonne note que l'admission à l'hôpital peut être particulièrement traumatisante pour des clients ayant un faible niveau de fonctionnement et dont les besoins sur le plan affectif et en matière de soutien peuvent être semblables à ceux de nourrissons et d'enfants en bas âge. Souvent, les soignants sont aptes et disposés, avec le soutien de leurs supérieurs, à passer de longs moments avec le client dans son milieu hospitalier.

L'expérience clinique a permis de cerner quatre facteurs entraînant un résultat médiocre associé à l'hospitalisation (Sovner et DesNoyers Hurley, 1991) :

1. Le client est mis en congé prématurément.
2. Le traitement médicamenteux du client est excessif.
3. Le client régresse pendant son séjour dans le service.
4. La communication est déficiente entre l'hôpital et les soignants communautaires.

Le succès d'une hospitalisation (mesure dans laquelle on parvient à combler les besoins du client et à atteindre les objectifs de l'évaluation et du traitement) est généralement favorisé par :

■ L'attention accordée aux routines hospitalières, dans la mesure où elles se répercutent sur le client. Les

soignants du client peuvent aider à adapter la routine et les procédures hospitalières de façon à les harmoniser avec celles du milieu de vie du client (p. ex., comment et à quelle heure le client va habituellement au lit, comment il s'y prend pour faire sa toilette et exercer les autres activités de la vie quotidienne, comment il prend ses médicaments).

■ L'attention accordée à l'environnement physique (p. ex., installer le client dans la chambre ou le lit du fond pour alléger sa détresse et, éventuellement, déranger le moins possible les autres clients ; veiller à ce qu'il y ait de l'espace pour les soignants). Si le client nécessite un moyen de contention, essayez de veiller à ce que la procédure suivie soit semblable à celle employée à son domicile. Les soignants communautaires devraient connaître en détail la procédure à suivre pour ce client et particulièrement l'usage de moyens de contention (moyens physiques et personnel infirmier auxiliaire) et communiquer ces protocoles au personnel de l'hôpital.

■ L'attention accordée aux ressources humaines pour optimiser le séjour du patient hospitalisé. Il serait bon de trouver des moyens d'assurer une cohérence dans le personnel infirmier qui s'occupe du client et de désigner celui qui se chargera d'assurer la liaison avec les soignants communautaires.

■ L'attention accordée à la communication, car une bonne communication avec l'équipe communautaire pendant le séjour du client à l'hôpital – notamment avec les

médecins exerçant dans la collectivité (p. ex., médecin de famille, psychiatre communautaire) – contribue généralement à une évaluation plus complète, à une admission plus utile, à une meilleure planification de la mise en congé, à des soins mieux coordonnés, ainsi qu'à un risque allégé de récurrence et de réadmission.

3.1.2 Hospitalisation non requise mais prise en charge obligatoire dans un autre environnement

Dans le cas d'une crise situationnelle (perte du domicile, indisponibilité temporaire des soignants), certaines collectivités proposent différentes solutions aux personnes ayant une déficience intellectuelle, par exemple un centre de crise ou des services de relève. Identifiez ces options dans la région du client. Notez que toutes les collectivités n'offrent pas ces services.

Les résidents de la région de Toronto peuvent s'adresser au Griffin Community Support Network (GCSN) au 416-222-3563, entre 9 h et 21 h, sept jours sur sept, et au Gerstein Centre au 416-929-9897 en dehors de ces heures.

Sauf situation de crise immédiate, le Gerstein Centre peut vous mettre en rapport avec le GCSN le jour suivant. Le GCSN peut aider les clients à accéder provisoirement (pour une période de 1 à 30 jours) à d'autres lits en milieu sécurisé s'il en existe dans la collectivité ou vous mettre en liaison avec un service central de relève.

3.1.3 Réintégration du milieu de vie avec soutiens et suivi

Identifiez les autres soutiens à domicile ou services spécialisés à l'intention des personnes ayant une déficience intellectuelle offerts dans la localité du client.

Si le client habite la région de Toronto et peut retourner à son domicile mais requiert des soutiens additionnels (p. ex., un travail contractuel pendant un temps limité pour traverser une crise), adressez-vous au Griffin Community Support Network (GCSN) au 416 222-3563 entre 9 h et 21 h, sept jours sur sept, et au Gerstein Centre au 416 929-9897 en dehors de ces heures.

Sauf situation de crise immédiate, le Gerstein Centre peut vous mettre en rapport avec le GCSN le jour suivant. Si le client n'est pas rattaché au système, un gestionnaire de cas intérimaire peut être désigné, s'il y en a dans la collectivité, par l'entremise du GCSN.

4 Suivi

4.1 Médicaments

Si un médicament a été prescrit, veillez à ce que le médecin généraliste ou le psychiatre communautaire en soit informé. Si le client n'a pas de médecin communautaire, mettez-le en rapport avec le service de consultations psychiatriques externes.

