

PROGRAMME PREMIER ÉPISODE PSYCHOTIQUE – OFFRE DE SERVICE

PAR LE CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE – CENTRE
HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE SHERBROOKE
DIRECTION DES PROGRAMMES SANTÉ MENTALE ET DÉPENDANCE
DIRECTION DU PROGRAMME JEUNESSE

23 DÉCEMBRE 2020



Production

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
375, rue Argyll
Sherbrooke (Québec) J1J 3H5
Téléphone : 819 780-2220

Rédaction

Direction des programmes santé mentale et dépendance
Direction du programme jeunesse

Révision

Direction des programmes santé mentale et dépendance
Direction du programme jeunesse

Droit d'auteur © Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

ISBN 978-2-550-84402-0 (imprimée)

ISBN 978-2-550-84403-7 (PDF)

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2020

Toute reproduction totale ou partielle est autorisée à condition de mentionner la source.

REMERCIEMENTS

La Direction des programmes santé mentale et dépendance ainsi que la Direction du programme jeunesse désirent remercier toutes les personnes qui ont de près ou de loin soutenu l'équipe dans l'élaboration de l'offre de service du Programme premier épisode psychotique.

Pour la rédaction de l'offre de service, Mmes Pascale Dumais, chargée de projet PEP et Sarah Duford, chef de service jeunes 5-18 ans.

Également, nous tenons à souligner la précieuse collaboration des membres du comité opérationnel du projet :

- Mme Andrée Duquette, directrice adjointe, DPSMD
- Mme Johanne Fleurant, directrice adjointe, DPJe
- Mme Luce Cardinal, coordonnatrice des services jeunes 5-18 ans et services spécialisés, DPJe
- Mme Mireille Fortin, coordonnatrice des services périnatalité, petite enfance et pédopsychiatrie, DPJe
- M. Richard Vaillancourt, coordonnateur des services de proximité, DPSMD
- Pascale Dumais, chargée de projet, DPSMD
- M. Ricky Chabot, chef de service pédopsychiatrie, DPJe
- Sarah Duford, chef de service jeunes 5-18 ans, DPJe
- Annie Laliberté, chef de service des cliniques spécialisées en santé mentale et dépendance, DPSMD
- Myriam Lussier, chef de service santé mentale et dépendance - trajectoire modérée à grave, DPSMD
- Pierre Noël, chef de service dépendance, DPSMD

Finalement, nous ne pouvons passer sous silence l'apport considérable des nombreux partenaires internes et externes, représentants des usagers, représentants des organismes communautaires et médecins qui ont collaboré à la révision du présent document, mais surtout au développement et au déploiement du Programme premier épisode psychotique.

TABLE DES MATIÈRES

LES CADRES DE RÉFÉRENCE.....	9
MISE EN CONTEXTE.....	11
VALEURS DU CIUSSS DE L'ESTRIE – CHUS	13
IDENTIFICATION DES DESTINATAIRES DE L'OFFRE DE SERVICE.....	15
CLIENTÈLE VISÉE	15
DURÉE DU SUIVI	15
LES PRINCIPES DIRECTEURS ET LES MODES D'INTERVENTION.....	17
PRINCIPES DIRECTEURS.....	17
MODE D'INTERVENTION.....	18
APPROCHES CLINIQUES	18
L'OFFRE DE SERVICE.....	21
OBJECTIFS DU PROGRAMME PREMIER ÉPISODE PSYCHOTIQUE.....	21
SERVICES OFFERTS.....	21
RÉFÉRENCE ET PRISE EN CHARGE AU PROGRAMME.....	22
CONTINUITÉ DES SOINS	23
LA STRUCTURE ORGANISATIONNELLE	25
LES RESSOURCES ET RESPONSABILITÉS	27
COMPOSITION DE L'ÉQUIPE	27
RÔLES ET RESPONSABILITÉS DES PROFESSIONNELS	27
FONCTIONNEMENT DE L'ÉQUIPE.....	31
LA STRUCTURE DE COORDINATION ET DE CONCERTATION	35
LA GESTION DE LA QUALITÉ ET DE LA PERFORMANCE	37
RÉFÉRENCES.....	39

LES CADRES DE RÉFÉRENCE

- Plan d'action en santé mentale 2015-2020, ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Cadre de référence – Programmes d'interventions pour premiers épisodes psychotiques, 2017, ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Proposition de guide à l'implantation des équipes de premier épisode psychotique, 2014, Centre national d'excellence en santé mentale.

