

# ORDONNANCE COLLECTIVE GMF

Code : **PSY-02-GMF**

Date d'émission :

Date de révision prévue :

Référence à un protocole  
de soins infirmiers

OUI  NON

**Objet : Amorcer les mesures diagnostiques lors du dépistage et de l'évaluation infirmière des symptômes dépressifs**

## **Professionnels habilités**

- Les infirmières travaillant au **GMF** qui possèdent la formation pertinente, les connaissances et les compétences nécessaires.

## **Secteur(s) d'activité(s) visé(s)**

- **GMF**

## **Clientèle, catégories de clientèles ou situation clinique visée**

- Clientèle adulte ( $\geq 18$  ans) inscrite au **GMF**.
- Client présentant des symptômes compatibles avec ceux d'une dépression.
- Client répondant aux critères de dépression selon le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM IV) (cf annexe 1).

## **Activités réservées**

- Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique ou non.
- Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques selon une ordonnance.
- Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier.

## **Indication**

- Suivi conjoint et ajustement de la médication chez la clientèle ciblée.

## **Conditions d'initiation**

- Dépistage de symptômes compatibles avec la dépression selon le DSM IV.

## **Intentions thérapeutiques**

- Instaurer un suivi interdisciplinaire de la clientèle avec dépression dans le but d'améliorer l'accessibilité, la coordination et la continuité des services au **GMF**.
- Standardiser les pratiques en lien avec le dépistage, le suivi et le traitement de la dépression.
- Atteindre et maintenir la rémission de la dépression et le retour à l'autonomie fonctionnelle le plus rapidement possible.

## **Limites / Référence au médecin**

- En tout temps, les clients qui présentent :
  - des idées suicidaires ou homicidaires (cf annexe 2),
  - des idéations de mort,
  - des éléments psychotiques ou
  - des éléments maniaques/hypomaniaques (cf annexe 3 : Questionnaire sur les troubles de l'humeur/Mood Disorder Questionnaire MDQ)

sont référés immédiatement au médecin traitant ou au médecin de garde du sans rendez-vous en son absence.

## **Directive / Références aux outils clinique**

- L'infirmière assure la coordination, les soins et les services à la clientèle référée souffrant de dépression.
- Achemine au médecin traitant les résultats des prises de sang suivantes (si prise de sang effectuée il y a plus d'un an) :
  - FSC
  - TSH
  - Créatinémie
  - ALT, AST, LD
- L'infirmière utilise le questionnaire sur la santé du patient-2 (Patient Health Questionnaire-2 ou PHQ-2) (cf annexe 4) pour dépister les patients qui présentent des symptômes dépressifs. Si une ou deux questions du PHQ-2 est (sont) positive(s), elle effectue le questionnaire sur la santé du patient-9 (Patient Health Questionnaire-9 ou PHQ-9) (cf annexe 5).
- L'infirmière assure le suivi du patient avec dépression en utilisant le questionnaire PHQ-9.
- L'infirmière respecte l'algorithme de dépistage (cf annexe 6).

## **Médecins répondants**

- Le médecin traitant ou du SRV est celui à qui l'infirmière doit référer si questionnement ou problème.

## **Sources**

- Lam R.W., Kennedy S.H., Grigoriadis S., et al, Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT), Clinical Guidelines for the Management of Major Depressive Disorder in Adults. J Affect Disord 2009;117(suppl 1): S1-64.
- JJ Mann, The Medical Management of Depression, N Engl J Med 2005; 353: 1819-34
- Ministère de la Santé et Services sociaux. Gouvernement du Québec, 2010. Prévention du suicide. Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux.
- Brennan, K. Article clinique : Le suicide. Infos-Soins. Le bulletin des soins infirmiers du CHUQ, 20 octobre 2010.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM IV American Psychiatric Association 1994
- Un merci à l'équipe du **GMF Clinique médicale Sainte-Foy** qui a développé l'ordonnance.

