

Plans de soins types et chemins cliniques

20 situations cliniques prévalentes

Thérèse Psiuk, Monique Gouby

MATERNITÉ

CHIRURGIE

MÉDECINE

PÉDIATRIE

RÉHABILITATION

SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION

UNITÉ DE SURVEILLANCE CONTINUE

SANTÉ MENTALE

ENDOSCOPIES



17 Prise en charge des patients présentant une symptomatologie dépressive

Centre hospitalier d'Arras, Pôle santé mentale

Ce travail a été réalisé dans le but d'uniformiser et d'optimiser les pratiques soignantes concernant la symptomatologie dépressive, au sein du pôle Santé mentale du Centre hospitalier d'Arras (CHA).

CHOIX DU SUJET

- Pathologie prévalente au sein des services arrageois.
- Volonté des équipes d'améliorer ses pratiques professionnelles.
- Uniformisation et optimisation des pratiques.
- Réponse aux recommandations de la HAS dans le cadre de la certification.
- Formalisation du soin.
- Multiréférence pour les nouveaux arrivants et les étudiants.

DÉFINITION

La dépression se manifeste par une perturbation négative de l'humeur, humeur dépressive ou tristesse pathologique, qui, par son intensité et par sa durée, va retentir sur la vie affective, sur la vie intellectuelle et sur la vie somatique du sujet.

On peut retrouver dans les facteurs de risque :

- une perte dans le domaine psychologique, de la santé ou social ;
- une pathologie associée : psychiatrique ou organique ;
- une non-observance thérapeutique ;
- des antécédents familiaux, professionnels, culturels, affectifs ;
- un contexte posttraumatique.

LEXIQUE

Anhédonie : est un symptôme médical retrouvé dans certaines pathologies psychiatriques et parfois chez le sujet exempt de trouble. Il caractérise l'incapacité d'un sujet à ressentir des émotions positives lors de situations de vie pourtant considérées antérieurement comme plaisantes. Cette incapacité est fréquemment associée à un sentiment de désintérêt diffus. L'anhédonie, perte de la capacité à ressentir des émotions positives, est fréquemment observée au cours de la dépression et de la schizophrénie.

Asthénie, de *sthènie* (force, vigueur) et du privatif *a-* : affaiblissement de l'organisme, fatigue physique. Par extension, elle peut concerner l'état psychique, la libido ou l'intellect. L'asthénie est un symptôme et un motif de consultation médical très fréquent : en médecine générale, 50 % des patients se plaignent d'asthénie. L'enjeu de la consultation est de faire la différence entre une fatigue généralisée, bien souvent réactionnelle à un stress chronique, physique et/ou psychique (que l'on peut rapprocher de la lassitude, mais parfois secondaire à une maladie générale), et un véritable signal d'alarme d'un processus physiopathologique spécifique.

Apragmatisme : tendance à l'inertie dans les conduites sociales avec désintérêt pour les activités habituelles, négligences corporelles, clinophilie.

Bradypsychie : est le symptôme opposé à la tachypsychie, le ralentissement du cours de la pensée présent dans les manifestations du pôle dépressif. Il s'associe à une certaine asthénie générale et psychomotrice.

Clinophilie : tendance chez un sujet à rester alité, et cela pendant des heures durant.

Mélancolie : est une affection mentale caractérisée par un état dépressif, un sentiment d'incapacité, une absence de goût de vivre pouvant, dans les cas les plus graves, conduire au suicide.

Dyspepsie : difficulté à digérer.

CLINIQUE DU SYNDROME DÉPRESSIF

La personne doit présenter au moins 5 des 9 symptômes suivants pour une durée d'au moins 15 jours, la plupart du temps, entraînant un changement dans le mode de fonctionnement habituel, dont au moins un des deux premiers.

- Humeur triste : humeur dépressive observée pratiquement toute la journée, décrite comme plus intense que la douleur d'un deuil. La personne est sans joie et opprimée, parfois elle est incapable de percevoir tout sentiment. En général, l'humeur est au pire le matin.
- Anhédonie : perte marquée des centres d'intérêts habituels et des plaisirs qui leur sont liés. Les habitudes se modifient, les passe-temps sont délaissés. Tout semble monotone et vide, y compris les activités habituellement gratifiantes.
- Modification involontaire du poids avec éventuellement modification récente de l'appétit. Prise ou perte de 5 % ou plus du poids habituel en 1 mois.
- Insomnie ou hypersomnie pratiquement quotidienne.
- Trouble de la concentration ou du processus de décision.