MISE EN CONTEXTE

L'importance d'une détection précoce¹ et d'une intervention rapide auprès des gens ayant un premier épisode psychotique (PEP) ainsi qu'auprès des membres de leur entourage a été reconnue par de nombreuses recherches et entérinée par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Suivant le Plan d'action en santé mentale 2015-2020, la mesure 17 recommande précisément à chaque établissement responsable d'offrir des soins et services en santé mentale, d'implanter des services spécifiques destinés aux enfants, adolescents et jeunes adultes présentant un premier épisode psychotique suivant les meilleures pratiques². Le MSSS a élaboré un cadre de référence pour baliser l'offre de service du programme d'intervention pour premiers épisodes psychotiques en 2017³. Ce cadre donne les directives organisationnelles pour les établissements de santé et de services sociaux.

Ce présent document vise à spécifier l'offre de service du Programme premier épisode psychotique au sein du CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Afin de mieux répondre aux besoins spécifiques de cette clientèle 12-35 ans, ce programme est sous la responsabilité partagée de la Direction du programme jeunesse et de la Direction des programmes santé mentale et dépendance. Le territoire du CIUSSS de l'Estrie – CHUS est divisé en 9 réseaux locaux de services (RLS). Le défi actuel est d'assurer le déploiement des services et des équipes sur l'ensemble du territoire afin de rendre accessible cette offre de service à l'ensemble de la population.

Les différentes recherches⁴ sur le sujet ont démontré l'importance cruciale d'offrir des services rapides et accessibles afin de limiter les séquelles permanentes liées à un premier épisode psychotique. La psychose se résume à l'altération du contact avec la réalité. Elle modifie les perceptions, les pensées, l'humeur, les comportements et le fonctionnement quotidien de l'individu. Elle représente un trouble majeur de santé mentale qui touche 3 % de la population⁵. Les nouvelles données démontrent qu'il y a 45 nouveaux cas de premier épisode psychotique pour une population de 100 000 personnes de 12 à 35 ans. L'âge de début d'un premier épisode psychotique est en moyenne de 24 ans et l'âge médian est de 21 ans⁶. La psychose est la maladie mentale la plus coûteuse par personne pour la société. Les premières années d'un épisode psychotique sont déterminantes sur le plan des pertes cognitives et psychosociales. Les recherches estiment que le pronostic à long terme est lié à la durée de psychose non traitée et au maintien du traitement. Plus l'évolution de la psychose est traitée rapidement, meilleur sera le pronostic. Plus la personne atteinte est engagée dans son traitement, moins les rechutes risquent d'être rapides et fréquentes et moins les atteintes cognitives et sociales seront importantes. Les données probantes démontrent que les équipes interdisciplinaires offrant des services de détection rapide et de

¹ Évaluer et intervenir rapidement et avec un traitement spécialisé avant que des symptômes sévères et difficilement réversibles ne soient présents afin de permettre aux jeunes de garder une trajectoire de vie normale (sans déficit fonctionnel)

² MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *Plan d'action en santé mentale 2015-2020*, 2015, p. 39

³ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *Programmes d'interventions pour premiers épisodes psychotiques (PIPEP) – Cadre de référence*, 2017

