

**POLITIQUE DE GARDE DES RÉSIDENTS  
PROGRAMME DE RÉSIDENCE EN PSYCHIATRIE  
UNIVERSITÉ LAVAL**

*Révisée et acceptée au Comité de programme du 10 décembre 2018*

OBJECTIFS

- Contribuer à offrir des soins de qualité à la clientèle en développant l'expertise des résidents dans les situations d'urgence.
- Favoriser l'apprentissage des résidents dans le contexte de la garde par des moyens pédagogiques respectant le cadre de soins.
- Favoriser une collaboration interdisciplinaire et une communication efficaces appropriées au contexte d'urgence.
- Connaître et utiliser de façon judicieuse les ressources pertinentes pour cette clientèle.
- Favoriser l'harmonisation des différents sites de garde avec les orientations du programme et l'entente collective de la FMRQ.

PRINCIPES GÉNÉRAUX

1) Responsabilités des résidents :

- a) Tout résident en stage, quel que soit le stage ou sa durée, est tenu de participer au service de garde de son milieu, à moins d'une condition particulière l'en excluant selon la convention collective (ex. grossesse de plus de 20 semaines).
- b) L'assistant résident coordonnateur en psychiatrie est responsable de faire la liste de garde (faite conjointement par les résidents de HEJ et IUSMQ pour ce qui est de la garde unifiée à HEJ).
- c) Le service de garde doit être en vigueur tous les jours de l'année, sous réserve toutefois du respect des règles prévues à cet égard dans l'entente collective des résidents.
- d) Par défaut, l'horaire de garde devrait être comblé, mais il peut y avoir des plages sans résident si le nombre de résidents ne le permet pas en respectant le maximum de gardes mensuelles établies. Pour éviter le plus possible les découvertures, les résidents sont tenus de discuter entre eux pour la planification de leurs absences.
- e) Les résidents ne doivent être placés que sur des plages horaires de psychiatres ayant un titre minimal de chargé d'enseignement. Dans le cas où un changement aurait été fait après la diffusion de la liste de garde et à moins de quatre semaines du début de la période de garde, le résident ne doit pas faire sa garde.
- f) Le résident est responsable de la garde qui lui est attribuée selon la liste.
- g) Conformément à la politique facultaire d'absentéisme des apprenants lors des gardes (décembre 2017), le résident qui n'est pas en mesure d'effectuer sa garde en raison de circonstances exceptionnelles est responsable d'aviser rapidement l'enseignant avec qui il est de garde, quand cela est possible, l'assistant résident-coordonnateur et de se trouver un remplaçant. Il est également responsable

d'aviser la téléphoniste et le secrétariat à l'enseignement du changement. Si le résident n'a pas eu le temps ou n'a pas pu se trouver un remplaçant, le psychiatre coordonnateur de l'enseignement (ou en son absence le chef hospitalier) discutera avec l'assistant résident coordonnateur en psychiatrie pour désigner un résident remplaçant (tout en respectant les règles de l'entente collective des résidents).

- h) En cas d'absence répétée d'un résident ou de toute situation problématique en lien avec la garde, l'assistant-résident coordonnateur doit aviser la direction de programme et la direction de l'enseignement du milieu de garde.

