



Guide de sécurité

Pour les intervenants de suivi
intensif en équipe



VERSION 1^{er} MAI 2013

Guide de sécurité pour les équipes SI

La production du présent document fait suite à un vif intérêt pour la sécurité des intervenants à domicile exprimé à la table provinciale des chefs d'équipe de suivi intensif. Quant à cette préoccupation, un comité de travail pour la santé et sécurité des intervenants œuvrant au sein des SI a été créé.

Suite aux rencontres de ce comité, à la lecture des différents documents fournis par les équipes et par différentes recherches d'informations, nous avons produit un guide pratique évolutif qui permettra d'alimenter des discussions au sein des équipes et fournir une base théorique concernant les différents enjeux sur ce sujet.

Nous désirons remercier les membres du comité sur la santé et la sécurité au sein des équipes SI :

Karl Beck, Institut universitaire en Santé mentale Douglas

Luce Coté, CHUS

Isabelle Turpin, CSSS Gatineau

Chantal Labrie, CSSS Ouest de l'Île

Nancy Magnan, CSSS Gatineau

Cathy Roche, CSSS de L'Énergie

Sylvie Séguin, CSSS de Laval

Andrée-Anne Brissette, CSSS Cœur-de-L'Île

Olivier Jackson, conseiller CNESM

Si vous avez des suggestions, commentaires ou si vous désirez participer au comité pour effectuer les mises à jour de ce guide, communiquez avec moi :

olivier.jackson.cnesm@msss.gouv.qc.ca

Plusieurs éléments de ce guide ont été adaptés avec la permission des auteurs du guide suivant: "Safety First: Personal Safety and Risk Management for Assertive Community Treatment Teams," Curtis, L.C. & Jonikas, J.A. (Editors). Chicago, IL: UIC National Research and Training Center on Psychiatric Disability, ©1999.

Nous désirons remercier également l'ASSTSAS pour leur soutien.

Note Dans le présent document, le genre masculin est utilisé sans aucune discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte.



Dédicace

Nous dédions ce guide de sécurité à tous les intervenants qui œuvrent au sein des équipes de suivi intensif en santé mentale à travers le Québec. Souhaitons que ces quelques outils puissent leur venir en soutien dans les nombreuses situations à risque auxquelles ils sont confrontés jour après jour.

Avec toute la reconnaissance que nous portons au travail inestimable de ces « super » intervenants dans le milieu.

Le comité de rédaction



Table des matières

| | |
|---|-----------|
| Section I : Introduction | 1 |
| Pourquoi créer un guide visant à promouvoir la sécurité au sein des équipes en suivi intensif : | 1 |
| Définition des concepts de violence, de sécurité, d'agressivité et d'impulsivité: | 1 |
| Section II : Responsabilités | 4 |
| Risques inhérents à la pratique en suivi intensif : | 4 |
| Responsabilités de l'intervenant : | 4 |
| Responsabilités du chef d'équipe : | 5 |
| Responsabilités de l'organisation : | 6 |
| Responsabilités du client et de ses proches : | 7 |
| Section III : Relations interpersonnelles..... | 8 |
| Relations entre les membres : | 8 |
| Civilité : | 8 |
| Harcèlement psychologique et sexuel : | 9 |
| Construction du lien de confiance : | 10 |
| Section IV : trucs et astuces | 11 |
| Astuces pour assurer la sécurité lors d'interventions à domicile : | 11 |
| Astuces pour assurer la sécurité lors du transport en voiture: | 12 |
| Astuces pour assurer la sécurité des locaux: | 13 |
| Attitudes personnelles afin de diminuer les risques: | 13 |
| Section V : Risques et crises..... | 14 |
| Droits des clients et éthique : | 14 |
| Définition du concept de risque et de crise : | 15 |
| Analyse du risque : | 15 |
| Évaluation du risque et urgence suicidaire : | 16 |
| Intervenir dans un contexte de risque : | 18 |
| Action lors de crise : | 18 |
| Retour de la situation en équipe..... | 20 |
| Section VI : Divers | 23 |
| Gestion financière : | 23 |
| Gestion budgétaire des clients sous régime de protection : | 23 |
| Collecte de données : | 27 |
| Sécurité et médicaments : | 28 |
| Voici quelques médicaments utilisés au sein des équipes SI (voir annexe pour davantage de détails)..... | 30 |
| Sécurité et toxicomanie : | 32 |
| Tableau synthèse et sommaire des drogues | 33 |



| | |
|---|-----------|
| Utilisation non médicale des médicaments sous ordonnance (Gendarmerie Royale du Canada 2012): | 37 |
| Interventions en contexte de consommation:..... | 39 |
| Mise en situation 1:..... | 40 |
| Mise en situation 2:..... | 40 |
| Contact biologique:..... | 41 |
| Gestion animalière et parasitaire :..... | 45 |
| Sections VII: Vignettes cliniques | 49 |
| Situation 1 :..... | 49 |
| Situation 2 :..... | 49 |
| Sections VIII: Annexes | 51 |
| Dépliant sur la sécurité du CSSS de l'Énergie: | 51 |
| Formulaire d'évaluation du potentiel d'agressivité du Douglas | 53 |
| ADA (Appréciation du degré d'alerte): | 54 |
| Suggestions de protocoles de fin de quart : | 59 |
| Collecte de données sur la violence:..... | 61 |
| Liste des médicaments:..... | 64 |
| Références et documentations consultées: | 67 |

Section I : Introduction

Pourquoi créer un guide visant à promouvoir la sécurité au sein des équipes en suivi intensif :

La sécurité est un thème qui soulève les passions au sein des équipes. Tous les intervenants ont leur expérience, leur anxiété et leurs anecdotes en matière de sécurité. Ces différentes perceptions d'une situation engendrent parfois un manque de cohérence entre les intervenants. Chaque équipe SI devrait avoir un guide de sécurité afin d'uniformiser les actions des différents intervenants, de se servir des situations survenues aux autres intervenants et d'apprendre de leurs expériences dans un but préventif. Ce guide vise un partage des informations entre les équipes SI du Québec et désire répondre aux nombreux questionnements des intervenants qui débutent au sein de ce programme ou qui sont confrontés à des situations exceptionnelles.

Définition des concepts de violence, de sécurité, d'agressivité et d'impulsivité:

Concept de violence :

*La victoire obtenue par la violence équivaut à une défaite, car elle est momentanée.
-Gandhi*

La **violence** se définit comme une agression par conduite vexatoire abusive qui se manifeste par des paroles, des actes, des gestes ou des comportements non désirés, susceptibles de porter atteinte à la sécurité, à la dignité ou à l'intégrité psychologique ou physique d'une personne et de nature à entraîner pour elle des conditions de travail défavorables, de la faire agir contre sa volonté au moyen de la force ou de l'intimidation. La violence peut être ponctuelle ou s'exprimer à répétition par des gestes offensants et non désirés (politique sur l'obligation de civilité, CSSS Haut-Richelieu-Rouville)

On définit la violence habituellement selon son type. Voici les principaux types de violence en s'inspirant de la définition des types de violence selon l'association féminine d'éducation et d'action sociale (2006) :

-Violence physique : ce sont les coups et les contraintes physiques d'une personne sur une autre. C'est la forme la plus visible de violence. Elle se manifeste par des gestes tangibles et laisse habituellement des traces visibles.

-Violence verbale : ce sont les éclats de voix, les cris et les hurlements, mais c'est aussi une voix suave utilisée pour proférer des menaces, des injures ou des sarcasmes. Le langage peut être ordurier et injuriant ou porteur de propos exprimant la raillerie ou des critiques avec l'intention de blesser ou non la personne visée.

-**Violence psychologique** : c'est déprécier, dénigrer ou diminuer la personne. C'est aussi manipuler, faire perdre la confiance en soi, menacer ou intimider. Elle s'exerce de manière sournoise et insidieuse par des gestes, des postures, des regards et des paroles dans le but de blesser ou de contrôler la personne sur le plan émotionnel.

-**Violence sexuelle** : c'est traiter une personne, quel que soit l'âge ou le sexe, comme un objet sexuel, la forcer à participer à des activités sexuelles contre son gré ou l'obliger à regarder du matériel pornographique. Elle a pour but de satisfaire un besoin sexuel contre le gré de la personne. Le viol, l'inceste et le harcèlement sexuel en sont des manifestations.

-**Violence économique** : c'est être empêché de disposer de son argent ou de s'acheter des biens, d'être obligé de quémander pour les choses essentielles, de se faire enlever son salaire ou toute autre forme de revenus. Elle a pour but d'accentuer la dépendance de la victime ou de renforcer son statut d'être inférieur ou irresponsable.

Concept de sécurité :

Il est facile d'être courageux avec une distance de sécurité.
-Esope

Voici la définition de la sécurité proposée par Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé du Québec pour la promotion de la sécurité et la prévention des traumatismes. La sécurité est un état où les dangers et les conditions pouvant provoquer des dommages d'ordre physique, psychologique ou matériel sont contrôlés de manière à préserver la santé et le bien-être des individus et de la communauté. C'est une ressource indispensable à la vie quotidienne qui permet à l'individu et à la communauté de réaliser ses aspirations.

L'atteinte d'un niveau de sécurité optimal nécessite que les individus, communautés, gouvernements et autres intervenants, créent et maintiennent les conditions suivantes, et ce, quel que soit le milieu de vie considéré :

- Un climat de cohésion et de paix sociale ainsi que d'équité protégeant les droits et libertés, tant au niveau familial, local, national qu'international;
- La prévention et le contrôle des blessures et autres conséquences ou dommages causés par des accidents;
- Le respect des valeurs et de l'intégrité physique, matérielle ou psychologique des personnes;
- L'accès à des moyens efficaces de prévention, de contrôle et de réhabilitation pour assurer la présence des trois premières conditions.

Ces conditions peuvent être garanties par des actions sur :

- L'environnement (physique, social, technologique, politique et économique, organisationnel, etc.);
- Et les comportements.

Concept d'agressivité :

L'agressivité est la manifestation de la tendance à nuire à autrui, que ce soit de façon réelle, imaginaire ou symbolique (Girard, 1985).

Notion biologique : pour les biologistes, et principalement Konrad Lorenz, l'agressivité est un instinct naturel lié à tous les autres besoins vitaux, que ce soit pour la prise de nourriture, la fuite devant un danger ou le comportement sexuel.

Notion psychologique : En psychologie, en psychanalyse et en psychologie sociale, l'agressivité désigne toute tendance visant, par un moyen quelconque et sous n'importe quelle forme, à causer du tort à un individu, un groupe ou à ce qu'il représente (bibliothèques-psy, 2003).

Concept d'impulsivité :

Selon le Centre de toxicomanie et de santé mentale (Université de Toronto, 2012) on entend par problèmes d'impulsivité, les comportements où l'envie d'agir dépasse la capacité de la personne d'anticiper le risque de conséquences indésirables pour elle ou autrui.

Les troubles liés à l'utilisation d'une substance et les comportements tels que le jeu problématique, les comportements antisociaux et les problèmes liés à la colère et à l'agressivité sont des exemples de problèmes d'impulsivité.

Une personne ayant des problèmes d'impulsivité doit apprendre à penser avant d'agir. Face à une situation, il lui arrive trop souvent de prendre des mesures dont elle aurait pu prévoir les conséquences si elle s'était renseignée davantage et si elle avait réfléchi avant d'agir.

Dans bien des cas, les comportements impulsifs ont pour but de tenter de contrôler une situation menaçante ou suscitent un sentiment d'insécurité. Dans quelques cas, la personne ne se soucie pas de l'incidence de ses comportements sur les autres personnes ni sur elle-même.

Section II : Responsabilités

Liberté implique responsabilité. C'est là pourquoi la plupart des hommes la redoutent.
- George Bernard Shaw

Risques inhérents à la pratique en suivi intensif :

Le suivi intensif est une pratique clinique particulièrement à risque, car les intervenants agissent dans des sphères très personnelles du quotidien des clients, et ce, dans leur milieu de vie. D'après le NIOSH (National Institute for Occupational Safety and Health):

Voici les facteurs de risque associés avec le milieu de travail :

- Contact avec le public;
- Échange d'argent;
- Transport de passagers et matériels;
- Avoir un milieu de travail mobile;
- Travailler avec des gens instables au plan bio-psycho-social et judiciaire;
- Travailler seul ou en petit nombre;
- Travailler en soirée et tôt le matin ;
- Travailler dans des endroits criminalisés;
- Avoir en sa possession des objets de valeurs;
- Travailler dans la communauté.

Ainsi, nous constatons que la pratique SI touche de nombreux facteurs de risque. Les intervenants travaillent souvent seuls, dans leur véhicule, offrant des services à une clientèle atteinte de trouble de santé mentale grave présentant un potentiel d'instabilité élevé. Ils offrent souvent le service de gestion financière, de transport de médicaments et œuvrent au sein des quartiers défavorisés, isolés ou criminalisés de la communauté.

Responsabilités de l'intervenant :

- Assurer sa sécurité :
 - Connaître son environnement;
 - Être équipé d'une lampe de poche, d'un sifflet, d'un cellulaire;
 - Décourager toutes formes de harcèlement;
 - Signaler toutes formes de violence;
 - Utiliser un véhicule non encombré, en bon état et respecter le code de la sécurité routière;
 - S'assurer d'un système de communication fonctionnel et efficace;



- Connaître et utiliser les ressources et outils disponibles à l'équipe;
 - Demander conseil aux autres intervenants et se faire accompagner au besoin pour intervenir dans une situation à risques potentiels.
- Connaître les clients :
- S'assurer d'avoir déjà rencontré l'utilisateur
 - Consulter les dernières notes d'évolution avant d'intervenir;
 - Prendre connaissance de l'historique et la culture du client;
 - Connaître le diagnostic et les symptômes du client;
 - Consulter les membres de la mini-équipe et le chef d'équipe.
- Connaître les protocoles de l'établissement, notamment sur les politiques de possession d'armes à feu, de consommation de drogues et d'alcool, de tabagisme, d'interventions à proximité d'animaux de compagnie.
- Connaître les protocoles d'équipe, lire les rapports des rencontres hebdomadaires ou quotidiennes au besoin.
- Rapporter toutes situations à risque au chef d'équipe.
- S'assurer que le répartiteur de tâches (shift manager) connaisse notre itinéraire et lui signaler tout changement.
- Se vêtir de vêtements confortables, offrant une liberté de mouvement et éviter le port de bijoux, foulard, cravate et de sac à main. Porter une attention particulière aux souliers qui devraient être plats et fermés.
- S'assurer que les plans d'interventions soient à jour.

Responsabilités du chef d'équipe :

- S'assurer que l'équipe intègre les politiques et pratiques de sécurité
- S'assurer qu'un point sur la sécurité est présent lors de la rencontre hebdomadaire et que les discussions sont consignées dans un cahier portant sur la sécurité, disponible à l'ensemble des intervenants.
- Organiser de façon régulière des mises en situation sur la sécurité afin de développer des réflexes similaires parmi les membres de l'équipe.
- Bien connaître les différentes personnalités au sein de l'équipe et assurer du soutien au besoin.



- Être disponible pour assister un intervenant sur la route lors d'une situation à risque afin d'apporter soutien et coaching clinique.
- S'assurer que la communication est efficace entre les différents quarts de travail et développer des outils de communication au besoin.
- Assurer un développement des compétences de l'équipe en fonction des besoins démontrés, notamment en regard au RCR, aux premiers soins, à la crise suicidaire, à la médication, à la formation OMEGA, etc.
- Assurer une intégration des nouveaux membres de l'équipe par la remise d'un guide d'accueil et par un pairage avec les autres intervenants durant les premières semaines.
- Cultiver des liens privilégiés avec les services d'interventions en cas de crise (centre de crise, Police, ambulanciers, etc.).
- S'assurer du suivi post-événement et référer l'intervenant à son programme d'aide aux employés (PAE) au besoin.
- Rapporter toutes situations problématiques ou inhabituelles à son supérieur.
- S'assurer de la mise à jour des plans d'interventions.
- S'assurer de l'identification des clients à risques par l'équipe.

Responsabilités de l'organisation :

- Fournir aux intervenants le matériel nécessaire afin que les intervenants assurent leur sécurité (cellulaire, crampons, sifflet, etc.).
- S'assurer que les intervenants profitent de formation en lien avec la sécurité.
- S'assurer que les intervenants profitent d'un milieu de travail qui limite les risques (stationnements sécuritaires, salle pour préparation des médicaments, locaux non accessibles par les clients, salle de traitement fonctionnelle, bouton panique dans les bureaux, etc.).
- Rendre disponibles les coordonnées du programme d'aide aux employés (PAE).
- Fournir du soutien direct au chef d'équipe de la part des gestionnaires, des ressources humaines et des services juridiques de l'établissement.



- Établir des politiques claires sur la violence, le harcèlement, la civilité, les armes, la drogue, etc.
- Prévoir un mécanisme formel permettant aux intervenants de se rapporter en fin de quart et lors des sorties de l'intervenant de garde afin d'assurer la sécurité et le transfert d'informations cliniques.

Responsabilités du client et de ses proches :

- L'équipe devrait concevoir un document et en remettre une copie au client, ce document contiendrait des informations sur les responsabilités du client et de ses proches en lien avec :
 - L'agressivité (verbale et physique);
 - L'usage de substances licites ou illicites;
 - La présence d'animal;
 - Environnement (obscurité, détecteur de fumée, accès libre et sécuritaire au logement, salubrité, etc.);
 - Gestion parasitaire;
 - État infectieux (grippe, gastro-entérite, etc.);
 - Gestion de matières et d'objets dangereux (armes à feu, arme blanche, seringues souillées, etc.);
 - Fumée secondaire;
 - Tenue vestimentaire et comportement décent.

*voir comme exemple le dépliant sur la sécurité du CSSS de l'Énergie en annexe

Section III : Relations interpersonnelles

Relations entre les membres :

De la discussion jaillit la lumière.

-Proverbe français

Les relations entre les membres de l'équipe doivent toujours être teintées de respect et d'authenticité. Nous retrouvons au sein des équipes de suivi intensif des intervenants possédant différentes formations, ayant différentes expériences de travail et de vie. La charge de travail commune à l'ensemble de l'équipe, combinée avec les nombreuses différences entre les intervenants font que le SI est un terrain fertile aux divergences d'opinion, ce qui est normalement bénéfique pour la clientèle. Cependant, cela demande un savoir-être important des membres de l'équipe afin de s'assurer que :

- Tous les membres de l'équipe ont un statut égal au sein de l'équipe;
- Tous les membres de l'équipe perçoivent qu'ils peuvent partager leur opinion dans le respect;
- Les membres de l'équipe respectent les décisions prises lors des rencontres, même s'ils ne sont pas d'accord avec la majorité de l'équipe;
- Les arguments sont nommés durant la réunion et non dans des conversations de corridor;
- L'équipe profite de l'ensemble des avis, des forces et des expériences des intervenants.

Civilité :

Qui tacet consentire videtur (qui ne dit mot consent)

-Boniface VIII

Le terme civilité désigne l'ensemble des règles et des comportements de la vie en communauté tels que la politesse, la courtoisie, le savoir-vivre. La civilité est l'affichage du caractère pacifique d'une personne dans ses relations à autrui, notamment dans la façon d'entrer en contact, et du respect qu'elle a pour son interlocuteur. Le mot civilité est cependant peu utilisé, tandis que son contraire, incivilité, est de nos jours d'un usage beaucoup plus fréquent (Définition civilité, Toupictionnaire).