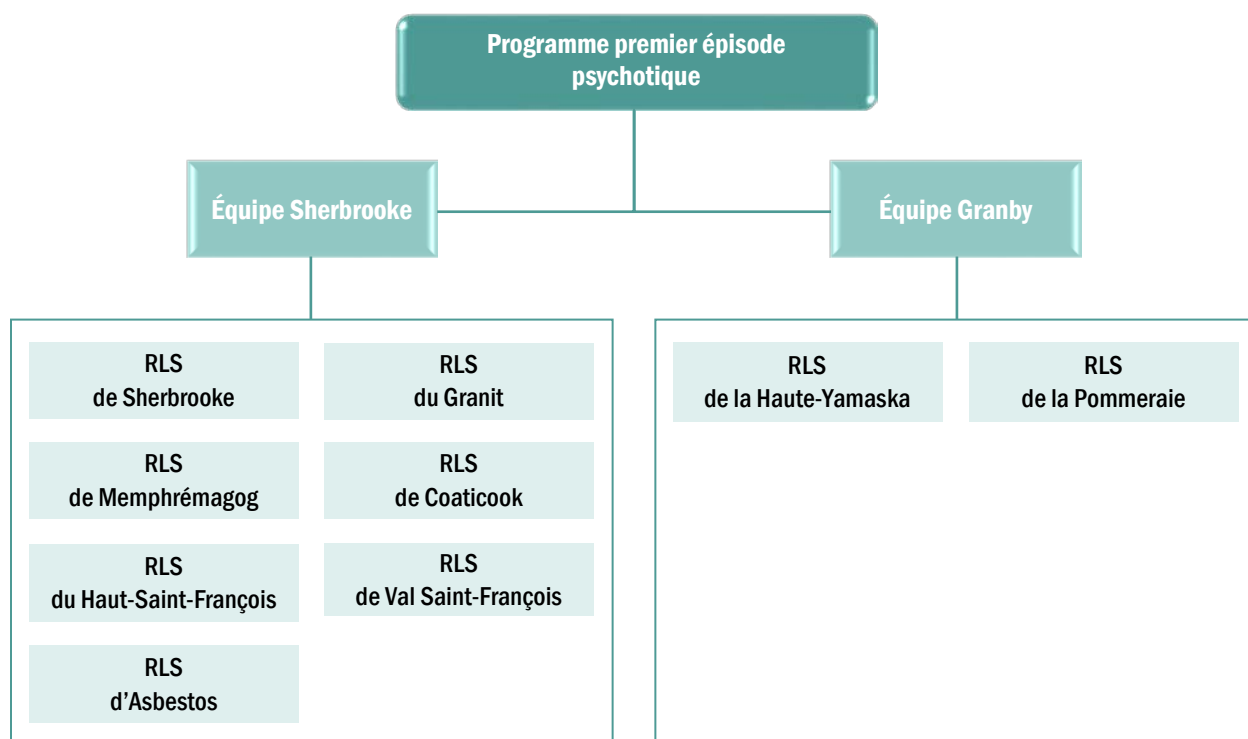
⁴ Andrée-Anne HOULE et Claude BACQUES-DION, *Définition du premier épisode psychotique (PEP), prévalence, recension des écrits sur les facteurs de risque associés et les conséquences possibles sur les patients et leur famille*, Centre RBC d'expertise aux enfants, adolescents et adolescentes et aux jeunes adultes, 2018

⁵ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *Programmes d'interventions pour premiers épisodes psychotiques (PIPEP) – Cadre de référence*, 2017

⁶ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *Programmes d'interventions pour premiers épisodes psychotiques (PIPEP) – Cadre de référence*, 2017 p. 12

suivi permettent un engagement actif vers le rétablissement⁷. L'implantation de programmes spécifiques au premier épisode psychotique permet la réduction des hospitalisations. Toutefois, il est parfois difficile d'intervenir rapidement auprès de cette clientèle par manque de collaboration, d'autocritique ou par crainte des préjugés. Pour répondre aux besoins particuliers de cette clientèle, les intervenants doivent développer une expertise spécifique et agir directement dans la communauté. Afin de diminuer les impacts sociaux, il est devenu nécessaire d'implanter un service s'adressant directement à cette clientèle 12-35 ans ayant un premier épisode psychotique et, malgré la recherche d'homogénéité de cette offre de service, il est important de tenir compte de la spécificité de chacune des tranches d'âge ciblée.