**PROCESSUS D'ÉLABORATION :**

**Rédigé par :**

Fabien Ferguson, conseiller en soins infirmiers      4 juillet 2014

**Personnes consultées :**

**Validé par :**

\_\_\_\_\_  
Mme Sylvie Bonneau (DSI)

\_\_\_\_\_  
Date

***Approbation***

**Approbation médicale pour l'ordonnance collective**

***PSY-02-GMF Amorcer les mesures diagnostiques lors du dépistage et de l'évaluation infirmière des symptômes dépressifs***

NOM, prénom	NO DE PERMIS	Signature	DATE	TÉLÉPHONE

**Épisode dépressif majeur**  
**Critères diagnostiques du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux**  
**(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM IV)**

- A) Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur. Au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.
- (1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (p.ex. se sent triste) ou observée par les autres (p.ex. pleure).
  - (2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
  - (3) Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p. ex. modification du poids corporel en un mois excédant 5%), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.
  - (4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
  - (5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours.
  - (6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
  - (7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours.
  - (8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
  - (9) Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.
- B) Les symptômes ne répondent pas aux critères d'Épisode mixte.
- C) Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- D) Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (p.ex. une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou à une affection médicale générale (p. ex. hypothyroïdie).
- E) Les symptômes ne sont pas expliqués par un deuil, c.à.d. après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de deux mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides, de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.

GRILLE D'ÉVALUATION DE L'URGENCE SUICIDAIRE		
L'IDÉE DU SUICIDE EST DE PLUS EN PLUS PRÉSENTE		
<p><b>1 Vulnérabilité</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La personne ne pense pas au suicide</li> <li>• Recherche active de solutions</li> </ul>	<p><b>2 « Flashes »</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vit une situation difficile</li> <li>• Recherche des solutions</li> <li>• A parfois des « flashes » suicidaires</li> <li>• Fonctionne malgré l'anxiété provoquée par les « flashes »</li> </ul>	<p><b>3 Idéations suicidaires</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pense au suicide de plus en plus souvent.</li> </ul>
LE PLAN ENVISAGÉ EST DE PLUS EN PLUS PRÉCIS.....DE LA RUMINATION À LA CRISTALLISATION		
<p><b>4 Le COQ (Comment, Où, Quand) Prend de + en + forme</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Certains éléments du plan ne sont pas fixés</li> <li>• Garde le contrôle</li> <li>• Grande ambivalence</li> <li>• Ouverture à d'autres solutions que le suicide</li> </ul>	<p><b>5 Le COQ dans plus de 48 heures</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tous les éléments du plan sont fixés et le Quand est dans plus de 48 heures</li> <li>• Contrôle faible</li> <li>• Décision de se suicider prime sur les autres solutions</li> <li>• Peut accepter de réévaluer sa décision</li> </ul>	
LE TEMPS EST DE PLUS EN PLUS COURT		
<p><b>6 Le COQ dans moins de 48 heures</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Moyens disponibles</li> <li>• Préparatifs en cours</li> </ul> <p>Seule solution possible</p>	<p><b>7 Le COQ immédiatement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Moyens disponibles</li> </ul>	<p><b>8 Tentative suicidaire</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tentative en cours</li> </ul>
Sources : Association québécoise de prévention du suicide (2011), Association québécoise de suicidologie (2005) et Centre de prévention du suicide de Québec (2010).		
Andrée Audy, Infirmière clinicienne par intérim, Psychiatrie, Hôpital de l'Enfant-Jésus		