## 2) Supervision clinique :

- a) Lors de la garde, le résident est jumelé avec un psychiatre de garde qui supervisera les activités cliniques.
- b) Le résident ne peut décider seul de la conduite thérapeutique pour un patient, il doit se référer au psychiatre de garde dont la supervision sera sur place ou à domicile, selon les besoins (pédagogiques ou cliniques). Le médecin de garde apporte, si nécessaire, aide et soutien au résident, tant d'un point de vue clinique (plan de traitement) que d'un point de vue pédagogique (discussion de cas, observation directe, intervention auprès du patient, des familles ou du personnel).
- c) Le résident de garde présente, de façon synthétique, l'histoire, l'examen mental, pose un diagnostic et propose un plan de traitement. Il collabore avec l'équipe interdisciplinaire de l'urgence pour établir un plan de soins. Il discute et vérifie les décisions thérapeutiques et s'assure que les ressources appropriées sont envisagées.
- d) Pour chaque nouvelle consultation ou lorsqu'il s'agit de mettre un patient déjà observé en garde ou de le libérer, le psychiatre de garde est rejoint systématiquement et valide la démarche clinique du résident. Pour les réévaluations de patients déjà en observation à l'urgence ou lors des appels téléphoniques, le psychiatre de garde est rejoint au besoin selon la complexité du cas clinique.
- e) Lors de mise en garde préventive d'un patient, le résident qui évalue le patient doit en discuter avec le psychiatre de garde, qui, sur la base des informations reçues, prend la décision de placer le patient sous garde. Le résident peut compléter le certificat au nom du psychiatre de garde, mais ce psychiatre (ou le psychiatre prenant la relève à l'urgence le lendemain matin pour les cas survenant le soir et la nuit) devra revoir le patient et signer le certificat de garde. Un résident ne peut pas mettre un patient en garde préventive par ordre verbal. Ceci implique que le résident qui est à domicile au moment de l'appel devra se déplacer pour évaluer le patient, et ce, même s'il avait lui-même évalué le patient quelques heures auparavant (par exemple dans le cas d'un patient admis en cure libre en soirée et qui décide de quitter au cours de la nuit). Le résident a l'obligation d'aviser le patron de la mise en garde du patient, et ce même durant la nuit.
- f) La gestion des cas de problèmes physiques diffère selon les milieux. À HEJ et au CHUL, ils relèvent du stage de nuit lorsque celui-ci est en fonction (sur semaine, de 20h à 8h, et non en P1 ni P7). Aux autres moments et dans les autres milieux sauf à

IUSMQ où un omnipraticien est toujours de garde, le psychiatre de garde doit être rejoint dès qu'un patient semble présenter une symptomatologie sérieuse sur le plan physique, puisqu'en cas de besoin de consultation d'une autre spécialité le patron doit faire lui-même le contact avec le spécialiste.

- g) Le résident assumera des responsabilités croissantes au niveau de l'équipe de garde selon son niveau de formation (enseignement pyramidal, gestion des priorités, soutien et enseignement au personnel paramédical ou aux résidents de niveau académique inférieur ou externes).
- h) Les résidents juniors R-1 qui débutent en psychiatrie seront jumelés avec un résident préférablement sénior pour toute leur 1<sup>ère</sup> année, à moins d'être dans un milieu où il y a peu de séniors et que la présence sur place du psychiatre de garde assure une supervision optimale.

### 3) Horaire et fréquence :

- a) La garde débute et se termine à différents moments selon le milieu ou la journée. Le tout est détaillé dans le tableau suivant :

#### **Horaire de consultations sur place lors des gardes, selon les milieux cliniques<sup>1</sup>**

	<b>SEMAINE</b>	<b>FIN DE SEMAINE / FÉRIÉ</b>
<b>CHUL<sup>2</sup></b>	16 h 00 à 21 h 00	8 h 00 à 21 h 00
<b>HEJ<sup>3</sup></b>	16 h 00 à 21 h 00	8 h 00 à 21 h 00
<b>CP<sup>2</sup></b>	8 h 00 à 20 h 00	8 h 00 à 20 h 00
<b>HDL<sup>2</sup></b>	15 h 00 à 19 h 00	8 h 00 à 19 h 00
<b>HDL pédopsychiatrie<sup>4</sup></b>	8 h 00 à 17 h 00	---

- b) À partir de fin août R2 jusqu'à fin R3, les résidents ont une supervision de groupe en psychothérapie les mardis pm. Dans les milieux où la couverture de garde n'est pas complète, il est suggéré de ne pas couvrir les mardis en priorité, et dans les autres milieux notamment ceux où la garde commence avant 16h, il est suggéré de tenter de ne pas mettre les R2-R3 de garde les mardis.
- c) Pour les stages en régions, les modalités (horaire et fréquence) devront être discutées avec les coordonnateurs locaux de l'enseignement. Dans un tel cas, les règles de cette politique de garde, ainsi que la convention collective doivent être respectées.
- d) La garde en psychiatrie est officiellement une garde en disponibilité. Cependant, dans la plupart des sites de gardes, la présence fréquente et prolongée du résident est requise. Pour des visées pédagogiques, le programme recommande de respecter la

<sup>1</sup> La garde en disponibilité se poursuit toujours jusqu'à 8h le lendemain matin

<sup>2</sup> Au CPQ et à l'HDL les demandes de nouvelles consultations cessent lorsque la dernière consultation demandée avant l'heure indiquée est complétée.