Depuis 2004, les employeurs tentent d'intervenir dans les cas de harcèlement, mais nous voyons que seulement 9 % des 10 095 plaintes déposées devant les normes du travail ont été renvoyées devant la Commission des relations du travail (Froment, 2009). Les notions de harcèlement et d'incivilité sont souvent confondues, entraînant des plaintes qui ne correspondent pas à la loi sur le harcèlement ou entraînant une inaction de la part des gestionnaires. Pourtant, le mal qui ronge les entreprises ce n'est pas le harcèlement, c'est le manque de savoir-vivre (Demers, 2009).



Parmi des exemples d'incivilité, notons :

- Jurer au travail;
- Entrer dans un bureau sans cogner;
- Ne pas saluer un collègue;
- Quitter une réunion avant la fin;
- Faire des commentaires sur une personne en son absence;
- Laisser des tâches plus difficiles aux intervenants absents à la réunion;
- En réunion : couper la parole, répondre au cellulaire et entretenir des conversations parallèles;
- Blâmer, même subtilement, un collègue ou ignorer ses arguments.

L'incivilité laisse des traces profondes dans les équipes et les intervenants doivent être toujours à l'affût de sa présence. Il y aura toujours présence de personnes ayant un caractère plus difficile au sein d'une équipe, mais les propos et comportements dérangeants doivent être discutés rapidement. L'intervenant victime doit immédiatement s'exprimer à la bonne personne afin de faire cesser le comportement dérangeant. Si le comportement ne cesse pas, l'intervenant doit absolument rapporter la situation au chef d'équipe qui prendra les moyens pour le faire cesser.

Chaque équipe pourrait se doter d'un code de conduite pour développer une compréhension commune dans le but de prévenir les frustrations. Chaque intervenant est responsable de sa participation constructive au sein de l'équipe.

Harcèlement psychologique et sexuel :

Voici la définition du harcèlement psychologique selon l'article 81.18 de la loi sur les normes du travail :

Une conduite vexatoire se manifestant soit par des comportements, des paroles, des actes ou des gestes répétés, qui sont hostiles ou non désirés, laquelle porte atteinte à la dignité ou à l'intégrité psychologique ou physique du salarié et qui entraîne, pour celui-ci, un milieu de travail néfaste. Par ailleurs, une seule conduite grave peut aussi constituer du harcèlement psychologique. Il faut démontrer alors que cette conduite a porté atteinte à la dignité ou à l'intégrité physique ou psychologique et qu'elle a entraîné un effet nocif continu sur le salarié.

Le harcèlement sexuel pourrait notamment se présenter sous les formes suivantes (Plouffe, 2009):

- Des contacts physiques non désirés, tels que des attouchements, des pincements, des empoignades, des frôlements;
- La sollicitation de faveurs sexuelles non désirées;



- Des commentaires inappropriés d'ordre sexuel, des remarques sur le corps de la victime ou sur son apparence, des plaisanteries qui dénigrent l'identité sexuelle ou l'orientation sexuelle de la victime;
- Des questions intimes;
- Des regards concupiscent, notamment dirigés sur les parties sexuelles de la victime;
- Des sifflements;
- L'affichage de photographies pornographiques.

Il est à noter que le harcèlement sexuel n'est pas seulement des gestes, mais se trouve également dans les attitudes, regards, paroles et messages écrits ou électroniques.

Au niveau des usagers et des proches, un encadrement clair doit être instauré pour définir les relations entre les intervenants et les clients. L'intervenant est en droit de s'attendre à ce que le client et ses proches conservent un langage adéquat, soient habillés de façon convenable et cessent l'utilisation de matériels sexuels lorsque l'intervenant est présent. Il est important d'ajouter que le harcèlement sexuel n'est pas une histoire de genre, mais peut s'appliquer autant aux femmes qu'aux hommes qui peuvent être victimes ou harceleurs.

Construction du lien de confiance :

*La vraie politesse n'est que la confiance et l'espérance dans les hommes.
- Henry David Thoreau*

Pour un professionnel, la relation d'aide est avant tout un savoir-être. La relation est centrée sur la personne. Elle permet de l'accompagner dans son parcours de vie. Il ne s'agit pas de trouver ou d'apporter les solutions, mais plutôt de cheminer et d'aider la personne à trouver par elle-même sa solution. La relation d'aide est une forme d'accompagnement, même si parfois elle nécessite des interventions plus encadrantes. En fonction de l'expérience et des observations chez la personne, le *savoir-être* permettra d'intervenir ou non selon un jugement clinique (wikipédia, 2012).

Le lien de confiance est un facteur important sur le risque de dangerosité. Il est très important que l'équipe prenne soin de construire avec les clients une relation privilégiée, une relation de confiance, afin que le client perçoive, même en situation de crise que les intervenants n'interviennent que pour lui, pour ses buts et intérêts. Lors d'intervention en situation de crise, le lien de confiance avec le client, la connaissance de ses antécédents, la connaissance de la situation actuelle, l'expérience des intervenants et le plan d'intervention sont des facteurs déterminants pour désigner la personne ou les personnes qui interviendront.

Section IV : trucs et astuces

À quoi sert la lumière du soleil si on a les yeux fermés.

-Proverbe arabe

Astuces pour assurer la sécurité lors d'interventions à domicile :

- Assurez-vous de porter des vêtements pratiques offrant la capacité de courir au besoin.
- Consulter les notes d'évolution, dossier du client et plan d'interventions afin de bien planifier votre visite. Posez des questions aux intervenants connaissant bien le client, notamment les membres de la mini-équipe.
- Déterminez le lieu de rendez-vous à l'avance, soit au domicile ou dans la communauté.
- Si un usager a un téléphone, lui téléphoner avant le rendez-vous afin de s'assurer de son état et de l'aviser de notre arrivée. Dans le cas où un usager serait coopératif, mais que son environnement peut causer un préjudice aux intervenants, l'équipe pourrait fournir un téléphone à l'usager afin qu'il se déplace vers un milieu moins hostile.
- Évaluez les interventions où les suivis devraient être effectués par deux intervenants.
- Si vous intervenez à deux, planifiez le suivi et donnez-vous des mots clés afin de guider l'intervention.
- Assurez-vous que le « shift manager » connaisse votre itinéraire quotidien et les modifications à celle-ci.
- Prévoyez un système de communication efficace afin de s'assurer que l'ensemble des intervenants ont terminé leur journée de travail sain et sauf.
- Portez attention à l'environnement autour de l'endroit du suivi. Écoutez vos instincts et quittez au besoin. **Un suivi peut toujours être remis.**
- Stationnez votre véhicule dans un endroit facile d'accès, facile à quitter et bien éclairé.
- Mettre tous objets personnels (sac à main, portefeuille, etc.) dans le hayon arrière de la voiture.
- Conservez votre cellulaire sur vous et au besoin pré-signaliser le 911 sur votre clavier numérique. Vous pouvez également vous servir de la reconnaissance vocale et de la composition rapide de votre téléphone portable.
- Lorsque vous cognez à la porte, tenez-vous sur le côté de la porte, frappez clairement et identifiez-vous. Anticipez votre protection (voir ADA en annexe).
- Lorsque le client ouvre la porte, analysez rapidement l'environnement. Prenez note du bruit à l'intérieur de l'appartement, des signes de la présence de d'autres individus et signes d'intoxication.
- Assoyez-vous toujours près de la porte, conservez vos souliers, vos clés et porte-monnaie. Demeurez calme et non menaçant lors de l'intervention.
- Conservez en votre possession une carte de l'équipe ou une carte d'employée afin de vous identifier aux partenaires de la communauté.



- Assurez-vous de bien connaître l'entourage du domicile du client. Portez attention aux lieux publics (dépanneur, poste de police, restaurant, etc.) où vous pourriez vous réfugier et trouver de l'aide.
- Assurez-vous dans la mesure du possible que le client sait que nous allons le visiter.
- Faites votre ADA (voir annexe).

Astuces pour assurer la sécurité lors du transport en voiture:

- Conservez votre téléphone cellulaire sur vous, ouvert et fonctionnel.
- Utilisez toujours une technologie main-libre ou stationnez votre véhicule si vous devez utiliser votre cellulaire.
- Faites une bonne évaluation de l'intervention et décidez si l'intervention doit se faire à deux intervenants.
- Révisez les informations cliniques, le diagnostic, le plan d'intervention et les consignes d'équipe avant la rencontre.
- S'il y a présence de deux intervenants, il est préférable d'asseoir le client derrière le siège du passager afin d'éviter que le client touche au volant ou puisse prendre la tête du conducteur.
- Assurez-vous que le client ne transporte pas d'arme ou d'objet potentiellement dangereux.
- Évitez d'aborder les sujets pouvant causer un stress ou être confrontant pour votre usager.
- Faites une évaluation physique et mentale du client avant de s'asseoir ensemble dans le véhicule.
- Si un client devient agité dans le véhicule, arrêtez dans un endroit public, conservez les clés et tentez de calmer la situation. **Ne jamais oublier que le transport d'un client est un privilège et non pas un droit.** En tout temps, vous pouvez sortir du véhicule ou demander au client de sortir.
- Si un client tente d'agripper le volant, concentrez-vous à conserver le contrôle du véhicule et demeurez calme. Essayez d'arrêter et fuyez.
- Évitez de laisser des objets de valeurs dans le véhicule et entreposez les objets personnels dans le hayon arrière.
- Une housse imperméable pour le siège du véhicule que l'intervenant peut laver le soir peut être utile dans certaines circonstances.
- L'équipe devrait adopter des politiques claires sur l'usage du tabac dans le véhicule. Le port de la ceinture de sécurité est obligatoire. Il peut être utile de faire l'achat de rallonge de ceinture afin d'accommoder des clients ayant un problème d'obésité.
- Informez-vous des craintes des clients en lien avec le transport en véhicule.

Astuces pour assurer la sécurité des locaux:

- L'intervenant devrait être assis près de la porte, sans avoir le client entre lui et la porte
- Un mécanisme de communication afin d'assurer notre sécurité devrait être présent dans les locaux de l'équipe (boutons panique, alarme personnelle, alertez un collègue de travail, etc.).
- Ne pas recevoir de client dans les bureaux après les heures normales du service.
- Portez une attention particulière aux objets qui pourraient servir d'arme ou qui pourraient être lancés.
- Assurez-vous de conserver le client ou les personnes qui l'accompagnent dans votre champ de vision.
- Assurez-vous qu'il y a présence d'un plan d'intervention en cas de crise pour l'établissement.
- Vérifiez-les sorties de secours et d'incendie.
- Assurez-vous que les corridors ne sont pas encombrés et que l'éclairage est adéquat.
- Placez les objets de valeur sous clef.

Attitudes personnelles afin de diminuer les risques:

- Reconnaître que la personne a le droit d'être traitée avec dignité.
- Reconnaître votre droit d'être traité avec dignité.
- Bien se connaître et connaître ses limites.
- Demeurez calme en tout temps.
- Écoutez, utilisez le reflet, la clarification et la reformulation afin de bien comprendre les propos du client. Toujours tenter de pacifier l'usager exprimant de l'agressivité verbale ou psychologique.
- Prenez le temps nécessaire afin que la personne ventile et puisse exprimer ses émotions.
- Mettez l'accent sur ce qui peut être fait et non sur votre impuissance. Assurez-vous que le client conserve de l'espoir dans la situation.
- Distinguez la différence avec le comportement et la personne. C'est le comportement qui est inacceptable et non la personne.
- Inspirez confiance au client, pratiquez l'écoute active et exprimez de l'empathie.

Section V : Risques et crises

Droits des clients et éthique :

L'éthique c'est l'esthétique du dedans.

- Pierre Reverdy

Une source de malaise, voire d'agressivité de la part de certains usagers réside dans l'impression que leurs droits ne sont pas respectés ou qu'ils se perçoivent injustement traités.

Les usagers profitent de plusieurs droits et les intervenants doivent s'assurer que leurs interventions ne causent pas de préjudices. Parmi les droits des usagers, nous pouvons nommer :

- Droit au respect et à la dignité;
- Droit à la reconnaissance de son autonomie et au respect de ses besoins individuels;
- Droit au respect de son intégrité et de son inviolabilité;
- Droit au respect de son intimité et de sa vie privée;
- Droit à l'égalité et à l'équité;
- Droit à la reconnaissance de sa liberté de conscience ou de religion;
- Droit à la liberté d'opinion et d'expression;
- Droit à la protection et à la sécurité de sa personne;
- Droit à des services de qualité, accessibles et sécuritaires;
- Droit à l'information et à la confidentialité;
- Droit à la participation;
- Droit à la représentation.

En cas de difficulté d'application de ces droits, l'équipe devrait pouvoir avoir accès à des conseils juridiques. Rappelons que le client a toujours le droit de refuser ou révoquer des traitements et des services.

Les équipes de suivi intensif sont souvent confrontées à des difficultés d'ordre éthique. Il est très important que les intervenants aient des moments pour exprimer leur avis sur des situations qui peuvent leur causer des malaises. L'équipe doit bien connaître les processus pour demander l'avis du comité d'éthique de leur établissement. Afin de guider les réflexions éthiques au sein de votre équipe, nous avons joint en annexe deux grilles d'analyse de cas en éthique, avec la permission de l'institut universitaire de gériatrie de Montréal et celle de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke.

Définition du concept de risque et de crise :

Nous pouvons définir le concept de risque par la probabilité que se produise un événement causant des dommages corporels, psychologiques ou matériels à l'utilisateur, à ses proches et aux intervenants de l'équipe (Définition du risque, CSSS de l'Énergie).

Nous pouvons déterminer 4 catégories de risques (Safety first, 1999):

- Risques d'exacerbation des symptômes physiques ou mentaux de l'individu;
- Risques que le client se cause intentionnellement du tort autant physiquement, mentalement, que financièrement et socialement;
- Risques que le client se cause du tort de façon non intentionnelle autant physiquement, mentalement que financièrement et socialement;
- Risques de violence intentionnelle ou non intentionnelle envers les autres ; agressivité ou intimidation.

Selon l'ASSTSAS le concept de crise aiguë est la manifestation et l'éclatement d'une très grande intensité émotionnelle observés chez un individu. Les comportements suivants décrivent l'arrivée imminente d'une crise aiguë:

Avant :

- Changement brusque dans le comportement;
- Augmentation de l'agitation psychomotrice (bouge, marche, etc.);
- Réaction physiologique (tremblements, visage rouge ou blanc, etc).

Pendant :

- Crie, hurle, profère des paroles agressives, très anxieux, retrait soudain;
- Devient réfractaire;
- Brise et lance des objets;
- Menace, intimide en gestes et en paroles;
- Pose des gestes humiliants envers une personne;
- Blesse une ou des personnes.

Analyse du risque :

Les équipes devraient se doter de mécanismes leur permettant de réviser régulièrement les risques pour chacun des clients. Les moyens peuvent varier, mais le principe qui devrait guider le choix de l'équipe devrait permettre une évaluation objective régulière des risques.

À titre d'exemple, nous avons joint en annexe une grille élaborée par l'Institut de santé mentale Douglas qui est utilisée par leur équipe. À chaque changement significatif dans le comportement ou l'environnement des usagers, les intervenants utilisent cette grille afin de



marquer par un code de couleur le niveau de risque que le client ou son entourage représente. Cette évaluation permet de définir objectivement la conduite et les interventions de l'équipe.

Certaines équipes vont inscrire sur un tableau présent dans la salle de réunion les clients plus à risques afin d'avoir un repère visuel permettant une communication rapide et efficace de cette information critique. Les rencontres hebdomadaires avec le médecin peuvent être également un bon moment pour discuter de l'évolution de chacun des clients et de leurs entourages au niveau de la sécurité.

Évaluation du risque et urgence suicidaire :

Risque suicidaire : le risque de suicide est la probabilité qu'une personne se suicide à l'intérieur de deux ans. C'est une probabilité établie à long terme qui tient compte de divers facteurs prédisposant au suicide dans la trajectoire de vie d'une personne (OIIQ, 2007).

Urgence suicidaire : L'urgence suicidaire est l'évaluation de la probabilité et de l'imminence d'un passage à l'acte suicidaire dans les 48 heures. Cette évaluation permet de situer la personne dans un processus suicidaire et de définir les priorités d'intervention (jeu-aide référence, 2012).



FRÉQUENCE DES IDÉES SUICIDAIRES

1. FLASH OU IDÉATIONS SUICIDAIRES

On est en présence des premières idées suicidaires. Les idées peuvent être diffuses ou précises, mais elles sont brèves et non ruminées.

2. PENSÉES SUICIDAIRES OCCASIONNELLES

L'idée suicidaire est récurrente. La personne se pose des questions, envisage cette possibilité de plus en plus sérieusement, mais n'est pas obsédée quotidiennement.

3. PENSÉES SUICIDAIRES FRÉQUENTES

La personne pense au suicide régulièrement et quotidiennement. Elle est prête à passer à la planification.

ÉVOLUTION DE LA PLANIFICATION SUICIDAIRE

4. LA PLANIFICATION EST EN COURS

Pour la personne, le suicide est devenu la seule solution ou l'option principale. Cependant, elle mentionne qu'elle ne sait ni comment, ni quand elle va le faire. La décision est prise, mais les éléments de planification manquent encore (où, quand, comment, avec quoi).

5. LA PLANIFICATION EST COMPLÈTE

La personne menace de passer à l'acte : au-delà de 48 heures. Elle a en main le moyen qu'elle a choisi ou elle a accès à ce moyen (métro, pilules, armes, etc.). À ce moment, un contrat de « non-passage à l'acte » peut-être envisagé.

6. LA PLANIFICATION EST COMPLÈTE

La personne menace de passer à l'acte : dans les 48 heures. La personne a en main le moyen qu'elle a choisi ou a accès à ce moyen (métro, pilules, armes, etc.). Ici aussi, un contrat de « non-passage à l'acte » peut être envisagé.

RECOURS AU 9-1-1

7. LA PLANIFICATION EST COMPLÉTÉE

La personne menace de passer à l'acte immédiatement. Le moyen choisi est disponible et la personne menace de l'utiliser durant l'appel ou immédiatement après avoir raccroché.

8. TENTATIVE EFFECTUÉE

La personne a mis en œuvre son plan d'action. L'intervention médicale est nécessaire. L'intervenant n'a pas à évaluer ou à juger lui-même de la létalité du moyen utilisé.

9. GROUPES À RISQUES

- Les endeuillés d'un suicide
- Les psychotiques impulsifs
- Les personnes ayant de nombreuses tentatives à leur actif
- Les personnes ayant vécu une perte importante
- Les personnes ayant un lourd passé

Intervenir dans un contexte de risque :

L'ASSTSAS relève 5 principes de base pour assurer sa sécurité et celle des autres.