- Agitation ou bradypsychie rapportée par l'entourage.
- Asthénie avec perte d'énergie, sensation de fatigue.
- Sentiment de culpabilité hypertrophié souvent injustifié et lié à l'autodépréciation.
- Idées noires, idées suicidaires actives avec ou sans plan spécifique ou finalement tentative de suicide.
- (Source DSM IV.)

REMERCIEMENTS

Ont participé à la rédaction, à la relecture ou à la validation :

S. Caudron, cadre de santé

I. Cirut, infirmière

D. Goral, infirmier

G. Guerlain, cadre supérieur de santé

G. Hourriez, infirmière

B. Narcix, psychiatre

C. Nourtier, cadre de santé

M. Ratel, infirmier

L. Soubelet, psychiatre

PHOTOGRAPHIE DES TROIS DOMAINES CLINIQUES

Pathologies, déficiences, ou situation de dépendance : signes et symptômes

- ▶ Humeur triste
- ▶ Anhédonie
- ▶ Modification involontaire du poids
- ▶ Insomnie ou hypersomnie
- ▶ Trouble de la concentration ou du processus de décision
- ▶ Agitation
- ▶ Bradypsychie (rapportée par l'entourage)
- ▶ Asthénie avec perte d'énergie, sensation de fatigue
- ▶ Sentiment de culpabilité hypertrophié
- ▶ Idées noires, idées suicidaires
- ▶ Perturbation du concept de soi
- ▶ Préoccupations somatiques

Complications liées à la pathologie et aux effets secondaires de traitement

- ▶ Risque majeur de passage à l'acte autoagressif, par levée des inhibitions
- ▶ Passage à l'acte autoagressif, par levée des inhibitions
- ▶ Risque d'installation dans la chronicité pouvant aller jusqu'à la mélancolie
- ▶ Installation dans la chronicité pouvant aller jusqu'à la mélancolie
- ▶ Risque de sédation excessive avec diminution de la vigilance, pouvant aller jusqu'à la toxicité ou au surdosage
- ▶ Sédation excessive avec diminution de la vigilance, pouvant aller jusqu'à la toxicité ou au surdosage
- ▶ Risque de dépendance psychique et/ou physique (alcool, tabac, médicaments, hospitalisation...)
- ▶ Dépendance psychique et/ou physique (alcool, tabac, médicaments, hospitalisation...)

Réactions humaines physiques et psychologiques

- ▶ Perturbation de la dynamique familiale
- ▶ Perturbation des interactions sociales et/ou professionnelles
- ▶ Non-adhésion à la prise en soins

PLAN DE SOINS TYPE

Problèmes de santé et capacités	Données	Interventions sur prescription médicale	Interventions sur décision infirmière ou autres paramédicaux	Résultats attendus	Argumentation théorique et fondements scientifiques
Humeur triste	<ul style="list-style-type: none"> • Pleurs • Propos morbides • Dévalorisation • Idées négatives • Ruminations • Désespoir • Chagrin • Colère • Pas de perception de sentiment 	<ul style="list-style-type: none"> • Prescription de traitement thérapeutique • Prescription de suivi ambulatoire infirmier 	<ul style="list-style-type: none"> • Entretien de recueil de données • Écoute active • Entretien de clarification • Reformulation • Évaluation clinique • Évaluation du risque suicidaire • Évaluation de l'observance et de l'efficacité du traitement • Entretien de soutien thérapeutique • Entretien de relation d'aide 	<ul style="list-style-type: none"> • Sentiment de soulagement et d'être compris après l'entretien • Efficacité du traitement entre 1 et 6 mois • Absence des données de l'humeur triste • Verbalisation de projets quotidiens et à long terme, application des projets, vision optimiste de l'avenir, reprise des contacts et des liens sociofamiliaux 	<ul style="list-style-type: none"> • Cf. Protocole sur le risque suicidaire (CHA) • Cf. Formation « Approche relationnelle » (Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier), formateur Maurice Liegeois • Cf. Protocole « Prise en charge de la douleur morale » (CHA)
Anhédonie	<ul style="list-style-type: none"> • Apragmatisme, repli sur soi, isolement, clinophilie, refus des activités, perte de l'élan vital, sentiment d'incurabilité, sentiment d'inutilité, asthénie, tenue vestimentaire négligée ou inappropriée • Perte marquée des centres d'intérêts habituels et des plaisirs qui leur sont liés • Les habitudes se modifient, les passe-temps sont délaissés • Tout semble monotone et vide y compris les activités habituellement gratifiantes 	<ul style="list-style-type: none"> • Prescription d'ergothérapie en hospitalisation complète ou en hospitalisation de jour ou en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) 	<ul style="list-style-type: none"> • Entretien de négociation à visée stimulante • Évaluation des ressources de la personne • Réactivation des motivations • Mise en adéquation de l'activité avec le potentiel de la personne • Valorisation des efforts 	<ul style="list-style-type: none"> • Efficacité du traitement entre 1 et 6 mois • Absence des données de l'anhédonie • Reprise des activités avec goût et assiduité • Verbalisation des projets, de perspective de reprise de travail, de vie familiale 	