4.2 Orientation vers des services spécialisés

Des services spécialisés d'évaluation et de consultation peuvent être nécessaires dans les cas suivants :

- la situation est complexe ;
- plusieurs services sont déjà concernés ;
- il s'est avéré difficile auparavant de clarifier un diagnostic ou de déterminer une intervention efficace.

Identifiez les services spécialisés offerts dans la région du client. Par exemple, les résidents de la région de Toronto peuvent communiquer avec les centres suivants :

Le Service de ressources sur le double diagnostic du Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH) : Ce service offre une consultation téléphonique le jour même de l'appel (entre 9 h et 17 h) et propose également une évaluation multidisciplinaire plus approfondie, un diagnostic et, au besoin, un traitement et une consultation d'une durée limitée. Appelez le 416 535-8501, poste 7809.

Surrey Place Centre (SPC) :

La Division des services à l'enfance et à la jeunesse du Surrey Place Centre offre des services aux personnes ayant une déficience intellectuelle, de la naissance à 22 ans. Cette division se concentre sur l'évaluation et le traitement interdisciplinaires des difficultés souvent associées aux déficiences intellectuelles. Les services comprennent la psychologie, l'orthophonie, l'audiologie, la thérapie du comportement, le counseling familial et individuel et le travail social. Il existe, d'autre part, des groupes de préparation à la vie quotidienne (p. ex., gestion de la colère et éducation sexuelle) et des groupes axés sur la famille pour les parents et pour la fratrie. L'accès aux services de pédiatrie, de neurologie et de psychiatrie est offert dans le cadre d'une orientation interne. Appelez le service d'admission de la Division des services à l'enfance et à la jeunesse au 416 925-5141.

La Division des services aux adultes du Surrey Place Centre offre des services aux personnes ayant une déficience intellectuelle âgées de 23 ans ou plus. Les disciplines représentées au sein de cette division comprennent l'audiologie, les soins infirmiers, l'ergothérapie, la psychologie (p. ex., counseling et thérapie du comportement), la psychiatrie, le travail social et l'orthophonie. Les services offerts englobent l'évaluation, l'intervention et la coordination des services. Les familles et les autres soignants des clients peuvent également se voir proposer un soutien. Il y a des listes d'attente pour tous les services ; cependant, les cas urgents sont traités en priorité. Appelez le service

d'admission de la Division des services aux adultes au 416 925-5141.

4.3 Pour la prochaine fois

De nombreuses personnes faisant l'objet d'un double diagnostic ont des crises fréquentes et c'est pourquoi il est bon d'avoir un plan dynamique de gestion des crises. Les soignants devraient être encouragés à préparer ce type de plan, y précisant clairement qui appeler ou quel service joindre en réponse aux problèmes qui les préoccupent. Ainsi, pour la personne qui traverse des périodes de comportements perturbateurs, les soignants devraient avoir à leur disposition un protocole de hiérarchisation des paliers indiquant comment agir à chaque palier du comportement et quand demander l'avis général d'un médecin. Les soignants auront déterminé à quel palier de cette hiérarchie il convient d'appeler les secours et quand diriger le client vers le service des urgences. Souvent, ils trouveront utile d'avoir sous la main une lettre d'un médecin communautaire qu'ils peuvent apporter en salle d'urgence. Cette lettre devrait décrire brièvement le trouble psychiatrique et le traitement fourni. Elle pourrait également recommander certaines façons de gérer les crises générales de cette personne en fonction des expériences passées.

Avec l'aide des soignants, élaborer un plan dynamique de gestion des crises et mettre à jour tout plan de cette nature d'ores et déjà en place, en fonction de la dernière expérience du client en salle d'urgence. Encouragez les


soignants à tenir un classeur sur les visites du client en salle d'urgence et ses rendez-vous chez le médecin et à se munir de ce classeur lorsqu'ils se rendent en salle d'urgence.

Veillez à ce que vos recommandations à la suite de cette visite en salle d'urgence soient communiquées aux personnes qui soutiennent le client dans la collectivité et à celles qui pourraient intervenir lors de ses prochaines crises (p. ex., soignants, membres de la famille, services communautaires). Ceci peut être fait en remettant une copie de votre rapport d'évaluation, avec des recommandations claires, à la personne qui accompagne le client en salle d'urgence et en prenant les mesures nécessaires pour qu'une autre copie soit remise au soignant qui voit le client quotidiennement. Par exemple, si le client réside en foyer de groupe, une copie des recommandations découlant de votre évaluation (avec le consentement à la divulgation de ces renseignements) devrait être envoyée au fournisseur de soins principal de cet établissement et à son directeur. Ces recommandations devraient être accompagnées d'une lettre demandant expressément leur transmission aux membres de la famille, aux autres soignants, au médecin de famille et au psychiatre du client, ainsi qu'aux organismes communautaires concernés. Dans la mesure du possible, vous devriez essayer de prendre vous-même contact avec le médecin communautaire du client et de lui fournir une rétroaction directe.