Pour le CIUSSS de l'Estrie – CHUS, il est impératif d'offrir un service permettant la sensibilisation, la détection rapide des signes et symptômes psychotiques ainsi qu'un traitement approprié à cette clientèle. Le Programme PEP est un programme dans la trajectoire des services en santé mentale jeunesse et adulte. Afin d'uniformiser les pratiques, il s'agit d'un même programme pour deux équipes centralisées dans les deux RLS urbains du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.



Pour l'équipe Sherbrooke, l'équipe centrale et interdisciplinaire est située dans la région urbaine de Sherbrooke. Pour l'ensemble des autres RLS, le modèle des équipes satellites est de mise. Ainsi, les intervenants sont rattachés aux équipes de suivi d'intensité variable (SIV) ou *flexible assertive community treatment* (FACT) de leur territoire respectif.

Pour l'équipe Granby, l'équipe centrale et interdisciplinaire est située dans la région urbaine de Granby et couvre également le RLS de la Pommeraiie.

⁷ Marie MASSUARD et Anne-Marie ROYER, *Identification des bonnes pratiques à privilégier lors d'un premier épisode psychotique (PEP) – Rapport présenté à la Direction des programmes santé mentale et dépendance et Direction du programme jeunesse*, Direction administrative de la recherche du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, 2017

VALEURS DU CIUSSS DE L'ESTRIE – CHUS

- Adaptabilité : chacun fait preuve d'ouverture, de souplesse, d'écoute et de la réactivité nécessaire pour s'adapter aux besoins actuels et évolutifs des usagers.
- Engagement : chacun s'engage en respect des autres, de façon positive et s'investit pleinement avec passion et rigueur dans sa propre mission, qu'elle soit liée à sa profession, sa guérison, son cheminement.
- Humanisme : chaque personne considère que l'autre a droit au respect, à la compassion, à la bienveillance, à la considération, à la confiance et à l'authenticité.

IDENTIFICATION DES DESTINATAIRES DE L'OFFRE DE SERVICE

CLIENTÈLE VISÉE

- Personnes de 12 à 35 ans présentant un premier épisode psychotique.
- Personne n'ayant jamais été traitée pour un épisode psychotique.
- Personne ayant été traitée durant moins de 12 mois, de façon non efficace pour son épisode psychotique, et qui requiert un service spécifique de cette offre de service.

Un premier épisode psychotique, sans égard à la durée, ne consiste pas en soi à un critère d'exclusion. Le jugement clinique primera sur l'admissibilité.

Critères d'exclusion⁸ :

- psychose secondaire à un trouble physique;
- déficience intellectuelle modérée à sévère : la nature des besoins de la personne et la majeure constituant la problématique seront les éléments à déterminer pour les meilleurs services à offrir;
- trouble du spectre de l'autisme (critère d'exclusion potentiel) : la nature des besoins de la personne et la majeure constituant la problématique seront les éléments à déterminer pour les meilleurs services à offrir lors de troubles concomitants.

DURÉE DU SUIVI

- La durée est flexible, mais la moyenne est de 3 ans selon le cheminement clinique et l'âge à l'admission.
- La pertinence du suivi est réévaluée tous les 18 mois.

⁸ Les personnes ayant un diagnostic associé de toxicomanie ou de trouble de personnalité ne sont pas exclues du programme. La clientèle à ultra haut risque sera acceptée une fois que l'offre de service au PEP sera consolidée, soit environ 3 ans après la mise sur pied des activités du programme.