Problèmes de santé et capacités	Données	Interventions sur prescription médicale	Interventions sur décision infirmière ou autres paramédicaux	Résultats attendus	Argumentation théorique et fondements scientifiques
Modification involontaire du poids	<ul style="list-style-type: none"> • Prise ou perte de poids • Prise ou perte de 5 % ou plus du poids habituel en 1 mois 	<ul style="list-style-type: none"> • Prescription diététicien, nutritionniste 	<ul style="list-style-type: none"> • Pesée, suivi avec courbe de poids et IMC • Éducation infirmière alimentaire • Accompagnement possible consultation diététicienne, éducation alimentaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Efficacité du traitement entre 1 et 6 mois • Stabilité du poids, rapport IMC amélioré • Maintien d'une meilleure hygiène de vie alimentaire 	
Insomnie ou hypersomnie	<ul style="list-style-type: none"> • Insomnie totale ou partielle, sommeil perturbé • Endormissements difficiles, liés à l'anxiété et aux ruminations anxieuses • Réveils difficiles liés à la perte de sens, à l'anhédonie • Raccourcissement de la durée du sommeil lié au début de l'hypomanie (symptôme de l'épisode maniaque du trouble bipolaire) et à l'anxiété • Hypersomnie liée au traitement • Impression de ne pas être reposé • Perturbation du rythme nyctéméral 	<ul style="list-style-type: none"> • Prescription sophrologie 	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation de l'observance thérapeutique et du respect des doses • Activités relaxantes avant le coucher et activités « dynamisantes » diurnes • Éducation sur l'hygiène de vie et le respect du rythme nyctéméral • Écoute active et aide à la verbalisation • Rappel de l'intérêt de la prescription médicale et du suivi sophrologique 	<ul style="list-style-type: none"> • Efficacité du somnifère • Reprise du rythme nyctéméral correct • N'exprime plus de plainte liée aux troubles du sommeil 	<ul style="list-style-type: none"> • Cf. Formation « Thérapies brèves », formateur Yves Doutréluigne • La sonnette d'alarme pour évaluer le risque de passer du côté hypomane est le réveil précoce avec une durée de sommeil inférieure à 6 heures • Site Internet : www.laconferencehippocrate.com
Trouble de la concentration et du processus de décision	<ul style="list-style-type: none"> • Nervosité, hésitation • Fuite des idées, obnubilation, imperméabilité au discours de l'autre • Conflit décisionnel, absence d'affirmation de soi, manque de confiance en soi 	<ul style="list-style-type: none"> • Prescription d'un suivi psychologique 	<ul style="list-style-type: none"> • Soutien psychologique • Entretien de clarification, de réassurance dans ses choix • Écoute active aide à la verbalisation • Soutien psychologique • Aide à la prise décision • Thérapies brèves 	<ul style="list-style-type: none"> • Arrive à se concentrer sur une activité, sur une durée plus intense • Prend des initiatives • Envisage de reprendre une activité • Prend de l'assurance dans les choix et dans les actes • Envisage une sortie d'hospitalisation 	