4.4 A Dernier rappel

Si ce que vous venez de vivre à travers la crise d'un client ayant une déficience intellectuelle était une première pour vous et que vous n'étiez pas à l'aise, ne vous en faites pas. DÉTENDEZ-VOUS. Et si l'expérience a été désastreuse, qu'à cela ne tienne ! Passez la situation en revue avec des collègues, tirez-en un enseignement et essayez de comprendre la détresse personnelle et professionnelle que vous avez pu ressentir. Ne réagissez pas en vous refusant tout contact futur avec ce client ou en jugeant et en rejetant les autres clients ayant une déficience intellectuelle. Et n'ayez pas peur de demander l'aide d'experts.

Un exercice de verbalisation et de formation est offert par l'entremise du Service de ressources sur le double diagnostic, que vous pouvez joindre au 416 535-8501, poste 7809. La formation proposée peut être très utile lorsque votre équipe vient de vivre une expérience avec un client, car les questions peuvent alors être axées sur vos circonstances et sur les problèmes que vous avez éprouvés dans le cadre de votre intervention auprès de ce client.



I Optimisez la consultation clinique

- Conseils utiles

II Écartez les causes non psychiatriques des problèmes préoccupants

- Troubles médicaux
- Problèmes sur le plan des attentes et des soutiens
- Bouleversements affectifs

III Renseignez-vous sur le niveau de fonctionnement habituel

- Cognitif (épreuves psychologiques antérieures, QI verbal et pratique)
- Adaptation (degré d'autonomie dans les activités quotidiennes)
- Communication (langage réceptif et expression orale)
- Social (autisme ou trouble envahissant du développement)
- Niveau de soutien fourni ou requis en milieu résidentiel ou en centre de jour

IV Évaluez tous les symptômes et les comportements pour déterminer s'ils sont nouveaux ou chroniques

- Déterminez le comportement et le niveau de fonctionnement habituels dans les domaines suivants : les autosoins, l'intérêt ou la participation à l'école ou au travail, les activités ludiques ou les loisirs, la participation à la vie sociale, le sens de l'initiative et le degré de supervision requis.

- Déterminez s'il y a eu un épisode (ou des épisodes) de comportement changé. Déterminez si des symptômes et/ou un changement de comportement en marge de ce qui est normal pour la personne remplissent les critères confirmant un épisode significatif. Déterminez si l'épisode remplit les critères pour l'établissement d'un diagnostic aux termes du DSM-IV.

- Réalisez un examen fonctionnel pour déterminer la présence de troubles psychiatriques comorbides (p. ex., comportement automutilateur, stéréotypies, pensées obsessionnelles, comportements compulsifs, peurs, phobies, niveaux d'attention, hyperactivité, impulsivité).

V Déterminez si les problèmes liés à l'orientation indiquent selon toute vraisemblance un trouble psychiatrique et, le cas échéant, posez un diagnostic psychiatrique provisoire

VI Déterminez une intervention immédiate

- Consultation médicale (ou dentaire)
- Hospitalisation
- Services de relève en période de crise
- Foyer avec services de soutien

VII Suivi

- Médicaments
- Orientation vers des services spécialisés

- Pour la prochaine fois

Références bibliographiques

American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4e éd.), révision de texte (DSM-IV-TR). Washington, D.C., APA.

Bolton, P., et M. Rutter. (1994). Schedule for assessment of psychiatric problems associated with autism (and other developmental disorders) (SAPPA) : Informant Version, Cambridge, Developmental Psychiatry Section, Université de Cambridge ; Londres, Child Psychiatry Department, Institute of Psychiatry. [Non publié.]

Sovner, R., et A.D. Hurley (1991). « Seven questions to ask when considering an acute psychiatric inpatient admission for a developmentally disabled adult », The Habilitative Mental Healthcare Newsletter, 10, p. 27-30.

Autres ressources

Deb, S., T. Matthews, G. Holt et N. Bouras. (2001). Practice guidelines for the assessment and diagnosis of mental health problems in adults with intellectual disability. Chesham, Brighton: Pavilion.

Health Evidence Bulletins – Wales. (Voir lien vers Learning Disabilities.)
Accessible à : heb.w.uwcm.ac.uk.

The International Association for the Scientific Study of Intellectual Disabilities (IASSID). Accessible à : www.iassid.org.

Learning about Intellectual Disabilities and Health. Accessible à : www.intellectualdisability.info.

The Royal College of Psychiatrists. (2001). DC-LD: Diagnostic criteria for psychiatric disorders for use with adults with learning disabilities/mental

retardation. Londres : Gaskell.

Rush, A.J., et A. Frances (éd.). (2000). « Expert consensus guideline series: Treatment of psychiatric and behavioural problems in mental retardation », *American Journal on Mental Retardation*, vol. 105, no 3 (édition spéciale), p. 159-226.

Université Western Ontario. Developmental Disabilities Program. Accessible à : www.psychiatry.med.uwo.ca/ddp.