## LES TROIS NIVEAUX D'URGENCE SUICIDAIRE

URGENCE FAIBLE 1-2-3	URGENCE MOYENNE 4-5	URGENCE ÉLEVÉE 6-7-8
La personne présente des facteurs de risque mais ne pense pas au suicide	La personne rumine l'idée du suicide depuis un certain temps	La personne est décidée, la planification est claire, la méthode choisie, des préparatifs ont été réalisés, le moyen est disponible
Désire parler et est à la recherche de communication	Tous les éléments de la planification ne sont pas déterminés	Ne remet pas en question sa décision de passer à l'acte
Cherche des solutions à des problèmes	Envisage le suicide et son intention est claire	Peut expliquer rationnellement son intention de se suicider
Les premières idées suicidaires sont envisagées avec angoisse	Considère encore le suicide comme une solution parmi d'autres	Est coupée de ses émotions ou au contraire, très émotive, agitée, troublée
Ne semble pas en crise ou très peu	A un équilibre émotionnel fragile	Est complètement immobilisée par la dépression ou au contraire, se trouve dans un état de grande agitation
Ne fait pas de menaces suicidaires	A besoin d'aide et exprime directement ou indirectement son désarroi	A peur de passer à l'acte, a peur de ce qu'elle pourrait faire
Est relativement calme	Est troublée émotionnellement	Peut ne pas vouloir d'aide
Pense au suicide mais n'a pas de scénario suicidaire	Est vulnérable et fragile	Douleur et expression de la souffrance omniprésentes ou complètement tues
Pense encore à des moyens pour faire face à la crise	Peut passer du calme à la crise très rapidement	Méthode choisie, préparatifs terminés et accès immédiat au moyen
Est psychologiquement souffrante mais dit que ça va, qu'elle a le contrôle et qu'elle appellera si ça ne va pas	Peut accepter de réévaluer sa décision de mourir si l'une ou l'autre circonstance était différente	A le sentiment d'avoir tout fait et tout essayé
Accepte notre aide	Vision devient en tunnel, c'est-à-dire un champ de conscience très limité	Est très isolée
A établi un lien de confiance avec un intervenant	La pensée devient dichotomique : vivre ou mourir	Dit qu'elle n'en peut plus
N'est pas anormalement euphorique (Attention aux rémissions spontanées)	Le moyen peut être accessible	Le geste est accompli
Semble vouloir attendre avant de passer à l'acte	Peut accepter d'attendre mais à la condition de recevoir de l'aide rapidement	Référence médicale immédiate
<p><i>Sources : Régie régionale de la santé et des services sociaux, <u>Bien s'équiper pour faire face au suicide</u>, 2003.</i>  <i>Association québécoise de suicidologie, <u>Intervenir en situation de crise suicidaire</u>, 2001.</i>  <i>Fédération française de psychiatrie, <u>La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge</u>, 2000.</i>  <i>Andrée Audy, <u>Infirmière clinicienne par intérim, Psychiatrie, Hôpital de l'Enfant-Jésus</u></i></p>		

<b>Facteurs à considérer dans l'évaluation du risque de suicide</b>
Antécédents personnels, la nature, la gravité et le nombre de tentatives précédentes
Présence, antécédent, et létalité d'idéation, d'intention ou de plan suicidaire
Accessibilité à des moyens menant au suicide et létalité de ceux-ci (p. ex : possession ou accès à une arme à feu)
Présence de désespoir, de douleur psychique, de diminution de l'estime de soi ou de vulnérabilité narcissique
Présence d'anxiété sévère, troubles de panique, agitation, impulsivité
Présence ou histoire d'agression et de violence
État des fonctions cognitives telles que la perte des fonctions d'exécution, trouble de la pensée, étroitesse d'esprit, mauvaise adaptation et aptitude à résoudre des problèmes
Présence de symptômes psychotiques tels que des hallucinations commandées ou piètre évaluation de la réalité
Consommation d'alcool ou d'autres substances
Présence de désordres psychiatriques majeurs tels qu'une dépression majeure, maladie affective bipolaire, schizophrénie, anorexie, alcoolisme ou abus d'autres de substance, etc
Hospitalisation récente en psychiatrie
Présence de maladies invalidantes, en particulier celles ayant un mauvais pronostic telles la douleur chronique, traumatisme cérébral ou à la moelle épinière, tumeur maligne, SIDA, insuffisance rénale chronique traitée par hémodialyse, maladie pulmonaire obstructive chronique
Caractéristiques démographiques telles que l'âge, la nationalité, le statut marital, l'orientation sexuelle
Présence de facteurs de stress psychosociaux aigus ou chroniques pouvant inclure les pertes interpersonnelles actuelles ou antérieures, difficultés financières ou changements de statut socioéconomique, discorde familiale, violence conjugale et abus sexuels ou physiques antérieurs ou actuels ou négligence
Absence de support psychosocial tel qu'une piètre relation familiale, chômage, isolement, instabilité ou pauvre réseau social, perte récente d'un proche
Antécédents de traumatismes infantiles, particulièrement abus sexuels et physiques
Antécédents familiaux ou exposition récente au suicide
Absence de facteurs de protection tels qu'enfants à la maison, sentiment de responsabilité envers la famille, grossesse, satisfaction de la vie, croyances culturelles, ou religion