LES PRINCIPES DIRECTEURS ET LES MODES D'INTERVENTION

PRINCIPES DIRECTEURS

- Accessibilité du service de façon rapide et égalitaire, peu importe le lieu de résidence de l'utilisateur sur le territoire du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.
- Homogénéité de l'offre de soins et de services sur l'ensemble du territoire du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.
- Continuité des soins et services intrahospitaliers et des services externes.
- Expertise et collaboration des pédopsychiatres et des psychiatres.
- Équité d'accès.
- Appui sur les données probantes.
- Assurer le suivi du fonctionnement et de la performance.
- Efficience et efficacité des interventions.
- Assurer la qualité des services offerts.
- Favoriser un accueil chaleureux et inclusif.
- Offrir des services différemment des services réguliers, une approche communautaire et dans le milieu, en concordance avec l'ensemble des étapes de soins incluant l'hospitalisation, adaptés à tous les types de clientèle.
- Partenariat : chaque professionnel du programme travaille de pair avec les différents organismes pouvant offrir un service à la clientèle du programme. La participation citoyenne faisant partie intégrante du processus de rétablissement, les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale doivent avoir accès à l'ensemble des services et formes de soutien dont elles ont besoin afin de participer activement à la vie communautaire. La connaissance par les intervenants du Programme PEP de chacun des partenaires de la communauté, de leurs particularités et de leur mandat devient une clé importante. En effet, par leurs valeurs et idéologies, les organismes communautaires contribuent activement à l'expérimentation de la pleine citoyenneté des usagers du Programme PEP grâce à leur offre de service flexible et leur approche globale et égalitaire.
- Intégration sociale : chaque professionnel travaille dans le principe de déstigmatisation et de sensibilisation à la détection précoce en visant le rétablissement fonctionnel de la personne en communauté.
- Approcher les personnes identifiées à risque pour établir un lien de confiance afin de leur offrir des services (*reaching out*).
- Intervention dans les endroits publics dans l'optique de dépister la population à risque (*outreach*).
- Connaissant les difficultés propres aux problèmes de santé mentale, nous sommes souvent heurtés à des refus de services. De ce constat, nos services fourniront efforts et énergie à établir un lien de confiance pour obtenir le consentement aux services.

MODE D'INTERVENTION

- Modèle de gestion de cas ⁹ : intervenant pivot qui favorise l'alliance thérapeutique. Il n'a pas de rôle spécifique. Il est polyvalent, compétent, organisé, accessible, flexible, a un rôle de soutien dans toutes les démarches sociales, légales, d'hébergement, d'*advocacy*, d'accompagnement. Il peut appliquer un large éventail d'interventions et d'approches.
- Sensibilisation, réduction de la stigmatisation, intégration sociale.
- Détection rapide.
- Intervention intensive et de proximité.
- Intégration des interventions et du traitement des troubles psychiatriques qui coexistent et des besoins de santé physique.
- Continuité des soins et services, en partenariat avec les équipes intrahospitalières et en fonction des besoins de la personne.
- Implication des membres de la famille et de l'entourage.
- Soutien à l'intégration scolaire et au travail.
- Intervention en situation de crise.

APPROCHES CLINIQUES

- **Rétablissement**
 - Le rétablissement est une manière de vivre sa vie de façon satisfaisante, avec espoir, et en apportant sa contribution même avec les limitations provoquées par la maladie. Le rétablissement implique le développement d'un nouveau sens et d'un but dans sa vie, malgré les effets de la maladie mentale.
- **Centrée sur les forces**
 - En voici les principales valeurs :
 - toute personne a la capacité de se rétablir et de reprendre le contrôle et le pouvoir sur sa vie;
 - l'accent est mis sur les forces de la personne et non sur ses déficits ou difficultés;
 - la personne est responsable de la direction que prendront les services qui lui sont offerts; elle est le maître d'œuvre;
 - l'alliance thérapeutique repose sur une relation de confiance, absente de coercition, et l'intervenant encourage l'appropriation du pouvoir de la personne;
 - le lieu privilégié d'intervention est dans la communauté (*in vivo*).
- **Réduction des méfaits**
 - Tente d'atténuer les répercussions négatives associées à la consommation. Elle ne donne pas le feu vert à la consommation de drogue, mais aide à mieux gérer celle-ci lorsque la personne n'envisage pas l'arrêt.

