

ÉVALUATION INITIALE INFIRMIÈRE EN SANTÉ MENTALE – GUIDE DE RÉDACTION

Valérie Moffatt

Conseillère-cadre clinicienne en soins infirmiers, volet santé mentale, dépendance et itinérance
Direction des soins infirmiers

Mai 2022

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Est-de-
l'Île-de-Montréal

Québec 



ÉVALUATION INITIALE INFIRMIÈRE EN SANTÉ MENTALE – GUIDE DE RÉDACTION

Co-rédaction:

Jocelyne Brideau, Infirmière praticienne spécialisée – Santé mentale
Jéromine Gilibert, conseillère en soins infirmiers volet santé mentale, dépendance et itinérance
Les Gordon Blow, Infirmier praticien spécialisé – Santé mentale
Daphnée-Colin Jean Beauvil, conseillère en soins infirmiers volet déficience intellectuelle et troubles du spectre de l'autisme
Gloire Miruho, Infirmière praticienne spécialisée – Santé mentale
Valérie Moffatt, conseillère cadre clinicienne en soins
Annie Savaria, conseillère en soins infirmiers volet santé mentale, dépendance et itinérance

Révision:

Geneviève Chouinard, coordonatrice au développement de la pratique, de l'expertise, de la qualité et de l'excellence en soins infirmiers, volet première ligne
Mihalis Malkock, conseiller en soins infirmiers volet santé mentale, dépendance et itinérance
Karl Kobolambi, coordonateur au développement de la pratique, de l'expertise, de la qualité et de l'excellence en soins infirmiers, volet spécialités
Carole Leblanc, directrice adjointe, pratiques professionnelle et excellence en soins infirmiers
Sophie Sergerie-Richard, conseillère-cadre volet santé mentale, dépendance et déficience intellectuelle
Lina Spagnolo, directrice des soins infirmiers

Équipe de création du formulaire :

Caroline Bell, Infirmière, Équipe volante

Étienne Boucher, Infirmier clinicien spécialisée, Programme santé mentale adulte – CLSC St-Michel

Mélanie Bourgouin, Infirmière clinicienne, Programme santé mentale adulte – CLSC Hochelaga-Maisonneuve

Gwendal Cadoret, Infirmier clinicien, Clinique spécialisée des troubles anxieux et de l'humeur

Sylvie Debigaré, Infirmière clinicienne, Spécialiste des activités cliniques, Hébergements en gérontopsychiatrie

Raluca Draghici, Infirmière, Équipe volante

Lise-Anne Kenny, Infirmière clinicienne, Clinique spécialisée des troubles anxieux et de l'humeur

Nathalie Langelier, Infirmière clinicienne, consultation liaison

Élyse Lecompte, Infirmière clinicienne, Programme dépendance?

Valérie Léger, Infirmière clinicienne, Clinique Connec-T

Valérie Moffatt, Conseillère-cadre clinicienne en soins infirmiers – volet santé mentale dépendance et itinérance

*L'usage du masculin ou du féminin vise à alléger le texte
et comprend toutes les identités de genre.*

Table des matières

Liste des abréviations.....	v
1. INTRODUCTION	1
1.1 Contexte	1
1.2 Modalités d'utilisation	2
2. SECTIONS DU FORMULAIRE	3
2.1 Sources consultées	3
2.2 Identification	4
2.2.1 Sexe et Identité de genre.....	4
2.2.2 État civil, Occupation(s), langue(s) parlée(s), situation d'hébergement.....	5
2.2.3 Situation judiciaire.....	6
2.2.4 Suivis en cours	8
2.2.5 Personnes-ressources	8
2.3 Histoire de santé	9
2.3.1 Contexte d'évaluation.....	9
2.3.2 Allergies et intolérances.....	10
2.3.3 Médication.....	10
2.3.4 Antécédents	10
2.4 État de santé physique et habitudes de vie	11
2.4.1 État de santé physique.....	11
2.4.2 Habitudes de vie et autonomie fonctionnelle	12
2.4.3 Conduites addictives.....	13
2.5 Examen de l'état mental	15
2.6 Dimensions psychosociales	16
2.6.1 Dynamiques relationnelles et environnement	16
2.6.2 Facteurs de stress, stratégies adaptatives et événements significatifs	16
2.6.3 Histoire personnelle et familiale	17
2.6.4 Objectifs et projets de vie	17
2.7 Dépistage des risques	17
2.8 Données provenant d'échelles et de grilles	18
2.9 Analyse	18
2.10 Intervention(s)	18
3. Particularité en lien avec des clientèles spécifiques	18
3.1 Personnes âgées	19

3.2 Enfance et adolescence	20
3.2.1 Évaluation du risque suicidaire chez l'enfant.....	21
3.2.2 Consentement et confidentialité.....	23
3.3 Personnes en situation d'itinérance	23
3.4 Personnes judiciarisées	24
3.5 Personnes présentant des conduites addictives (avec ou sans concomitance avec un problème de santé mentale)	26
3.6 Personnes atteintes de déficience intellectuelle ou d'un trouble du spectre de l'autisme	27
3.7 Personnes présentant des traits ou un trouble de la personnalité	28
3.8 Personnes présentant un risque de violence envers autrui	29
3.9 Personnes présentant un trouble neurocognitif majeur (TNM) ou des atteintes neurologiques/cognitives	29
3.10 Personnes issues de la diversité (culturelle, religieuse, sexuelle, de genre, etc.)	30
3.10.1 Évaluation dans un contexte de diversité culturelle	30
3.10.2 Évaluation dans un contexte de diversité de genre et de diversité sexuelle.	33
Références	35
Annexe - Formulaire	39

Liste des abréviations

BCM	Bilan comparatif des médicaments
CEMT	Commission d'examen des troubles mentaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CREMIS	Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations, les pratiques alternatives de citoyenneté
DI	Déficience intellectuelle
DSM-5	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
DSQ	Dossier santé Québec
IMC	Indice de masse corporelle
IUSMM	Institut universitaire de santé mentale de Montréal
PTI	Plan thérapeutique infirmier
RAMQ	Régime d'assurance maladie du Québec
RCR	Réanimation cardio-respiratoire
SCPD	Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence
SIM	Suivi intensif dans le milieu
SIV	Suivi d'intensité variable
TAO	Traitement par agoniste des opioïdes
TAQ	Tribunal administratif du Québec
TDAH	Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité
TNCM	Trouble neurocognitif majeur
TSA	Trouble du spectre de l'autisme

1. INTRODUCTION

1.1 Contexte

Au CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, l'offre de service en soins infirmiers en santé mentale se décline d'une multitude de façons auprès de personnes et de leur entourage dont les besoins vont de la prévention au rétablissement, en passant par l'accompagnement de crise, l'hospitalisation et l'hébergement.

Quel que soit le service où l'infirmière évolue, l'activité réservée d'*évaluation de la condition physique et mentale d'une personne symptomatique* est la pierre d'assise de sa pratique (Durand et al., 2018; Laflamme et al., 2016).

On peut distinguer deux modalités d'évaluation : l'évaluation initiale et l'évaluation en cours d'évolution (Fortinash et al., 2016). Le présent guide de rédaction s'intéresse à l'évaluation initiale. Il vous permettra de comprendre comment utiliser l'outil *Évaluation infirmière en santé mentale* disponible sur eClinibase.

L'évaluation initiale vise à « *obtenir des données de base sur l'état de santé physique et mental du client afin d'obtenir son profil actuel de santé globale, incluant les aspects fonctionnels et dysfonctionnels, de préciser les besoins et les attentes, de déterminer les complications potentielles et les facteurs de risque et de protection, ainsi que de cerner les besoins d'enseignement* » (Fortinash et al., 2016, p.71). Elle est réalisée au début d'un épisode de soin. Le concept de *profil actuel* implique qu'il s'agit d'un portrait dressé à un moment donné. Il s'agit ainsi des informations qu'il aura été possible d'obtenir à un moment précis. D'autres informations s'ajouteront au fil du suivi, le cas échéant.

En général, l'évaluation initiale est nécessaire lorsqu'il y a prise en charge infirmière ou nécessité de prendre une décision d'orientation. De façon non exhaustive, cela peut vouloir signifier :

- Au début d'un épisode de soin à l'urgence
- À l'admission (sur une unité de soin, au centre de crise, en hébergement, etc.)
- À la prise en charge en santé mentale adulte en CLSC dans le cadre d'un suivi infirmier
- À la prise en charge en clinique externe/SIM/SIV lorsque l'infirmière est intervenante pivot
- À la liaison en clinique externe pour priorisation

Lorsque l'infirmière procède à l'évaluation initiale, elle doit d'abord obtenir le consentement libre et éclairé de la personne. Il importe d'expliquer à celle-ci en quoi consiste la rencontre, sa durée et son déroulement. Il est indiqué d'informer la personne

que les informations échangées sont confidentielles et protégées par le secret professionnel. La personne est aussi libre de retirer son consentement en cours d'évaluation.

Dans des contextes de soins de longue durée, par exemple en hébergement, l'outil suggéré permettra aussi de réaliser une évaluation complète de façon périodique, celle-ci étant du même format.

On peut découper l'évaluation initiale en différentes sections. L'outil que vous allez utiliser comprend les sections suivantes :

Éléments de l'évaluation initiale
Identification
Histoire de santé
État de santé physique et habitudes de vie
État de santé mentale
Données psychosociales
Dépistage des risques
Données provenant d'échelles ou de grilles (le cas échéant)
Analyse
Interventions

L'évaluation initiale de l'infirmière en santé mentale s'inscrit dans un modèle de soins humaniste où la primauté de la personne est essentielle. Elle évite de se positionner en experte. L'infirmière s'attarde donc à brosseur un portrait de la personne et de ses proches axé, d'abord et avant tout, sur leurs perceptions, leurs compréhensions et leurs réalités.

1.2 Modalités d'utilisation

Le formulaire visé par ce guide a été construit pour soutenir l'activité d'évaluation et ne vient pas définir cette activité. Si les sections de l'évaluation sont très fortement recommandées, les rubriques qu'elles contiennent sont des suggestions. En tout temps, le jugement clinique de l'infirmière détermine les thèmes, les questions, les échelles/grilles qui sont pertinents en fonction de la situation de la personne et de l'offre de service de son secteur.

Le formulaire comporte une partie à cocher/commenter (*Sources consultées et Identification*) et une partie à rédiger au long. Lors de la complétion du formulaire, chacune des sections de l'outil contiendra des données colligées en entrevue, mais des espaces peuvent demeurer vides dans la section « Identification » et des rubriques peuvent être modifiées, déplacées ou abrogées. L'outil se veut avant tout flexible.

La complétion de l'outil n'a généralement pas à être réalisée pendant l'entrevue. L'infirmière devrait d'abord prendre connaissance du dossier de la personne avant la rencontre. Cette activité peut varier en fonction du service où elle travaille : plus ou moins d'informations peuvent être disponibles à ce moment ou encore, plus ou moins de temps peut être nécessaire à cette portion de la collecte de données. Il est certain, toutefois, que l'infirmière valide cette information avec la personne en rencontre. Il est aussi possible qu'il soit nécessaire d'échanger avec une tierce personne (entourage, intervenant, etc.) pour compléter son évaluation. Une fois ces étapes complétées, le délai raisonnable pour consigner l'information au dossier via le formulaire est aussi variable en fonction du service où l'infirmière travaille. Par ailleurs, l'infirmière agissant avec diligence devrait toujours viser la documentation de ses interactions le plus tôt possible. De plus, certaines informations critiques, particulièrement tout ce qui implique un danger immédiat pour la personne ou pour autrui doivent être consignées immédiatement.

Certains secteurs ont des documents d'évaluation initiale qui leur sont spécifique. L'outil visé par ce guide ne les supplante pas.

L'outil n'est pas conçu pour être complété à la main.

Autrement, le formulaire a l'avantage de pouvoir être repéré rapidement dans le dossier informatisé de la personne. Son utilisation transversale permettra donc de simplifier la recherche d'information sur l'évolution d'une situation de santé lorsqu'une personne utilise différents services au sein du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.