<sup>3</sup> À l'HEJ et au CHUL, de nouvelles consultations sont commencées jusqu'à 21 h ; après 21 h, les consultations non commencées ou nouvellement demandées sont différées au lendemain.

<sup>4</sup> À HDL en pédopsychiatrie, les gardes de semaine se font en pédopsychiatrie mais les gardes de fin de semaine et de férié/temps des Fêtes se font avec la psychiatrie adulte.

norme maximale pour des gardes en établissement et non celle des gardes en disponibilité. Il est clair cependant que la gestion des gardes relève de chaque milieu clinique. Le comité de programme a établi une norme de fréquence recommandée et de fréquence maximale de garde par mois pour les résidents juniors (R1, R2 et R3) et les résidents séniors (R4 et R5).

#### 4) Modalités d'attribution de la garde :

Afin d'assurer un équilibre des gardes de semaine et de fin de semaine dans l'horaire des résidents en psychiatrie adulte, un système de points est utilisé soit 1 point par garde de semaine et 2 points par garde de fin de semaine/férié.

##### a) Pour assurer une bonne exposition, le protocole établit les normes suivantes :

- Juniors : 4 gardes/période ou 5 points (ex. 3 jours de semaine et 1 jour de fin de semaine/férié)
  - Selon le nombre de résidents dans le milieu, ce nombre peut être augmenté à un maximum de 5 gardes/période (ou 6 points) ou réduit à un minimum de 3 gardes/période (ou 4 points).
- Séniors : 3 gardes/période ou 4 points (ex. 2 jours de semaine et 1 jour de fin de semaine/férié)
  - Selon le nombre de résidents dans le milieu, ce nombre peut être augmenté à un maximum de 4 gardes/période (ou 5 points) et réduit à un minimum de 2 gardes/période (ou 3 points).
- Puisque ce système implique un pointage identique pour tous les jours de semaine (incluant les vendredis), les résidents coordonnateurs doivent tenter d'établir un équilibre dans la distribution des gardes du vendredi.
- S'il est nécessaire d'augmenter le nombre de points pour les résidents (pour compléter l'horaire du mois), la proportion 4 : 3 entre juniors et séniors doit être respectée.

##### b) Les gardes sont comptées au prorata du % de présence des résidents durant le mois. Ce prorata est calculé en fonction de la présence en stage, excluant donc exclusivement les jours de vacances/congrès/étude/maladie déclarés à la direction de l'enseignement.

##### c) Dans le cas des résidents en surspécialité durant leur R5, les modalités de garde établies par le programme de surspécialité ont préséance.

#### 5) Pairage :

##### a) Les R1 doivent idéalement toujours être pairés avec un résident séniors durant leurs gardes de semaine et de fin de semaine / férié (s'il y a un nombre de résidents séniors suffisant).

- b) Lorsque le pairage est justifié par un nombre important de résidents dans le milieu, il doit être priorisé les fins de semaine (samedi – dimanche) et jours fériés, entre 1 junior et 1 sénior.
  - S'il manque de séniors, le pairage est possible entre deux juniors de niveaux différents (un pairage R1 – R2 est à éviter si possible surtout dans les six premiers mois de l'année académique).
- c) Le pairage implique la présence des deux résidents sur place jusqu'à l'heure établie par le milieu de fin de demande des consultations.
- d) Le pairage ne change aucunement la responsabilité de faire sa garde.
- e) Lors des appels, le résident le plus junior doit être appelé en premier.
- f) Lorsque le débit le permet, une structure pyramidale de travail doit être préconisée notamment lors des gardes des R1. C'est à dire que l'externe sera préférablement supervisé par le résident junior, et que le résident junior sera supervisé par le sénior, qui lui sera supervisé par le patron de garde. Lorsque le débit est trop important, le travail clinique sera partagé. La présence de deux résidents permettra alors au junior un accès plus direct au patron, donc davantage de possibilités de supervision et d'enseignement.
- g) Le résident n'est pas autorisé à libérer un externe de sa garde.