- **Se protéger:**
 - Distance sécuritaire;
 - Le soutien de l'équipe;
 - Le système de communication;
 - L'information;
 - Le rapport.
- **Évaluer:**
 - La situation de travail;
 - L'environnement;
 - Les forces et les limites;
 - Le client.
- **Prévoir:**
 - Le besoin d'aide;
 - L'intervention;
 - Les réactions à l'intervention;
 - Les risques;
 - L'information nécessaire;
 - Une diversion pour pouvoir quitter rapidement au besoin.
- **Prendre le temps nécessaire:**
 - Pour écouter;
 - Pour attendre de l'aide;
 - Pour consulter le plan d'intervention.
- **Se centrer sur la personne:**
 - sur son vécu (émotionnel);
 - sur le contenu du discours;
 - sur la sécurité du client, de mes collègues, des autres.

Action lors de crise :

Lorsqu'une crise survient, l'équipe doit agir. Si la crise est connue avant l'intervention d'un intervenant, planifier celle-ci en équipe.

Qui devrait rencontrer le client ?

Y allons-nous à deux ? Avec les policiers ?

Quels sont les antécédents du client ?

Plusieurs questions doivent être discutées en équipe et l'intervention sera adaptée en fonction du contexte, du client, de l'historique, etc.

Lors de l'intervention, on devrait s'assurer que :

- Notre sécurité personnelle est notre priorité. Vous ne portez pas de masque ou de cape, vous n'êtes pas un héros. Protégez-vous.
- La deuxième priorité est d'assurer la sécurité des autres. Demandez aux autres de quitter ou de se réfugier afin de ne pas être blessés.
- Ensuite, assurez-vous de ne pas rendre la situation pire qu'elle est présentement. Par notre profession, par notre personnalité ou par notre attitude, nous pouvons alimenter le conflit. Utilisez vos habiletés en communication pour inspirer le calme.
- Évaluer où se situe le client dans sa grille selon la grille du potentiel de dangerosité (annexe)
- finalement, intervenez.

Lors de l'intervention, assurez-vous que :

- Vous avez fait votre ADA (annexe).
- Vous autorisez le client à émettre son point de vue, qu'il puisse ventiler verbalement (technique de pacification).
- Vous désirez comprendre la situation et que vous le respectez.
- Vous êtes capable de créer une atmosphère de calme dans la conversation :
 - Demeurez calme;
 - Prenez votre temps, demandez de l'aide pour vos autres tâches;
 - Diminuez votre intonation, contrôlez votre rythme et votre respiration
 - Inviter à la personne de s'asseoir;
 - N'argumentez pas, soulevez des points que vous partagez avec la personne;
 - N'hausser pas le ton plus fort que la personne, attendez qu'il respire pour parler;
 - Ne devenez pas la cible.

Si le client tente de vous attaquer, faites une gestion physique de la crise. Souvenez-vous de cette phrase :

-bloque, bouge, appelle à l'aide.

Bloque : se protéger;

Bouge : fuir, créer une diversion (verbale ou physique);

Appelle à l'aide : attirer l'attention sur soi de d'autres personnes.

Retour de la situation en équipe (Explication post-traumatique)

L'expérience est le nom que chacun donne à ses erreurs.

-Wilde (Oscar Fingal O'Flahertie Wills)

Suite à un événement malheureux, touchant autant un membre de l'équipe ou un usager, il est important de se regrouper en équipe afin de faire un retour de la situation en équipe. Consulter un professionnel via les programmes d'aide aux employés peut enlever un poids immense sur les épaules du chef d'équipe (qui peut être lui-même impliqué dans l'incident).

Voici des guides établis par l'ASSTSAS pour aider l'équipe dans la réflexion post-événement.

QUAND ?

Quand l'équipe ou un membre de l'équipe est perturbé.

Dans tous les cas d'intervention majeure (réussie ou moins réussie).

Quand quelqu'un est blessé (client ou personnel).

Quand le niveau de stress est élevé dans l'équipe.

QUI PARTICIPE AU RETOUR POSTÉVÉNEMENT:

Les intervenants impliqués dans l'événement.

ATTENTION !

Si une victime est absente, il faudra aussi revenir sur l'événement au retour de cette dernière.

POURQUOI ?

Pour prendre soin des intervenants :

- 1) Faites ventiler les émotions :
 - colère
 - perte de contrôle
 - anxiété
 - peur
- 2) Dédramatisez l'événement
- 3) Rétablir l'équilibre émotionnel des Intervenants et de l'équipe dans la Relation avec le client et entre eux.
- 4) Maintenir une attitude professionnelle

Pour analyser L'ÉVÉNEMENT :

- 5) Révisez ensemble l'événement (établir et clarifier les composantes de de l'événement) Mettre d'abord l'emphase sur ce qui a été réussi.
- 6) Décodez les signes précurseurs
- 7) Identifiez les améliorations à apporter pour rendre l'environnement plus sécuritaire.
- 8) Évaluez les interventions actuelles et planifier les interventions futures.



COMMENT PRENDRE SOIN DES INTERVENANTS ?

Immédiatement après l'événement:

a) Donner les premiers soins à la victime:

Soins physiques:

- donnez les premiers soins et s'assurer de l'état de santé;
- demeurez disponible, la laisser respirer;
- répondre à ses besoins de base (se nettoyer, boire, etc.);
- lui permettre de quitter son milieu de travail (l'endroit où a eu lieu l'agression), s'assurer que la personne sera accompagnée;
- l'orienter vers le milieu médical, si nécessaire, pour déterminer la nature de la lésion, le traitement.

Soins psychologiques:

- sécurisez la victime, essayer de la reconforter;
- lui offrir un milieu propice au calme;
- l'écouter si elle veut parler;
- lui assurer que sa réaction est normale, que c'est l'événement qui ne l'est pas;
- la remplacer auprès de la clientèle;
- ne pas la laisser partir seule à moins qu'elle ait retrouvé ses moyens.

Faire un « **defusing** ou **désamorçage** » immédiatement sur les lieux de l'incident ou dans les premières vingt-quatre heures. Ce soutien a pour but d'aider les intervenants à mieux réagir au stress provoqué par l'acte violent, à mieux récupérer.

ATTENTION !

Ne pas forcer la victime à décrire ou à expliquer l'événement.
Respecter ses mécanismes de défense.

ON DOIT ÉVITER :

- De juger les comportements ou les réactions de la victime;
- Les « pourquoi » ???;
- De banaliser l'événement ;
- De défendre ou d'excuser l'agresseur ;
- Les règlements de comptes.

b) Au plan collectif:

- Échangez en équipe pour favoriser la décontamination et la reprise de distance;
- Orientez l'équipe vers une personne-ressource;



- Occupez-vous des réactions des témoins et de vos réactions;
- Faites un retour post événement (analyse de l'événement) avec l'ensemble des intervenants impliqués, incluant si possible, la ou les victimes;
- Procurez de l'assistance, si nécessaire, pour compléter les formulaires administratifs (CSST, rapport d'accident, etc.).

Les jours suivants l'événement

a) Au plan physique:

En cas d'absence d'une victime, s'assurer de son état de santé. Désignez une personne qui prendra de ses nouvelles et qui les apportera à l'équipe.

b) Au plan psychologique:

Au besoin, planifier des séances de **debriefing** psychologique individuelles ou de groupe dans les 24 à 72 heures après l'acte violent.

Si besoin, retenir les services d'une personne extérieure à l'équipe impliquée (psychologue, clinicien, PAE) autant pour le groupe que pour un intervenant.

c) Au plan organisationnel:

Échangez en équipe pour favoriser la décontamination et la reprise de distance.

Rediscutez des interventions et de l'état d'esprit lors de l'événement (avant-pendant-après).

Dégagez des pistes de compréhension et d'intervention.

Planifiez l'intervention future.

Rencontrez le client, si nécessaire ;

- Convenir avec le client des responsabilités et obligations conséquentes à ses comportements (excuses, dédommagement, judiciarisation...);
- Révisez avec lui les objectifs de son plan d'intervention.

À moyen et long terme

Établir une philosophie d'intervention partagée et cohérente;

Établir, rétablir et maintenir des relations saines au niveau de l'équipe;

Consolidez la politique et le programme de prévention de la violence (Attention ! L'expression « Tolérance 0 » rencontrée dans plusieurs politiques, ne signifie pas intolérance) ;

Établir un plan de formation continue et adaptée;

Développez et concevoir des plans d'intervention qui impliquent le client;

Outillez l'intervenant dans la gestion d'intervention ou de clientèles difficiles (formation collaboration avec le Comité paritaire en santé et sécurité du travail (CPSST), etc.

Section VI : Divers

Gestion financière :

*J'ai peur que l'État dépense moins bien mon argent que je ne le ferais
-Philippe Bouvard*

La gestion financière des clients est un service qui peut être offert par les équipes SI aux clients. Les intervenants SI devraient se poser quelques questions afin de guider leurs interventions face à ce geste qui a de nombreux impacts au niveau du lien de confiance avec la clientèle. La gestion financière a pour but d'aider temporairement le client à améliorer la situation personnelle, notamment en s'assurant les besoins de base du client, comme assurer un logement adéquat, se vêtir convenablement et bien entendu, assurer une alimentation saine et adéquate.

Nous devons mettre en lumière le dilemme que l'équipe peut vivre entre ses valeurs et celles des clients. Chaque personne a une vision différente d'un logement adéquat et d'une alimentation saine, donc chaque décision doit être discutée en équipe. Il faut faciliter le plus possible la participation du client à la priorisation de ses besoins. L'équipe doit être à l'affût des risques de basculer en abus de pouvoir ou en violence économique.

Gestion budgétaire des clients sous régime de protection :

Il est fortement recommandé que l'argent des clients SI qui sont sous régime de protection (curatelle ou tutelle), soit administré par le curateur désigné directement afin d'éviter le clivage et les argumentations entre le client et l'équipe.

Pour ce faire, le curateur peut ouvrir un compte dans une institution financière au nom du client et y déposer au fur et à mesure, les sommes requises au budget préalablement établi avec lui et son client. Dans certains cas il peut cependant être souhaitable que l'équipe SI reçoive un montant d'argent du curateur pour l'achat de cartes d'épicerie qui seront par la suite remises au client selon une entente préétablie.

Également, le curateur peut organiser une entente avec des magasins précis (épiceries, magasins à grande surface, etc.) pour procéder aux achats personnels des clients. Ainsi le curateur paie directement le magasin évitant ainsi la manipulation d'argent comptant entre le client et l'équipe SI et la transmission des reçus au curateur.

Voici différents types de protection et gestion financière (curateur public du Québec, 2010) :

Le Code civil du Québec prévoit quatre mesures de protection pour pallier l'inaptitude d'une personne majeure. Ces mesures diffèrent suivant la gravité de l'inaptitude et le fait qu'elle soit permanente ou temporaire. Ils peuvent toucher :

- La personne;
- Ses biens;
- La personne et ses biens.

La mesure de protection avec mandataire:

Sans être un régime de protection au sens strict du terme, le mandat en prévision de l'inaptitude permet de s'occuper de la personne inapte et d'administrer ses biens dans son intérêt.

Cette mesure occupe une place à part. Ce sont les volontés de la personne qui s'appliquent, puisqu'elle a rédigé un mandat en prévision de son inaptitude et qu'elle a désigné une ou plusieurs personnes pour s'occuper d'elle et de ses biens. Avant de prendre effet, le mandat doit être homologué.

Par ailleurs, le mandat et le régime avec *conseiller au majeur* sont les deux seules mesures où la personne sous protection ne perd pas l'exercice de ses droits. Cependant, si quelqu'un peut prouver qu'elle ne pouvait donner un consentement libre et éclairé, lors de la signature d'un contrat par exemple, l'annulation de l'acte pourrait être prononcée par le tribunal.

Le régime de protection avec conseiller:

Ce régime est la version allégée des régimes de protection. Il est adapté aux besoins d'une personne atteinte d'une légère déficience intellectuelle ou d'une incapacité temporaire causée par une maladie ou un accident. La personne est apte à prendre soin d'elle-même, mais est parfois démunie devant certaines décisions à prendre. Elle conserve son autonomie et continue à exercer ses droits civils. Entre autres, elle peut gérer son salaire.

Le rôle du conseiller consiste à l'assister pour certains actes concernant généralement l'administration de ses affaires. Le conseiller n'a donc l'autorité de faire aucun acte juridique en son nom. Il ne peut signer un contrat ou un bail, ni vendre une maison pour la personne qu'il aide. Il ne peut pas plus l'obliger à suivre ses recommandations.

La tutelle:

Le tuteur aux biens peut être une société de fiducie ou une institution financière habilitée à agir à ce titre.

La tutelle s'applique à une personne dont l'inaptitude est partielle ou temporaire. Elle peut être aux biens ou à la personne, ou couvrir les deux aspects, selon l'inaptitude de la personne à protéger et ses besoins.

La personne soumise à ce régime peut faire seule certains actes (ex. décider de l'utilisation de son salaire) ou avec l'assistance de son tuteur. Celui-ci devra la représenter pour certains autres actes.

L'étendue des responsabilités du tuteur est déterminée par le tribunal, qui le nomme sur la recommandation d'une assemblée de parents ou d'amis, ou par le Code civil du Québec.

La curatelle:

Est placée sous ce régime de protection la personne dont l'inaptitude à prendre soin d'elle-même et à administrer ses biens est totale et permanente.

Le curateur d'une personne majeure est aussi nommé par le tribunal sur la recommandation d'une assemblée de parents (y compris parents par alliance) ou d'amis. Il représente la personne dans tous les actes civils et peut être nommé à la personne, aux biens — dont il a la pleine administration — ou aux deux à la fois.

Fin de la mesure de protection.

Une mesure de protection prend fin :

- Au décès de la personne (le représentant doit alors rendre compte de son administration aux héritiers);
- Lorsque des rapports de réévaluation médicale et psychosociale constatent la fin de l'inaptitude. Dans le cas du mandat, la personne protégée a le choix de faire cesser ce dernier ou non, une fois ses facultés retrouvées.

Conservation et manipulation de l'argent des clients pour les équipes SI qui font la gestion financière dans les bureaux du SI:

- Rédigez un protocole d'utilisation des lieux (local, coffre-fort) où l'argent est conservé.
- Réduire au minimum le nombre de personnes (en dehors de votre équipe) connaissant l'existence même de l'endroit où est placé l'argent.
- Conservez l'argent dans un coffre-fort reconnu sécuritaire par votre milieu (anti vol, anti feu). Informez-vous auprès du responsable de la sécurité de votre établissement.



- Placez le coffre-fort dans un endroit peu visible de tous. Idéalement dans un garde-robe (lui-même barré) d'un local.
- Ne jamais ouvrir le coffre-fort en présence de clients, ni de d'autres intervenants que ceux de l'équipe SI.
- Évitez de dire le mot « coffre-fort » à l'extérieur de vos bureaux (ex : dans le corridor) ou en présence de clients ou autre membres du personnel. Un truc : utiliser un autre terme pour désigner le coffre-fort ex; « le garde-manger », ce terme étant plus neutre et attirant moins l'attention de l'entourage. Cela évitera des questions ou d'attirer les curieux venant des autres équipes de soins ou des équipes de soutien (entretien ménager, installations matérielles, etc.).
- Installez un bouton alarme près du coffre-fort, relié à la sécurité (ou autre selon votre établissement). Ce bouton panique devrait indiquer simplement à la sécurité qu'il y a intrusion au local x. Ainsi la sécurité peut venir intervenir sans pour autant qu'elle sache qu'il s'agit d'un coffre-fort. L'idée est encore ici qu'il y ait le moins de personne au courant du dit coffre.
- Ne jamais mentionner, ou donner l'idée au client, que son argent est gardé directement dans nos locaux. Par exemple en lui demandant d'attendre dans le corridor tout près pendant que vous cherchez dans le coffre. Même s'il ne voit pas le dit coffre, il fera rapidement le lien que son argent est dans vos bureaux.
- Toujours demandé au client, qui viendrait chercher son argent sur place, d'aller vous attendre à un autre étage, ou de revenir dans x minutes, le temps qui vous alliez chercher l'argent. Éviter aussi de dire que l'argent est à la voute ou à la comptabilité de l'hôpital (ou de la clinique) car ces endroits pourraient à leur tour devenir la cible de visiteurs.
- Avisez le client que son argent ne peut lui être remis que durant le jour durant la semaine afin d'éviter qu'il ne vienne à vos bureaux en soirée ou le samedi (surtout si vos locaux ne sont pas barrés après 16h30).
- Si vous allez chercher l'argent pour la semaine ou le mois à la comptabilité de votre établissement, ou si garda ou autre véhicule vient vous porter l'argent, assurez-vous de ne jamais avoir la même routine (pas le même jour, pas la même heure, pas la même personne si cela est possible).
- Au préalable, informez tous les clients pour qui vous vous apprêtez à faire la gestion financière, volontaire ou non, que les menaces pour avoir son argent ne seront pas acceptées. Indiquez-le au PI si cela est nécessaire. Rappelez-lui l'entente prise dès qu'un client commence à renégocier cette dite entente. S'il désire modifier cette entente, lui mentionner qu'il doit en parler à son intervenant pivot ou qu'on en reparlera avec l'équipe.
- Ne mettez jamais votre sécurité ou vie en danger si un client exige que vous lui remettiez son argent ou vous menace si vous ne lui donnez pas. Remettez- lui son argent si vous l'avez déjà entre les mains ou demandez-lui de revenir dans quelques minutes pour aller la chercher si vous devez ouvrir le coffre. Vous reprendrez la question de la gestion financière à son PI avec lui plus tard. Discutez-en en mini équipe.
- L'équipe devrait toujours faire signer un reçu par le client suite à la remise d'argent. L'intervenant devrait également mettre ses initiales et apporter le reçu à la personne responsable du coffre afin de faciliter la balance des comptes.



- Il peut être plus simple pour une équipe qu'une personne soit responsable de préparer l'argent des usagers avant la réunion afin de limiter le nombre de personnes qui doivent intervenir dans les comptes des usagers. Cette façon de faire évite d'avoir plusieurs façons de faire différentes et de limiter le risque d'erreur.
- Il est plus simple de préparer un budget avec l'utilisateur un mois à l'avance afin que l'équipe sache les sommes qui devront être remises. Ces sommes devraient être simplifiées le plus possible (éviter de donner 2 dollars par jour, remettre plutôt 15 dollars le lundi par exemple).
- La gestion financière est un ajout très utile pour augmenter la stabilité en logement et la qualité de vie, mais ne doit pas devenir une source de conflit entre l'utilisateur et l'équipe.
- Évitez les situations où l'utilisateur peut percevoir un chantage en lien avec la gestion financière ou une perte de son autonomie. Évitez de relier l'accès à l'argent avec d'autres aspects de son PII, comme la prise de médicaments, la présence à son rendez-vous médical, etc.

Collecte de données :

Bien connaître nos clients est une des premières protections pour notre sécurité. Nous devons nous souvenir en tout temps que le suivi intensif offre des services à une clientèle lourdement affectée par un problème de santé mentale et les intervenants doivent s'assurer d'intervenir auprès de cette clientèle en possédant le plus d'informations possibles, autant pour leur sécurité que pour celle de leur client ou de leur entourage.

Avant d'intervenir auprès d'un client, un intervenant devrait connaître les derniers événements affectant le client, les dernières notes d'évolution, le plan d'intervention et l'historique du client. Pour favoriser cette connaissance de l'historique, les équipes devraient se doter de processus qui évalueraient et questionneraient systématiquement la clientèle.