Problèmes de santé et capacités	Données	Interventions sur prescription médicale	Interventions sur décision infirmière ou autres paramédicaux	Résultats attendus	Argumentation théorique et fondements scientifiques
Agitation	<ul style="list-style-type: none"> • Agitation psychomotrice • Virulence verbale • Agressivité physique • Passage à l'acte auto ou hétéroagressif • Scarification • Mutilation • Déambulation • Souffrance psychique 	<ul style="list-style-type: none"> • Prescription de sédatif PO ou intramusculaire, avec ou sans prescription de mise en chambre d'isolement, selon le cas • Évaluation du risque suicidaire • Hospitalisation selon modalité spécifique 	<ul style="list-style-type: none"> • En hospitalisation, sécuriser l'environnement proche du patient • Intervention psychologique et physique si nécessaire • Écoute, empathie, reconnaissance de la souffrance, dédramatisation, créer une atmosphère sécurisante, propice à l'expression de la souffrance, aide à la verbalisation • Évaluation du risque suicidaire • Surveillance de la mise en isolement • Réalisation intramusculaire avec surveillance de l'efficacité du traitement et des effets secondaires potentiels • En suivi ambulatoire infirmier et suivi CMP : appel au médecin et/ou secours pour orientation, organisation pour conduite à tenir, hospitalisation • Si possible, entretien de négociation en collaboration familiale et médicale, pour gestion d'hospitalisation selon les modalités possibles 	<ul style="list-style-type: none"> • Retour au calme • Verbalisation • Explication de son geste • Relativise et critique • Accepte l'aide extérieure • Rassuré • Meilleure gestion des fluctuations thymiques • Stratégie d'adaptation individuelle améliorée • Dialogue restauré 	<ul style="list-style-type: none"> • Cf. Protocole « Mise en chambre d'isolement » (CHA) • Cf. Formation « Gestion de la violence » (CHA)
Bradypsychie	<ul style="list-style-type: none"> • Passivité • Clinophilie • Perte d'initiative • Lenteur d'idéation • Lenteur et pauvreté du discours 	<ul style="list-style-type: none"> • Prescription d'ateliers thérapeutiques 	<ul style="list-style-type: none"> • Stimulations • Entretien de thérapie brève 	<ul style="list-style-type: none"> • Accepte l'aide extérieure • Rassuré • Meilleure gestion des fluctuations thymiques 	<ul style="list-style-type: none"> • Cf. Formation « Thérapies brèves » • Cf. Formation « APIC : Approche Préventive et Intervention Contrôlée »

Problèmes de santé et capacités	Données	Interventions sur prescription médicale	Interventions sur décision infirmière ou autres paramédicaux	Résultats attendus	Argumentation théorique et fondements scientifiques
Bradypsychie				<ul style="list-style-type: none"> Stratégie d'adaptation individuelle améliorée Dialogue restauré 	
Asthénie avec perte d'énergie	<ul style="list-style-type: none"> Adynamie matinale Aboulie Fatigue sans rapport avec l'effort physique Abattement général 	<ul style="list-style-type: none"> Prescription d'ergothérapie 	<ul style="list-style-type: none"> Ergothérapie en Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTTP) ou en hospitalisation de jour 	<ul style="list-style-type: none"> Reprise des actes de la vie quotidienne (lever, toilette, repas, entretien de ses effets) Adhésion au traitement et observance thérapeutique correcte Respect des activités planifiées et prise d'initiative Reprise du rythme nyctéméral Sentiment de plaisir retrouvé Demande de sortie d'hospitalisation 	<ul style="list-style-type: none"> « <i>La fatigue cède au repos à l'inverse de l'asthénie</i> » (www.pharmclin.uhp-nancy.fr) L'asthénie psychique traduit le plus souvent un état névrotique ou dépressif : désintérêt ou manque d'énergie pour effectuer les actes de la vie courante. Elle nécessite une consultation médicale (www.laconferencehippocrate.com)
Sentiment de culpabilité majoré	<ul style="list-style-type: none"> Perturbation des interactions familiales Rumination des erreurs passées S'impute des échecs Propos pessimistes Autoaccusation excessive Dévalorisation Négativisme Sentiment d'impuissance Recherche de confirmation de son incompétence Doute 	<ul style="list-style-type: none"> Prescription d'ateliers de médiation thérapeutique Musicothérapie Prescription de suivi CMP et/ou suivi infirmier ambulatoire 	<ul style="list-style-type: none"> Entretien de soutien Valorisation Entretien orienté vers les solutions Déculpabilisation Travail sur la dynamique familiale Clarification du rôle, place et fonction 	<ul style="list-style-type: none"> Prend conscience du rôle, de sa place et de sa fonction au sein de sa famille Comprend les dysfonctionnements de la dynamique familiale Diminution du sentiment de culpabilité Relativise avec sentiment nouveau de responsabilités partagées Sentiment d'apaisement Modification de ses croyances personnelles 	<ul style="list-style-type: none"> Culpabilité : État plus ou moins angoissé et morbide d'une personne qui se sent coupable de quelque chose ; comportement qui en découle et que caractérisent principalement des réactions d'agressivité projetée chez autrui ou dirigée contre soi-même dans l'autopunition, l'autoaccusation et l'autodestruction (www.cnrtl.fr)