Adapté de: APA's Practice Guidelines for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors, 2011

Questionnaire sur les troubles de l'humeur (MDQ)			
		OUI	NON
	Avez-vous vécu une période durant laquelle votre état d'esprit mental était inhabituel et...		
	... vous vous sentiez si bien ou si hyperactif que les autres trouvaient que cela ne vous ressemblait pas ou encore que votre hyperactivité vous a attiré des ennuis ?		
	... vous étiez irritable au point de crier après les gens ou de commencer des disputes ou des bagarres ?		
	... vous aviez beaucoup plus confiance en vous que d'habitude ?		
	... vous dormiez beaucoup moins longtemps que d'habitude, sans que cela ne vous dérange vraiment ?		
	...vous parliez plus rapidement ou beaucoup plus que d'habitude ?		
	... vos pensées défilaient rapidement dans votre tête ou vous n'arriviez pas à ralentir vos pensées ?		
	... vous étiez si facilement distrait par votre environnement que vous n'arriviez pas à vous concentrer ni à effectuer une tâche soutenue ?		
	... vous aviez beaucoup plus d'énergie que d'habitude ?		
	... vous étiez beaucoup plus actif ou faisiez beaucoup plus de choses que d'habitude ?		
	... vous étiez beaucoup plus sociable ou communicatif que d'habitude ; par exemple, vous téléphoniez à des amis au milieu de la nuit ?		
	... votre intérêt pour la sexualité était beaucoup plus grand que d'habitude ?		
	... vos actions étaient inhabituelles pour vous ou auraient pu être jugées comme étant exagérées, irresponsables ou risquées par d'autres personnes ?		
	... vos dépenses d'argent vous ont attiré des ennuis, à vous ou à votre famille ?		
	Si vous avez répondu OUI à plus d'une des questions ci-dessus, est-ce que plusieurs de ces événements se sont produits au cours de la même période ?		
	Ces événements vous ont-ils posé des problèmes au point de ne pas pouvoir travailler ; d'avoir des problèmes familiaux, financiers ou juridiques ; de vous quereller ou de vous battre ? <i>Choisissez une seule réponse</i> <input type="checkbox"/> Aucun problème <input type="checkbox"/> Problème mineur <input type="checkbox"/> Problème modéré <input type="checkbox"/> Problème sérieux		

D'après Hirschfeld RMA, Williams JBW, Spitzer RL, *et al.*, *Am J Psychiatry*, 2000<sup>1</sup>.



# Interprétation du MDQ

## **Algorithme d'évaluation – Questionnaire sur les troubles de l'humeur<sup>1</sup>**

### **Dépistage produisant un résultat positif**

Les trois critères suivants doivent être pris en compte :

- Question 1 – 7/13 réponses positives (OUI) ET
- Question 2 – Réponse positive (OUI) ET
- Question 3 – Réponse : «Problème modéré» ou «Problème sérieux»

1. Hirschfeld RM, Williams JB, Spitzer RL, *et al* Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: the Mood Disorder Questionnaire. *Am J Psychiatry* 2000; 268 :1873-1875.

## Collaboration au niveau du diagnostic

### PHQ-2

- 1- Au cours du dernier mois, avez-vous constaté que peu de choses vous intéressaient ou vous apportaient du plaisir?
- 2- Au cours du dernier mois, vous êtes-vous senti triste, déprimé ou désespéré?

OUI à 1 ou 2 questions

PHQ-9  
Évaluation clinique ("red flags")

## Questionnaire sur la santé du patient (PHQ-9)

Nom du patient	
----------------	--

Visite	V1	V2	V3	V4
Date				

## Questionnaire PHQ-9

1. Au cours des 2 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été importuné par l'un ou l'autre des problèmes suivants?