Cette collecte de données devrait aborder plusieurs aspects, comme par exemple (CSSS de Laval, 2011):

- Antécédents de violence dans la famille;
- Historique d'arrestations et de délits;
- Réactions lors de colère ou d'insatisfaction;
- Comportements de violence envers son entourage, envers soi-même;
- Statut légal.

Les intervenants doivent recueillir le plus d'informations via le plus de sources possibles. Les intervenants doivent questionner les organismes qui réfèrent au programme, consulter le dossier antérieur, les intervenants juridiques et l'entourage du client. Un exemple de collecte de données spécifiques sur la violence utilisée par les équipes de Laval se retrouve en annexe de ce document.

Sécurité et médicaments :

Le meilleur remède pour tous les problèmes, c'est la patience

-Plante

La distribution des médicaments est un aspect important au volet traitement des équipes SI. Nous devons faire une distinction entre distribution et administration d'un médicament.

L'administration désigne l'application directe d'un médicament au corps d'un patient ou d'un sujet de recherche par injection, inhalation, ingestion ou tout autre moyen (ANORP, 2007). La pratique d'administrer des médicaments implique le fait de fournir au client un médicament prescrit dans l'intention de diagnostiquer, de traiter ou de prévenir une maladie ou une affection médicale.

L'administration d'un médicament doit être distinguée de sa distribution. En effet, comme l'a confirmé la Cour d'appel du Québec dans l'affaire Pavillons Jeunesse (Joliette) c. Boisvert (REJB 1999-13935), l'acte d'administrer un médicament nécessite un certain contrôle (ex. : mettre un comprimé dans la bouche du patient, lui injecter un médicament) et cette notion de contrôle est inexistante lorsqu'une personne ne fait que remettre le médicament au patient pour qu'il se l'administre lui-même, qui sera alors une distribution. (Office des professions du Québec, 2003).

Sécurité générale lors de la distribution des médicaments:

- Tout intervenant qui a un doute de quelque nature que ce soit au moment de la distribution ou l'administration des médicaments à domicile, devrait parler avec l'infirmière de l'équipe (par téléphone ou en personne) **avant** de donner la médication;
- Certains signes suivants doivent être rapportés immédiatement à l'infirmière ou au psychiatre de l'équipe **avant** de donner la médication au client : fièvre, confusion mentale, sueur anormale, désorientation, intoxication importante, nausées, diarrhée, teint pâle inhabituel, ou tout autre signe douteux;
- Si le client est absent, éviter de laisser la médication à des voisins ou colocataire inconnus. Convenez auparavant avec le client de la conduite à tenir en cas d'absence. Repasser plus tard si possible.

Transport de la médication:

- Utilisez un sac ou boîte pour transporter les médicaments, ceci afin de ne pas les perdre et pour une question de discrétion, de confidentialité et de sécurité;



- Utilisez un sac isolé genre thermos surtout lorsque la température est plus élevée que 25 C ou plus petite que 15 C;
- Ne jamais laisser un médicament dans la voiture le jour ou la nuit lorsque la température est plus élevée que 25 C ou plus petite à 15 C.

Médication injectable à domicile:

- Assurez-vous toujours que l'environnement est sécuritaire avant de donner l'injection. Vérifier la présence d'étrangers, de chiens, de chats ou autres dérangements possibles qui pourraient distraire l'infirmière pendant l'injection la mettre à risque de contamination;
- Assurez-vous que l'infirmière ait un contenant sécuritaire pour aiguilles contaminées dans un sac isolé;
- Assurez-vous que la médication injectable devant demeurer au froid, soit transportée de façon sécuritaire dans un sac isolé avec de la glace (ou autre) maintenant la température froide nécessaire;
- Ne jamais procéder à l'injection à domicile seule, si l'infirmière se sent en danger, menacé ou que le client ne collabore pas. Remettez à plus tard l'injection et demander de l'aide. Planifiez de donner l'injection au bureau du SI, ou à l'hôpital au besoin.

L'infirmière qui prépare la médication qui sera distribué aux clients doit vérifier les «5 bons» en lien avec la prescription médicale. Cependant, lors de la distribution, la vérification des trois bons suivants : bonne personne, bonne méthode et bon moment, doivent être effectués par tous les membres de l'équipe.

1. Bon médicament:

Vérifiez le nom du médicament sur l'étiquette de la bouteille, sur le sachet, sur l'entête du dispill, la dosette ou autres en le comparant avec le profil pharmacologique ou la prescription.

2. Bon dosage:

Vérifiez le bon dosage sur l'étiquette de la bouteille, sur le sachet, l'entête du dispill, la dosette ou autres en le comparant avec le profil pharmacologique ou la prescription.

3. Bonne personne:

Lors de la préparation, prendre le temps de lire le nom de la personne sur l'alvéole ou autres contenants.



Lors de la distribution, s'assurer que l'identité du client correspond au nom inscrit sur le contenant. Remettre l'alvéole au client afin qu'il puisse faire sa propre vérification. Dans le cas où on connaît peu le client, on devrait se faire accompagner par un autre intervenant. On peut également demander à l'utilisateur avant de lui remettre l'alvéole, de s'identifier et de nous remettre une carte d'identité. Il peut être utile également de faire inscrire la date de naissance ou son numéro d'assurance-maladie du client sur le contenant ceci assurera une double identification de l'utilisateur.

4. Bonne méthode:

Respectez la voie d'administration et la forme qui convient à l'état de la personne.

5. Bon moment:

Lors de la préparation, vérifier l'heure prescrite au profil pharmacologique.

Lors de la distribution, vous devez respecter l'heure inscrite sur le contenant. Demandez au client de confirmer le moment inscrit sur l'alvéole. Si le client demande de modifier l'heure de la prise du médicament, valider auprès d'une infirmière de l'équipe si cela est possible, sinon laisser la responsabilité au client et rapporter cette situation en l'équipe.

Chaque équipe doit établir des protocoles afin d'assurer la sécurité de la clientèle en lien avec la médication et établir des façons de faire uniformes de la part de chaque intervenant.

Voici un exemple de procédure de distribution :

- L'intervenant prend conscience du nom, de la date et de l'heure inscrits sur le contenant
- Remettre l'alvéole au client
- Demander au client de vérifier l'ensemble des informations présentes sur l'alvéole, l'inviter de le faire à haute voix afin de développer son autonomie, son sens des responsabilités et une habitude face à sa médication.
- Encourager le client à prendre sa médication devant nous (si bon moment) et au besoin offrir de l'aide
- En cas de doute sur la prise de la médication ou en cas de demande particulière de la part du client, en discuter lors de la réunion d'équipe

Voici quelques médicaments utilisés au sein des équipes SI (voir annexe pour davantage de détails)

Mise en garde : les informations concernant la médication sont sujettes à des changements. Pour toutes questions précises, vous devriez vous référer aux infirmières de l'équipe, au médecin ou au pharmacien. Ne donnez jamais un médicament si vous avez un doute sur l'heure d'administration, l'identité du client, la dose, la voie



d'utilisation ou la sorte de médicament. Écoutez vos instincts, mais surtout les préoccupations du client (doutes, hésitations, questionnements, etc.)

Les antipsychotiques, ou neuroleptiques, sont des médicaments indiqués dans le traitement de la schizophrénie. Certains sont de première génération (ou typiques) comme l'**haldol**, le **loxapac**, le **fluanaxol**, le **modécate** et bien d'autres. Ils sont incisifs sur les symptômes positifs de la maladie, mais agissent sur un grand nombre de récepteurs de dopamine (et autres) dans le cerveau, ce qui peut amener des effets secondaires parfois irréversibles comme la dyskésie tardive (mouvement répétitif involontaire souvent bucco-facial). D'autres effets secondaires sont aussi possibles comme : sécheresse de la bouche, léthargie, rigidité musculaire, agitation, tremblements...

Les antipsychotiques de deuxième génération (ou atypiques) comme le **zyprexa**, le **risperdal**, le **séroquel**, sont plus fréquemment utilisés à cause de la faible prévalence d'effets secondaires comparativement à ceux de la génération précédente. Ils agissent sur d'autres types de récepteurs dopaminergiques (et autres). Certains peuvent aussi avoir un effet sur le traitement de la manie ou des épisodes mixtes. Les effets secondaires possibles sont : l'hyperglycémie (pouvant mener au diabète), gain de poids, dyskésie tardive, hypotension orthostatique, constipation, étourdissements, acathisie (impossibilité de rester immobile, bougeotte). Le **clozaril** est utilisé chez la clientèle qui n'aurait pas eu de réponse favorable aux autres antipsychotiques. Il nécessite une surveillance étroite des globules blancs par un test sanguin déterminé (formule sanguine complète) pendant tout le traitement et selon des fréquences établies. Les effets secondaires possibles sont : agranulocytose (baisse du taux de globules blancs), tachycardie, hypotension orthostatique, troubles gastro-intestinaux, hyper-salivation, gain de poids, élévation de la température, à doses plus élevée : risque de convulsions. Il faut également s'informer des habitudes de consommation de tabac qui ont un effet sur la concentration sanguine du médicament.

L'**abilify** est un médicament de troisième génération (atypique) qui agit différemment sur les récepteurs dopaminergiques. Des effets secondaires demeurent possibles tels : maux de tête, fatigue ou faiblesses, constipation, étourdissements, agitation, tremblements.

L'**épival** est un anticonvulsivant et calmant essentiellement utilisé pour le traitement de l'épilepsie, le trouble bipolaire, la migraine. Effets secondaires possibles : malaises gastriques, gain de poids, troubles digestifs. Une surveillance régulière de la concentration sanguine du médicament (et autres tests) est nécessaire selon un protocole établi.

Le **lithium** est un traitement thymorégulateur utilisé dans les troubles bipolaires, à la fois anti-maniaque et anti-dépressif. Un contrôle sanguin régulier est nécessaire pour éviter une intoxication qui se manifeste par de la tachycardie, confusion, diarrhée, faiblesse musculaire, nausées, vomissements, somnolence, trouble de l'élocution et possiblement convulsion. Une intoxication au lithium nécessite des soins d'urgence. Les effets secondaires possibles sont : fatigue, fréquence accrue de l'émission d'urine, nausée, soif accrue, légers tremblements des mains. Importance de monitorer alimentation, hydratation et différentes interactions médicamenteuses qui peuvent rapidement amener des élévations toxiques des niveaux sanguins.



Le **célexa** est un anti-dépresseur qui combat la dépression en augmentant la sérotonine dans certaines zones du cerveau, ce qui améliore la capacité du cerveau à transmettre des messages d'une cellule à l'autre (**zoloft**, **paxil**, **luvox** en sont d'autres). Les effets secondaires possibles sont : douleur abdominale, agitation, anxiété, diarrhée, étourdissements, somnolence, sécheresse de la bouche. L'**effexor** est également un anti-dépresseur et un anxiolytique utilisé dans la dépression, le trouble panique. Les effets secondaires indésirables sont : troubles du sommeil, nausées, maux de tête, apathie, constipation, étourdissements, bouche sèche, baisse de la libido, diminution de l'appétit. À fortes doses, il risque de provoquer de l'hypertension.

L'**ativan** est un médicament de la famille des benzodiazépines (comme **rivotril**, **sérox**, **valium**, **dalmane**) utilisé dans le traitement de l'anxiété, de l'insomnie, de l'agitation psycho-motrice provoquant un état de sédation. L'usage à long terme provoque l'apparition d'une accoutumance, dépendance ainsi qu'un syndrome de sevrage à l'arrêt de la consommation. Les effets secondaires sont : somnolence, syndrome confusionnel entraînant risque de chute ou accident, ainsi que l'ataxie (manque de coordination fine).

Sécurité et toxicomanie :

*Les drogues nous ennuient avec leur paradis. Qu'elles nous donnent plutôt un peu de savoir
-Henri-Michaux*

Comment s'y retrouver à travers ces drogues?

Il y aura présentation des catégories de produits (avec quelques exemples), de leurs principaux effets secondaires ainsi que des interactions pharmacologiques qui peuvent survenir. Il faut tenir pour compte que nous avons cerné seulement quelques exemples et que le tableau est loin d'être complet.

-Nous croyons qu'il serait fort pertinent d'aller sur le site : « dependances.gouv.qc.ca » afin de consulter ou imprimer le tableau complet intitulé : « *Mieux connaître les drogues* ». Le tableau descriptif des drogues (Gendarmerie Royale du Canada) sur le site de Santé Canada est aussi un bon outil de référence, en plus d'y inclure des images.

-À noter qu'il serait pertinent de faire aussi imprimer les tableaux des **interactions pharmacologiques** afin que ceux-ci soient visibles et accessibles à l'équipe. Une liste récente se retrouve sur : publications.msss.gouv.qc.ca/biblio/CPLT/publications/polyps. Le titre de la publication est : *La polyconsommation de psychotropes et les principales interactions pharmacologiques associées* par l'auteur Mohamed Ben Amar.

Tableau synthèse et sommaire des drogues

| 1) Perturbateurs | Effets secondaires et état d'intoxication | Certaines interactions pharmacologiques possibles. |
|--|--|--|
| <p><u>Cannabis</u></p> <p>-MARIJUANA (mari, pot, weed, vert, -HASCHISCH (résine, brun) -HUILE (huile de miel, honey oil, hasch liquide)</p> | <p>-Rougeur des yeux, dommage à la gorge et aux poumons</p> <p>-Désorientation, euphorie, fringale</p> <p>-Confusion, difficulté à prononcer</p> <p>- Paranoïa</p> <p>-Excitation</p> <p>- Anxiété</p> <p>-Psychose</p> | <p>- ↓ effet des antipsychotiques/ antidépresseurs</p> <p>-↑ la psychose</p> <p>-Tabac= ↑ troubles respiratoires et cancer.</p> <p>-Cocaïne= ↑ risque cardiaque, ↓ anxiété reliée aux stimulants</p> <p>-Opiacés= ↑ effets analgésiques, sédatifs et euphorisants</p> <p>-Ecstasy = Perturbations cognitives (mémoire)</p> <p>-Relaxants musculaire = ↑ effet relaxant</p> |
| <p><u>Hallucinogènes</u> (LSD, buvard, acide, CHAMPIGNON -champignons magiques, -mush mushrooms, MDMA (aussi un stimulant) -Ecstasy PCP -mescaline, mess, KÉTAMINE, spécial K</p> | <p>-Agitation, agressivité</p> <p>-Pupilles dilatées, désorienté</p> <p>-Bad trips, hallucinations, flaschback (reviviscence)</p> <p>-Coma, convulsion</p> <p>-Troubles respiratoires</p> <p>-Mort, MDMA peut entraîner des rétentions urinaires graves</p> <p>- Avec kétamine = états dissociatifs (sentiment de sortir de son corps)</p> | <p>Avec antidépresseurs= Attention au syndrome sérotoninergique *, ↑ effet du LSD</p> <p>↑ l'effet de l'alcool et</p> <p>Avec prozac=↑ risque de convulsion</p> <p>MDMA + Paxil =complications graves (rétention urinaire, hémorragie cérébrale, éclatement de la vessie.)</p> <p>- Dépresseurs du SNC = ↓ anxiété reliée au LSD</p> <p>-ISRS, stabilisateurs de l'humeur = ↑ effet LSD</p> |
| 2) Stimulants | Effets secondaires et état d'intoxication. | Certaines interactions pharmacologiques possibles. |
| <p><u>Mineurs</u></p> <p>-Caféine, thé, chocolat, wake-up, certains analgésiques.</p> <p>-Nicotine, cigares, nicorette, habitrol, nicoderm</p> <p>-Boissons énergisantes</p> | <p>-Excitation</p> <p>-Tremblements, irritation gastrique</p> <p>-Perte de poids</p> <p>-Risque cardiaque</p> <p>-Perturbation du sommeil</p> | <p>-Tabac fait diminuer les effets thérapeutiques de la médication (par exemple le clozaril, le zyprexa)</p> <p>-Tabac + cannabis= ↑ cancer</p> <p>-Caféine diminue effet des benzodiazépines.</p> <p>-Caféine = ↑ l'effet du clozaril.</p> <p>-Alcool + boissons énergisantes = ↑ le risque d'une surconsommation d'alcool</p> <p>-Attention à ne pas mélanger d'autres</p> |



| | | |
|---|---|--|
| | <p>-Convulsion</p> <p>-Gain de poids à cause du sucre dans les boissons énergisantes.</p> | <p>stimulants (caféine, éphédrine) avec les boissons énergisantes.</p> <p>-Les stimulants mineurs mélangés avec les psychotropes = ↑ la consommation car elle donne des effets renforçateurs sur les centres cérébraux du plaisir.</p> <p>-Tabac diminue l'absorption sous-cutanée de l'insuline donc de son efficacité.</p> |
| <p>Majeurs AMPHÉTAMINES Speed, amphé, MÉTHAMPHÉTAMINE (au moins 2 fois plus forte que les amphétamines et moins dispendieuse à produire, c'est ce qui est vendu sur le marché comme amphétamine.) COCAÏNE -base, crack, coke, neige, -crystal meth, freebase, -roches, MDMA (aussi un perturbateur) -ecstasy</p> | <p>-Anxiété</p> <p>-Paranoïa (idées de grandeur et de puissance)</p> <p>-Comportements bizarres et violents</p> <p>-Perte d'appétit</p> <p>-Irritabilité</p> <p>-Maladies ou infections liées aux injections intraveineuses (cellulite, abcès, ITS.)</p> <p>-Infarctus</p> <p>-Convulsion et mort</p> | <p>↓ effet des antipsychotiques et antidépresseurs</p> <p>-IMAO** = ↑ effets cocaïne et toxicité (fièvre, céphalées sévères, convulsion, mort.)</p> <p>-ISRS*** = ↑ effet des amphétamines, syndrome sérotoninergique.</p> <p>Avec autres stimulants = potentialisation des effets agréables et toxiques.</p> <p>Dépresseurs du SNC = euphorie, atténuation des effets désagréables reliés aux stimulants, dépression respiratoire s'il y a une importante dose de cocaïne.</p> <p>Antiparkinsonien, antiviral, fluanxol = ↓ du désir obsédant de consommer de la cocaïne.</p> |

***Le syndrome sérotoninergique** est un effet indésirable potentiellement mortel lié à la perturbation de l'équilibre chimique du système nerveux central dû à un excès de **sérotonine** au niveau cérébral (agitation, confusion, irritabilité, sudation, hypertension, convulsions..).

****IMAO** = Les antidépresseurs IMAO sont actuellement représentés par deux substances, l'iproniazide (MARSILID) et le moclobémide (MOCLAMIDE).