Problèmes de santé et capacités	Données	Interventions sur prescription médicale	Interventions sur décision infirmière ou autres paramédicaux	Résultats attendus	Argumentation théorique et fondements scientifiques
Idées noires, idées suicidaires	<ul style="list-style-type: none"> • Ruminant et verbalisation des propos de mort • Expression de volonté de mettre fin à ses jours • Tentative avortée de suicide • Interrogation sur l'intérêt de vie • Impulsion destructrice • Perte de contrôle émotionnel • Mutisme • L'ultime issue est la mort 	<ul style="list-style-type: none"> • Protocole de mise en chambre d'isolement • Si possible entretien de négociation en collaboration familiale et médicale, pour gestion d'hospitalisation selon modalités possibles 	<ul style="list-style-type: none"> • Observance du traitement • Évaluation du risque suicidaire • Surveillance, sécurisation de la personne et de son entourage • Aider à la verbalisation, désamorcer la crise • Pour le suivi ambulatoire infirmier et suivi CMP : appel au médecin et/ou secours pour orientation, organisation pour conduite à tenir, hospitalisation 	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de passage à l'acte • Ouverture de la réflexion vers d'autres solutions • Écoute perméable • Autocritique satisfaisante • Contrat de confiance établi pour la verbalisation • Prise de décision constructive avec ou sans soutien psychologique • Apaisement • Optimisme et projection constructive • Sourire 	
Perturbation de l'estime de soi	<ul style="list-style-type: none"> • Propos dévalorisants envers soi • Sentiment d'inutilité, d'incurabilité • Perte des valeurs et des croyances • Recherche du sens de la vie • Refus de se regarder dans un miroir • Abus de drogue, d'alcool • Refus d'engagement dans des responsabilités 	<ul style="list-style-type: none"> • Prescription de thérapie de médiation corporelle • Relaxation • Sophrologie 	<ul style="list-style-type: none"> • Entretien de clarification, d'évaluation et de soutien psychologique • Établissement d'une relation de confiance • Aide à l'acceptation d'être soigné • Aide à l'exploration des ressources et des forces, à verbaliser ses attentes, à mener ses activités • Thérapies brèves 	<ul style="list-style-type: none"> • Meilleure objectivité vis-à-vis du présent, du passé et du futur • Modification de ses croyances personnelles avec réajustement de ses valeurs et de ses conduites 	
Préoccupation somatique	<ul style="list-style-type: none"> • Dyspepsie • Sensation vertigineuse • Affection médicale générale • Troubles végétatifs • Préoccupation permanente de la santé du corps 	<ul style="list-style-type: none"> • Prescription d'un suivi spécifique médical et/ou infirmier 	<ul style="list-style-type: none"> • Surveillance des effets secondaires, des paramètres vitaux • Écoute et reconnaissance de la préoccupation somatique • Information à visée anxiolytique 	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration, stabilisation ou rémission de la symptomatologie somatique • État d'esprit plus ouvert à la communication verbale 	<ul style="list-style-type: none"> • À différencier de la personnalité hypochondriaque et de la conversion hystérique

Problèmes de santé et capacités	Données	Interventions sur prescription médicale	Interventions sur décision infirmière ou autres paramédicaux	Résultats attendus	Argumentation théorique et fondements scientifiques
Préoccupation somatique	<ul style="list-style-type: none"> • Douleurs dorsales, Précordiales • Céphalées • Douleurs cervicales, des membres 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientation sur le médecin traitant pour complément de soins ou d'examen spécifiques • Prescription de thérapie de médiation corporelle 		<ul style="list-style-type: none"> • Capacité à s'autoriser d'autres orientations vers des solutions thérapeutiques 	
Risque majeur de passage à l'acte autoagressif, autolytique ou altruiste	<ul style="list-style-type: none"> • Lié à : <ul style="list-style-type: none"> – majoration de l'angoisse liée à la pathologie – levée des inhibitions sur l'inobservance thérapeutique – traitement inadapté – absence d'anxiolytique avec un antidépresseur – arrêt brutal de traitement – survenue d'un événement de vie négatif 	<ul style="list-style-type: none"> • Consultation médicale et traitement si besoin et/ou possibilité d'hospitalisation • En hospitalisation : mise en chambre d'isolement si besoin 	<ul style="list-style-type: none"> • Faire verbaliser • Entretien infirmier • Observation des manifestations anxieuses • Échelle d'évaluation du risque suicidaire • Éducation sur l'observance thérapeutique • Surveillance de la prise de traitement • Surveillance intensive du patient 	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de passage à l'acte • Diminution de l'angoisse • Verbalisation productive avec autocritique • Diminution du score d'évaluation du risque suicidaire 	
Passage à l'acte autoagressif, autolytique ou altruiste	<ul style="list-style-type: none"> • Tentative d'autolyse : pendaison, intoxication médicamenteuse massive, ingestion de corps étrangers, scarifications, phlébotomie 	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptation de la prise en charge en fonction des données • Orientation vers un psychologue 	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptation de l'environnement avec sécurisation des personnes et mise à distance des objets dangereux 	<ul style="list-style-type: none"> • Libération des tensions, des pleurs • Ouverture aux dialogues et confessions 	<ul style="list-style-type: none"> • Dans l'instauration du traitement antidépresseur, vers le 14^e jour, ressenti possible d'une levée d'inhibition entraînant un passage à l'acte autoagressif, autolytique ou altruiste (M. Godfryd. <i>Les maladies mentales de l'adulte</i>. Paris : PUF, 2011)