#### 6) Lendemain de garde :

Si un résident a travaillé durant 18 heures et plus au cours d'une période de 24 heures, il doit être libéré de son horaire régulier de base pour une période d'au moins 24 heures suivant immédiatement sa garde.

#### 7) Sécurité :

Avant de rencontrer un patient, le résident doit :

- a) S'assurer auprès du personnel de l'urgence de l'état clinique du patient : collaboration, agitation, désorganisation, agressivité, impulsivité, idées auto ou hétéroagressives, intoxication, abus de substances, antécédents de violence...
- b) Pour les patients ayant un potentiel sérieux de dangerosité, s'assurer de la présence d'un membre du personnel en permanence, avant le début de l'entrevue.
- c) S'assurer d'avoir une bonne connaissance des mesures de sécurité : facilités d'évacuation, bouton d'alarme, code blanc, utilisation des salles d'isolement...

#### 8) Patients à l'urgence :

- a) Lorsqu'une consultation en psychiatrie est demandée après l'heure de tombée, le patient demeure sous la responsabilité de l'urgentologue et sera évalué en psychiatrie le lendemain, à moins de circonstances particulières.
- b) Le patient qui est gardé à l'urgence en vue d'une réévaluation le lendemain sera revu au matin par l'équipe de garde.

- c) Les décisions relatives aux transferts inter hospitaliers ne relèvent pas des résidents mais de l'Assistant-infirmier Chef (AIC) qui reçoit les demandes de transferts des autres milieux et gère les transferts pour admission, ou du psychiatre de garde selon le milieu.
- d) S'il y a 3 patients ou plus (4 en cas de garde pairée) à évaluer en même temps à l'urgence, le résident ou l'équipe en place (personnel infirmier) doit communiquer avec le psychiatre de garde et prendre une entente avec celui-ci pour l'évaluation de ces patients. Il doit gérer cette demande en tenant compte du niveau de formation du résident, de la complexité des cas et de l'heure de la demande de consultation.

#### 9) Consultations intra-hospitalières :

- a) Ces consultations sont faites pendant les heures normales de travail par l'équipe de liaison.
- b) Après 16 heures sur semaine (17h à HDL), la fin de semaine et les jours fériés, une consultation urgente et pertinente en intra-hospitalier ou aux soins intensifs est faite par le résident de garde sous la supervision du psychiatre de garde. Les consultations à l'urgence ont cependant priorité à moins de réelle urgence à l'étage.

#### 10) Unité de soins :

- a) La fin de semaine, la continuité des soins aux unités d'admission (pour répondre aux situations urgentes ne pouvant être différées au prochain jour ouvrable) est sous la responsabilité du psychiatre de garde. Le résident peut y participer selon sa disponibilité.
- b) En dehors de la tournée de fin de semaine, les appels de l'unité de soins passent d'abord par le résident de garde.

#### 11) Problématique physique des patients hospitalisés et à l'urgence :

- a) L'équipe de garde en psychiatrie peut être rejointe pour des problématique physiques concernant les patients hospitalisés ou à l'urgence, à moins que ce ne soit couvert par le stage de nuit ou un omnipraticien de garde, ou sauf si le patient concerné est déjà suivi dans une spécialité médicale en lien avec la problématique physique présentée. L'équipe de garde a à juger de l'urgence et de l'importance de la problématique et doit souvent faire une première évaluation de la situation. Au besoin, des médecins consultants sont demandés, soit en urgence ou pour le lendemain. Lorsqu'une consultation est demandée, le résident doit aviser son patron. Celui-ci communique avec le médecin consultant si nécessaire et lui explique la situation.
- b) Selon l'importance de la situation et du besoin de supervision, le résident discute avec son patron des problématiques physiques pour lesquelles il a été demandé.

12) En cas de problème :

Durant la garde, si le résident rencontre une difficulté majeure ou ne peut rejoindre le psychiatre de garde, il doit communiquer avec le chef de département hospitalier ou le coordonnateur de l'enseignement. Ils verront à prendre les mesures qui s'imposent.