De plus, maîtriser l'activité d'évaluation initiale demande du temps et de la pratique. L'outil pouvant faire office de lignes directrices et d'aide-mémoire permettra aussi d'accompagner les infirmières débutantes dans leur développement professionnel.

2. SECTIONS DU FORMULAIRE

2.1 Sources consultées

Si la personne demeure la source d'information privilégiée, son entourage, les intervenants impliqués auprès d'elle et son dossier permettent de poser un regard plus holistique sur sa situation (Fortinash et al., 2016). Il faut toutefois :

- S'assurer de respecter les lois, politiques et procédures en matière de consentement et d'accès à l'information
- Valider l'information ou la compréhension de ces informations auprès de la personne

- Lorsqu'il s'agit d'informations obtenues auprès d'un tiers, les analyser à la lumière de la relation que la personne entretient avec ce tiers. (Par exemple, dans le cas d'un conflit entre les deux personnes)
- Lorsqu'il s'agit du dossier, considérer « l'âge » des données recueillies. (Par exemple, un antécédent de plus de 15 ans n'aura pas le même poids que le même antécédent diagnostiqué il y a 2 ans.)
- Le jugement clinique guide le choix des sources à consulter et la profondeur de la recherche de données pertinentes à effectuer.

L'infirmière pourrait utiliser d'autres sources d'informations (DSQ, Registre de vaccination, etc.) selon son jugement clinique.

La section contient aussi un espace pour inscrire la date et l'heure réelles de l'entrevue avec la personne. Celle-ci peut différer du moment où l'information est consignée. Les deux informations sont attendues au niveau des normes professionnelles infirmières.

2.2 Identification

La section identification en est une à cocher/commenter. On y retrouve des données factuelles qui demandent ou non une courte précision.

2.2.1 Sexe et Identité de genre

Le sexe assigné à la naissance se définit comme le *sexe qu'on assigne à la naissance, habituellement déterminé en fonction d'un ensemble de critères biologiques comportant notamment les organes génitaux externes, les chromosomes et les hormones* (OQLF, 2021). L'infirmière inscrira « M » pour masculin ou « F » pour féminin ou « I » pour intersexe dans la case prévue à cette fin. Le "I" désigne les personnes intersexes, soit des personnes dont la *somme des caractéristiques liées au sexe ne correspond pas aux définitions médicales binaires des corps masculins ou féminins*. (Dubuc, 2017) Le sexe de la personne peut aussi ne pas être indiqué sur le certificat de naissance. La personne pourrait aussi ne pas vouloir répondre.

Il se peut que l'identité de genre de la personne diffère de son sexe assigné à la naissance. L'identité de genre se définit comme *l'expérience intérieure et personnelle que chaque personne a de son genre* (MJC, 2021). L'identité de genre se distingue de l'expression de genre qui se définit plutôt comme *l'apparence de ce que notre société qualifie de féminin ou de masculin (vêtements, coiffure, maquillage, langage corporel, etc.), sans égard au sexe de la personne*. (Dubuc, 2017) Ainsi, l'identité de genre étant auto-identifiée, l'infirmière doit s'enquérir de celle-ci auprès de la personne et ne pas interpréter à partir de l'expression de genre. L'identité de genre de la personne peut être : homme, femme, femme transgenre, homme transgenre, bispirituel (genre présent dans de nombreuses cultures autochtones), altersexuel /allosexuel (genre décatégorisé), non

binaire, autre ou préfère ne pas répondre. Un espace est prévu pour documenter ces réponses.

2.2.2 État civil, Occupation(s), langue(s) parlée(s), situation d'hébergement

État civil : célibataire, marié, en union de fait, séparé, divorcé, veuf, polyamoureux, non monogame, préfère ne pas répondre.

Langue(s) parlée(s) : on peut préciser à cet endroit la langue la plus favorable à la communication, une barrière linguistique affectant l'échange, la nécessité d'avoir recours à un traducteur, etc.

Occupation : Il peut être pertinent de préciser la nature du travail, des études ou des activités bénévoles, tout comme le nombre d'heures associées. Un travailleur peut aussi être un chômeur, un employé saisonnier, un contractuel, un travailleur autonome, etc. Une personne peut avoir plus d'une occupation (par exemple travailleur et étudiant). Si l'occupation est au centre de la problématique, une description plus exhaustive pourra se retrouver dans une autre section, par exemple, dans celle des données psychosociales.

Situation d'hébergement : La personne peut être propriétaire, locataire, en situation d'itinérance ou vivre dans une ressource d'hébergement. Il peut être utile de préciser sommairement avec qui (seule, avec conjoint, avec famille, avec parents, avec colocataires, etc.)

Note sur l'itinérance : Il peut être pertinent de vérifier quels sont les organismes communautaires/sites fréquentés, l'endroit où la personne reçoit son courrier, fait ses téléphones, prend sa douche, fait son lavage, etc.

Note sur l'hébergement : Il peut être pertinent de préciser le type de ressource où vit la personne.

Types de ressource	Définitions sommaires
Ressource de type familiale	Milieu de vie où une ou deux personnes accueillent à leur lieu principal de résidence un maximum de neuf personnes en difficulté qui leur sont confiées par un établissement public afin de répondre à leur besoin et de leur offrir des conditions de vie favorisant un contexte familial.
Ressource intermédiaire	Milieu de vie adapté aux besoins de la personne dispensant des services de soutien et d'assistance requis par sa condition et visant son maintien ou son intégration dans la communauté. Comprends,

	entre autres, les foyers de groupe et les appartements supervisés.
Ressource transitoire	Milieu de vie offrant les activités de soins, de traitement, de réadaptation et d'encadrement intensifs destinées aux personnes hébergées de plus de 18 ans vivant avec des troubles mentaux graves avec ou sans problème associé en vue d'une intégration sociale.
Ressource d'établissement	Ressources opérées par le CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal
Ressource de gérontopsychiatrie	Ressource d'établissement avec réadaptation intensive et spécialisée pour les personnes en perte d'autonomie physique.

(MSSS, 2016; IUSMM, 2019)

Il peut être important de préciser si la personne a des **animaux de compagnie**, principalement si l'orientation retenue fait en sorte que la personne ne pourra pas prendre soin d'eux. Par exemple, à l'urgence, il serait judicieux que l'infirmière précise que la personne vit seule avec un chien à la maison, sachant qu'il y aura lieu d'intervenir plus tard s'il y a hospitalisation.

Il est crucial de vérifier en tout temps si la **personne a la charge** ou demeure avec des personnes mineures et si cette situation est compromise par la problématique, la difficulté ou les enjeux pour lesquels la personne consulte. Il est de mise de vérifier si l'adulte en question qui a la charge de la personne mineure a un réseau autour de lui pour le soutenir à ce sujet. L'infirmière doit documenter ce qu'il advient de la personne mineure pendant l'entretien qu'elle conduit avec son client. Les professionnels de la santé doivent signaler toute situation où la sécurité d'un enfant est compromise (MTESS, 2021). Une personne à charge peut aussi être une personne avec un handicap physique ou intellectuel, une personne âgée atteinte d'un trouble neurocognitif majeur, etc.

2.2.3 Situation judiciaire

Situation judiciaire	Définition
Libération conditionnelle	Mesure de libération anticipée accordée à une personne emprisonnée à la condition que celle-ci, qui a purgé une partie de sa peine présente de sérieux signes de réhabilitation sociale.

Probation	Suspension provisoire et conditionnelle de la peine d'un condamné, assortie d'une mise à l'épreuve et de mesures d'assistance et de contrôle.
Mandat d'arrestation	Décision d'un juge de paix visant l'arrestation par un agent de la paix d'une personne pour qui il y a motif raisonnable de croire qu'elle a commis un acte criminel
Mesures de protection juridique (Tutelle au majeur ou mandat de protection)	Mesure visant à assurer la protection de la personne inapte, dans son intérêt. Le tribunal ouvre une tutelle s'il est établi que le majeur est inapte à prendre soins de lui-même ou à administrer ses biens et qu'il a besoin d'être représenté dans ses droits civils. Sans être un régime de protection au sens strict du terme, le mandat de protection permet de s'occuper de la personne inapte et d'administrer ses biens dans son intérêt.
Autorisation judiciaire de soins	Procédure judiciaire qui permet d'imposer des soins requis par l'état de santé d'un mineur ou d'un majeur inapte à consentir.
Mise sous garde	Mesures d'exception qui permettent de retenir une personne dans un établissement de santé contre son gré.
Mesures liées à la Commission d'examen des troubles mentaux (CETM) du Tribunal administratif du Québec (TAQ) (Délégation de pouvoir, détention avec ou sans modalité, libération conditionnelle)	La délégation de pouvoir est une décision de CETM déléguant au responsable de l'hôpital désigné le pouvoir d'assouplir ou de resserrer les privations de liberté d'un accusé non criminellement responsable. La détention, avec ou sans modalité , est une décision juridique contraignant la personne à demeurer à l'hôpital désigné lorsque l'accusé non criminellement responsable représente un risque pour la sécurité du public. Les modalités sont des recommandations du CETM. La libération conditionnelle est une décision juridique prise lorsque la personne représente toujours un risque important pour la sécurité du public, mais que ce risque sera diminué suffisamment si l'accusé se soumet aux conditions estimées nécessaires et qu'il y a des motifs sérieux de croire que l'accusé se soumettra à ces conditions.

(CETM, 2016; Fortinash et al., 2016; RJQ, 2021; Services Québec, 2021)

Précisions à apporter : Pour le **mesures de protection juridique**, l'infirmière devrait préciser le type de régime (tutelle au majeur ou mandat de protection homologué), la ou les personnes responsables et leurs coordonnées (conseiller, tuteur privé dont le lien

avec la personne, tuteur public, mandataire) et la nature de la tutelle (biens et/ou personne). L'utilisateur pourrait également bénéficier d'autres mesures judiciaires provisoires (par exemple : administration provisoire ou représentation temporaire au majeur), ou mesures non judiciairisées (par exemple : mesure d'assistance au majeur). Il est indiqué de l'inscrire, le cas échéant.

Pour une personne sous **TAQ**, préciser le numéro de dossier et le statut de détention (détention sans possibilité de séjours à l'extérieur de l'hôpital, détention avec ou sans modalités, libération conditionnelle, libération sans condition). (CEMT, 2016) Si la date de passage devant la Commission d'examen est connue, il peut être pertinent de le documenter.

Lorsqu'une personne est sous **autorisation judiciaire de soins**, il est avisé de documenter le type (ordonnance de traitement et/ou d'hébergement) et la date d'échéance. Le nom du médecin responsable peut aussi être pertinent.

On inscrira pour une personne **mise sous garde** le type de garde (préventive, provisoire, en établissement) et sa date d'échéance. D'autres informations peuvent être souhaitées : date prévue de contestation et de réévaluation, etc.

2.2.4 Suivis en cours

Cette section contient des espaces pour les suivis les plus courants : médecine familiale et pharmacie communautaire. Outre ceux-ci, les autres suivis peuvent être inscrits dans la section **Intervenants en suivi actif**. On pourrait donc retrouver le nom de l'intervenant, son titre d'emploi, ses coordonnées, l'organisation pour laquelle il travaille et la nature du suivi. (Par exemple Julie Tremblay, infirmière, clinique des troubles psychotiques, IUSMM, no. Tél.) Il peut être pertinent de documenter la date et l'heure du prochain rendez-vous.

Notons que les suivis peuvent avoir lieu à l'extérieur du réseau de la santé : milieu scolaire, milieu de travail, ressources communautaires, etc.

2.2.5 Personnes-ressources

Lorsque des personnes-ressources (familles, amis, collègues, voisinage) sont identifiées dans l'entourage, cette section permet de noter le nom, le lien et les coordonnées de celles-ci. Un espace est prévu pour documenter l'obtention de l'autorisation à communiquer avec ces personnes.