(Encerclez votre réponse)

POINTAGE

Jamais	0
Plusieurs jours	1
Plus de la moitié du temps	2
Presque chaque jour	3

ITEMS ÉVALUÉS	VISITE DU PATIENT			
	V1	V2	V3	V4
a. Je tire peu d'intérêt ou de plaisir à faire des choses	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
b. Je me sens triste, déprimé ou désespéré	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
c. J'ai du mal à m'endormir ou à rester endormi, ou je dors sans arrêt	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
d. Je me sens fatigué ou je manque d'énergie	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
e. Je manque d'appétit ou je mange avec excès	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
f. J'ai une mauvaise image de moi ou j'ai l'impression d'avoir raté ma vie ou d'avoir laissé tomber les miens	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
g. J'ai du mal à me concentrer, par exemple pour lire le journal ou regarder la télévision	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
h. Je bouge ou je parle tellement lentement que ça se voit. Ou, au contraire, je suis agité ou nerveux au point de bouger beaucoup plus que d'habitude	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
i. Je vois la mort comme quelque chose de souhaitable ou j'ai envie de me mutiler d'une façon quelconque	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
<b>SOMME DES COLONNES / SCORE TOTAL</b>				

2. Si vous avez fait face à n'importe lequel de ces problèmes, avez-vous éprouvé des difficultés à accomplir votre travail ou vos tâches ménagères ou dans vos relations avec les autres?

Aucune difficulté    Quelques difficultés    Grandes difficultés    Difficultés extrêmes

## Interprétation du PHQ-9

Score total	Interprétation
0 – 4	Absence de dépression
5 – 9	Dépression légère (infraclinique)
10 – 14	Dépression modérée
15 – 19	Dépression modérément sévère
20 - 27	Dépression sévère

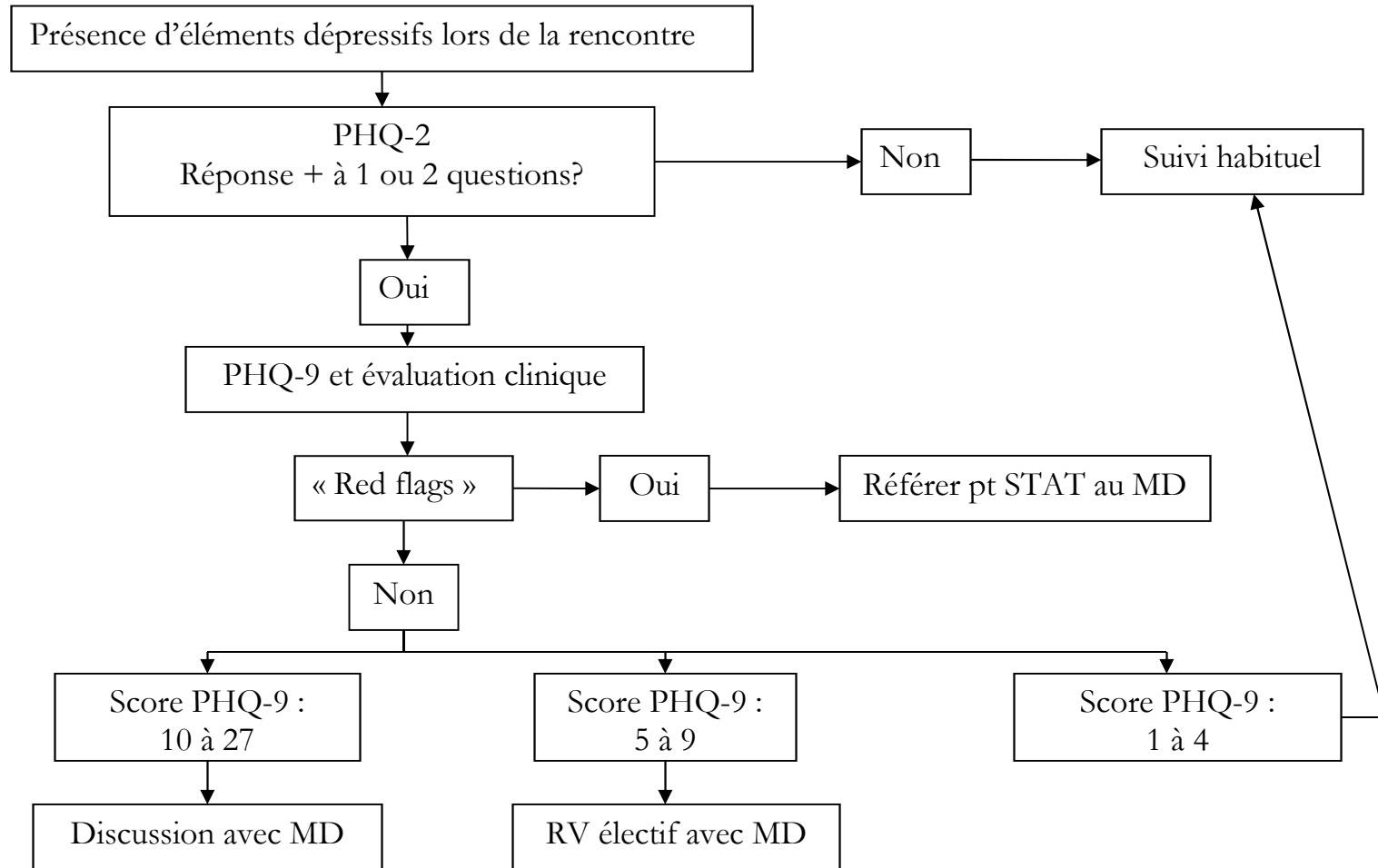
Un score > 10 évoque une DM avec une sensibilité et une spécificité de ~ 85%