Problèmes de santé et capacités	Données	Interventions sur prescription médicale	Interventions sur décision infirmière ou autres paramédicaux	Résultats attendus	Argumentation théorique et fondements scientifiques
Risque d'installation dans la chronicité pouvant aller jusqu'à la mélancolie	<ul style="list-style-type: none"> • Lié : <ul style="list-style-type: none"> – à l'inefficacité ou l'absence de traitement, – au rejet ou l'incapacité à la mise en place d'une relation de soutien (familial, professionnel, social, thérapeutique) – à la non-observance du programme thérapeutique et/ou du traitement prescrit 	<ul style="list-style-type: none"> • Réajustement thérapeutique et/ou possibilité d'hospitalisation • Thérapies brèves • Travail en partenariat avec famille, auxiliaire de vie, IDE 	<ul style="list-style-type: none"> • Interpeller le médecin, observation clinique, évaluation • Travail en partenariat avec famille, auxiliaire de vie, IDE • Mise en place d'aides et prestations de services à domicile • Prise en charge de la douleur morale 	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration thymique • Acceptation de la relation de soutien et de l'étagage thérapeutique multiprofessionnel • Adhésion aux hospitalisations séquentielles 	<ul style="list-style-type: none"> • La mélancolie est un trouble de l'humeur caractérisé par un état dépressif, un sentiment d'incapacité, une absence de goût de vivre pouvant, dans les cas les plus graves, conduire au suicide. Toutefois cette définition est contestée car elle serait un avatar de la modernité. • Cf. Protocole « Prise en charge de la douleur morale » (CHA)
Installation dans la chronicité pouvant aller jusqu'à la mélancolie	<ul style="list-style-type: none"> • Mélancolie • Apathie • Apragmatisme • Aboulie • Clinophilie 	<ul style="list-style-type: none"> • Suivi CMP et suivi infirmier en visite à domicile • Prescription d'hospitalisations séquentielles • Travail en partenariat avec famille, auxiliaire de vie, IDE • Sismothérapie éventuelle 	<ul style="list-style-type: none"> • Observation clinique • Évaluation • Stimulation et valorisation des efforts • Thérapies brèves 		
Risque de sédation excessive avec diminution de la vigilance, pouvant aller jusqu'à la toxicité ou au surdosage	<ul style="list-style-type: none"> • Lié à : <ul style="list-style-type: none"> – traitement inadapté ou surconsommation – intolérance à la molécule, – mauvaise compréhension de l'observance thérapeutique 	<ul style="list-style-type: none"> • Prescription de bilans sanguins • Réajustement thérapeutique 	<ul style="list-style-type: none"> • Interpeller le médecin • Surveillance de la conscience, des paramètres vitaux • Observation clinique des effets secondaires • Si besoin : appel au SAMU ou transfert aux urgences avec pose d'une voie veineuse 	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration de la vigilance • Absence de toxicité et de surdosage • Correction de la sédation • Conscience bonne • Paramètres vitaux corrects et stables 	