2.3 Histoire de santé

L'histoire de santé *correspond à la description détaillée que la personne fait de sa situation de santé et des problèmes qui l'amènent à consulter un professionnel de la santé* (Fortinash et al., 2016). La contribution de l'entourage est fortement recommandée lorsque la situation de soin le permet et dans les limites du consentement de la personne.

Cette section s'apparente à l'histoire de la maladie actuelle qu'on retrouve habituellement dans l'évaluation médicale. L'infirmière se positionne davantage de façon salutogénique, cherchant à savoir ce qui favorise la santé chez l'individu. (Eriksson et Lindstrom, 2012) Son regard est holistique et humaniste. L'infirmière considère la personne dans sa globalité et comme fondamentalement autodéterminée. L'appréciation des problématiques se fait dans un esprit de rétablissement et dans le respect des droits de la personne.

2.3.1 Contexte d'évaluation

Le **motif de la rencontre** est la raison à l'origine de la demande ou du besoin de service. Le point de vue de la personne y est central : quel est ce motif selon elle? La réponse de la personne peut être en lien ou non avec l'offre de service de votre milieu, peut être identique ou distincte du motif de référence (lorsque référée), peut rejoindre ou se distinguer de vos impressions cliniques et/ou peut s'apparenter ou s'éloigner du point de vue des membres de l'entourage. Le point de vue de la personne demeure celui qu'on privilégie puisqu'il parle de sa perception de lui-même et de ses besoins. Il peut donc être avisé de documenter : le point de vue de la personne, celui de son entourage et le motif de référence. L'impression clinique de l'infirmière est attendue plus loin dans l'analyse.

La **situation actuelle** et la symptomatologie rapportées incluent l'histoire du problème actuel, sa description, ce qui a été tenté pour y remédier, la raison pour laquelle la personne recherche (ou non) de l'aide à ce moment précis et les changements récents possiblement en lien (ou non) avec la situation. Comme pour le motif de la rencontre, l'infirmière tiendra compte du point de vue de la personne, de celui de son entourage et des données provenant du référent.

Les **attentes** concernent la manière dont la personne désire (ou non) que les intervenants travaillent avec elle pour adresser le motif de la rencontre et la situation actuelle. Les **besoins** se distinguent des objectifs par leur caractère plus large. (Par exemple, une personne peut ressentir le besoin de prendre du repos et son objectif pourrait être de favoriser des nuits de 8 heures de sommeil.) L'entourage peut aussi formuler des attentes (pour lui-même, en lien avec la situation, pour la personne, etc.) dont l'infirmière tiendra compte. La prise en compte des attentes et des besoins favorise la relation thérapeutique.

2.3.2 Allergies et intolérances

Les allergies et intolérances peuvent être vérifiées au dossier de la personne lorsque c'est possible. Il convient toutefois de les valider auprès de la personne et de chercher à documenter les réactions antérieures (signes et symptômes).

2.3.3 Médication

Outre le fait de joindre une liste de médicaments (DSQ, BCM, profil de la pharmacie communautaire), l'infirmière peut vouloir documenter la manière dont la personne prend sa médication (avec ou sans aide, respect de la posologie et des heures de distribution / d'administration, etc.), la compréhension des indications, la présence d'effets secondaires, la prise de médicaments sans ordonnance, de produits naturels, les essais antérieurs, les changements récents, etc.

Lorsque la personne reçoit une médication injectable à longue action, l'infirmière peut vouloir documenter la date de la dernière/prochaine injection et les modalités entourant celles-ci (rendez-vous à prendre, service concerné, etc.).

2.3.4 Antécédents

Les antécédents peuvent être rapportés par la personne/entourage ou documentés au dossier. Lorsque l'information ne provient pas de la personne, la source devrait être précisée. Selon le contexte, l'infirmière pourrait vouloir obtenir des dossiers provenant d'autres établissements ou organismes, dans le respect du consentement de la personne et des procédures des établissements. Lorsqu'il existe un délai entre l'évaluation initiale et la réception de ces dossiers, l'infirmière consignera l'information qu'elle y recueille dans une note subséquente. Les antécédents au dossier peuvent être validés avec la personne en entrevue et son point de vue peut être documenté.

Le jugement clinique de l'infirmière lui permet de déterminer jusqu'où elle souhaite retourner dans l'histoire de vie de la personne pour connaître ses antécédents. Cela peut s'appuyer sur l'offre de service de son secteur, la problématique à l'avant-plan, la complexité de la situation, etc.

Les antécédents sont généralement regroupés sous les rubriques « psychiatriques », « médico-chirurgicaux », « familiaux » et « judiciaires ». Notons que les antécédents familiaux peuvent être considérés minimalement à partir de deux angles. Plusieurs problèmes de santé ont une composante héréditaire. Selon une perspective biologique

(génétique), lorsque les parents, la fratrie, les grands-parents, par exemple, sont atteints d'un de ces problèmes, la vulnérabilité de la personne est augmentée, justifiant ainsi de l'inscrire au formulaire. Par ailleurs, dans une perspective sociale (systémique), lorsqu'une personne de l'entourage vit une problématique de santé significative, il est hautement probable que cela ait des répercussions sur la personne évaluée, justifiant également la pertinence de le préciser.

2.4 État de santé physique et habitudes de vie

2.4.1 État de santé physique

Plusieurs troubles mentaux peuvent entraîner des symptômes somatiques. À l'inverse, plusieurs affections physiques peuvent engendrer des symptômes psychiatriques (Fortinash et al., 2016). La plupart des diagnostics psychiatriques peuvent être posés à condition de ne pas être mieux expliqués par une affection médicale. L'infirmière s'intéresse donc d'abord à la santé physique de la personne. Elle demeure attentive à la dissimulation diagnostique, soit *l'erreur de ne pas distinguer la présence d'un problème physique puisque ses caractéristiques sont attribuées à un autre problème* (Bernier, 2018) (par exemple, des douleurs cardiaques qui seraient attribuées à l'anxiété).

L'évaluation de l'état de santé physique peut comprendre la prise des **signes vitaux** (tension artérielle, pouls, fréquence-amplitude-rythme respiratoire, saturation, température), la mesure des **paramètres métaboliques** (glycémie capillaire, poids (dont la variation), taille, diète), des éléments relatifs aux **résultats d'examens et de laboratoires** et **l'examen clinique**.

L'infirmière peut avoir à vérifier le **formulaire de niveau de soins et RCR**.

La mesure des paramètres métaboliques peut comprendre le calcul de l'IMC dont la formule est :

$$\text{IMC} = \text{poids (kg)} / \text{taille}^2 \text{ (m)}$$

L'examen clinique comprend la revue des systèmes :

Systèmes	
Cardiovasculaire	Musculo-squelettique
Endocrinien	Tégumentaire
Respiratoire	Neurologique/sensoriel
Rénal/urinaire	Gastro-intestinal
Reproducteur	

Lorsque la personne identifie un **malaise dominant**, l’infirmière effectue d’abord une **anamnèse** (données subjectives) à l’aide de la méthode PQRSTU(V) :

Anamnèse		
P	Provoquer / Pallier	Ce qui cause, soulage, ↑↓ intensité
Q	Qualité / Quantité	Exemple, échelle 0-10, impact fonctionnel
R	Région / Irradiation	
S	Signes et Symptômes associés	Ne vise que le malaise dominant
T	Temps / Intermittent	Depuis quand? Moment, durée, fréquence?
U	Signification pour la personne (<i>understanding</i>)	Cause, expérience antérieure avec ce malaise
V	Valeurs associées	Ce qui est important pour la personne

(Voyer, 2011)

L’**examen physique** (données objectives) peut venir compléter l’examen clinique :

Examen physique	
Inspection	Voir, entendre, sentir
Palpation	Toucher (palpation légère / profonde)
Percussion	
Auscultation	Stéthoscope (cardiaque, pulmonaire, abdominale)
Autres tests	Test de marche, examen sensoriel, signes neurologiques, test de la roue dentée, etc.

(Voyer, 2011)

Les objectifs de l’examen clinique sont de départager la normalité de l’anormalité, d’apprécier l’urgence et la gravité d’un problème et de dégager des constats infirmiers. (Voyer, 2011)

2.4.2 Habitudes de vie et autonomie fonctionnelle

L’évaluation comprend aussi celle des **habitudes de vie** et de l’**autonomie fonctionnelle**.

Habitudes de vie	Éléments possibles
Alimentation et hydratation	Appétit, hydratation, habitudes alimentaires, préparation des repas
Hygiène et habillement	Préférences, entretien du domicile
Élimination	Qualité, quantité, fréquences, enjeux liés aux selles/urines
Déplacements	Démarche, mobilisation, aide technique chutes, étages/escaliers, enjeux (par exemple essoufflement)
Activités	Loisirs, passe-temps, activité physique, activités sociales
Sommeil et repos	Qualité, quantité, heure de lever/coucher, siestes, moyens pour favoriser le sommeil
Sexualité	Identité sexuelle (hétérosexuelle, homosexuelles, bisexuelle, pansexuelle, asexuelle, altersexuelle, en questionnement, etc.), libido, partenaires, protection/contraception, cycle menstruel

(Fortinash et al., 2016)

L'autonomie fonctionnelle fait référence à la capacité de la personne à réaliser ses activités de la vie quotidienne et domestique. Lorsque la personne dit avoir besoin d'aide, l'infirmière s'intéresse à l'ampleur de l'aide nécessaire, aux moyens mis en place par la personne et son entourage, à leur efficacité et à l'évolution de la situation dans le temps.

2.4.3 Conduites addictives

Les habitudes de vie comprennent aussi l'évaluation des **conduites addictives**. Compte tenu de la prévalence des conduites addictives chez les personnes présentant un trouble de santé mentale pouvant aller de 50 à 90% selon les études (Bernier, 2018) et des interactions hautement possibles entre les deux problématiques, cet élément des habitudes de vie est mis en évidence dans le formulaire. De plus, un tableau en annexe du formulaire permet de détailler davantage le profil de consommation au besoin. Il est recommandé de l'utiliser lorsque plusieurs conduites addictives coexistent chez une même personne.

Plusieurs outils standardisés de détection/évaluation existent (Déba, IGT, Nidep, etc.). L'infirmière habilitée à les utiliser peut y faire référence dans son évaluation. Lorsque l'infirmière évalue les conduites addictives, elle s'intéresse à la substance (drogue, alcool) ou aux comportements (jeu, internet, achats compulsifs, etc.) utilisés. Pour les substances, elle cherche à connaître la quantité utilisée, la fréquence et la voie d'administration. Elle peut vouloir utiliser un calendrier de consommation, par exemple sur une période d'une semaine, et chercher à savoir si cette période est représentative de la consommation usuelle (Plus importante? Moins? Semblable?).

Elle échange avec la personne pour comprendre le contexte d'utilisation (festif, seul, au coucher, les fins de semaine, etc.) et les fonctions de la consommation. Les fonctions sont les raisons pour lesquelles la personne utilise la substance (plaisir, régulation émotionnelle, soulager la douleur, pallier à l'anxiété, performer au travail ou dans les activités sexuelles, oublier, passer le temps, etc.). Elle vérifie si la personne vit des problèmes associés à la consommation. On recommande habituellement de vérifier au niveau des sphères interpersonnelles, professionnelles, judiciaires et des comportements dangereux (conduite avec facultés affaiblies, activités sexuelles à risque, etc.). (Tremblay et Blanchette-Martin, 2006)

Le stade de changement peut être une information utile, particulièrement puisque cela permet de savoir si la personne désire de l'aide ou non. Cela permet aussi d'orienter l'intervention.

Stades de changement	
Précontemplation	La personne ne reconnaît pas de difficulté, d'enjeu.
Contemplation	L'ambivalence est marquée. Les avantages du statu quo dépassent généralement les avantages du changement pour la personne.
Préparation	La personne envisage un changement à court terme (moins de 6 mois). Premiers pas.
Action	La personne amorce un changement.
Maintien	La personne travaille à conserver un nouveau comportement.
Rechute	Retour au comportement antérieur

(Prochaska et al., 1992)

Dans une évaluation plus approfondie, l'infirmière pourrait chercher à connaître l'âge d'initiation aux substances, l'évolution de la consommation, les expériences de traitement antérieures, les antécédents familiaux, etc.