## PHQ-9 : réponse au traitement

Interprétation	Changement au PHQ-9 p/r valeur initiale
Absence de réponse	Détérioration ou amélioration < 25%
Réponse partielle	Amélioration de 25 à 49% ↓ sévérité symptômes (qui sont encore présents)
Rémission partielle	Amélioration ≥ 50% Majorité des symptômes résolus mais quelques symptômes résiduels persistent
Rémission	Score normal (aucun symptôme) Retour au fonctionnement normal

Adapté de : JJ Mann, The Medical Management of Depression, N Engl J Med 2005; 353: 1819-34

# Dépistage par l'infirmière



## Évaluation multiaxiale

- Axe I**      Troubles cliniques  
Autres situations qui peuvent faire l'objet d'un examen clinique
- Axe II**     Troubles de la personnalité  
Retard mental
- Axe III**    Affections médicales générales
- Axe IV**    Problèmes psychosociaux et environnementaux
- Axe V**     Évaluation globale du fonctionnement

## Échelle globale de fonctionnement (Axe 5 du DSM IV)

- 91-100** : Capacité fonctionnelle maximale, absence de symptômes
- 81-90** : Symptômes absents ou minimes (p. ex. anxiété légère avant un examen)
- 71-80** : Réactions transitoires et prévisibles (p. ex. colère ou tristesse après une dispute familiale)
- 61-70** : Symptômes légers (p. ex. tristesse ou manque de sommeil) ou atteinte fonctionnelle légère
- 51-60** : Symptômes modérés (p. ex. épuisement affectif, attaques de panique occasionnelles) ou atteinte fonctionnelle modérée (p. ex. peu d'amis, conflits au travail)
- 41-50** : Symptômes graves (p. ex. idées suicidaires, rituels obsessionnels sévères) ou atteinte fonctionnelle grave dans une sphère d'activités (p. ex. incapacité de travailler, absence d'amis)
- 31-40** : Symptômes très graves (p. ex. altération du sens de la réalité ou de la communication) ou atteinte fonctionnelle dans de nombreuses sphères d'activités (p. ex. sujet déprimé incapable de travailler ou négligeant sa famille, ses amis)
- 21-30** : Symptômes sévères (p. ex. influence d'idées délirantes ou d'hallucinations, incohérence ponctuelle, comportement très inapproprié)
- 11-20** : Existence d'un danger d'automutilation ou d'agression d'autrui, hygiène corporelle nettement déficiente ou incohérence marquée
- 1-10** : Danger persistant de s'infliger ou d'infliger à quelqu'un des lésions sévères ou incapacité totale de veiller à son hygiène corporelle



## Suivi conjoint d'un client atteint de dépression

### CONTENU DES VISITES

- L'enseignement est adapté à chaque personne afin de prodiguer un enseignement personnalisé et à la portée de celui qui le reçoit.
- L'infirmière procède initialement au dépistage et à l'évaluation de la symptomatologie des patients en utilisant les questionnaires PHQ-2 et PHQ-9.
- L'infirmière procède lors des visites subséquentes à l'évaluation de la condition des patients en utilisant le questionnaire PHQ-9.
- L'infirmière établit avec la personne, des objectifs réalistes et évalue sa motivation.