*****ISRS** = Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (*Seropram*, celexa, prozac, zoloft, paxil)

| 3) Dépresseur | Effets secondaires et état d'intoxication. | Certaines interactions pharmacologiques possibles. |
|---|--|---|
| <p>Alcool boisson, bière, cooler, spiritueux, fort, vin, shooter</p> | <p>-Euphorie</p> <p>Étourdissement</p> <p>-Détente</p> <p>-Ralentissement moteur</p> <p>-Vomissement</p> | <p>- Tylénol, bédryl, valériane = ↑ toxicité au niveau du foie</p> <p>-Avec des dépresseur/benzodiazépines = Potentialise effets dépresseurs, risque de décès</p> <p>-Cocaïne= Potentialise l'euphorie</p> |



| | | |
|---|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> -Hallucinations -Perte de conscience -Dépression respiratoire | <p>(cocaéthylène) et ↓ effets désagréables de la cocaïne, donc potentialisent sa toxicité.</p> <p>-Cannabis + Alcool = ↑ effet cannabis</p> <p>-Antibiotiques/antidiabétiques = bouffées de chaleur, confusion, transpiration tachycardie, vomissements..</p> <p>- Avec hallucinogènes/stimulants = ↑ les effets des deux.</p> |
| <p>Solvants</p> <ul style="list-style-type: none"> -AÉROSOL (essence, gaz rush, poppers) -COLLE (glue, sniffe, décapant, dissolvant) | <p>Similaire aux effets de l'alcool et autres dépresseurs</p> | <p>Viagra, Cialis, inhibiteur protéase = ↑ vasodilatation, hypotension, syncope, arrêt cardiaque.</p> |
| <p>Tranquillisants et somnifères</p> <p>BENZODIAZÉPINES (ativan, dalmane, librium, restoril, rivotril, rohypnol)</p> <p>GHB (gamma-hydroxybutyrate, drogue du viol)</p> <p>BARBITURIQUES (usage en régression),</p> | <p>Similaire aux effets de l'alcool et autres dépresseurs.</p> <p>GHB = Amnésie, crise épileptique, hypothermie</p> | <p>Clozaril = ↑ effet BDZ et clozapine.</p> <p>Inhibiteur protéase du VIH = risque de sédation sévère et de dépression respiratoire.</p> <p>Alcool + benzo = Arrêt respiratoire. Dépresseurs SNC + GHB = potentialisent les effets et peut entraîner un coma, la mort.</p> |
| <p>Opiacés</p> <p>(Codéine, héroïne, morphine, méthadone, percodan, dilaudil, opium...)</p> | <p>Similaire aux effets de l'alcool et autres dépresseurs</p> | <p>Dépresseurs = ↑ effets dépresseurs et dépression respiratoire. Cannabis = ↑ effets sédatifs, analgésiques et euphorisants.</p> <p>Cocaïne = risque d'arrêt respiratoire</p> <p>Rispéridone, barbiturique = ↓ effet méthadone.</p> <p>Anticholinergiques = Constipation sévère</p> |

On remarque que certaines substances peuvent engendrer un niveau d'impulsivité plus marquée. Considérant qu'environ 40% à 60% de notre clientèle au SI éprouve des problèmes d'abus de substances, il est important de tenir compte de cet aspect. De façon générale, la substance consommée agit comme désinhibiteur, augmentant le risque de passage à l'acte et

pouvant exacerber les tensions agressives, diminuer la capacité de jugement et favoriser le recours à la violence. Il devient donc primordial d'être vigilant lorsque nous intervenons auprès de personne sous l'effet de substances psychoactives ou même en période de sevrage. Référez-vous à la section IV du guide pour l'approche du degré d'alerte (ADA) à cet effet.

Il y a 4 principaux modes d'administration dans la consommation : Inhaler, renifler (sniffer), injecter et ingérer. **Le plus dangereux de ces modes est l'injection** considérant le risque de transmission des ITSS (infections transmises sexuellement et par le sang). Par contre, **l'inhalation** est le mode le plus efficace en terme du niveau d'intensité des effets. Donc, fumer la cocaïne risque davantage d'installer rapidement une addiction chez l'utilisateur. Plus l'addiction est sévère, plus la personne est en situation dangereuse. Un utilisateur peut être dépendant du mode de consommation au point d'aller s'injecter des substances autres (mayonnaise, eau de javel), fumer des épices ou sniffer du tylnol.

Alcool : Il faut bien être conscient que c'est l'alcool qui vient en tête de liste des substances les plus souvent associées à la manifestation de comportements violents (y compris la violence sexuelle) (Goldstein, 1998; Roth, 1994)

« L'alcool est étroitement associé à la violence. Environ 40 % de tous les crimes (violents et non violents) sont associés à l'ingestion d'alcool. »

Source : Bureau of Justice Statistics (É-U), 1998).

Les alcool-déshydrogénases et les aldéhyde-déshydrogénases sont des enzymes hépatiques responsables du métabolisme de l'alcool. Certains [gènes](#) codant pour ces enzymes existent sous des formes différentes selon les ethnies. Par exemple, près de 50% des Asiatiques présentent un variant [génique](#) qui leur confère une aldéhyde-déshydrogénase inactive, incapable de métaboliser l'acétaldhéhyde en acétate. Ceux qui continuent de boire malgré leur particularité [génétique](#) s'exposent à de graves conséquences pour leur santé puisqu'ils ont plus de risque de développer des [cancers](#), en particulier des cancers des voies aérodigestives supérieures.

GHB : La consommation volontaire du GHB est de plus en plus populaire. Elle est aussi appelée la drogue du viol (administrer à l'insu) car elle a la propriété de générer une amnésie. Selon Nathalie Brault, psychologue à la Clinique pour victimes d'agression sexuelle de l'Hôtel-Dieu, les agressions sexuelles susceptibles d'être liées aux «drogues du viol» pourraient représenter environ 15 % des 200 cas d'agression sexuelle traités annuellement par la clinique.

Crystal meth : On observe une agitation souvent marquée par l'agressivité chez les utilisateurs.

Cannabis : Toute personne ayant un problème de santé mentale qui consomme du cannabis se met à risque. Le taux de THC dans les dernières années est passé de 5-7% à 13-14% en 2011. Le risque de psychose est donc plus présent.

Stimulants majeurs (cocaïne et amphétamines) : En fait, la paranoïa constitue un trait caractéristique de certains consommateurs de cocaïne (Carlson & Siegal, 1991). On peut facilement imaginer que la violence découle alors des peurs irrationnelles originant de la consommation abusive de cocaïne. La violence peut également provenir de l'irritabilité produite par ce que les consommateurs de cocaïne appellent le « crash » à la fin d'une période d'intoxication (Goldstein, 1998).

La consommation abusive d'**amphétamines** échelonnée sur une longue période pourrait engendrer une psychose toxique durant laquelle le consommateur pourrait manifester des comportements violents (Ellinwood, 1971). **La méthamphétamine** est au moins deux fois plus puissante, elle peut donc conduire à des problèmes d'abus et de dépendance plus rapidement.

Les produits de coupe retrouvés dans la cocaïne sont nombreux. Selon Santé Canada, 90% des échantillons de cocaïne analysés contenaient du lévamisole (utilisé chez les vétérinaires pour détruire des parasites. Le lévamisole est interdit depuis 2003 car reconnu comme très toxique sur les humains.) On ne sait pas ce que l'on consomme. La recherche de profit par les vendeurs prime sur la santé. Dans ce contexte, il devient difficile de prévoir les comportements d'une personne intoxiquée.

Des recherches indiquent que pour se procurer de la drogue, les **consommateurs en manque d'argent** s'orientent généralement vers une criminalité acquisitive et non violente, lorsqu'il est ainsi possible de financer leur consommation (Goldstein, 1998; Erickson, Butters, Fischer, Fehrman, Haans & Poland, 1997). Soyons vigilants.

Utilisation non médicale des médicaments sous ordonnance (Gendarmerie Royale du Canada 2012):

Les opioïdes : L'augmentation de la consommation d'opioïdes de prescription sur la rue à Montréal est problématique pour la santé, car la plupart des consommateurs utilisent l'**injection** comme mode de consommation. **Les plus populaires sont** : l'oxycodone, l'oxycontin, le dilaudid.

Abus de benzodiazépines : L'abus peut vouloir dire : dépasser la dose recommandée, changer le mode de consommation ou le prendre en combinaison avec des drogues. **Les plus populaires sont** : le zanax, la valium, l'ativan, le rivotril

Psychostimulants : Certains vont le dissoudre dans l'eau et ensuite se l'injecter. Très dangereux puisque des morceaux peuvent ne pas être dissous et ainsi bloquer les vaisseaux sanguins. **Les plus populaires sont**: le ritalin, le concerta, l'adderall

Les autres médicaments retrouvés dans la rue sont : les antipsychotiques et les barbituriques.

Nouvelle drogue sur le marché (vendue sur le Net) : Les sels de bain (MDPV). C'est un stimulant et un hallucinogène puissant. La poudre peut être reniflée, inhalée, mangée ou injectée. Santé Canada déconseille l'utilisation des « sels de bain » parce qu'ils peuvent provoquer des réactions graves ou mortelles et aussi parce que leurs effets à long terme sur le cerveau ou sur le corps sont peu connus.

Prix approximatif des drogues, qui sur le marché, sont les plus consommées (basé sur les informations données par les utilisateurs et le comité permanent de lutte à la toxicomanie)¹

MDMA (Extasy) : Sur le marché noir, on vendra un de ces comprimés entre 20 \$ et 40 \$. Par contre, le prix peut varier considérablement qu'il n'est pas rare que certains consommateurs achètent des comprimés à plus bas prix (3\$-5\$), mais il y a un risque que ceux-ci soient composés de substances inconnues.

Amphétamines : Le coût approximatif était d'environ 20\$. Il n'est pas rare que la clientèle utilisatrice nous informe pouvoir se procurer un comprimé pour la somme de 5\$.

Une fiole de GHB se vendrait autour de 5-15 \$ (GRC, 2012). Toutefois, le coût peut être moindre si on en achète en plus grande quantité.

Cannabis : Il se vend environ 10\$ le gramme (2-4 joints), mais il est moins dispendieux pour ceux qui en achètent une grosse quantité.

Cocaïne : Le prix se situe entre 15 \$- 25\$ pour un quart de gramme (l'effet peut durer 15 minutes pour un gros consommateur et plusieurs heures pour une personne avec une grande sensibilité neuronale telle que chez des personnes atteintes de schizophrénie).

Crack : Sous forme de petits cailloux, il se détaille entre 5 à 10\$. Toutefois, comme l'usage est à renouveler à toutes les quinze minutes, il n'est pas surprenant que l'utilisateur qui désire rester sur son «nuage», ait à déboursier des sommes assez considérables pour entretenir son habitude.

Benzodiazépines, opioïdes et psychostimulants : 1-2\$ dans la rue.

Qu'est-ce qui est réaliste de prendre?

Les doses consommées quotidiennement peuvent être très variables et sont fonction, entre autres, de la substance utilisée, de la voie d'administration et des habitudes de consommation de l'utilisateur. Il faut se rappeler que selon les normes de l'Organisation Mondiale de la Santé, toute consommation (incluant alcool) chez une personne ayant des problèmes de santé mentale est à risque. Une personne schizophrène est plus sensible aux effets des substances. Un gros

¹ Shneegerger, P., Desrosiers M., (2001), "Les nouvelles drogues au Québec". Le comité permanent de lutte à la toxicomanie, Ministère de la santé et des services sociaux. P.14-33



consommateur de crack peut inhaler jusqu'à plusieurs grammes de cocaïne en une journée tandis qu'un consommateur abusif peut prendre plusieurs amphétamines en une journée. Par contre, le risque est d'autant plus grand et chez nos clients. Une faible dose peut entraîner de graves complications. La loi de l'effet ici prévaut (substance + individu + contexte = effet). Il est donc important de favoriser chez les utilisateurs rencontrés une communication ouverte et honnête sur leur consommation afin d'avoir la possibilité de prévenir les risques associés.

Aspects légaux (Comité permanent de lutte à la toxicomanie ²)

En fait, depuis 1997, la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances (LDS)* régit les différentes infractions liées à la possession, à la culture, à la fabrication, au trafic, à l'importation/exportation. Le **MDMA, MDA, autres amphétamines ou méthamphétamine, le GHB ainsi que le Rohypnol** sont toutes des drogues classées à l'annexe III de la LDS (Ministère de la Justice du Canada, 2001).

Le contrevenant en possession d'une de ces substances encourt, sur déclaration sommaire de culpabilité, une amende maximale de 1000 \$, une peine d'emprisonnement maximale de six mois ou les deux pour une première offense.

En cas de récidive, il s'expose à une amende de 2000 \$, à une année d'incarcération ou les deux (Santé Canada, 2000). Enfin, le trafic, la possession dans l'intention d'en faire le trafic, l'importation et l'exportation de ces substances de même que la production de ces drogues sont des offenses criminelles encourageant une peine d'emprisonnement maximale de dix-huit mois sur déclaration sommaire de culpabilité ou sur condamnation, d'une incarcération pouvant aller jusqu'à dix ans (Santé Canada, 2000).

Le 27 mai 2003, le gouvernement du Canada modernisait l'application de la loi, avec des sanctions moins sévères (*Si la quantité ne dépasse pas 30 grammes de cannabis ou 1 gramme de haschich, la peine maximale est 6 mois d'emprisonnement et/ou 1 000\$ d'amende*) pour la possession de petites quantités de **cannabis**. Elle est cependant plus sévère à l'endroit des cultivateurs importants de la marijuana ou du haschich. Au Canada, c'est moins de 1% qui se font arrêter pour possession de cannabis.

Interventions en contexte de consommation:

-Se référer à la section IV du guide. Il faut tenir compte qu'une personne en état d'intoxication est souvent plus imprévisible, plus désinhibée et donc plus à risque d'un passage à l'acte. Il est difficile de favoriser la collaboration d'une personne intoxiquée. Il est donc parfois préférable de remettre l'intervention à plus tard.

² Schneeberger, P., Desrosiers M., (2001), "Les nouvelles drogues au Québec". Le comité permanent de lutte à la toxicomanie, Ministère de la Santé et des services sociaux, p. 26-27

Mise en situation 1:

Nous arrivons chez un client qui est en train de fumer un joint de marijuana. Nous lui demandons d'éteindre celui-ci le temps de l'intervention à domicile. Si une situation similaire se présente, avons-nous une responsabilité légale de dénoncer la personne?

Réponse : Non, car nous sommes tenus au secret professionnel. D'ailleurs, ce n'est pas notre rôle (dénonciation) auprès des clients. "Au Québec, tous les professionnels, c'est-à-dire toutes les personnes qui sont membres d'un ordre professionnel reconnu selon le Code des professions, sont tenus à une telle obligation, selon les dispositions de l'article 60.4 du Code " Le professionnel doit respecter le secret de tout renseignement de nature confidentielle qui vient à sa connaissance dans l'exercice de sa profession "³

Le clinicien peut transmettre des renseignements sans consentement dans les situations suivantes :

- une législation l'y oblige (ex. : notamment un signalement à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) en vertu de la *Loi de la protection de la jeunesse*);
- une situation d'urgence pour la santé ou la sécurité de l'utilisateur ou celle d'autrui (ex. : situation potentielle de suicide ou d'homicide);
- un ordre du coroner dans l'exercice de ses fonctions;
- en cas de menace ou de poursuite de la part d'un usager à son égard;
- une obligation du tribunal;
- un acte illégal de l'utilisateur pouvant mettre en danger d'autres personnes.

Prenons une situation où nous sommes chez notre client et qu'une personne se présente pendant la visite pour faire une transaction de drogues illicites. Le secret professionnel s'applique avant le devoir de dénonciation. Par contre, nous n'avons pas à être témoin de ce type d'événement et nous devons le signifier à la personne. Son droit à sa vie privée prévaut, mais notre droit à la protection l'est autant.

Mise en situation 2:

Nous arrivons à domicile pour une distribution directe de médication auprès d'une personne qui est en ordonnance de traitement. Elle nous ouvre la porte et nous observons qu'elle est dans un état d'ivresse avancé. Elle se tient contre le mur et marmonne des propos incohérents. Que devons-nous faire?

³ Le réseau juridique du Québec, " Le dossier patient- Confidentialité", www.avocat.qc.ca/public/iidossiermedical1.htm - 44k, consulté le 19 décembre 2012



Réponse : 1) Évaluer le niveau d'intoxication avec la personne. Si nous observons un de ses symptômes : confusion, désorientation dans le temps ou vomissements, on doit faire un appel soit à une infirmière de l'équipe, au psychiatre ou Info-Santé. Par contre, si nous constatons un de ces symptômes : difficultés respiratoires, peau moite, baisse de température corporelle, perte des fonctions de la vessie et perte de conscience, nous conseillons un appel au 911. Il vaut mieux une visite à l'urgence qu'une intoxication entraînant des graves complications.

2) Advenant que la personne intoxiquée puisse répondre à nos questions, et qu'elle ne présente pas de manière significative les symptômes ci-haut mentionnés, nous suggérons de quitter sans lui remettre la médication. À réévaluer le plus rapidement possible.

3) Si la personne a consommé de la drogue ou de l'alcool mais ne présente pas de signes d'intoxication grave, il peut être approprié de lui donner sa médication sous supervision. Il serait important qu'un avis médical soit émis à cet effet par un médecin/psychiatre, surtout pour les clients reconnus comme des consommateurs réguliers.

4) Si la personne intoxiquée doit recevoir une injection, il est parfois préférable de sauter un tour pour un injectable par contre à d'autres moments, il peut être indiqué de lui donner afin de traiter les symptômes psychiatriques. Cette décision peut dépendre aussi de la durée d'action. Par exemple avec du risperdal à longue action, le risque d'interaction est moins présent. Il serait important qu'un avis médical soit émis à cet effet par un médecin/psychiatre ou les industries pharmaceutiques.

Contact biologique:

Les sources de contact avec des liquides biologiques sont nombreuses lors du travail au sein du suivi intensif. L'employeur a probablement mis en place des politiques et procédures en lien avec ces incidents malheureux que les intervenants doivent consulter, mais nous avons inclus dans ce guide quelques lignes directrices provenant et inspirées des publications de l'ASSTSAS (2012).

En cas de contact entre un liquide biologique et la peau ou une muqueuse :

Vous devez :

- Vérifier l'intégrité de la peau ou de la muqueuse
- Lavez la partie atteinte avec de l'eau et du savon
- Remplir un rapport incident/accident
- Aviser votre supérieur immédiat
- Contacter le bureau de santé de l'établissement pour obtenir davantage de renseignements
- Aviser les autres membres de l'équipe des événements afin d'évaluer le risque de récurrence



En cas de griffure ou de morsure faite par un animal domestique ou sauvage:

Vous devez :

- déclarer cet événement accidentel à votre supérieur et compléter un rapport d'accident en y inscrivant le plus d'informations possible.
- nettoyer la plaie avec de l'eau et du savon ou une solution antiseptique sans brosse. Ne pas utiliser de solution irritante. Il n'est plus indiqué de faire saigner la plaie.

Vous devriez :

- utiliser un onguent antibiotique au besoin pour prévenir les infections (type Polysporin).
- Consulter un médecin si présence de signes d'infection tel que fièvre, rougeur, douleur, écoulement ou saignement.
- Vérifier auprès du propriétaire de l'animal si ce dernier est vacciné contre la rage et en cas de doute, faire évaluer l'animal s'il est accessible et vérifier avec le médecin si un protocole de rage est nécessaire.
- Si vous soupçonnez un cas de rage, contacter à la centrale de signalement au 1-877-644-4545 (option 4 renseignement généraux et demander centrale de signalement) dans le cas d'un animal sauvage ou un médecin vétérinaire dans le cas d'un animal domestique.