Lorsque la personne suit un traitement de substitution, par exemple un traitement agoniste aux opioïdes (TAO) et/ou un traitement pour l'arrêt tabagique, il est pertinent de le noter dans l'évaluation initiale. Par ailleurs, cette information pourrait se retrouver dans différentes sections en fonction du milieu de soin. On pourrait choisir de l'inscrire dans la section des conduites addictives, par exemple, dans un contexte d'introduction du traitement. Il pourrait être plus judicieux de l'inscrire dans la section médication dans un contexte où la personne est en phase de maintien du traitement et qu'il ne s'agit pas d'une information centrale.

Les conduites addictives de l'ordre des comportements sont évaluées sensiblement de la même façon. Le jeu pathologique et la cyberdépendance sont des exemples de conduites addictives de cet ordre qui pourraient être explorées avec la personne.

2.5 Examen de l'état mental

L'examen de l'état mental constitue une évaluation des données objectives et subjectives concernant la santé mentale de la personne.

Examen mental	
Apparence	Apparence physique, habillement, tenue, hygiène, maquillage, état des cheveux, des ongles, posture, faciès, contact visuel, attitude
Comportement moteur	Activité motrice, mouvements et gestes, démarche
Langage	Qualité, vocabulaire, débit, volume, particularités (ex. : soliloque)
État émotionnel	Humeur, affect
Opérations de la pensée	Cours, processus, particularité (ex. : écholalie), contenu, idées délirantes
Perceptions	Hallucination, illusions, dissociation, dépersonnalisation, déréalisation
Fonctions cognitives	Orientation, mémoires (épisodique, procédurale, sémantique), attention, concentration, fonctions exécutives (inhibition, jugement, autocritique, organisation/planification, flexibilité mentale), gnosies, praxies

(AQNP, 2021; CIUSSSCN, 2014)

Des aide-mémoire contenant des définitions et des exemples au niveau de la terminologie psychiatrique existent et sont généralement rendus disponibles dans le cadre de l'orientation en salle des nouvelles infirmières. Il peut être utile de s'y référer au besoin.

2.6 Dimensions psychosociales

Les dimensions psychosociales sont le contexte dans lequel la personne évolue. Ce sont des éléments qui ont autant une influence sur la santé physique que sur la santé mentale de la personne et vice-versa. Le portrait de la situation de santé de la personne est incomplet sans ces éléments.

2.6.1 Dynamiques relationnelles et environnement

La dimension relationnelle (ou sociale) inclut toute transaction avec un tiers. L'infirmière peut s'intéresser aux relations amoureuses (dont l'orientation romantique ou amoureuse qui peut être superposable à l'orientation sexuelle ou non (Dubuc, 2017)), familiales (immédiate ou d'origine), d'amitié et chercher à les qualifier. Elle peut s'intéresser aux groupes sociaux autour de la personne, à la fréquence de contact et à la qualité de ceux-ci. Ces informations renseignent, entre autres choses, sur la socialisation, la communication, l'expression des émotions, la capacité de s'affirmer, etc. (Fortinash et al., 2016) C'est l'occasion de dépister l'isolement, la violence conjugale/familiale ou toute autre histoire de violence (portée ou vécue). L'utilisation du génogramme et de l'écocarte peut synthétiser graphiquement l'information.

L'environnement est un concept très large qui peut inclure, au sens théorique, des éléments du macrosystème où évolue la personne (par exemple, normes, politiques et valeurs sociétales). À l'évaluation, l'infirmière s'intéresse généralement au microsystème : domicile, travail, école, organismes communautaires, lieu de culte, etc. Son évaluation vise la description de cet environnement, mais aussi celle des relations que la personne entretient avec celui-ci. Cela renseigne notamment sur les besoins, l'organisation du temps et le quotidien de la personne.

2.6.2 Facteurs de stress, stratégies adaptatives et événements significatifs

Le **stress** peut avoir une incidence de différents ordres sur la santé de la personne et de son entourage. L'infirmière s'intéresse aux manifestations psychologiques et physiologiques de stress chez la personne, mais aussi aux sources de stress rapportées, leur intensité, leur durée et leurs impacts.

Les **stratégies adaptatives** font référence aux moyens que la personne et son entourage utilisent pour faire face au stress ou aux situations adverses. Leur taxonomie diffère selon

les approches : mécanismes de défense, stratégie de coping, résolution de problème, etc. Les stratégies adaptatives peuvent comprendre les ressources et les forces de la personne et de l'entourage. L'évaluation de la situation financière, de la culture et de la spiritualité, par exemple, peut être indiquée.

Les **événements significatifs** sont des situations ou des moments qui ont marqué la personne. Ils peuvent être des facteurs de protection, précipitant, contribuant ou de maintien de certaines problématiques. Ils peuvent se situer dans le passé ou dans le futur de la personne.

2.6.3 Histoire personnelle et familiale

L'histoire personnelle et familiale constitue l'histoire longitudinale de la personne. On y couvre généralement, l'enfance, l'adolescence et les stades de l'âge adulte. Ces éléments peuvent être utiles particulièrement pour les catégories de troubles qui s'installent avant l'âge adulte et demeurent au long cours (ex : TDAH, DI, troubles de la personnalité, etc.).

2.6.4 Objectifs et projets de vie

Les objectifs et projets de vie sont les visées de la personne. Les objectifs sont généralement à plus court terme que les projets de vie. Ils peuvent constituer les étapes à réaliser pour accomplir son projet de vie. L'intervention, pour en dégager des résultats favorables pour la personne, doit généralement être en accord avec les objectifs et les projets de vie de la personne.

2.7 Dépistage des risques

Au cours de l'entrevue, l'infirmière porte une attention particulière aux risques qui menacent la sécurité du client ou celle des autres (Fortinash et al., 2016). Le dépistage est une activité qui vise à départager les personnes atteintes d'un trouble ou d'un facteur de risque, des personnes qui en sont exemptes (AQIISM, 2021).

Les risques les plus courants en santé mentale sont le risque suicidaire et le risque hétéroagressif. Il existe toutefois une multitude d'autres risques : sevrage, intoxication, automutilation, fugue, chute, plaie, dysphagie, infections, etc.

Lorsqu'elle dépiste un risque, l'infirmière s'appuie sur son jugement clinique pour déterminer si elle doit procéder immédiatement ou non à l'évaluation de celui-ci. L'évaluation d'un risque permet de comprendre comment celui-ci s'articule dans la vie de la personne et de son entourage et de dégager un constat sur sa gravité.

2.8 Données provenant d'échelles et de grilles

Les échelles et les grilles permettent à l'infirmière d'appuyer son analyse. Son analyse ne découle pas des résultats de ces tests. Utiliser des échelles et des grilles permet de mieux trianguler, c'est-à-dire de s'approcher davantage de la « vérité » d'une personne.

Pour utiliser une échelle ou une grille, l'infirmière doit s'assurer d'avoir reçu la formation requise le cas échéant. Elle doit en connaître les indications, la procédure et les limites. Elle s'assure d'expliquer à la personne la raison de l'utilisation, le déroulement et obtient son consentement. Elle lui explique les résultats ou les conclusions.

Lorsqu'elle documente les données provenant d'échelles et de grilles, elle note les scores, mais aussi les interprétations et les réactions de la personne à ces interprétations.

2.9 Analyse

L'analyse est l'examen des informations permettant de les relier entre elles. C'est l'interprétation synthétique découlant d'un regard rationnel et critique de l'infirmière. L'infirmière voudra mettre à l'avant-plan les problèmes prioritaires qu'elle constate au terme de son évaluation, en soulignant les principaux éléments de risque et/ou de protection. (Fortinash et al., 2016) L'infirmière peut, par ailleurs, référer au PTI dans cette section.

Par exemple : *Symptômes dépressifs soutenus dont tristesse, retrait marqué des activités sociales et de loisirs, insomnie, perte de poids et dévalorisation depuis le départ à la retraite (il y a 4 mois) chez homme de 69 ans sans antécédent de troubles mentaux et présentant un support familial significatif (conjointe et enfants). (voir PTI)*

2.10 Intervention(s)

L'intervention ne fait pas, à proprement parler, partie de l'évaluation. Toutefois, il est possible que l'infirmière ait fait des interventions pendant ou en périphérie de son entrevue d'évaluation (prise de sang, administration d'un médicament, intervention de crise, orientation vers un service d'urgence ou de crise, référence vers un autre service, un autre professionnel, etc.) Cette section permet de le documenter.

3. Particularité en lien avec des clientèles spécifiques

Lors de l'évaluation, l'infirmière porte attention aux éléments comme l'âge, la culture et l'état mental qui peuvent altérer la façon dont les problèmes de santé se manifestent et, ainsi, influencer la planification de l'intervention. Cette section apporte des précisions

supplémentaires en lien avec des clientèles particulières. Il s'agit de pistes de réflexion. La primauté de la personne demeure un principe central dans l'évaluation infirmière. Tous les individus d'un groupe ne sont pas identiques.

3.1 Personnes âgées

Arcand et Hébert (2007) proposent les principes suivants en ce qui concerne l'évaluation gériatrique :

Principes de l'évaluation gériatrique
<p>1. Éviter les préjugés Éviter l'âgisme, éviter de faire une utilisation abusive de la vieillesse pour expliquer les symptômes ou les problèmes de la personne.</p>
<p>2. Distinguer le normal du pathologique Connaître ce qui relève d'un vieillissement normal versus pathologique.</p>
<p>3. Évaluer de façon globale Les aspects physiques, psychologiques et sociaux sont souvent interreliés dans des maladies ainsi que dans les effets du traitement.</p>
<p>4. Impliquer les tiers Favorise une description plus complète de l'évolution de la personne.</p>
<p>5. Préciser le but de l'évaluation L'évaluation est une forme d'intervention qui comporte aussi des inconvénients. La nature et l'intensité des moyens thérapeutiques doivent être précisées tôt dans la démarche.</p>
<p>6. Créer les conditions optimales d'évaluation Choisir un environnement favorable (bruits, lumière, température de la pièce). Optimiser le confort. Porter attention aux déficits auditifs, visuels et à la fatigue cognitive. Privilégier la position assise qui favorise l'attention. Fractionner la rencontre au besoin.</p>
<p>7. Connaître les grands syndromes gériatriques Par exemple le délirium, la démence, l'incontinence, les chutes, l'immobilisation, la dénutrition, la perte d'autonomie.</p>
<p>8. Voir la perte d'autonomie comme une manifestation clinique Vérifier la capacité du milieu à compenser les incapacités et chercher les causes réversibles.</p>
<p>9. Penser aux manifestations cliniques atypiques Un grand nombre d'affections chez la personne âgée se présentent sous forme de symptômes atypiques ou non spécifiques. Toute manifestation clinique doit donc être considérée comme significative jusqu'à preuve du contraire.</p>
<p>10. Se soucier de la fragilité L'évaluation de la fragilité permet d'identifier de façon précoce des facteurs de risque et de mieux orienter la personne.</p>

Rappelons qu'il est faux de penser que les problèmes de santé mentale représentent une conséquence inévitable du vieillissement (Agence de santé publique du Canada, 2010). Il est à noter que la présence d'un réseau social et la participation sociale sont de robustes facteurs de protection pour la santé mentale des aînés. Quant à l'adaptation au vieillissement, celle-ci peut être influencée par une multitude de facteurs dont la perception de la santé, l'adaptation à la maladie, le décès d'un conjoint, la perte de rôles sociaux, l'accumulation de pertes, le sentiment de contrôle sur sa vie, la spiritualité, la religion et le sens à la vie.

L'infirmière doit connaître les particularités dans l'expression des troubles de santé mentale chez les personnes âgées.