⁹ Intervenant principal qui accompagne le jeune et sa famille dans l'atteinte de son projet de vie en définissant ensemble les objectifs qui seront à atteindre dans les différents domaines de vie pour y arriver.

- **Cognitive comportementale**
 - Cette approche repose sur l'importance des pensées (ou cognition) pour déterminer nos émotions et comportements. L'évaluation que nous faisons d'une situation déterminera nos réactions. Ainsi, si nous pouvons modifier notre manière de penser, nous pouvons améliorer nos états affectifs (dépression, anxiété, colère, etc.).
- **Réinsertion socioprofessionnelle et scolarisation**
 - Le principal modèle utilisé est IPS¹⁰ dont voici les principaux principes :
 - le critère d'exclusion zéro;
 - l'intégration à l'équipe clinique;
 - le respect des préférences;
 - l'emploi compétitif;
 - l'assistance pour la planification des bénéfiques;
 - la recherche d'emploi rapide;
 - le développement de l'emploi;
 - le soutien individualisé et continu.
- **Motivationale**
 - Approche qui vise le changement de comportement en adoptant les principes suivants :
 - la motivation au changement doit émaner du jeune et ne pas être imposée de l'extérieur;
 - il revient à la personne aidée, et non à l'aidant, de nommer et de résoudre son ambivalence;
 - la persuasion directe n'est pas une méthode efficace pour résoudre l'ambivalence;
 - la motivation au changement n'est pas un trait de caractère du client, mais un état qui vacille selon la qualité d'une interaction personnelle;
 - la relation thérapeutique est plus un partenariat qu'une relation expert-client.
- **Systemique et familiale**
 - Approche qui tient compte des interactions, du fonctionnement et des relations de la personne en lien avec son environnement et son réseau familial.
- **Pharmacologique**
 - Approche visant le traitement par la prise d'une médication prescrite par un médecin psychiatre ou pédopsychiatre.
- **Communautaire**
 - Travailler avec les communautés¹¹.

¹⁰ *Individual placement support* qui est un modèle reconnu de soutien à l'intégration à l'emploi

¹¹ Travailler avec les communautés, médecins du monde

L'OFFRE DE SERVICE

OBJECTIFS DU PROGRAMME PREMIER ÉPISODE PSYCHOTIQUE

- Informer et sensibiliser la communauté et les partenaires internes et externes à l'importance de la détection précoce des psychoses.
- Offrir une intervention précoce et rapide pour le traitement du premier épisode psychotique chez la population des 12 à 35 ans, sur l'ensemble du territoire du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.
- Faciliter l'accès aux services d'évaluation et de soins afin de limiter la durée de la psychose non traitée.
- Favoriser le soutien à l'intégration dans la communauté.
- Assurer un service afin d'éviter les rechutes, d'entreprendre un processus de rétablissement et d'améliorer la qualité de vie des personnes vivant un épisode de psychose précoce.
- Augmenter les facteurs de protection : habiletés sociales, soutien familial, stratégie d'adaptation, estime de soi, prise de médication.
- Favoriser l'engagement et la rétention au suivi afin de limiter l'abandon du programme.
- Lutter contre la stigmatisation et l'exclusion sociale.
- Intervention de soutien auprès de la famille et des proches et favoriser leur implication dans le plan d'intervention.