En cas de morsure humaine avec lésion de la peau, voir interventions en cas de piqûre

Aiguilles et seringues souillées:

Il y a présence de seringues ou d'aiguilles souillées à l'endroit où vous intervenez (diabète, toxicomanie, antibiotique, etc.)

Vous devriez :

- fournir au client un contenant de disposition (contenant sécuritaire jaune) et lui donner les consignes d'utilisation (par exemple ne pas le remplir au-delà de l'indicateur de limite) ;
- demander au client de ramasser les seringues ou les aiguilles avant votre prochaine visite ;
- pour ramasser des aiguilles ou des seringues, porter des gants jetables, utiliser une pince et insérer dans un contenant de disposition ou, à défaut, un contenant en plastique ayant un couvercle.

En cas de piqûre accidentelle ou de morsure humaine :

Vous devez :

- déclarer cet événement accidentel à votre supérieur et compléter le rapport d'accident en y inscrivant le plus d'informations possible ;



- nettoyer la plaie avec de l'eau et du savon ou une solution antiseptique sans broser. Ne pas utiliser de produit irritant. Il n'est plus indiqué de faire saigner la plaie ;
- contacter immédiatement votre service de santé pour les mesures habituelles de postexposition dans les plus brefs délais (idéalement à l'intérieur de 2 heures). Il faudra arrêter, voire même cesser votre service, pour obtenir le suivi nécessaire (afin que la maladie professionnelle soit reconnue si elle survient).

Liquide biologique (salive, urine, selles, sang, etc.)

Lors de votre travail au domicile d'un client, il est possible d'être exposé volontairement ou non à des liquides biologiques. Puisque la majorité des transmissions d'infection se fait à la suite du contact des mains avec un objet souillé, suivi du contact des mains avec la bouche, le nez ou les yeux, il est important de vous laver les mains pour vous protéger. Pour cela, utilisez de l'eau et du savon ou un produit antiseptique. Il est préférable de porter des gants pour manipuler des vêtements ou autres effets personnels (sacs, boîtes, etc.)

Urine:

L'élément chimique irritant dans l'urine, tant animale qu'humaine, est l'ammoniac. Un niveau autour de 30-50 ppm peut être irritant pour les voies nasales. Le maximum recommandé est de 25 ppm pour 8 heures en milieu de travail et de 35 ppm pour une courte durée. Un niveau de 300 ppm est considéré immédiatement dangereux pour la vie (Répertoire toxicologique, CSST). Une exposition à des taux moyens peut provoquer des nausées et des vomissements.

Lors de l'entrée dans l'habitation, vous ressentez des irritations aux voies nasales ou à la gorge:

Vous devriez :

- ventiler immédiatement la pièce ;
- identifier les sources d'odeur d'urine et tenter de les éliminer ;
- demander à ce que les endroits les plus souillés soient lavés ;

Vous devez :

- aviser votre chef de service qui pourra demander un dosage de la quantité d'ammoniac dans l'air (à planifier avec votre équipe de santé au travail ou les pompiers).
- si malgré ces mesures vos symptômes d'irritation persistent, envisager d'écourter vos visites.

Selles et vomissures:

Le contact avec des selles ou des vomissures contaminées posent des risques de maladies entériques (exemple gastro).

Présence de selles ou de vomissures:

Vous devriez :

- ventiler la pièce si l'odeur vous incommode ;
- demander que les souillures soient nettoyées ;
- mettre des gants avant de manipuler des objets souillés (ex. : draps, vêtements) ;
- après la manipulation, jeter les gants s'il s'agit de gants jetables et laver vos mains ;
- s'il s'agit de gants réutilisables, les nettoyer et les désinfecter (solution d'eau de Javel 1 :10), les enlever et vous laver les mains.
- Si vous devez ramasser des excréments d'animaux, référez-vous à la rubrique 2.2 Animaux domestiques ou exotiques pour les mesures de précaution à adopter.

Sang ou liquide biologique teinté de sang:

Le sang est un liquide biologique qui comporte des risques de transmission d'infection grave. Il faut éviter le contact avec du sang pur et avec tout liquide biologique teinté de sang.

Manipuler des objets souillés de sang (litterie, vêtements):

Vous devriez :

- absolument porter des gants ;
- les jeter, s'il s'agit de gants jetables ;
- bien les nettoyer et les désinfecter (solution d'eau de Javel 1 :10) s'il s'agit de gants réutilisables ;
- les enlever et vous laver les mains.

Nettoyer du sang ou un dégât de liquide biologique contenant du sang en plus des mesures précédentes:

Vous devriez :

- recouvrir le dégât d'un tissu ou de papier absorbant imbibé d'une solution d'eau de Javel 1 :10. S'il n'est pas possible d'utiliser de l'eau de Javel (ex. : sur un tapis de couleur), utilisez un produit germicide (lire l'étiquette et laisser le produit agir selon la durée recommandée) ;
- désinfecter au germicide les objets souillés durant le nettoyage et tout ce qui a été en contact avec le sang ou le liquide biologique contenant du sang.

Gestion animalière et parasitaire :

Les intervenants ont le droit d'offrir leurs services dans un contexte sécuritaire. Cette sécurité touche également la présence d'insectes et d'animaux dans le milieu de vie des clients. Nous devons demander au client d'aviser les intervenants de la présence d'un animal dans son domicile.

- Dans certaines situations (allergie, crainte, etc.) l'intervenant pourrait demander au client de retirer l'animal dans un milieu sécuritaire pour la durée de la rencontre.
- Les intervenants peuvent également prioriser une intervention à l'extérieur du domicile si l'inconfort persiste. Un changement dans la présence d'animaux chez un client ou dans l'entourage de celui-ci devrait être rapporté par les intervenants à l'équipe aux rencontres quotidienne et hebdomadaire.

La présence de parasites chez un client ou dans son entourage doit être prise au sérieux par les intervenants. Ces derniers pourront alors suggérer au client de faire venir un exterminateur pour éviter la propagation et pourront le supporter dans ces démarches.

La présence de souris ou de mulots dans une maison survient parfois à l'automne puisqu'ils cherchent refuge pour l'hiver. Cette situation n'est pas nécessairement anormale. Toutefois, s'ils sont présents en grand nombre, ils deviennent une nuisance et une source de danger pour la santé humaine. Les excréments de souris peuvent présenter un risque de transmission d'un virus respiratoire grave (*hantavirus*). (ASSTSAS, 2012)

Les rats peuvent être porteurs de puces ou de mites, vecteurs de maladies. Les blattes, communément appelées coquerelles, posent un risque d'allergie et peuvent déclencher des crises d'asthme. Elles véhiculent aussi certaines bactéries (ex. : salmonelle).

Présence de vermine:

Vous devriez :

- demander au client de la faire exterminer et de nettoyer les lieux ;
- éviter d'intervenir ou d'offrir des soins dans des pièces où il y a présence de vermine ou d'excréments ;
- vous laver souvent les mains ;
- prendre arrangement pour dispenser les soins ailleurs que dans le domicile si la situation paraît hors de contrôle.

S'il vous faut absolument ramasser des rongeurs morts ou leurs excréments, voici les conseils à suivre pour leur manipulation.

Ramassage d'un rongeur, d'un piège ou de son nid:

Vous devriez :

- porter des gants de caoutchouc ou de plastique, préférablement des gants jetables ;
- arroser le rongeur, le piège ou le nid de désinfectant ou d'eau de Javel diluée (une cuillère à table dans un litre d'eau) ;
- placer le tout dans un sac de plastique, bien le fermer et le jeter dans une poubelle étanche.
- Si vous portez des gants réutilisables, vous devez absolument les laver. Avant d'enlever les gants, rincez-les avec un désinfectant ou une solution d'eau de Javel diluée. Lavez-les à l'eau chaude savonneuse, enlevez-les puis lavez-vous les mains.

Ramassage des excréments:

Vous devriez :

- porter des gants de caoutchouc ou de plastique ;
- vous abstenir de balayer ou de passer l'aspirateur afin d'éviter de respirer la poussière possiblement infectée par les excréments ou l'urine ; éviter aussi de déplacer des objets qui pourraient soulever des poussières contaminées ;
- mouiller abondamment les excréments de désinfectant, les ramasser avec un linge humide ou du papier absorbant mouillé que vous jetez dans la poubelle ;
- après le nettoyage, jeter ou laver les gants puis laver vos mains.

Attention : si vous êtes exposé à une grande quantité d'excréments, portez un masque protecteur de type N-95. Ce masque nécessite un test d'ajustement réussi (fit test).

Punaise :

Le guide d'intervention dans les cas d'insalubrité Volet : « *Punaises de lit* » rédigé par le CSSS de la Montagne en 2011 est un guide pratique sur ce sujet. Nous avons d'ailleurs fait ressortir de ce guide les éléments suivants à propos de cet insecte et des procédures. Veuillez noter que votre établissement devrait avoir un guide similaire afin de guider vos interventions.

La punaise de lit est un petit insecte qui ne vole pas, ni ne saute, mais se déplace lentement. Elle se nourrit de sang, habituellement dans le sommeil de sa victime et se cache le jour dans des endroits noirs et sec. Les intervenants peuvent la trouver dans les plis et couture du lit lorsqu'il y a infestation majeure. La victime peut se plaindre d'être piquée et souffrir de démangeaisons.

Avant la rencontre :

- Prévoir les équipements de protection (jaquette, couvre chaussures, etc.) et des sacs à déchets de couleur pâle (ex. : blanc ou bleu pâle);
- Évitez de porter des vêtements amples et des manches longues. Privilégier des pantalons courts, en été;
- Prévoir du linge de rechange;
- Apportez chez le client que le strict nécessaire, laissez vos effets personnels au CLSC ou dans votre voiture;
- Visitez ce client, dans la mesure du possible, en dernier.

Durant l'intervention :

- Afin de sauvegarder la confidentialité, s'habiller, si possible, à l'intérieur de l'appartement. La cuisine serait à privilégier, car elle est rarement infestée;
- Mettre vos effets personnels dans un sac à déchets de couleur pâle (manteau, sac à dos, etc.) et sortir votre matériel de protection. Ne garder que ce dont vous aurez besoin, ex.: une 2e paire de gants et un autre sac à déchets;
- Enfilez la combinaison. S'assurer qu'elle vous couvre bien au cou, aux poignets et aux chevilles. Mettre un ruban adhésif au collet, au besoin;
- Mettre les couvre-chaussures (bottes), le bonnet est facultatif;
- Déposez vos effets personnels (sac à déchets de couleur pâle) à un endroit loin de l'infestation, comme la cuisine ou loin des vêtements, lit et meubles rembourrés;
- Lavez vos mains et mettez vos gants avant de donner les soins.

N.B. Changez de gants durant le service, si vous donnez des soins personnels.

À la fin de l'intervention :

- Vérifiez vos vêtements de protection et les secouer au besoin;
- Enlevez vos gants et lavez vos mains avec la mousse antiseptique ou au lavabo;
- Afin de respecter les règles de prévention, vous placez dans l'entrée du client pour enlever vos vêtements de protection. Évitez de vous déplacer avec l'équipement souillé à l'extérieur de l'appartement;
- Premièrement, enlevez vos couvre-chaussures (bottes), jeter dans un sac à déchets de couleur pâle;
- Enlevez votre combinaison en prenant soin de mettre le côté souillé vers l'intérieur, rouler en boule et jeter dans le sac à déchets de couleur pâle;
- Enlevez votre bonnet, jeter dans le sac à déchets de couleur pâle et le fermer hermétiquement;
- Désinfectez vos mains de nouveau, avant de mettre vos effets personnels;
- Jetez les sacs à déchets hermétiquement fermés dans la poubelle de l'immeuble ou à l'extérieur;

- Pour détruire les punaises après une intervention, vous pouvez laver les vêtements ou literie à l'eau chaude ou sécher 20 minutes à haute température ou les placer au congélateur au moins 48 heures.

Lors du transport en voiture d'un client infecté :

Ne pas oublier que le transport est un privilège. L'équipe doit se questionner sur la nécessité du transport. Pour des soins médicaux indispensables, il peut être utile de faire le prêt d'un local près du lieu de résidence du client afin d'y parvenir sans voiture. Un couvre-siège est utile pour prévenir des situations désagréables.

Si l'équipe doit assurer absolument le transport d'un client infecté

Vous pouvez :

- Vous assurez que le client a pris sa douche immédiatement avant le départ
- Fournir au client des vêtements propres (s'habiller dans la cuisine)
- Ouvrir vos fenêtres de voitures lorsque vous êtes stationné l'hiver et les fermer l'été afin de diminuer ou d'augmenter la température dans votre voiture.
- Négocier avec votre employeur pour obtenir un lavage intérieur de voiture

Sections VII: Vignettes cliniques

Le but des vignettes est de permettre aux intervenants de prendre connaissance de situations déjà vécues au sein des SIM et des solutions possibles. Elles peuvent être source de discussions en équipe.

Situation 1 :

Acte de colère à domicile d'un client qui avait manifesté des symptômes d'instabilité quelques jours auparavant lors des med drop. La frustration du client est reliée au fait que son argent n'avait pas été déposé dans son compte par la curatelle tel que prévu.

Intervention à deux intervenants puisqu'il était déjà irritable depuis quelques jours. Il devait recevoir ce jour son injection et un suivi était prévu.

Lors de l'arrivée des intervenants, le client les accueille mais commence à discuter de sa frustration monétaire avec le curateur. Sa colère s'est exprimée avec de plus en plus de violence, jusqu'à frapper dans le frigo et casser des assiettes qui étaient sur son comptoir.

Spontanément, après cet éclat et des interventions de pacification, un intervenant lui a offert un 20\$ en lui faisant signer une reconnaissance de dette. Il s'est immédiatement calmé. Le client a remboursé sa dette au dépôt de son argent dans le compte.

En discussion, il s'avère que ce n'est pas une solution suggérée. Certains intervenants auraient fui immédiatement le logis et fait le 911. D'autres suggèrent la pacification et l'appel assisté au curateur pour clarifier.

Situation 2 :

Un client a rendez-vous avec le médecin dans les locaux du SIM. Nous savions qu'il était moins bien depuis quelque temps et un accompagnement en voiture est planifié pour l'amener, sinon il ne viendra pas. Deux intervenantes sont alors désignées (elles étaient alors consentantes malgré une certaine crainte qui n'a pas été manifestée lors de la planification le matin). Elles étaient toutes les deux impliquées avec le client depuis plusieurs mois, donc considéraient avoir un bon lien avec le client.

Lors du rendez-vous avec le médecin, monsieur ne collabore pas. Se montre agressif dans ses propos et attitude (regard fixe, sourcils froncés, hausse le ton...) La discussion se termine sans qu'il se soit calmé et le client réclame de retourner en voiture avec les intervenantes, ce qui lui est refusé en lui expliquant qu'elles ne se sentaient pas en sécurité avec son attitude actuelle. Il



a toutefois reçu de l'argent pour un retour en autobus. L'attitude du client demeure agressive et il quitte en claquant la porte de telle sorte que des dommages matériels s'en suivirent.

Un contact téléphonique immédiat fut fait à l'urgence sociale qui est allé évaluer le client chez lui dans les heures qui ont suivi. Le client fut hospitalisé pendant quelques semaines et un contrat d'agir a été rédigé et accepté par le client avant sa sortie.

En discussion d'équipe par la suite, un comité santé sécurité a été mis en place avec des membres de l'équipe et le psychiatre. Nous avons établi des outils et des procédures pour éviter qu'un tel événement se reproduise. Être à l'écoute des malaises ressentis par les intervenants lorsqu'il est question d'intervenir avec un client moins bien. Nous avons décidé de ne plus accompagner des clients instables en voiture. Utiliser Urgence Sociale pour l'évaluation et le transport à l'hôpital si nécessaire. L'identification au kardex des clients avec potentiel d'agissements violents est instaurée et les cas instables sont discutés en priorité à la réunion quotidienne.

Sections VIII: Annexes

Dépliant sur la sécurité du CSSS de l'Énergie:

11. Fumée secondaire
Dans le but d'assurer une qualité d'air et de l'environnement durant la rencontre avec votre intervenant, nous vous demandons d'aérer les pièces de votre appartement s'il y a présence de fumée secondaire et d'éviter de fumer en sa présence. Il pourrait vous demander de faire les rencontres dans un lieu autre que votre domicile. L'intervenant ne peut pas, non plus, fumer à votre domicile. Si cette consigne vous incommode, vous pourriez convenir avec votre intervenant de faire les rencontres dans un autre lieu que votre domicile.

12. Visionnement de films pour adultes
Par respect pour les intervenants, en présence de ceux-ci, nous vous demandons de vous abstenir de visionner des films pour adultes ou toute autre forme de matériel pornographique ou érotique.

13. Comportement et tenue vestimentaire
Le respect est une valeur importante au CSSS de l'Énergie. Nous vous demandons d'adopter une attitude respectueuse et d'utiliser un langage adéquat en leur présence. Une tenue vestimentaire décente est requise.

14. Identification du client
Afin de diminuer les risques d'erreur, notre établissement s'est doté d'une procédure de double identification (date de naissance, nom-prénom). Ainsi, les intervenants procéderont à une vérification de votre identité avant de vous donner des soins et des services. Si malgré cela une erreur survenait, nous sommes dans l'obligation de vous en informer et d'informer la personne responsable de vous (médecin, représentant légal, etc.) et de le noter à votre dossier. En cas de doute sur votre identification, l'intervenant vérifiera si votre identité correspond avec les documents reliés aux soins et services.

**ENSEMBLE PRIORISONS
LA SÉCURITÉ**

Information pour l'utilisateur et sa famille
DIRECTION DE LA SANTÉ MENTALE ET DES DÉPENDANCES
(Programmes-services dans la communauté)

Centre de santé et de services sociaux
de l'Énergie

Concepteurs : Raymonde St-Jean et Diane Vézina
Collaborateurs : Tous les gestionnaires de la DSM-D
Direction : Santé mentale et des dépendances
Signature de la directrice : Diane M. Lavigne
Date d'édition : 2011-06-14 Version no. : 1

Ce dépliant a été conçu par la Direction de la santé mentale et des dépendances du CSSS de l'Énergie dans le but de vous informer des mesures à prendre pour assurer la sécurité de tous.

Le CSSS de l'Énergie a la préoccupation d'offrir des soins et services de qualité et d'encadrer les situations à risques qui peuvent potentiellement nuire à la santé et à la sécurité de tous. Vous et vos proches pouvez contribuer à diminuer les risques en nous communiquant toute information pouvant prévenir une situation à risque. Merci de votre compréhension.

Ensemble, nous avons le devoir et la responsabilité d'agir et de réagir sécuritairement.
Votre collaboration est grandement appréciée.

www.cssss-qc.ca

Pour toute question supplémentaire adressez-vous à :
CSSS de l'Énergie
1705, avenue Georges
Shawinigan (Québec)
G9N 2N1
Tél. : 819-536-7500, poste 4332



Au CSSS de l'Énergie, la sécurité des usagers est au cœur de nos préoccupations.

Vous et vos proches pouvez contribuer à prévenir certaines situations indésirables pouvant compromettre votre sécurité et celle des autres.