La dépression gériatrique est probablement le cas de figure le plus saillant. Chez l'aîné, on observera souvent une expression moindre de la tristesse et davantage d'anxiété. On pourrait aussi identifier des plaintes concernant la santé physique, la mémoire, la concentration ou le sommeil. Il est possible que la dépression s'exprime par un "syndrome d'épuisement" caractérisé par de l'apathie, une perte d'intérêt et d'énergie, un ralentissement psychomoteur et un sentiment de désespoir. On pourrait aussi retrouver un "syndrome de dysfonctionnement exécutif", une faible conscience d'être déprimé, une humeur irritable, de la colère ou une conduite agressive. (Cappeliez, 2013; Fantini-Hauwel et al., 2014) Par ailleurs, des symptômes dépressifs pourraient être attribuables à d'autres pathologies (Maladie de parkinson, hypothyroïdie, etc.), à la prise de certains médicaments, à des carences nutritionnelles ou à des conduites addictives. L'infirmière demeurera ainsi prudente dans son analyse.

L'évaluation du risque suicidaire chez l'aîné comportera aussi ses particularités. Il faut savoir que chez les personnes de plus de 65 ans, le taux de suicide complété est significativement plus important par rapport au nombre de tentatives de suicide. Ce ratio pourrait s'expliquer par une plus grande fragilité physique et organique, une plus forte prévalence de l'isolement social, le choix des moyens (armes à feu, saut du haut d'un immeuble), une plus grande planification ou une plus grande détermination à poser le geste (AQPS, 2014; Vézina et al., 2013). De plus, parmi les personnes âgées qui se suicident, 75% d'entre elles n'avaient jamais fait de tentative. Les hommes de plus de 80 ans seraient parmi les aînés les plus à risque. Les aînés qui vivent en hébergement n'ayant généralement pas accès aux "moyens traditionnels" pour s'enlever la vie auront souvent plutôt recours à des comportements comme cesser de s'alimenter et/ou refuser la médication, particulièrement celle essentielle à la vie.

3.2 Enfance et adolescence

L'évaluation peut être de différentes modalités selon le jugement de l'infirmière et selon les préférences de la famille. Sauf si l'adolescent mentionne vouloir être rencontré en

présence de ses parents, nous privilégions une rencontre individuelle dans un premier temps afin d'établir un lien de confiance (Tellier, Boivin et St-André, 2016).

Il faut garder en mémoire l'influence et les répercussions que peuvent avoir les différents milieux de vie (familial, social et scolaire) sur le fonctionnement et les symptômes présentés par l'enfant. Nous devons également prendre en compte l'âge et le développement de l'enfant lors de la recherche des symptômes et l'expression de ceux-ci afin d'être en mesure de différencier la normalité du pathologique (Lalonde et Pinard, 2016).

Dans le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (*DSM-5*) (2015), l'ensemble des critères diagnostiques demeurent sensiblement les mêmes que pour les adultes à la distinction que le nombre de symptômes nécessaire ou la durée est souvent moindre. De plus, certaines spécifications à l'enfance sont soulevées dans plusieurs troubles mentaux. Par exemple, la tristesse habituelle que l'on retrouve dans les critères de la dépression est souvent présentée par de l'irritabilité chez l'enfant. À cet effet, dans le DSM-5, une nouvelle catégorie diagnostique a été ajoutée pour les enfants, le trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle. Les symptômes doivent apparaître avant 10 ans et se caractérisent par des enfants présentant une irritabilité persistante et des épisodes fréquents et extrêmes de perte du contrôle comportemental. Nous retrouvons également d'autres troubles de santé mentale plus spécifique à l'enfance : anxiété de séparation, mutisme sélectif, trouble oppositionnel, encoprésie, phobie spécifique, trouble des apprentissages, etc. (Hilt et Nussbaum, 2016). De nombreux troubles anxieux se développent dans l'enfance et tendent à être comorbides entre eux. S'ils ne sont pas traités, ils persisteront à l'âge adulte. D'où l'importance de les identifier et les traiter précocement (American Psychiatric Association, 2015).

3.2.1 Évaluation du risque suicidaire chez l'enfant

Bien que le taux de suicide chez les moins de 12 ans soit faible au Québec, celui-ci serait selon Soole, Kolves et De Leo (2015) sous-estimé ou classé souvent à tort comme des décès accidentels. Le nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide chez les enfants ne cesse d'augmenter au Québec. La strangulation est un moyen souvent utilisé ainsi que l'intoxication médicamenteuse (St-Onge, 2018).

Dans le milieu francophone, il n'existe aucun outil validé pour l'évaluation du risque suicidaire chez l'enfant de moins de 12 ans (Maltais, Genest et Larue, 2018). Toutefois, certains éléments spécifiques peuvent appuyer l'infirmière dans son évaluation du risque suicidaire chez la clientèle pédiatrique. Les facteurs de risque et de protection sont sensiblement les mêmes que chez les plus de 14 ans. Compte tenu que des enjeux familiaux et environnementaux peuvent contribuer à la problématique du jeune, l'infirmière peut juger préférable de rencontrer l'enfant individuellement. Nous devons

adapter nos interventions au stade de développement de l'enfant et à sa compréhension du concept de la mort.

Composantes du concept de la mort à évaluer	
La finalité du geste : Arrêt de toutes fonctions corporelles.	Cette notion s'installe généralement vers l'âge de 7-8 ans. Le jeune prendra souvent le moyen à sa disponibilité au moment où la tentative survient (autostrangulation avec les mains, noyade dans le bain, prise de quelques comprimés d'acétaminophène, etc..). De plus, il est important de noter que leur capacité de résolution de problèmes et de trouver des alternatives est moindre, ce qui les amène souvent à poser des gestes impulsifs. C'est donc la croyance de l'enfant sur la létalité du geste posé que nous devons documenter. Toutes tentatives, bien qu'objectivement non dangereuses, doivent être prises en considération.
L'irréversibilité : Arrêt des fonctions vitales pour toujours, aucune possibilité de revenir à la vie.	D'un point de vue développemental, la compréhension de cette notion apparaît également vers l'âge de 7-8 ans. Si nous regardons les principaux motifs de suicide chez les jeunes, cela démontre bien la lacune dans la compréhension de la notion d'irréversibilité du geste. Les principaux motifs de suicide étant les suivants: le désir de rejoindre une personne décédée; de fuir une situation déplaisante ou intolérable et le désir de se punir ou de punir l'autre.
L'universalité : Tout être vivant meurt	Pour sa part, la notion d'universalité apparaît plus tard dans le développement, soit vers l'âge de 12 ans. Cette notion, bien que comprise par les adolescents, n'exclut pas qu'ils se sentent parfois invincibles.

(CIUSSS-EMTL, 2017)

3.2.2 Consentement et confidentialité

Comme l'âge du consentement aux soins est fixé à 14 ans au Québec, l'autorisation des parents ou d'un tuteur est alors nécessaire en dessous de cet âge. Le mineur de plus de 14 ans peut donc consentir ou refuser les soins et services (Association canadienne de protection médicale [ACPM], 2016).

Selon les critères de la Nouvelle-Écosse (1991), l'adolescent doit comprendre sa maladie, la nature et le but du traitement proposé, les effets prévus et les risques d'entreprendre ce traitement ou non. Ce qui constitue un consentement éclairé (Roigt et Boudreau, 2016). La présence d'une maladie mentale ne conclut pas automatiquement que la personne est inapte (Roigt et Boudreau, 2016). Si l'adolescent est jugé inapte, le parent est alors autorisé à consentir ou non au traitement à la place du mineur, mais il se doit de prendre une décision dans l'intérêt de la personne en cause (CcQ, art. 12 et 14). Même si le jeune est apte à consentir à ses soins, il est toutefois recommandé que les parents participent à la démarche (ACMP, 2016). L'infirmière qui exerce selon un modèle en soins infirmiers humaniste privilégiera des valeurs de respect de la personne, de sa dignité humaine, de son intégrité, de sa capacité à faire des choix en toute liberté et fera confiance en son potentiel (Cara, Roy et Thibault, 2015).

Au sujet de la confidentialité, la charte des droits et libertés de la personne (L.R.Q., c. C-12, art.9) stipule que toute personne tenue au secret professionnel par la loi ne peut divulguer les renseignements confidentiels à moins que la personne ne l'y autorise. Le Code des professions (L.R.Q., c.C-26, art. 60.4) soutient également que les professionnels ont l'obligation de confidentialité, de respect à l'autonomie et à la vie privée de la personne. Si le client a plus de 14 ans, il peut donc recevoir des soins et services en toute confidentialité et nous ne sommes pas dans l'obligation de transmettre l'information aux parents. Le professionnel est tenu de divulguer de l'information confidentielle seulement si la sécurité du jeune ou d'autrui est menacée (Code des professions, art.60.4; Code de déontologie des infirmières et infirmiers, art.31 et 31.1). Les situations les plus courantes de bris de confidentialité sont celles où le jeune confie des intentions suicidaires (Roigt et Boudreau, 2016). À noter, par contre, que l'établissement est tenu d'aviser le titulaire de l'autorité parentale seulement après douze heures d'hospitalisation, peu importe la raison de celle-ci (CcQ, art. 14).

3.3 Personnes en situation d'itinérance

Le Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CRÉMIS) s'est penché sur l'évaluation/intervention auprès des personnes en situation d'itinérance. Les balises suivantes sont tirées du Guide de bonnes pratiques en itinérance (Hurtubise et al., 2020).

Instaurer un climat propice à la compréhension de la situation de la personne et de son état de santé

La personne en situation d'itinérance qui consulte un service de santé a probablement vécu des expériences antérieures stigmatisantes qui peuvent influencer l'attitude qu'elle adopte face aux soignants. Manifester des attitudes d'ouverture, de respect et d'écoute permet l'amorce d'une relation entre la personne et l'infirmière qui lui permettra de cerner plus facilement le motif réel de consultation. Le langage utilisé doit être simple, accessible et adapté à la personne. L'infirmière se doit de respecter le rythme de la personne et adapter ses interventions selon les besoins exprimés pendant la rencontre.

Mettre en œuvre une approche de santé globale

Favoriser une approche de santé globale qui mise autant sur les dimensions psychosociales et physiques. Respecter les limites que la personne mentionne lors des examens physiques et profiter de toutes les occasions pour approfondir les évaluations. La prévalence de la consommation est importante dans cette population et certaines substances psychoactives créent des sevrages qui peuvent mettre la personne en danger en cas d'abstinence ou d'abus. Pour cette raison, l'infirmière doit explorer les habitudes de consommation afin de mettre en place, avec l'accord de la personne, des mesures alternatives si la consommation présente un obstacle à l'intervention.

Explorer les forces et les ressources de la personne

Explorer avec la personne son réseau de soutien existant, qu'il soit sous forme d'organismes communautaires, d'intervenants et/ou de proches qui peuvent s'impliquer dans l'accompagnement et contribuer à sa stabilisation. Dans le cadre d'une approche sur les forces, l'infirmière valorise les capacités de la personne pour ainsi favoriser les échanges et renforcer sa responsabilisation vis-à-vis de sa situation.

Explorer des avenues novatrices et créatives pour favoriser la prestation et l'accès aux soins et aux services de santé

Créer des alliances avec le réseau de la personne afin d'affiner l'évaluation et de trouver des pistes de solutions créatives et complémentaires pour faciliter les suivis. Soulignons que les délais importants limitent l'adhérence aux suivis/traitements chez les personnes en situation d'itinérance.

3.4 Personnes judiciairisées

Lorsqu'elle évalue une personne judiciairisée, il est fondamental que l'infirmière se rappelle que son rôle n'est pas de faire appliquer la loi, mais bien d'accompagner la personne dans son rétablissement comme elle le ferait pour n'importe quelle autre personne. Il est de la responsabilité de la personne judiciairisée de respecter ses conditions émises par le tribunal.

L'infirmière devrait toutefois s'informer de ces conditions. Elle peut, en outre, vérifier la compréhension de la personne de son profil judiciaire et des conditions rattachées ainsi que son adhésion à celles-ci. Il est aussi possible d'explorer la perception de la personne des comportements antisociaux et prosociaux qu'elle adopte. L'infirmière se rappellera que le potentiel criminogène fluctue dans le temps.