Problèmes de santé et capacités	Données	Interventions sur prescription médicale	Interventions sur décision infirmière ou autres paramédicaux	Résultats attendus	Argumentation théorique et fondements scientifiques
Sédation excessive avec diminution de la vigilance, pouvant aller jusqu'à la toxicité ou au surdosage	<ul style="list-style-type: none"> Baisse de la vigilance Vertiges Difficultés d'élocution Altération de l'état de conscience avec perturbation des paramètres vitaux 	<ul style="list-style-type: none"> Pose de voie veineuse Orientation sur les urgences 		<ul style="list-style-type: none"> Retour des urgences Conscience : retour à la normale 	
Risque de dépendance psychique et/ou physique	<ul style="list-style-type: none"> Lié à : <ul style="list-style-type: none"> la prise en charge hospitalière rassurante l'arrêt brutal du traitement anxiolytique ou surconsommation la surconsommation d'alcool, de tabac 	<ul style="list-style-type: none"> Entretien de thérapies brèves Aménagement des alternatives à l'hospitalisation 	<ul style="list-style-type: none"> Éducation à la demande d'aide et de soutien Information sur les signes précurseurs Travail de collaboration avec l'entourage proche Valorisation systématique des acquis et des efforts Évaluation de l'autonomie 	<ul style="list-style-type: none"> Bonne observance du programme thérapeutique Potentiel de croissance de l'autonomie Étayage sociofamilial efficace 	
Dépendance psychique et/ou physique	<ul style="list-style-type: none"> Irritabilité Accoutumance Modification du mode de vie, de comportement et de relation à autrui 	<ul style="list-style-type: none"> Travail en collaboration avec les services d'addictologies si besoin, CHSCT... Sevrage Thérapies brèves Aménagement des alternatives à l'hospitalisation et/ou au suivi ambulatoire infirmier 	<ul style="list-style-type: none"> Thérapies brèves Stimulation et valorisation durant le sevrage Suivi infirmier 	<ul style="list-style-type: none"> Autocritique satisfaisante Absence de déni de la dépendance Abstinence (alcool, tabac...) Adhésion aux soins 	

Problèmes de santé et capacités	Données	Interventions sur prescription médicale	Interventions sur décision infirmière ou autres paramédicaux	Résultats attendus	Argumentation théorique et fondements scientifiques
Perturbation de la dynamique familiale	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalisation • Passage à l'acte • Remise en question • Syndrome dépressif • Méconnaissance de la maladie • Préjugés • Peur • Absence de modèle • Incapacité à exercer son rôle parental • Altération de la relation conjugale • Désintérêt sexuel 	<ul style="list-style-type: none"> • Suivi spécifique avec psychologue, psychiatre, assistante sociale infirmière libérale, médecin traitant, puéricultrices, PMI, juges des tutelles, enseignants... 	<ul style="list-style-type: none"> • Entretien de clarification de la dynamique familiale avec éducation et informations sur la pathologie, si besoin • Valorisation des fonctions aidantes des personnes clés • Thérapies brèves 	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration de la dynamique familiale • Identification des personnes clés • Soutien familial efficace • Réajustement des places et rôles de chacun 	
Perturbation des interactions sociales et/ou professionnelles	<ul style="list-style-type: none"> • Arrêt de travail • Perte de travail lié à la maladie • Repli sur soi • Désintérêt verbalisé 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientation vers un(e) assistant(e) du service social en vue d'un emploi adapté 	<ul style="list-style-type: none"> • Accompagnements spécifiques aux activités et aux actes de la vie quotidienne 	<ul style="list-style-type: none"> • Reprise progressive de socialisation • Reprise des activités, des loisirs 	
Non-adhésion à la prise en soins	<ul style="list-style-type: none"> • Refus de diagnostic, de la réalité, de l'hospitalisation proposée • Rejet de la psychiatrie • Incompréhension de l'intérêt du soin, du traitement, de la visite et de l'hospitalisation • Décompensation en cours 	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalisation possible après consensus médical selon les différents modes possibles 	<ul style="list-style-type: none"> • Information sur les risques/bénéfices du programme thérapeutique et de l'observance thérapeutique pour sa famille • Vigilance de l'observance du programme thérapeutique 		

CHEMIN CLINIQUE

	Extrahospitalier	Psychiatre de liaison	Intrahospitalier
Action en réseau	Entretiens infirmiers : recueil de données et d'évaluation situationnelle et clinique		
	<i>Sur décision infirmière</i> Appel au médecin traitant ou psychiatre pour orientation et conduite à tenir Travail de négociation et d'information avec la famille et/ou le tuteur	<i>Sur décision infirmière</i> Appel au psychiatre de liaison	<i>Sur décision infirmière</i> Selon le degré d'urgence, mise en sécurité et appel au psychiatre
	<i>Organisation en collaboration</i> Appel aux infirmiers CMP et/ou psychiatre de liaison pour prise en charge et accompagnement	<i>Organisation en collaboration</i> Appel aux infirmiers intrahospitaliers en cas d'hospitalisation Appel aux infirmiers CATT, hôpital de jour (HDJ), CMP pour information mutuelle si le patient est connu et déjà suivi	<i>Organisation en collaboration</i> Mise en route des actions infirmières sur prescription et rôle propre Appel aux infirmiers CATT, HDJ, CMP pour information mutuelle si le patient est connu et déjà suivi
Soins	Accompagnement et soutien pour le patient et son entourage, avec négociation pour début des soins, et du suivi ambulatoire selon avis médical	Surveillance clinique Entretien d'aide Préparation de la prise en charge	Application des protocoles Surveillance clinique Entretien d'aide Évaluation et mobilisation des ressources de l'entourage
Démarche de soins infirmiers	Fiche de transfert en fonction de la prise en charge		
	Diagramme d'évaluation du risque suicidaire		
	Transcription du suivi ambulatoire en transmissions ciblées	Tenue des feuilles de surveillance clinique spécifiques comme la mise en isolement selon l'évaluation d'un risque potentiel de passage à l'acte (tentative de suicide)	
Entourage	Connaissance des différentes offres de soins pour lui-même et le patient		