Voici quelques situations à risques :

- 1. Agression verbale ou physique**
Le CSSS de l'Énergie est concerné par votre sécurité et celle des intervenants. Aucune forme de menace, d'intimidation ou d'agression verbale ou physique ne sera tolérée. L'intervenant vous demandera de cesser le comportement inapproprié. Les activités auxquelles vous participez pourraient être reportées ou annulées. Une situation à risque peut nécessiter par exemple, une intervention à deux personnes afin de garantir la sécurité de tous. L'intervenant utilise les principes de sécurité reconnus par le CSSS de l'Énergie.
- 2. Usager sous l'influence de certaines substances licites ou illicites (alcool et drogues) de même que toute personne présente sur les lieux**
Afin de favoriser la qualité des services et la sécurité de tous, nous vous demandons de vous abstenir de consommer toute forme de substance pouvant altérer votre jugement et vos capacités et ainsi compromettre la rencontre thérapeutique. Cette consigne s'adresse également aux personnes présentes à votre domicile lorsqu'une visite des intervenants est prévue. La rencontre peut être annulée.

3. Présence d'un animal

Nous vous demandons d'aviser les intervenants de la présence d'un animal à votre domicile. Dans certaines situations (allergies, crainte, etc.), l'intervenant pourrait vous demander de retirer l'animal dans un lieu sécuritaire pour la durée de la rencontre. À défaut de non collaboration, l'intervenant peut être annulé.

4. Respect du secret professionnel /confidentialité

Toute personne a droit à la confidentialité en lien avec son dossier et sa personne. C'est une obligation légale en vertu de laquelle tous les renseignements personnels auxquels un professionnel du réseau de la santé et des services sociaux a accès, ne peuvent être divulgués sans votre consentement. Lorsqu'il y a un danger imminent pour la sécurité de la personne ou pour une autre, l'intervenant est en droit de divulguer des informations pertinentes contenues au dossier de l'utilisateur.

5. Obscurité

Pour votre sécurité et celle des intervenants, il est de votre responsabilité de vous assurer que les lieux intérieurs et extérieurs soient bien éclairés.

6. Accès libre et sécuritaire à l'intérieur et à l'extérieur (Trotoir, escalier, marches, balcon, entrée, etc.)

Afin d'éviter le risque de chute potentielle pouvant ainsi occasionner des blessures pour vous ou pour autrui, il est de votre responsabilité d'assurer en tout temps, un accès libre et sécuritaire à votre résidence ou votre logement.

7. Gestion des matières et des objets dangereux (arme à feu, arme blanche, etc.)

Il est important de ranger de façon sécuritaire vos matières et objets dangereux. L'intervenant peut vous accompagner pour vous aider à vous conformer aux normes de sécurité en vigueur au Québec. Si l'intervenant juge que certains objets constituent un risque, il pourrait vous proposer de tenir la rencontre dans un autre lieu.

8. Détecteur de fumée

Dans un but sécuritaire, pour vous et pour autrui, assurez-vous que vos détecteurs de fumée soient fonctionnels et qu'ils répondent aux normes municipales.

9. État infectieux

Si vous présentez des signes et symptômes d'allure grippale (rhume, grippe, gastro-entérite), avisez votre intervenant le plus rapidement possible afin d'éviter la propagation des microbes. En tout temps, le lavage des mains demeure le moyen privilégié en prévention des infections.

10. Parasites, vermines (coquerelles, punaises, rats, souris etc.)

Si vous soupçonnez la présence de parasites ou de vermines à votre domicile, il est de votre responsabilité de prendre les mesures nécessaires pour remédier à la situation. En cas de doute, l'intervenant soupçonnant que vous avez des parasites ou vermines à votre domicile vous suggérera de faire évaluer celui-ci par un exterminateur afin d'éviter la propagation. Votre intervenant peut vous soutenir dans les démarches pour faire évaluer votre domicile par un exterminateur.



Grille de repérage des risques pour les intervenants dans la communauté

Nom et prénom de l'intervenant principal

| PATIENT (Adressographe) | | |
|--------------------------|---|---------------|
| Nom et prénom du patient | | N° de dossier |
| Adresse | | |
| Ville | Province | Code postal |
| Date de naissance | Date d'inscription à l'Institut Douglas | |
| N° d'assurance maladie | | Expiration |

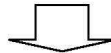
| FACTEURS DE RISQUE CLINIQUES ACTUELS (Oméga®) | | | OUI | NON | NÉ |
|---|------------------------------|---|-----|-----|----|
| 8 | Menace exceptionnelle | Prise d'otage, menace avec une arme | | | |
| 7 | Assaut grave | Gestes pouvant blesser ou être mortels | | | |
| 6 | Agression physique | Contacts physiques humiliants, douloureux | | | |
| 5 | Résistance active | Opposition contre le geste, non la personne | | | |
| 4 | Intimidation psychologique | Attitudes dominantes (gestes, menaces) | | | |
| D | Destructeur | Lance ou brise des objets | | | |
| 3 | Réfractaire | Ignore la demande | | | |
| 2 | Collaboration conditionnelle | Oui, mais... | | | |
| 1 | Tension émotive | Anxiété, pleurs, retrait... | | | |

| FACTEURS DE RISQUE SITUATIONNELS ACTUELS | | | OUI | NON | NÉ |
|--|---|--|-----|-----|----|
| 4 | Voisinage (quartier ou rue isolée, vente de drogues) | | | | |
| 3 | Visiteurs (ami ou conjoint hostile, amis de consommation) | | | | |
| 2 | Domicile (animaux, fumée de cigarette, ameublement, salubrité) | | | | |
| 1 | Environnement (trottoirs, escaliers, rampes, glace, portes, issues) | | | | |

N/E : Non évalué

| | | |
|---|----------------------------------|------------------------------------|
| Cote Oméga Date de l'évaluation : | Actuelle : Initiales : | Antérieure : Initiales : |
|---|----------------------------------|------------------------------------|

En fonction des facteurs de risque identifiés plus haut, indiquez le niveau de risque estimé pour les membres de l'équipe :



Conduite et interventions pour l'équipe

| Cote Oméga → | 1, 2, 3 | D, 4, 5 | 6, 7, 8 |
|--------------------------|--|---|--|
| Facteurs situationnels → | 1, 2 | 3, 4 | --- |
| VERT | JAUNE | ORANGE | ROUGE |
| Selon indications au PII | Équipe détermine si <u>1 intervenant</u> pour 1. r.d.v. communauté 2. r.d.v. domicile | Équipe détermine si <u>2 intervenants</u> pour 1. r.d.v. communauté 2. r.d.v. domicile | Mini-équipe + md déterminent si 1. 911 2. r.d.v. 2 int. l'urg. 3. appel téléphonique 4. mesures légales |

ADA (Appréciation du degré d'alerte):

En tout temps, les intervenants œuvrant auprès des clients présentant un problème de santé mentale devraient faire une appréciation du degré d'alerte lors de contact avec un client. Cette pratique devient particulièrement importante lorsqu'on parle de suivi dans la communauté. En effet, la plupart du temps, les intervenants du suivi intensif rencontrent les clients dans leur logement, ou dans des endroits publics. L'instabilité, caractéristique typique de cette clientèle, peut amener un changement rapide dans la condition mentale des clients.

Bien que les rencontres avec ceux-ci soient fréquentes, l'intervenant ne peut pas se fier que sur ce fait pour bien connaître l'état d'un client à visiter. Voilà pourquoi il est recommandé de faire une appréciation du degré d'alerte à chaque nouveau contact avec le client.

L'ADA se divise en 3 temps, soit anticiper ma protection, observer et finalement jauger la réaction du client. Voyons maintenant comment peut se faire l'ADA dans la communauté.

ANTICIPER MA PROTECTION:

- Les clients ayant présenté une modification dans leur état de santé physique et mentale la veille, devraient être identifiés à la réunion quotidienne du matin.
- Pour ces clients, l'aide nécessaire peut dès lors être prévue (si les informations sont suffisantes) par exemple : intervenir à deux, ou avec l'aide policière, consulter le psychiatre traitant du SI, lire les notes de la veille, de la garde, le plan d'intervention, etc.
- Même s'il n'y a pas de particularité pour un client, une bonne façon d'anticiper sa protection est de prendre contact avec le client par téléphone avant d'aller à sa rencontre. Dès l'appel téléphonique nous sommes en mesure de constater l'état du client (ton de la voix, acceptation de la visite, collaboration au traitement, détection d'un état d'intoxication, etc.)
- Prenez rendez-vous en déterminant un temps, un lieu avec le client, permet à ce dernier de se préparer à la rencontre.
- À l'arrivée au domicile, annoncez-vous en disant votre nom ou par téléphone
- Lorsque vous attendez qu'on vous ouvre la porte, prendre une position sécuritaire, c.e une garde voilée, les pieds en équilibre un peu de côté à la porte (ne pas faire face à moins que le client ne vous demande de vous voir par l'œil magique)
- Pendant vous attendez qu'on vous ouvre la porte, écouter les bruits dans le logement ; le client est-il seul, parle t'il à quelqu'un, comment sont ses pas (pressés, lents), si vous le voyez par la fenêtre comment est son attitude. Ce sont tous des indices pour déterminer s'il y a une modification dans le comportement habituel du client et ainsi ajuster votre niveau de vigilance.
- Identifiez toujours un lieu de sortie lors de vos visites à domicile.
- Vous asseoir (ou vous tenir) le plus près de la porte lors de vos entretiens chez le client.



OBSERVER:

A) Les lieux:

- À l'arrivée au logement prendre l'habitude d'évaluer les lieux extérieurs ; présence d'étranger, d'amis, de matériels inhabituels, etc. Si quelque chose vous semble louche, demander au client de sortir (plutôt que d'entrer) ou demander d'être accompagné pour y entrer. Signifier au client votre inquiétude.
- Jetez un coup d'œil rapide dans l'appartement lorsque le client vous ouvre. Permettez vous de ne pas entrer dans le logement donc de demeurer sur le seuil de la porte et de demander plutôt au client de venir vers vous si présence d'étranger, d'amis, de matériels inhabituels (lors de la livraison par ex.). Si quelque chose vous semble louche, signifier au client votre inquiétude et aviser le que vous revendrez à un autre moment pour la rencontre qui était prévue. Ou inviter le à sortir pour faire la rencontre dans un autre lieu.

B) Le client:

- Observez les paramètres physiques d'un nouveau client à visiter.
- Observez son non verbal au moment où il vous reçoit et en cours d'entrevue ; regard méfiant, hausse du ton de la voix, poings fermés, signes d'impatience, début soudain d'agitation psychomotrice, modification du comportement, geste menaçant envers vous ou autrui, etc. sont autant de signes qui doivent faire augmenter votre niveau de vigilance.
- Écoutez le contenu du discours verbal ; présente-t'il des hallucinations mandatoires, des idées de persécutions, de la méfiance, des menaces envers vous ou autrui. Si le client est déjà connu pour ces symptômes, posez-lui la question clairement dès le début de votre rencontre à domicile. Vous pourriez par exemple, lui demander s'il y a un risque pour vous d'entrer dans son appartement.

JAUGER:

La réaction du client à votre contact:

Que ce soit avant de pénétrer dans le logement d'un client, de l'embarquer dans la voiture ou en cours de rencontre, tout intervenant doit jauger la réaction du client à son contact, et ce, **pour déterminer si le client démontre un niveau de collaboration pour faire ou continuer la rencontre.**

Pour ce faire, l'intervenant peut se poser les questions suivantes;

- Est-ce que le client a un contact visuel à mon approche ?
- Me regarde-t-il quand je l'interpelle, quand je lui parle?
- Est-ce que j'ai un contact verbal avec le client ?
- Me répond-il lorsque je lui parle ?

Si oui, je peux diminuer ma distance, si non, je demeure sur le seuil de la porte (ou j'attends pour entrer dans la voiture) jusqu'à ce que le contact s'établisse et soit favorable et sécuritaire.



Si le contact ne s'établit pas, vous pouvez décider de vous retirer pour revenir ou remettre la rencontre à plus tard ou avec de l'aide selon le besoin.

Note; L'ADA est tirée de la formation OMÉGA dans la communauté de l'ASSTSAS



GRILLE D'ANALYSE DE CAS EN ÉTHIQUE

1. **IDENTIFIER LA QUESTION**
2. **IDENTIFIER LES FAITS**
 - Faits cliniques :
 - maladie actuelle, maladies concomitantes
 - fonctions mentales supérieures
 - diagnostic, pronostic
 - Faits psychosociaux :
 - histoire sociale
 - dynamique familiale
 - volonté du patient
 - réactions du patient et de la famille face à la situation
 - Réactions de l'équipe de soins
 - Validation de la question
3. **OPTION SPONTANÉE**
(prise de conscience personnelle qu'il n'est pas nécessaire d'aborder en groupe)
4. **IDENTIFIER LES VALEURS**
 - Valeurs du patient:
 - morales
 - religieuses ou de sa culture religieuse
 - Valeurs de la famille ou de son groupe d'appartenance
 - Valeurs des intervenants:
 - personnelles (morales, religieuses)
 - professionnelles
5. **PRÉCISER LES ENJEUX ÉTHIQUES**
 - Dégager les valeurs en jeu
 - Identifier les valeurs qui viennent en conflit
6. **IDENTIFIER LES ALTERNATIVES**
 - Énumération de toutes les options possibles en évoquant les aspects normatifs et légaux s'y rapportant (incluant des solutions par étapes)
 - Conséquences probables de chacune
 - Valeurs qui sous-tendent chaque option
 - Argumentation sur la priorité éventuelle à établir
7. **RETOUR SUR SON OPTION SPONTANÉE**
(prise de conscience personnelle qu'il n'est pas nécessaire d'aborder en groupe)
8. **DÉCISION (Avis)**
 - Justification

Céline Crowe, Guy Durand (Révisée mai 2000)
2008-07-09

© Toute reproduction est interdite sans l'autorisation de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal



GRILLE DE DÉLIBÉRATION EN ÉTHIQUE CLINIQUE
(Dr Jacques Quintin, Dre Anne-Marie Boire-Lavigne)

| | |
|---------------------------------|--|
| <p>LE QUESTIONNEMENT</p> | <p>QUOI et QUI</p> <ul style="list-style-type: none"> Repérer et nommer le problème majeur (ainsi que tous les autres soucis, tensions, malaises ou questions éthiques) soulevé par la situation pour chacune des personnes concernées (et des institutions si nécessaire) |
| <p>LA DÉLIBÉRATION</p> | <p>SAVOIR</p> <ul style="list-style-type: none"> Identifier les faits cliniques et psychosociaux pertinents liés à la situation pour chacune des personnes concernées (incluant les institutions si cela est nécessaire) Identifier le vécu et le sens que revêt la situation pour chaque personne et institution <p>DEVOIR</p> <ul style="list-style-type: none"> Identifier les valeurs, les croyances, les règles, les lois, les codes de déontologie et tout autre cadre normatif pour chacune des personnes concernées (et institutions) Identifier le sens attribué pour chacune des personnes concernées aux valeurs, aux croyances, aux règles, aux lois, aux codes et tout autre cadre normatif. Identifier les enjeux éthiques <p>POUVOIR –PRÉVOIR</p> <ul style="list-style-type: none"> Concevoir les possibilités d'action en imaginant leurs conséquences prévisibles selon leurs avantages et leurs inconvénients et le sens de ces possibilités pour chacune des personnes concernées (et des institutions si nécessaire) |
| <p>LA DÉCISION</p> | <p>DÉCISION</p> <ul style="list-style-type: none"> Exposer votre plan d'action final <p>JUSTIFICATION</p> <ul style="list-style-type: none"> Exposer les motifs de votre décision |

Suggestions de protocoles de fin de quart :

Lorsque le comité sur la sécurité a été mis en place suite aux préoccupations des intervenants, un des sujets revenant le plus souvent parmi les stressés est la sécurité des intervenants œuvrant sur les quarts de soir et de fin de semaine.

En effet, l'horaire 24/7 du modèle SI oblige les intervenants à travailler souvent seuls, le soir ou la nuit, dans un contexte de crise au sein d'un environnement à risque.

Voici quelques protocoles utilisés par les équipes de la province afin d'augmenter la communication entre les quarts de travail et la sécurité des intervenants qui travaillent sur les quarts de soir et de fin de semaine.

Ces protocoles servent davantage à susciter des discussions au sein des équipes afin que les intervenants puissent nommer leur inconfort et trouver leurs solutions en fonction de la réalité de leur territoire.

Entente avec un centre de crise :

Offrir une disponibilité du centre de crise du territoire aux intervenants afin qu'ils puissent le contacter lorsqu'ils doivent sortir pour une situation de crise (selon la garde) ou doivent effectuer une intervention le soir. Soit systématiquement ou soit selon la nécessité, l'intervenant donne au centre de crise l'adresse de l'intervention, puis demande au centre de lui téléphoner dans 15 minutes afin de vérifier la situation. Dans le cas où il y aurait absence de réponse, le centre de crise téléphone à la police en mentionnant l'adresse de l'intervention.

Ainsi, les intervenants de jour se rapportent en fin de quart au shift manager qui rapporte les informations à la personne de soir qui se rapporte au besoin au centre de crise. La personne de soir laissera un compte-rendu de sa soirée sur la boîte vocale de l'équipe, message qui pourra être pris par le shift manager le matin.

Nous pouvons constater que certaines équipes vont se servir du coordonnateur de l'établissement ou du service de sécurité pour un fonctionnement similaire. Certaines équipes demandent au coordonnateur ou à la sécurité de l'établissement de téléphoner à l'intervenant de soir à la fin de sa journée de travail.

Pairage au sein de l'équipe :

En absence de ressources pour aider l'équipe, certaines équipes utilisent un système de pairage des intervenants afin que la personne de soir ou de fin de semaine puisse contacter un autre intervenant de l'équipe pour des questions, pour planifier des interventions à deux ou en cas de maladie. Ce système est plus souvent présent dans les équipes en implantation ou pour supporter des nouveaux intervenants.

Certaines équipes, selon les besoins, vont adapter leur horaire de travail afin d'être toujours deux intervenants au travail (soir et fin de semaine). Lorsque deux intervenants travaillent de



soir, ils peuvent coordonner leurs actions et cela dégage le reste de l'équipe des med drops, ainsi ils peuvent terminer leur journée par des tâches cléricales. Ce protocole a l'effet négatif de doubler le nombre de fin de semaine et de soir que les intervenants devront effectuer (1 sur 5 plutôt que 1 sur 10 dans le cas d'une équipe complète).

Peu importe le choix du protocole de sécurité pour la fin de quart et de fin de semaine, il doit être bien adopté par les membres de l'équipe qui vont comprendre les raisons de ces démarches. La communication et la sécurité sont les deux balises qui devraient guider la réflexion pour l'instauration d'un protocole. Si un système ne fonctionne pas, l'équipe doit rapidement le modifier afin de ne pas donner un faux sentiment de sécurité aux intervenants.



Collecte de données sur la violence:

Collecte de données sur la violence:

**VIOLENCE, IMPULSIVITÉ ET RISQUE SUICIDAIRE
(DOCUMENT DU CSSS DE LAVAL)**

Nom : _____

Dossier : _____ Date : _____

Antécédents de violence dans la famille:

Avez-vous grandi dans une famille qui vous exposait à des gestes violents ? Quelle forme prenait-elle ? Qui visait-on ?

Comment réagissiez-vous à la violence dans le passé ?