Le fait qu'une personne soit judiciairisée peut être en lien ou non avec les motifs de rencontre dans les différents services de santé mentale.

Lorsque l'infirmière évalue une personne judiciairisée, elle doit porter une attention spéciale à la notion de traitement obligatoire et de traitement sous contrainte. Le traitement obligatoire renvoie à l'imposition par une loi d'un traitement. Le traitement sous contrainte inclut le choix entre l'incarcération ou la participation à un programme, les recommandations des agents de probation à l'intérieur d'un plan de supervision et les conditions de probation (Maginelli et Brochu, 2009). Le degré de coercition auquel la personne est soumise peut influencer ses comportements et sa motivation au changement et au traitement. Obtenir le point de vue de la personne quant au degré de coercition auquel elle est soumise peut apporter un éclairage sur ses objectifs et les moyens à privilégier.

À l'inverse, la judiciairisation d'une personne peut modifier son niveau de contrainte pour s'engager dans un suivi ou un traitement. Par exemple, une personne vivant en maison de transition pourrait ne pas avoir le droit d'entreposer à sa chambre certains médicaments comme les opioïdes, compromettant l'adhérence à un TAO.

Plusieurs stigmates touchent les personnes judiciairisées et ils auront une incidence sur plusieurs de ses sphères de vie (psychologique, professionnelles, interpersonnelles, sociale, etc.), et ce, au-delà même de la durée des mesures judiciaires.

Dans un autre ordre d'idée, l'infirmière doit connaître les circonstances qui nécessitent qu'elle outre passe le secret professionnel et déclare une situation aux autorités. Par exemple, un crime passé, relaté par la personne, est protégé par le secret professionnel alors qu'un crime à venir implique une dangerosité pour autrui et peut devoir être déclaré aux autorités.

L'infirmière doit par ailleurs considérer que les personnes judiciairisées sont un groupe à risque en prévention du suicide. La judiciairisation et les conduites addictives sont souvent coexistantes.

3.5 Personnes présentant des conduites addictives (avec ou sans concomitance avec un problème de santé mentale)

En plus des éléments recensés dans la section conduite addictive, l'infirmière qui évalue une personne qui présente des conduites addictives cherche d'abord à identifier les signes d'intoxication aiguë et de sevrage pour assurer la sécurité de tous. Par ailleurs, une personne intoxiquée ou en sevrage risque fortement d'être moins disposée à une entrevue. La meilleure façon de connaître la consommation d'une personne demeure d'en discuter. S'il peut arriver que des personnes cherchent à cacher, nier ou minimiser leur consommation, ce n'est pas la norme. Ces comportements peuvent souvent être attribués à la stigmatisation ou à une judiciarisation de la personne. (Fortinash et al., 2016) Lorsque l'infirmière questionne la consommation, il peut être avisé d'expliquer à la personne pourquoi elle le fait, ce qu'elle fera de l'information, et ce, dans une posture d'accueil et de non-jugement.

Lorsque l'infirmière évalue une personne qui présente à la fois des conduites addictives et des difficultés au niveau de sa santé mentale, elle s'intéressera à l'interaction entre les deux. Il peut être pertinent de chercher à comprendre ce qui s'est installé en premier, ainsi que la manière dont la conduite addictive impacte les difficultés de santé mentale et vice-versa, comment sont les signes et symptômes en état d'intoxication et en période de retrait de la substance. Par exemple, une personne pourrait rapporter que l'alcool atténue son anxiété au moment de la consommation, mais que cette anxiété est décuplée lors de retrait de la substance, ce qui la pousse à consommer de nouveau.

Si certaines conduites addictives favorisent l'apparition d'un problème de santé mentale et que certains problèmes de santé mentale contribuent à l'installation d'un trouble d'usage de substance, il faut savoir que très souvent, les deux problématiques finissent par être fortement enchevêtrées avec le temps. (Filion-Bilodeau et al., 2012)

Par ailleurs, l'évaluation de l'état de santé physique est fondamentale lorsque l'infirmière évalue une personne qui présente des conduites addictives. Les interactions entre les conduites addictives et les problèmes de santé physique sont nombreuses et les personnes qui présentent des conduites addictives sont plus à risque d'accidents et de blessures. (Fortinash et al., 2016)

De la même manière, des interactions peuvent exister entre des problèmes sociaux et des conduites addictives. L'infirmière y portera attention lors de l'évaluation.

3.6 Personnes atteintes de déficience intellectuelle ou d'un trouble du spectre de l'autisme

Déficience intellectuelle (DI)

L'infirmière qui évalue une personne atteinte d'une déficience intellectuelle doit tenir compte de la gravité de son état. Il est recommandé d'utiliser des mots simples adaptés au niveau de la personne. Le jeu, les pictogrammes, les supports visuels (ex. : échelle visuelle de la douleur) peuvent aider l'infirmière à communiquer plus efficacement avec la personne. Il faut, par ailleurs, éviter de verser dans l'infantilisation : les personnes adultes atteintes de déficience intellectuelle ne sont pas des enfants, bien qu'elles puissent, dans certains cas, avoir besoin de davantage de réassurance et/ou avoir des intérêts qui s'apparentent à ceux des enfants, il n'en demeure pas moins qu'elles ont de grandes aptitudes.

Troubles du spectre de l'autisme (TSA)

Lors de l'évaluation d'une personne présentant un trouble du spectre de l'autisme, l'infirmière doit tenir compte du niveau de fonctionnement de la personne. Il est recommandé d'éviter les figures de style et les expressions courantes, particulièrement lorsqu'on ne connaît pas le niveau d'abstraction dont la personne est capable. Cette façon de communiquer peut ne pas être comprise par la personne et provoquer chez elle de l'anxiété. Il est possible que la personne présente un délai de traitement de l'information plus important que la moyenne des individus. Il est déconseillé de poser plusieurs fois la même question en pareil cas. Chez les personnes avec un haut niveau de fonctionnement, le fait de répéter en tout ou en partie la question qui vient d'être posée indique souvent qu'elle n'a pas compris. Il peut être nécessaire de reformuler. L'écriture peut aussi être un moyen efficace de communiquer avec les personnes présentant un TSA de haut niveau.

Il est possible que la personne atteinte d'un trouble du spectre de l'autisme ne conserve pas de contact visuel pendant un échange. Cela ne veut pas dire qu'elle n'écoute pas ou n'est pas intéressée. Certaines personnes atteintes d'un trouble du spectre de l'autisme ont des difficultés à utiliser plus d'un sens à la fois. De la même manière, le ton de voix peut être monocorde, affect plat, sans que cela ne signifie ennui ou absence d'émotion. Il est à noter que l'ensemble de ces comportements ne sont pas une question d'intelligence, plutôt des manifestations d'une communication qui s'opère différemment chez les personnes qui présentent un TSA.

Dans les deux cas

D'abord, il faut savoir que la DI et le TSA sont des états et non des maladies.

L'infirmière qui évalue une personne présentant une DI ou un TSA doit considérer les capacités cognitives de la personne pour s'adapter à elle, mais doit éviter d'attribuer d'emblée l'ensemble des difficultés de la personne à sa neurodiversité. Dans le cas où la personne serait non verbale, l'observation et la recherche d'informations collatérales favoriseront l'évaluation. Dans le cas où la personne s'exprimerait verbalement, il faut rappeler que le niveau de langage de celle-ci ne reflète pas nécessairement son niveau de compréhension. Lorsque la personne qui présente une DI ou un TSA communique, il est important de comprendre qu'elle cherche à se faire comprendre et choisira ce qu'elle estime être les meilleurs moyens à sa disposition, comme n'importe quelle personne neurotypique.

Si l'infirmière procède à un examen physique auprès de cette clientèle, il est important d'expliquer ce que l'on s'apprête à faire en adaptant le langage à la personne. Les supports visuels peuvent être pertinents pour accompagner les explications. Il est recommandé de procéder à toute technique lentement, en observant attentivement les réactions de la personne. Autant que possible, l'infirmière respecte les limites de la personne. Il peut être avisé de demander à la personne ou à un proche de procéder à la partie de la technique qu'elle est en mesure de faire.

3.7 Personnes présentant des traits ou un trouble de la personnalité

Les traits et les troubles de la personnalité renvoient à des difficultés au niveau de la relation à soi, à l'autre et au monde. L'infirmière devra donc porter une attention particulière au mode relationnel et aux transferts et contre-transferts qui surgissent pendant les rencontres avec ces personnes.

L'histoire longitudinale de la personne sera importante à explorer avec eux, particulièrement en situation de conflits ou de stress puisque ces circonstances tendent à faire ressortir les traits de personnalité. Il peut être avisé de prendre en compte plusieurs sources d'informations dans l'évaluation, ce, dans le respect du consentement de la personne. L'infirmière cherchera à comprendre le fonctionnement de la personne dans une variété de situations. Une deuxième évaluation peut s'avérer nécessaire, particulièrement si la première rencontre se déroule dans un contexte de crise.

Il est important de commencer la rencontre avec une mise en contexte appropriée ou l'infirmière explique son rôle et le cadre. Elle mentionnera qu'elle cherche à comprendre ce qui amène la personne à consulter et ses besoins.

L'infirmière devra porter attention à ses propres attitudes et à sa posture, pour éviter des effets iatrogènes en reproduisant le processus relationnel inadapté dans lequel la personne présentant des traits ou des troubles de la personnalité peut évoluer (rejet hostile, contrôle autoritaire, sauvetage).

Les personnes présentant des troubles de la personnalité constituent un groupe à risque en prévention du suicide et sont susceptibles de présenter une suicidalité chronique.

La rencontre d'évaluation doit se conclure par un retour avec la personne sur les observations, le déroulement de la rencontre et les étapes à venir.
(Lalonde et Pinard, 2016)

3.8 Personnes présentant un risque de violence envers autrui

Lors de l'évaluation d'une personne présentant un risque de violence envers autrui, l'infirmière portera attention aux signes précurseurs d'agressivité lorsqu'ils sont connus ou tentera de les identifier. Elle favorisera un environnement sécuritaire et calme pour rencontrer la personne. (Fortinash et al., 2016)

Il est possible d'ouvrir le dialogue sur les idées violentes de la personne : que se passe-t-il, quelles sont ces pensées, qui visent-elles, quelles sont les intentions de la personne, a-t-elle déjà posé des gestes violents par le passé, de quelle nature étaient-ils, qu'en pense-t-elle maintenant?

Il est à noter que la colère, la frustration et le mécontentement sont des émotions normales et leur expression par la parole doit être accueillie par l'infirmière. Ce sont les comportements violents qui ne seront pas tolérés. En présence de comportements violents, l'infirmière utilisera son jugement clinique pour déterminer si les gestes/paroles doivent être reflétés, recadrés, de quelle manière et voir si l'entretien doit être interrompu.

3.9 Personnes présentant un trouble neurocognitif majeur (TNCM) ou des atteintes neurologiques/cognitives

Lorsque l'infirmière interagit avec une personne présentant un TNCM ou des atteintes neurologiques/cognitives, il est préférable d'établir et de maintenir le contact par le regard, la voix ou le toucher, de respecter l'espace vital de la personne en l'approchant, de vous déplacer lentement, d'éviter les gestes brusques ou vifs. L'infirmière utilisera un ton de voix doux et rassurant, parlera lentement, donnera une consigne à la fois et attendra la réponse de la personne. Elle utilisera des phrases positives, courtes, simples et concrètes. Il peut être avisé d'avoir recours aux gestes et aux démonstrations pour améliorer la compréhension. Il faut éviter l'infantilisation, les exigences trop élevées qui peuvent créer de la frustration ou de l'anxiété chez la personne et la confrontation. (Bonin et al., 2017)

Lors de l'évaluation auprès de cette clientèle, il est fortement recommandé que la personne soit accompagnée d'un proche lors de l'entrevue. Dans le cas particulier d'un TNCM, il n'est pas rare que les premiers indices de l'impact fonctionnel de la maladie aient été observés par un proche. Les proches pourront aussi généralement apporter des informations complémentaires essentielles sur les changements en cours de progression de la maladie. Il est toutefois fondamental que l'infirmière cherche à obtenir la version des proches en évitant de déclencher, par exemple, une réaction de méfiance chez la personne. (Arcand et Hébert, 2007)

L'observation sera souvent une bonne source d'informations lors de la collecte de données. Quelques minutes de conversation générale en début d'entretien permettront d'observer plusieurs éléments.