SERVICES OFFERTS

- Sensibilisation, information et lutte contre la stigmatisation : plan d'information continue auprès des demandeurs ou partenaires internes et externes. Afin de favoriser la détection précoce des premiers signes de la psychose, l'équipe PEP actualise les plans de sensibilisation et de communication destinés à la communauté et offre des activités de sensibilisation à la psychose dans la communauté en mode continu à travers le *reaching out*. L'équipe voit à la diffusion du programme.
- Accueil et orientation des demandes.
- Évaluation biopsychosociale.
- Lien avec le demandeur ayant dirigé la personne vers le Programme PEP, avec l'autorisation préalable de cette dernière.
- Évaluation et traitement des troubles mentaux coexistants, y compris la toxicomanie.
- Intervention intensive de proximité : la fréquence des rencontres est selon les besoins de l'utilisateur et de la famille. La flexibilité de l'intervenant est de mise pour s'adapter aux horaires selon les besoins.
- Intervention en situation de crise.
- Approcher les personnes identifiées à risque pour établir un lien de confiance afin de leur offrir des services (*reaching out*).
- Intervention dans les endroits publics dans l'optique de dépister la population à risque (*outreach*).
- Intervention de groupe.
- Intervention visant la prévention de la psychose chez la personne à risque accru de psychose.

- Soutien aux membres de la famille et de l'entourage.
- Service de réinsertion professionnelle, de retour aux études et de maintien en emploi ou aux études.
- Suivi à la suite du transfert, réalisé dans les meilleurs délais, en vue d'assurer la continuité des soins.
- Un arrimage avec les différents partenaires impliqués est primordial. Par exemple, certaines personnes auront des suivis avec des professionnels d'autres services spécialisés (pédopsychiatrie, centre de la protection de l'enfance et de la jeunesse, centre de réadaptation de l'Estrie). Le plan d'intervention se doit donc d'être individualisé et coordonné.

RÉFÉRENCE ET PRISE EN CHARGE AU PROGRAMME

- Les références proviennent de partout, y compris l'autoréférence :
 - par un numéro de téléphone unique et central, soit le 1-888-440-4559, ou à l'interne au poste 26734;
 - par une requête de services professionnels ou consultation médicale, qui doit être envoyée au Guichet d'accès santé mentale adulte et dépendance (GASMAD) de son RLS.
- Le premier contact, téléphonique ou en personne, se fait dans un délai de 24 à 72 heures par le chef d'équipe. Une évaluation sommaire est faite pour déterminer l'admissibilité ou non.
 - Pour la clientèle de moins de 18 ans, lors d'une référence directe par la ligne téléphonique du Programme PEP, le chef d'équipe procède à l'évaluation sommaire. S'il semble s'agir d'un premier épisode, il contacte l'infirmière du triage de la pédopsychiatrie et lui présente la demande. Les renseignements seront transmis ultérieurement à l'infirmière du triage et au pédopsychiatre. L'infirmière de la pédopsychiatrie détermine la priorité à accorder considérant les demandes et urgences actuelles. Elle détermine un premier rendez-vous d'évaluation avec un pédopsychiatre et planifie le rendez-vous avec la personne. Si l'épisode PEP se confirme, le chef d'équipe est informé et un intervenant est désigné.
- Pour la clientèle adulte, si l'évaluation est concluante à la présence de signes ou de symptômes psychotiques, le chef d'équipe en discute avec l'équipe afin d'assurer la désignation de l'intervenant pivot et la planification d'une évaluation médicale. Cette évaluation doit se faire dans les 15 jours ouvrables suivant la réception de la demande dans le cas d'un état stable, dans les 7 jours ouvrables dans le cas d'un état instable et dans les 24 heures pour les cas de crise¹². L'intervenant pivot accompagne la personne à la première rencontre médicale selon entente avec le psychiatre. Un suivi est rapidement instauré.
 - Pour les personnes de moins de 18 ans, une évaluation médicale est indiquée préalablement à l'évaluation pédopsychiatrique, notamment pour écarter une condition physique et dans le contexte du large diagnostic différentiel chez cette clientèle en développement. Le médecin peut ensuite diriger la demande à la clinique PEP pour une évaluation qui respecte les délais prévus. S'il y a présence de signes évidents de psychose aiguë, il ne faut pas hésiter à les accompagner ou les orienter vers l'Urgence du site Fleurimont dans le but d'accélérer le processus d'évaluation et de prise en charge.
- Lors d'une référence en cours d'hospitalisation en psychiatrie, il n'y a pas d'évaluation sommaire. Le psychiatre du Service de psychiatrie s'adresse directement au psychiatre de l'équipe PEP qui détermine l'admissibilité ou non.
- Lors d'une référence du Service de l'urgence sans hospitalisation, un premier contact est établi rapidement.