Aspects légaux

Avez-vous déjà été arrêté par la police ? Dans quelles circonstances ?

Avez-vous commis d'autres délits (vol, incendie, contraventions non payées, etc.) ?



Quelles ont été les conséquences à ces délits (incarcération et probation) ?

Avez-vous déjà été très en colère ?

Lequel ou lesquels de ces comportements avez-vous déjà eu dans le passé ?

- Cris, insultes Menaces Provocation Harcèlement
 Bris d'objets Assaut physique Acte homicide

Dans quel(s) contexte(s) ? Qu'est-ce qui avait déclenché ces agirs ?

Comportements de violence actuels ou potentiels

Vous arrive-t-il de devenir très en colère et de perdre le contrôle ? Comment ?

Parfois, la colère se retourne contre soi, est-ce votre cas ? Que se passe-t-il alors ?

- Idées suicidaires Automutilation

Documenter (pensées, intention, plan) :

Si on demandait à un ami ou à un membre de votre famille de nous décrire les signes qui viennent avant une crise, que nous dirait-il ?



Avez-vous accès à des armes ? Oui Non

Si oui, expliquez :

Observations de l'intervieweur et signature (impulsivité, risque, concordance avec éléments au dossier, etc.)



Liste des médicaments:

Les anticonvulsivants

 Les anticonvulsivants

| Produits | Nom commercial | Classe | Dose adulte mg/jour | Dose enfant mg/kg/jour | Cp ¹ µmol/L | Type de crise | | | | | | |
|------------------------------|----------------|------------------|---------------------|------------------------|------------------------|---------------|----|----|----------------|----|----------------|----|
| | | | | | | PS | PC | PG | GA | GM | TC | SE |
| carbamazépine ◊ ◊ | Tegretol ◊ | carboxamide | 200-1600 | 10-35 | 17-50 | X | X | X | | | X | |
| clobazam ² ◻ | Frisium | benzodiazépine | 5-80 | 0.5-2.9 | | X | X | X | X | X | X | |
| clonazépan | Rivotril | benzodiazépine | 1.5-20 | 0.01-0.2 | | | | | X | X | | |
| ciorazépat ² | Tranxène | benzodiazépine | 22.5-90 | 0.3-3 | | X | X | X | | | | |
| diazépam ² | Valium ◊ | benzodiazépine | 4-40 | 0.05-0.3/dose | | X | X | X | X | X | X | X |
| éthosuximide ◻ ◊ | Zarontin ◊ | succinimide | 500-1500 | 15-40 | 280-780 | | | | X | | | |
| felbamate ◻ | | carbamate | 1200-3600 | 15-45 | | X | X | X | X ³ | | X ³ | |
| fosphénytoïne ◊ | Cerebyx | hydantoïne | 4-6 mg EP/kg/jour | --- | 40-80 | | | | | | | X |
| gabapentim ² ◻ | Neurontin | analogue du GABA | 900-3600 | 10-40 | | X | X | X | | | | |
| lacosamide ◻ | Vimpat | | 100-400 | --- | | X | | | | | | |
| lamotrigine ◻ | Lamictal | triazine | 25-700 | 0.15-15 | 4-20 | X | X | X | X ³ | | X ³ | |
| levetiracetam ² ◻ | Keppra | pyrrolidine | 500-3000 | 10-60 | | X | X | X | X | | | |
| methsuximide | Celontin | succinimide | 300-1200 | 10-30 | | | X | X | | | | |
| nitrazépan | Mogadon | benzodiazépine | --- | 0.25-1.2 | | | | | | X | | |
| oxcarbazépine ◻ | Trileptal ◊ | carboxamide | 300-2400 | 8-45 | 20-200 (métabolite) | X | X | X | | | | |
| phénobarbital ◻ ◊ | | barbiturique | 60-250 | 1-8 | 65-170 | X | X | X | | | X | X |
| phénytoïne ◊ | Dilantin ◊ | hydantoïne | 300-600 | 5-10 | 40-80 | X | X | X | | | X | X |
| prégabaline ◻ | Lyrica | analogue du GABA | 150-600 | --- | | | X | | | | | |
| primidone ◻ ◊ | Mysoline | barbiturique | 125-2000 | 10-25 | 25-45 | X | X | X | | | X | |
| rufinamide | Banzel | dérivé triazolé | 400-3200 | 400-3200 | | | | | X ³ | | X ³ | |
| tiagabine ² | | acide gras | 4-56 | 4-32 mg/jr | | X | X | X | | | | |
| topiramate ² ◻ ◊ | Topamax | monosaccharide | 25-400 | 1-9 | | X | X | X | X | | X | |
| valproate | Epival | acide gras | 15-60 mg/kg/jour | 15-60 | 350-700 | X | X | X | X | X | X | |
| valproïque acide | Depakene | acide gras | 15-60 mg/kg/jour | 15-60 | 350-700 | X | X | X | X | X | X | |
| vigabatrin ◻ | Sabril | analogue du GABA | 1000-3000 | 40-150 | | X | X | X | | | | |
| zonisamide ◻ | | sulfonamide | 100-600 | 1-8 | | X | X | X | | | | |

◊ Disponible sous forme de liquide oral
 ◊ Inducteur enzymatique
 ◻ Ajustement de dosage requis en insuffisance rénale
 EP équivalent phénytoïne
 1 Concentration plasmatique : certains patients auront un bon contrôle de leurs convulsions avec des Cp inférieures à l'intervalle thérapeutique et d'autres



Les antipsychotiques

Les antipsychotiques

Cliquez sur l'entête d'une colonne pour modifier le tri.

| Produits | Nom commercial | Dose | | | Effets secondaires | | | | |
|-------------------------------|----------------|---------------|---------------|-------------------|--------------------|------------------|--------------------|----------|---------------|
| | | DCC (mg/jour) | BCA (mg/jour) | usuelle (mg/jour) | anticholinergique | sédatif | hypotension | dysfonc. | gain de poids |
| Première génération | | | | | | | | | |
| chlorpromazine | Largactil ◊ | 100 | 100 | 30-1000 | ++++ | ++++ | ++++ | ++ | ++++ |
| flupenthixol | | 5 | 8 | 3-12 | +++ | ++ | ++ | +++ | +++ |
| fluphénazine | Moditen ◊ | 2 | 4 | 1-20 | ++ | ++ | ++ | +++ | ++++ |
| halopéridol | Haldol ◊ | 2 | 4 | 0.5-30 | ++ | ++ | ++ | ++++ | +++ |
| loxapine | Loxapac ◊ | 15 | 40 | 20-100 | +++ | ++++ | +++ | +++ | + |
| méthotrimeprazine | Nozinan ◊ | 70 | | 50-150 | ++++ | ++++ | ++++ | + | +++ |
| péncycazine | Neuleptil ◊ | 15 | | 7.5-60 | ++++ | ++++ | +++ | + | +++ |
| perphénazine | Trilafon ◊ | 10 | 8 | 2-64 | +++ | +++ | +++ | +++ | +++ |
| pimozide | Orap | 2 | 2 | 2-20 | ++ | +++ | ++ | ++ | ++ |
| prochlorpérazine | Stemetil ◊ | | | 15-150 | | | | | |
| thiopropérazine | Majeptil | 5 | 10 | 5-40 | ++ | ++ | ++ | +++ | +++ |
| thioridazine | Mellaril ◊ | 100 | | 100-800 | ++++ | ++++ | ++++ | + | ++++ |
| thiothixène | Navane | 5 | 10 | 6-60 | ++ | +++ | ++ | ++ | +++ |
| trifluopérazine | Stelazine ◊ | 5 | 6 | 2-40 | +++ | ++ | +++ | +++ | +++ |
| zuclopenthixol | Clopixol | 12 | 40 | 10-60 | +++ | ++++ | ++ | +++ | +++ |
| Deuxième génération | | | | | | | | | |
| asénapine | Saphris | | | 10-20 (s/l) | +++ | +++ | +++ | + | +++ |
| clozapine | Clozaril | 200-250 | 100 | 300-450 | ++++ | ++++ | +++ | + | ++++ |
| lurasidone | Latuda | | | 40-80 | + | +++ | ++ | ++ | + |
| olanzapine | Zyprexa | 7.5-10 | 5 | 5-20 | ++++ | ++++ | ++ | + | ++++ |
| paliperidone | Invega | | | 3-12 | ++ | ++ | ++ | + | +++ |
| quétiapine | Seroquel | 300-400 | 200 | 150-800 | ++++ | ++++ | +++ | + | +++ |
| risperidone | Risperdal ◊ | 2-2.5 | 1.5 | 2-16 | +++ | +++ ¹ | +++ ^{1,2} | + | +++ |
| ziprasidone | Zeldox | 40-80 | 40 | 40-160 | +++ | +++ | +++ | ++ | ++ |
| Troisième génération | | | | | | | | | |
| aripiprazole | Abilify | 5-10 | 10 | 10-30 | ++ | +++ | ++ | + | ++ |



Les antidépresseurs

Les antidépresseurs

Cliquez sur l'entête d'une colonne pour modifier le tri.

| Produits | Nom commercial | Dose orale ♦ mg/jour | Dose équiv. mg/jour | Horaire de prise | Effets secondaires | | | | | Diminue recaptage | | |
|--|----------------|-------------------------|------------------------|------------------|--------------------|---------|-------------|-----------------|---------------|-------------------|------|------|
| | | | | | anticholinergique | sédatif | tachycardie | troubles sexuel | Gain de poids | 5-HT | DOPA | NE |
| Inhibiteur de la monoamine oxydase (IMAO) | | | | | | | | | | | | |
| phénelzine | Nardil | 45-90 | 15 | BID-TID | ++++ | +++ | +++ | ++++ | +++ | | | |
| tranylcypromine | Parnate | 10-60 | 10 | BID-TID | +++ | +++ | +++ | ++ | ++ | | | |
| Inhibiteur du recaptage de la norépinephrine et de la dopamine (IRND) | | | | | | | | | | | | |
| bupropion ☐ | Wellbutrin | 150-400 | 150 | AM-BID | +++ | ++ | ++ | ♦ | + | +/- | ++ | + |
| Inhibiteur du recaptage de la sérotonine et de la norépinephrine (IRSN) | | | | | | | | | | | | |
| desvenlafaxine ☐ | Pristiq | 50-100 | | DIE | +++ | +++ | ++ | ++++ | ++ | +++ | + | ++ |
| éduoxétine | Cymbalta | 30-60 | | DIE-BID | +++ | +++ | ++ | ++ | ++ | ++++ | - | ++++ |
| venlafaxine ☐ | Effexor | 75-375 | 50 | AM | +++ | +++ | ++ | ++++ | ++ | +++ | + | ++ |
| Inhibiteur du recaptage et antagoniste de la sérotonine-2 (IRAS) | | | | | | | | | | | | |
| trazodone | Desyrel | 150-600 | 100 | HS | +++ | ++++ | ++ | + | ++ | ++ | +/- | + |
| Inhibiteur réversible de la monoamine oxydase-A (IRMA) | | | | | | | | | | | | |
| moclobémide | Manerix | 300-600 | 150 | BID-TID | +++ | ++ | ++ | + | + | | | |
| Inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine (ISRS) | | | | | | | | | | | | |
| citalopram | Celexa | 20-60 | 10 | DIE | +++ | +++ | ++ | ++++ | ++ | ++++ | - | + |
| escitalopram | Cipraxel | 10-20 | 5 | DIE | +++ | ++ | + | ++ | + | ++++ | - | + |
| fluoxétine | Prozac ♦ | 10-80 | 10 | AM | +++ | +++ | + | ++++ | ++ | +++ | + | ++ |
| fluvoxamine | Luvox | 50-300 | 50 | HS-BID | +++ | +++ | + | ++++ | ++ | ++++ | +/- | ++ |
| paroxétine ☐ | Paxil | 20-50 | 10 | DIE | +++ | +++ | ++ | ++++ | +++ | ++++ | + | +++ |
| sertraline | Zoloft | 50-200 | 25 | DIE | +++ | +++ | ++ | ++++ | ++ | ++++ | ++ | ++ |
| Noradrénergique et sérotonergique spécifique (NaSS) | | | | | | | | | | | | |
| mirtazapine ☐ | Remeron | 15-45 | 15 | HS | ++++ | ++++ | ++ | + | ++++ | + | - | + |
| Tétracyclique | | | | | | | | | | | | |
| maprotiline | Ludiomil | 25-225 | 50 | DIE-TID | ++++ | +++ | ++ | + | +++ | + | + | ++++ |
| Tricyclique (ATC) | | | | | | | | | | | | |
| amitriptyline | Elavil | 50-300 | 50 | HS | ++++ | ++++ | +++ | ++ | ++++ | +++ | + | +++ |
| clomipramine | Anafranil | 75-300 | 50 | HS | ++++ | ++ | +++ | ++++ | +++ | ++++ | + | +++ |
| désipramine | Norpramin | 75-300 | 50 | HS | +++ | ++ | +++ | ++ | ++ | ++ | + | ++++ |
| doxépine | Sinequan | 75-300 | 50 | HS | ++++ | ++++ | ++ | ++ | +++ | ++ | + | +++ |
| imipramine | Tofranil | 75-300 | 50 | HS | ++++ | +++ | +++ | ++++ | +++ | +++ | + | +++ |
| noritriptyline | Aventyl | 75-150 | 25 | HS | +++ | ++ | ++ | + | ++ | ++ | + | ++++ |
| trimipramine | Surmontil | 50-300 | 50 | HS | +++ | ++++ | ++ | + | +++ | + | + | ++ |

♦ Dose dans la dépression
♦ Fonction sexuelle améliorée

Références et documentations consultées:

Amar, B.M. (9 janvier 2012). La polyconsommation de psychotropes et les principales interactions pharmacologiques associées, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, octobre 2004, publications.msss.gouv.qc.ca/biblio/CPLT/publications/polyps.

Association féminine d'éducation et d'action sociale (2006). Types de violence
<http://www.afeas.qc.ca/wp-content/uploads/2006/10/Typesviolen.pdf>.

Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie (2007). Cité par AIINB : administration de médicaments, 2011 p.11.

ASSTSAS (2005). Guide pour la sécurité, formation OMEGA.

ASSTSAS (2005). Guide pour la sécurité, formation OMEGA.

ASSTSAS (2012). Guide de prévention lors d'interventions à domicile, situation d'insalubrité morbide, p.21, 36-40.

ASSTSAS (2012). Guide de prévention lors d'interventions à domicile, situation d'insalubrité morbide, p.32-33.

ASSTSAS, Cahier du participant, Formation Oméga, Institut Universitaire en Santé Mentale, Centre hospitalier Robert-Giffard, Hôpital Douglas, Centre de santé et de services sociaux de Charlevoix, Édition révisée octobre 2006 ISBN-13: 978-2-89618-010-3, p.64-68.

C.M. Brust, John (2007). Aspects neurobiologiques de l'addiction, Traduction de la 2^e édition anglaise, Ed. Elsevier

Centre collaborateur OMS du Québec (2012). Promotion de la sécurité et la prévention des traumatismes.

Centre de toxicomanie et de santé mentale (2008). Définition de l'impulsivité, Guide à l'intention des familles sur les troubles concomitants.
http://www.camh.ca/fr/hospital/health_information/a_z_mental_health_and_addiction_information/concurrent_disorders/a_family_guide_to_concurrent_disorders/mental_health_problems/Pages/impulsivity.aspx.

Commission des normes du travail, loi 81.18 sur le harcèlement psychologique.

CSSS de l'Énergie (2007). Définition du risque, manuel de gestion, p.2.

CSSS de l'Énergie (2011). Dépliant être humain.

- CSSS de Laval (2011). Collecte de données sur la violence, impulsivité et risque suicidaire.
- CSSS Haut-Richelieu-Rouville (2010). Politique sur l'obligation de civilité.
- Curateur public du Québec (2010). Les mesures de protection juridique.
- Définition de civilité (2012). <http://www.toupie.org/Dictionnaire/Civilite.htm>.
- Définition de la relation d'aide en soins infirmiers, Wikipedia, (2012)
http://fr.wikipedia.org/wiki/Relation_d%27aide_en_soins_infirmiers
- Demers, Gilles (novembre 2009). Les employeurs ne doivent pas prendre les gestes d'incivilité à la légère, Les affaires.
- Froment, Dominique (novembre 2009). Les employeurs ne doivent pas prendre les gestes d'incivilité à la légère, Les affaires.
- Giffard, Dominique (1985). Définition de l'agressivité
<http://psychiatriinfirmiere.free.fr/infirmiere/formation/psychologie/psychologie/agressivite.htm>
- Institut universitaire en santé mentale Douglas (2011). Grille de repérage des risques pour les intervenants dans la communauté.
- Laflamme, France (2007). Prévenir le suicide pour préserver la vie, publication OIIQ, p. 17.
- Landry, P., Desmarais J. (7 décembre 2012). Violence, toxicomanie, et santé mentale, AITQ,
www.aitq.com/pdf/revueLintervenant/vol16no3.pdf.
- Le réseau juridique du Québec (19 décembre 2012). Le dossier patient- Confidentialité",
www.avocat.qc.ca/public/iidossiermedical1.htm - 44k.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (7 décembre 2012). Accueil - Dépendances -
Tableau Mieux connaître les drogues, www.dependances.gouv.qc.ca.
- Office des professions du Québec (2003). Cahier explicatif de la loi 90, administration et distribution d'un médicament.
- Plouffe, Anne-Marie (2009). Le harcèlement sexuel au travail, commission des normes du travail
<http://www.cnt.gouv.qc.ca/en/documentation-centre/columns/papers-from-the-commission-des-normes-du-travail-experts-for-external-reviews-french-version-only/le-harcelement-sexuel-au-travail/index.html>.
- Pour évaluer l'urgence suicidaire, jeu : aide et référence, 2012 http://www.jeu-aiderreference.qc.ca/www/urgence_suicidaire_fr.asp.

Pratt, Sharon; Allness, Deborah; Curtis, Laurie C; Jonikas, Jessica A; Horton-O'Connell, Terri; Stellon, Ed; Bennett, Catherine; Cook, Judith A: Safety First (1999). Personal safety and risk management for assertive community treatment teams, University of Illinois at Chicago.

Safety First (1996). National Institute for Occupational Safety and Health, Violence in the Workplace, p. 18.

Santé Canada (21 janvier 2013). Tableau descriptif des drogues, Gendarmerie royale du Canada, www.rcmp-grc.gc.ca/drugs-drogues/poster-affiche/index-fra.ht .

Schneeberger, P., Desrosiers M., (2001), "Les nouvelles drogues au Québec". Comité permanent de lutte à la toxicomanie, Ministère de la Santé et des services sociaux, p. 26-27.

Simard, Annick; Freeman, Shelley; Grondin, Johanne; Riendeau, Céline; Azoulay, Liat (2011). Guide d'intervention dans les cas d'insalubrité Volet : « *Punaises de lit* », CSSS de la Montagne.

Stellon, Ed; Bennett, Catherine; Cook, Judith A: (1999). Safety First: personal safety and risk management for assertive community treatment teams, University of Illinois at Chicago, p.114.

Théberge, J. (2012). Drogue et nouvelles tendances, Service de sensibilisation aux drogues et au crime organisé, Gendarmerie Royale du Canada, Montréal.