L'infirmière portera une attention particulière au fonctionnement de la personne et tentera, dans la mesure du possible de connaître son fonctionnement antérieur. De même, elle tiendra compte des altérations des fonctions cognitives de la personne et adaptera sa posture en conséquence. Il est à noter que plusieurs échelles sont adaptées à cette clientèle, par exemple l'échelle PASLAC-F pour la douleur.

Il est à noter que plusieurs problèmes ou difficultés tendent à être sous-diagnostiqués et sous-traités chez cette clientèle. La dépression en est un bon exemple. Il n'est pas rare que des symptômes dépressifs soient attribués à tort au TNCM alors qu'une dépression peut coexister et être réversible. Une évaluation infirmière rigoureuse contribuera à faire diminuer ce phénomène.

Il n'est pas rare que la personne atteinte d'un TNCM présente des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. L'infirmière appelée à les évaluer s'intéressera d'abord au symptôme en l'observant attentivement, en s'intéressant à sa durée, sa fréquence et le contexte de sa survenue. Elle investiguera et documentera ensuite les causes possibles de ce symptôme (besoin de base non rempli, stimuli dans l'environnement, douleur, effets secondaires de la médication, changement récent dans le milieu de vie, etc.) Les habitudes de vie antérieures, les interventions qui ont fonctionné ou n'ont pas fonctionné jusqu'ici et les impacts de ces symptômes sont d'autres éléments qui peuvent compléter l'évaluation des SCPD. (Bonin et al., 2017)

3.10 Personnes issues de la diversité (culturelle, religieuse, sexuelle, de genre, etc.)

3.10.1 Évaluation dans un contexte de diversité culturelle

Peu importe le motif de l'immigration et/ou de la migration interne, qu'elle soit volontaire, forcée ou précipitée, mûrie ou motivée, l'expérience migratoire engendre à la fois des pertes et des gains pour l'individu et sa famille. Certains facteurs personnels et

sociaux ont une influence importante sur l'état d'équilibre et de bien-être de l'individu/famille. Reconnaître ces différents facteurs peut permettre d'évaluer le niveau de détresse psychologique d'une personne et de ses proches (Raphaël, Veillette et Chenouard, 2002). Cette détresse psychologique peut être à la base des troubles mentaux tant chez les parents que chez les enfants qui sont vulnérables du fait de leur propre enjeu identitaire.

Pour mieux comprendre la situation, il faut avoir une double lunette, à savoir; une lunette culturelle et une lunette migratoire. L'idée est d'explorer les symptômes, le stress, les traumatismes, etc. Il faut aussi relever les forces et la résilience.

L'évaluation dans un contexte de diversité culturelle comportera donc quatre volets.

1. Volet migratoire
2. Volet culturel
3. Croyances
4. Santé mentale (problématiques de santé et symptômes)

Volet migratoire

Le parcours migratoire n'est pas seulement le fait de partir de son pays vers le pays d'accueil. Il comprend toute l'histoire pré-migratoire, le trajet migratoire, la période d'adaptation au pays d'accueil et peut comporter des stress liés à chaque étape. De plus, des migrations internes, soit à l'intérieur du pays d'origine, peuvent être survenues avant la migration. Ces migrations internes peuvent être dues à de nombreuses causes comme la violence de guerre, des catastrophes naturelles, etc. Elles peuvent causer, par exemple, une séparation avec des parents, la prison /torture; ce qui constitue des éléments de stress.

Un trajet avec des conditions périlleuses, le fait de passer clandestinement la frontière, l'expérience d'un camp de réfugiés, des migrations multiples et successives, une période d'arrestation à la frontière, un statut précaire : tout ceci laisse des traces sur l'état de santé mentale.

Volet culturel

Adaptation au pays d'accueil

Les réfugiés peuvent présenter un stress plus grand que les résidents permanents en lien, par exemple, aux procédures judiciaires et leurs délais.

Les immigrants reçus font souvent face à la non-reconnaissance des diplômes, au racisme, au choc culturel, aux disparités dans les valeurs/croyances liées à l'éducation des enfants ou à la relation homme-femme. Ils connaissent également des difficultés d'adaptation au travail où leurs qualifications ne sont souvent pas reconnues, les forçant à accepter, pour subvenir à leurs besoins, des postes en dessous de leurs compétences, moins bien rémunérés et moins stimulants.

Cette période est critique, car elle peut être à la base de stress, d'anxiété, de dépression et/ou de trouble d'adaptation. Un regard sur cette période permet à l'infirmière, lors de son évaluation, d'apporter un éclairage sur l'une des origines possibles des difficultés vécues par la personne et est crucial pour une intervention adaptée et personnalisée.

Aspect culturel

Lors de son évaluation, l'infirmière doit mesurer le rapport de la culture de l'immigrant et de la culture québécoise. Il est important de comprendre également les éléments liés à une sous-culture. En effet, dans une même culture, la compréhension ou l'interprétation d'une chose va différer, par exemple, selon la provenance de la personne (ville/village) et de son niveau d'instruction.

Certains éléments culturels peuvent être à la base de difficultés de santé mentale notamment les bouleversements des rôles des parents, des rôles de l'aîné, du réseau d'entraide, les pertes, l'utilisation de correction physique, les rapports au sein même de la famille et le devoir d'envoyer de l'argent à la famille dans son pays d'origine.

La barrière linguistique est un élément empêchant une adaptation au pays d'accueil et peut être à la base d'une détresse psychologique importante chez les parents comme chez les enfants.

Le thème important dans l'évaluation est le niveau d'enracinement (l'ancrage) de la personne, soit le sentiment d'appartenance au pays d'accueil qui va définir son identité culturelle.

Croyances

Il est à noter que tous n'ont pas la même représentation de la santé/maladie dans les différentes cultures. On pourrait rencontrer des pratiques culturelles et religieuses qui s'harmonisent mal avec ce qui se vit dans le pays d'accueil. Par exemple, une famille pourrait préconiser des pratiques traditionnelles qui laissent les intervenants dans l'incompréhension. Certaines personnes pourraient se représenter la maladie comme une punition divine, une épreuve, une demande de protection, et ce en fonction de leurs croyances religieuses. D'autres pourraient choisir d'avoir recours à des pratiques mystiques en lien, par exemple avec les mauvais esprits, le mauvais sort et/ou la sorcellerie.

Si l'infirmière ne cherche pas à comprendre la signification de la maladie en lien avec les pratiques mystiques et les croyances religieuses, il risque de lui être difficile de procéder à une bonne analyse et, par conséquent, de suggérer des interventions appropriées. Il est néanmoins possible que certaines personnes montrent des réticences à aborder ces sujets. Il peut être intéressant, le cas échéant, de poser la question autrement, par exemple : Quel sens votre mère/grand-mère donnerait-elle à cette maladie?

Santé mentale

L'infirmière va considérer la personne dans sa globalité en demeurant attentive à la signification attribuée aux symptômes. Est-ce qu'il s'agit d'un traumatisme en lien avec le processus migratoire? Est-ce qu'il s'agit d'un deuil lié aux différentes pertes ?

3.10.2 Évaluation dans un contexte de diversité de genre et de diversité sexuelle

Les populations issues de la diversité de genre et de la diversité sexuelle sont sujettes à plusieurs formes de discrimination, dont la stigmatisation. Il n'est pas rare que des expériences antérieures de soins aient été difficiles, voire traumatiques chez cette clientèle. L'infirmière se doit donc d'être sensibilisée à ces diversités, et d'adopter une posture empreinte d'ouverture et d'acceptation inconditionnelle afin d'offrir des expériences de soins positives. Il est à noter que l'identité de genre et l'expression de genre sont protégées contre toute forme de discrimination par les Chartes des droits et libertés fédérales et provinciales depuis 2017. Rappelons que le fait d'appartenir à la diversité de genre et à la diversité sexuelle n'est pas un choix que la personne fait, ni un problème de santé mentale.

Règle générale, il est attendu que l'infirmière demeure à l'affût du vocabulaire propre à la diversité de genre et sexuelle, l'utilise, soit en mesure de l'expliquer.

L'orientation sexuelle, romantique ou amoureuse, l'identité et l'expression de genre sont auto-identifiées : seule la personne concernée peut choisir les termes qui la décrivent le mieux. (Dubuc, 2017) Par ailleurs, ces concepts ne sont pas des catégories exclusives, fixes et opposées. Il s'agit fondamentalement de mettre des mots sur un ressenti profond, de s'identifier de se faire comprendre et de s'ouvrir aux autres. (INSPQ, 2022) Toutes les combinaisons sont possibles.

Puisque la personne a droit à la reconnaissance de son identité et de son expression de genre, l'infirmière demande avec quel pronom de genre la personne s'identifie, par exemple : il, elle, iel. Des efforts devraient être faits pour utiliser ce pronom pour référer à l'individu, et pour communiquer cette information aux intervenants impliqués. Il en va de même pour le prénom choisi, le cas échéant. Par ailleurs, lorsque le prénom choisi de la personne diffère de celui qui se trouve sur la carte d'assurance maladie, dans certaines circonstances comme la double identification, l'infirmière doit se baser sur le nom légal. En pareil cas, elle peut expliquer la situation à la personne, par exemple : "Je dois vérifier votre identité avec votre RAMQ, quel est le nom inscrit sur votre carte?" Autrement, lorsque l'infirmière s'adresse à la personne, elle devrait utiliser le nom choisi. Il est à noter que depuis 2015, il n'est plus obligatoire d'avoir subi quelque traitement médical ou chirurgical pour pouvoir faire une demande pour un changement de sexe à la Direction de l'état civil.

S'il est possible que la diversité de genre et la diversité sexuelle soient au cœur de la problématique de la personne, il ne faut pas perdre de vue que les personnes qui évoluent dans ce contexte ont aussi des préoccupations et des problématiques qui n'ont rien à voir avec cette diversité. L'infirmière accueillera donc ces personnes comme n'importe qui d'autre dans son service.

Références

Arcand, M. et Hébert, R. (2007) *Précis de pratique de gériatrie* (2e édition). Edisem.

Agence de santé publique du Canada. (2010). Rapport sur l'état de santé publique du Canada – Vieillir, ajouter de la vie aux années. Sa Majesté la Reine du Chef du Canada https://www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2010/fr-rc/pdf/cpho_report_2010_f.pdf

American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 - Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux*. Elsevier Masson - Health Sciences Division.

Association canadienne de protection médicale [ACPM]. (2016). *Obligation et responsabilités Les attentes des médecins en exercice : Un enfant est-il apte à consentir?* Repéré à : <https://www.cmpa-acpm.ca/fr/advice-publications/browse-articles/2014/can-a-child-provide-consent>

Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale (AQIISM). (2021) Prévention et gestion des conduites suicidaires en milieu hospitalier – Dépistage <https://aqiism.org/publications/prevention-et-gestion-des-conduites-suicidaires-en-milieu-hospitalier/detection-depistage-et-evaluation/depistage/>

Association québécoise des neuropsychologues (AQNP). (2021) Les fonctions cognitives <https://aqnp.ca/la-neuropsychologie/les-fonctions-cognitives/>

Association québécoise de prévention du suicide (AQPS). (2014) *La prévention du suicide des aînés au Québec Comprendre, s'inspirer et agir. La vie de nos aînés nous tient à cœur.* https://www.aqps.info/media/documents/PreventionSuicideAines_comprendre_sinspirer_agir_AQPS_V2016.pdf

Bernier, S. (2018). Évaluation de la condition physique de la clientèle en santé mentale, *Perspective infirmière*. Mai-juin 2018. p.28-34.