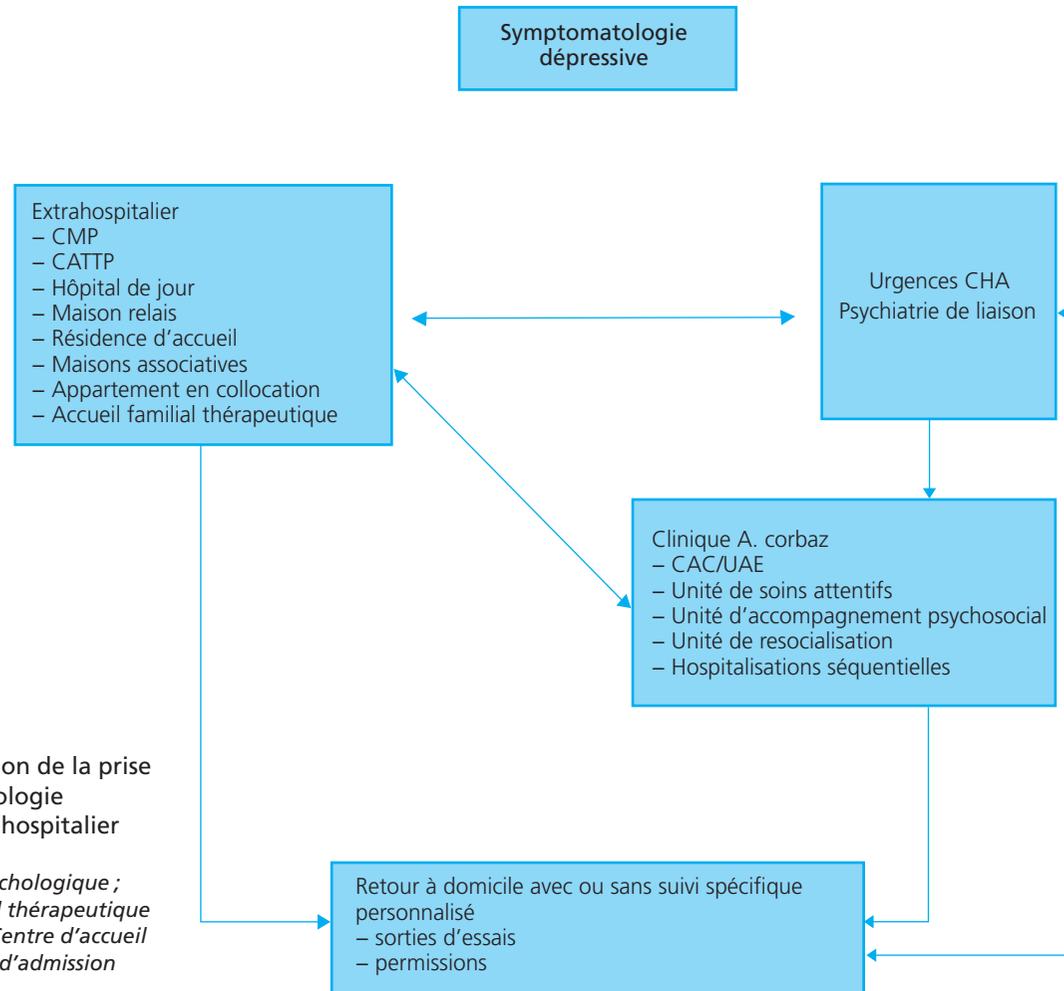


Figure 17.1. Orientation de la prise en charge de la pathologie dépressive au Centre hospitalier d'Arras (CHA)
 CMP : centre médicopsychologique ;
 CATTP : Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel ; CAC : Centre d'accueil et de crise ; UAE : unité d'admission et d'évaluation.