### ÉLÉMENTS ABORDÉS LORS DES RENCONTRES AVEC LA CLIENTÈLE

#### 1-Suivi téléphonique 10 jours après la visite médicale :

- Évalue et recherche les « red flags »;
- Vérifie et renforce l'observance au traitement;
- S'informe des effets indésirables de la médication et fait les recommandations appropriées;
- Répond aux questions du patient;
- Lui rappelle la visite de suivi avec l'infirmière dans 10 jours;
- Motive le patient à poursuivre son traitement.

#### 2- Visite infirmière 3 semaines après la visite médicale :

- Évalue et recherche les « red flags »;
- Évalue sa motivation;
- S'informe des effets indésirables de la médication et fait les recommandations appropriées;
- Vérifie et renforce l'observance au traitement;
- Remet de la documentation;

- Remet une liste des ressources communautaires au besoin telles le Centre de crise de Québec (CCQ);
- Effectue le psycho-enseignement;
- Complète le PHQ-9;
- Complète le questionnaire LEAPS (Lam employment absence and productivity scale) si le patient est au travail (cf annexe 10);
- Répond aux questions du patient;
- Lui rappelle la visite de suivi dans 3 semaines avec le médecin;
- Motive le patient à poursuivre son traitement;
- Ajuste le traitement pharmacologique selon l'ordonnance collective au besoin.
- Demande au patient s'il est suivi en psychothérapie. Si ce n'est pas le cas, vérifie la motivation de celui-ci pour cette démarche et l'oriente en conséquence.

**Échelle LEAPS (Lam Employment Absence and Productivity Scale)**

Nom : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Toutes les formes de travail, qu'il s'agisse d'entretenir la maison ou de prendre soin d'un enfant, sont importantes. Les questions qui suivent ne concernent toutefois que le travail rémunéré que vous effectuez pour un employeur ou à votre compte. Veuillez exclure les tâches domestiques, le bénévolat ou les travaux scolaires.

1. Quel type de travail rémunéré faites-vous? \_\_\_\_\_

2. Au cours de 2 dernières semaines, combien d'heures deviez-vous consacrer au travail? \_\_\_\_\_

3. Au cours de 2 dernières semaines, combien d'heures avez-vous manquées parce que vous ne vous sentiez pas bien? \_\_\_\_\_

4. Au cours de 2 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous fait face aux problèmes suivants? Vos réponses doivent s'appliquer uniquement au temps passé au travail.

**Veillez encercler la cote qui s'applique.**

Jamais (0%) : 0

Quelquefois (25%) : 1

La moitié du temps (50%) : 2

La plupart du temps (75%) : 3

Tout le temps (100%) : 4

Items évalués	Cote
a) Manque d'énergie ou de motivation	0 1 2 3 4
b) Difficultés de concentration ou perte de mémoire	0 1 2 3 4
c) Anxiété ou irritabilité	0 1 2 3 4
d) Diminution de la somme de travail effectué	0 1 2 3 4
e) Travail de piètre qualité	0 1 2 3 4
f) Erreurs plus nombreuses	0 1 2 3 4
g) Relations interpersonnelles conflictuelles ou tendance à éviter les gens	0 1 2 3 4
<b>SOMMES DES COLONNES / SCORE TOTAL (0 à 28)</b>	

## Échelle LEAPS (Lam Employment Absence and Productivity Scale)

### Interprétation

<b>Score</b>	<b>Incapacité au travail</b>
0 - 5	Aucune incapacité ou incapacité minimale
6 - 10	Incapacité légère
11 - 16	Incapacité modérée
17 - 22	Incapacité sévère
23 - 28	Incapacité très sévère