Blais, C. Institut Philippe-Pinel de Montréal (1991). Critères de la Nouvelle-Écosse. R.J.Q. 1969

Bonin, C., Fortier, V. et St-Laurent, C. (2017) Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD). Aide-mémoire à l'intervention. Initiative ministérielle sur la maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs, CIUSSS de l'Estrie – CHUS, Sherbrooke

Cappeliez, P. (2013). La dépression. Dans Voyer, P. (dir.) *Soins infirmiers à la personne en perte d'autonomie* (2e édition), ERPI.

Cara, C., Roy, M. et Thibault, L. (dir.). (2015). Modèle humaniste des soins infirmiers-UdeM : synopsis du Modèle pour son opérationnalisation. Document inédit, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal. Repéré à : http://fsi.umontreal.ca/fileadmin/fsi/documents/Synopsis-Modele_humaniste.pdf

Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de l'Est-de-l'île-de-Montréal (CIUSSS-EMTL). (2017). *Rafraîchissement à l'estimation et à l'intervention auprès des personnes présentant un risque suicidaire*.

Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de la Capitale-Nationale (CIUSSSCN). (2014) Examen mental <https://aqiism.org/wp-content/uploads/2018/11/Examen-mental-Prévention-suicide-AQIISM.pdf>

Commission d'examen des troubles mentaux du Québec (CETM). (2016). La commission d'examen des troubles mentaux du Québec : Guide. https://www.taq.gouv.qc.ca/documents/file/Guide%20CETM_Francais.pdf

Dubuc, D. et FNEEQ-CSN. (2017). *LGBTQI2SNBA+, Les mots de la diversité liée au sexe, au genre et à l'orientation sexuelle*, Éditions FNEEQ-CSN, <https://rcentres.qc.ca/2018/03/21/lgbtqi2snba/>

Eriksson, M. et Lindstrom, B. (2012) *La salutogénèse, petit guide pour promouvoir la santé*. Presses de l'université Laval.

Fantini-Hauwel, C. Gély-Nargeot, M.-C., Raffard, S., (2014) *Psychologie et psychopathologie de la personne âgée vieillissante*. Dunod.

Fillion-Bilodeau S, Nadeau L, Landry M. (2012) La concomitance des troubles liés aux substances et de santé mentale. Dans : Nadeau L et Landry M, réd. *Les troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale*. Presses de l'Université Laval

Fortinash, K. M., Holoday-Worret, P. A., Page, C., Bonin, J.-P., Houle, D., Brassard, Y. , Gousse, H., Lavertu, É., Morissette, D., (2016). *Soins infirmiers, santé mentale et psychiatrie* (2e édition.). Chenelière éducation.

Durand, S., Leprohon, J. et Roy, C. (2018). *Champ d'exercice et activités réservées de l'infirmière*. OIIQ.

Gouvernement du Québec. (2018). *Charte des droits et libertés de la personne*. Repéré à : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/c-12>

Gouvernement du Québec. (2018). *Code déontologie des infirmières et infirmiers*. Repéré à : legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/l-8,%20r.%209

Gouvernement du Québec. (2018). *Code civil du Québec*. Repéré à : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/CCQ-1991>

Gouvernement du Québec. (2018). *Code des professions*. Repéré à : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/C-26>

Hilt, R.J. et Nussbaum, A.M. (2016). *DSM-5 Pocket guide for child and adolescent mental health*. American Psychiatric Association publishing.

Hurtubise, R., Roy, L., Trudel, L., Rose, M.-C., Pearson, A. (2020) Guide des bonnes pratiques en itinérance. Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CRÉMIS).

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2022). Sexe, genre et orientation sexuelles : comprendre la diversité. Formation en ligne à : <https://www.inspq.qc.ca/formation/institut/formation-sexes-genres-orientations-sexuelles-comprendre-diversite>

Institut universitaire de santé mentale de Montréal (IUSMM). (2019). Bottin des ressources d'hébergement - CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Lalonde, P. et Pinard, G.F. (2016). *Psychiatrie clinique : approche biopsychosociale* (4^e éd., volume 2). Montréal: Chenelière éducation.

Laflamme, F., Durand, S., et Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec. (2016). *Standards de pratique de l'infirmière dans le domaine de la santé mentale*. OIIQ.

Magrinelli Orsi Mylène, & Brochu, S. (2009). Du sable dans l'engrenage : la motivation des clients sous contrainte judiciaire dans les traitements pour la toxicomanie. *Drogues, Santé Et Société*, 8(2), 141–185. <https://doi.org/10.7202/044474a>

Maltais, N., Genest, C. et Larue, C. (2019). Quand la détresse émotionnelle se traduit par des idées ou comportements suicidaires : une revue exploratoire sur le risque suicidaire chez les moins de 12 ans. *Neuropsychiatrie de l'enfance et l'adolescence*, 67, 219-229.

Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). (2016). Cadre de référence : Les ressources intermédiaires et les ressources de type familiales

Ministère du travail, de l'emploi et de la solidarité sociale (MTESS) (2021). Loi sur la protection de la jeunesse <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/P-34.1>

Ministère de la justice Canada (MJC) (2021) Identité de genre et expression de genre - Document d'information. <https://www.canada.ca/fr/ministere-justice/nouvelles/2016/05/identite-de-genre-et-expression-de-genre.html>

Office québécois de la langue française (OQLF), (2021). Fiche terminologique : sexe assigné à la naissance. http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=26544625

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In Search of How People Change. *American Psychologist*, 47 (9), 1102-1114

Réseau juridique du Québec (RJQ). (2021). Une arrestation, que faire maintenant? <https://www.avocat.qc.ca/public/iicrim-accuse.htm>

Roigt D. et Boudreau D. (2016). *Droits des patients et dilemme éthique en contexte clinique* [Présentation Power Point] Repéré à : [https://www.aqiism.org/wp-content/uploads/2016/10/Droits-des-patients-et-dilemme-e´thique-en-contexte.pdf](https://www.aqiism.org/wp-content/uploads/2016/10/Droits-des-patients-et-dilemme-e%27thique-en-contexte.pdf)

Services Québec. (2021). Thésaurus de l'activité gouvernementale. <http://www.thesaurus.gouv.qc.ca/tag/terme.do?id=7316>

Soole, R., Kolves, K. et De Leo, D. (2015). Suicide in children: a systematic review. *Arch Suicide Res* 2015, 19, 285-304.

St-Onge, M. (2018). *Les suicides par intoxication chez les jeunes*. Repéré à : <https://www.inspq.qc.ca/en/node/6954>

Tellier, G., Boivin, J. et St-André, M. (2016). Évaluation pédopsychiatrique. Dans Lalonde, P. et Pinard, G.F. (4e éd., volume 2), *Psychiatrie clinique : approche biopsychosociale* (4e éd., p1214-1228). Montréal: Chenelière éducation.

Tremblay, J. et Blanchette-Martin, N., (2006), Manuel d'utilisation du DÉBA-Alcool/Drogue/Jeu, Québec, Service de recherche CRUV/CRAT-CA en collaboration avec le Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances.

Vézina, J., Cappeliez, P., Landreville, P. (2013). Chapitre 12 : Les comportements suicidaires. Dans *Psychologie gérontologique*, (3e édition). Gaëtan Morin éditeur.

Voyer, P. (2011). L'examen clinique de l'aîné – Guide d'évaluation et de la surveillance clinique, ERPI

Annexe - Formulaire

<p>Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de- l'Île-de-Montréal Québec</p> <p>Date : _____</p> <div style="border: 2px solid green; padding: 5px; text-align: center; margin: 10px 0;"> <p>*EST40246*</p> <p>EST40246</p> </div>	<p>N° Dossier : _____ Date de naissance : _____ Sexe : _____</p> <p>Nom, Prénom : _____</p> <p>Nom de la mère : _____</p> <p>Adresse : _____</p> <p>Téléphone : _____</p> <p>NAM : _____ Expiration : _____</p>
ÉVALUATION INITIALE EN SOINS INFIRMIERS (SANTÉ MENTALE)	
SOURCES CONSULTÉES	
<input type="checkbox"/> Personne <input type="checkbox"/> Famille/Proches <input type="checkbox"/> Intervenants <input type="checkbox"/> Dossier <input type="checkbox"/> Autre : _____ Date et heure de l'entrevue : _____ Présents à l'entrevue : _____ _____ _____	
IDENTIFICATION <input type="checkbox"/> Double identification faite	
Âge : _____ Sexe attribué à la naissance : _____ si différent : _____ État civil : _____ Langues parlées : _____ Situation d'hébergement : _____ Occupation : _____ Animaux de compagnie : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Personnes à charge : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Situation judiciaire : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Régime de protection Précisions : _____ <input type="checkbox"/> TAQ N° : _____ ; _____ Précisions : _____ <input type="checkbox"/> Autorisation judiciaire de soins _____ Précisions : _____ <input type="checkbox"/> Mise sous garde _____ Précisions : _____ <input type="checkbox"/> Libération conditionnelle _____ Précisions : _____ <input type="checkbox"/> Probation _____ Précisions : _____ <input type="checkbox"/> Mandat d'arrestation _____ Précisions : _____ <input type="checkbox"/> Autres : _____ <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Inconnu, à vérifier 	

Nom de l'utilisateur :	N° dossier :
Médecin de famille : _____	Coordonnées : _____
Si non : <input type="checkbox"/> inscrit au GAMF, date : _____	
Pharmacie communautaire : _____	Coordonnées : _____
Pharmacie communautaire : _____	Coordonnées : _____
Intervenants en suivi actif et coordonnées : _____	

Personne(s) ressource(s) de l'entourage : _____	

Autorisation de communiquer : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non _____	
1. HISTOIRE DE SANTÉ	
CONTEXTE D'ÉVALUATION	
Motif de rencontre :	
Situation actuelle et symptomatologie rapportée :	
Attentes et besoins exprimés :	
ALLERGIES ET INTOLÉRANCES	
Médicaments/produits/aliments :	
Réactions antérieures :	
MÉDICATION	
(Voir liste au dossier de l'utilisateur)	
Particularités :	
Injectables à longue action :	
ANTÉCÉDENTS	
Psychiatriques :	
Médico-chirurgicaux :	
Familiaux :	
Judiciaires :	
2. ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE ET HABITUDES DE VIE	
Formulaire de niveaux de soins et RCR complété le :	
Signes vitaux : T.A. : Pa : FR : SpO2 : T :	
Paramètres métaboliques : Glycémie : Poids : Taille : IMC : Tour de taille :	
Variation du poids :	
Diète particulière :	
Résultats de laboratoires et examens cliniques :	

Signature : Date : _____

Nom de l'utilisateur :	N° dossier :
<p>PROBLÈME DE SANTÉ PHYSIQUE ACTUEL Malaise dominant : Anamnèse : Examen physique (et autres tests) :</p> <p>HABITUDES DE VIE Habitudes de vie : Autonomie fonctionnelle. Conduites addictives.</p> <p>3. EXAMEN DE L'ÉTAT MENTAL</p> <p>4. DIMENSIONS PSYCHOSOCIALES Dynamiques relationnelles et environnement : Facteurs de stress, stratégies adaptatives et événements significatifs : Histoire personnelle et familiale : Objectifs et projets de vie :</p> <p>5. DÉPISTAGE DES RISQUES Risque suicidaire : Risque d'homicide/hétéro-agressif : Autres risques :</p> <p>6. DONNÉES PROVENANT D'ÉCHELLES ET GRILLES</p> <p>7. ANALYSE</p> <p>8. ORIENTATION ET INTERVENTIONS</p>	

Signature: Date: _____

Nom de l'utilisateur :				N° dossier :	
Profil de conduites addictives :					
Substance / Conduite	Fréquence / Quantité / Voie d'administration	Contexte	Fonction(s)	Problèmes associés	Stade de changement

(Révisé : 2021-11-17)

ÉVALUATION INITIALE EN SOINS INFIRMIERS (SANTÉ MENTALE)