¹² Les critères justifiant les états seront déterminés en fonction de la réponse du ministère. Le jugement clinique est de mise pour le moment.

- Si l'évaluation ne conclut pas à la présence d'une psychose, après validation avec le psychiatre ou le pédopsychiatre de l'équipe, le chef d'équipe dirige la personne vers les services appropriés à sa situation.
- À chaque demande de service, une réponse est transmise au demandeur par écrit.
- Dans le contexte d'un suivi en co-intervention d'un autre programme (protection de la jeunesse, pédopsychiatrie, hébergement santé mentale ou autre programme), l'intervenant du Programme PEP doit assurer la mise en place d'un plan de service individualisé (PSI).
- En fin de suivi, une période de transition est nécessaire. L'accent est mis sur la préparation du transfert graduel. Le transfert à une autre équipe s'effectue dans les meilleurs délais lorsque l'intensité de service PEP n'est plus requise.

CONTINUITÉ DES SOINS

- La continuité de soins par le même intervenant pivot (*case manager*) et un psychiatre ou un pédopsychiatre est favorisée du début à la fin. Le chef d'équipe peut être mis à contribution lors d'absence temporaire de l'intervenant pivot.
- Continuité entre le Service de l'urgence, le Service d'hospitalisation et les services hospitaliers externes : lorsqu'un usager doit aller à l'Urgence, l'intervenant pivot l'accompagne ou s'assure de transmettre l'information au personnel du triage ou au psychiatre ou pédopsychiatre de garde. Lorsqu'un usager est hospitalisé, l'intervenant pivot poursuit le suivi en coordination avec l'équipe traitante.
- Poursuite des groupes internes ou externes : lorsqu'un usager est hospitalisé, si son état de santé le permet, il poursuit sa participation aux groupes.
- En cours de suivi, si l'usager vit dans un service d'hébergement, il est important de moduler le suivi. L'intervenant pivot de l'hébergement est intégré au suivi afin d'assurer la continuité. Il peut être appelé à participer au plan d'intervention ou à une partie de la rencontre hebdomadaire.
- Réunion hebdomadaire de l'équipe avec le psychiatre et le pédopsychiatre afin d'assurer le partage d'information et faciliter la modulation des interventions. La fréquence des réunions d'équipe avec présence des pédopsychiatres sera ajustée selon les besoins.
- L'horaire de l'équipe est flexible et variable.

L'équipe PEP a le mandat de :

- détecter de façon précoce les cas de première psychose;
- améliorer l'accès aux soins et services pour les personnes en premier épisode psychotique;
- offrir une intervention intensive de proximité, dans la communauté, à la fois psychosociale et pharmacologique, en concordance avec l'ensemble des étapes de soins incluant l'hospitalisation;
- viser le rétablissement de la personne, des symptômes et la prévention des impacts du premier épisode psychotique.

INTENSITÉ DE SERVICES

La fréquence des rencontres varie selon l'état mental et la phase de la maladie : phase aiguë, rémission précoce et rétablissement. Les rencontres peuvent être nécessaires plusieurs fois par semaine comme une fois par mois. Bien que l'équipe ne soit pas un service d'urgence, l'intervenant se préoccupe d'organiser une réponse adaptée aux besoins pour chaque personne suivie.

S'il y a rupture de suivi ou si la personne est en rétablissement depuis plusieurs mois, le dossier demeure ouvert, mais inactif. Donc, si la personne rechute ou rappelle après plusieurs mois, le suivi est immédiatement repris.

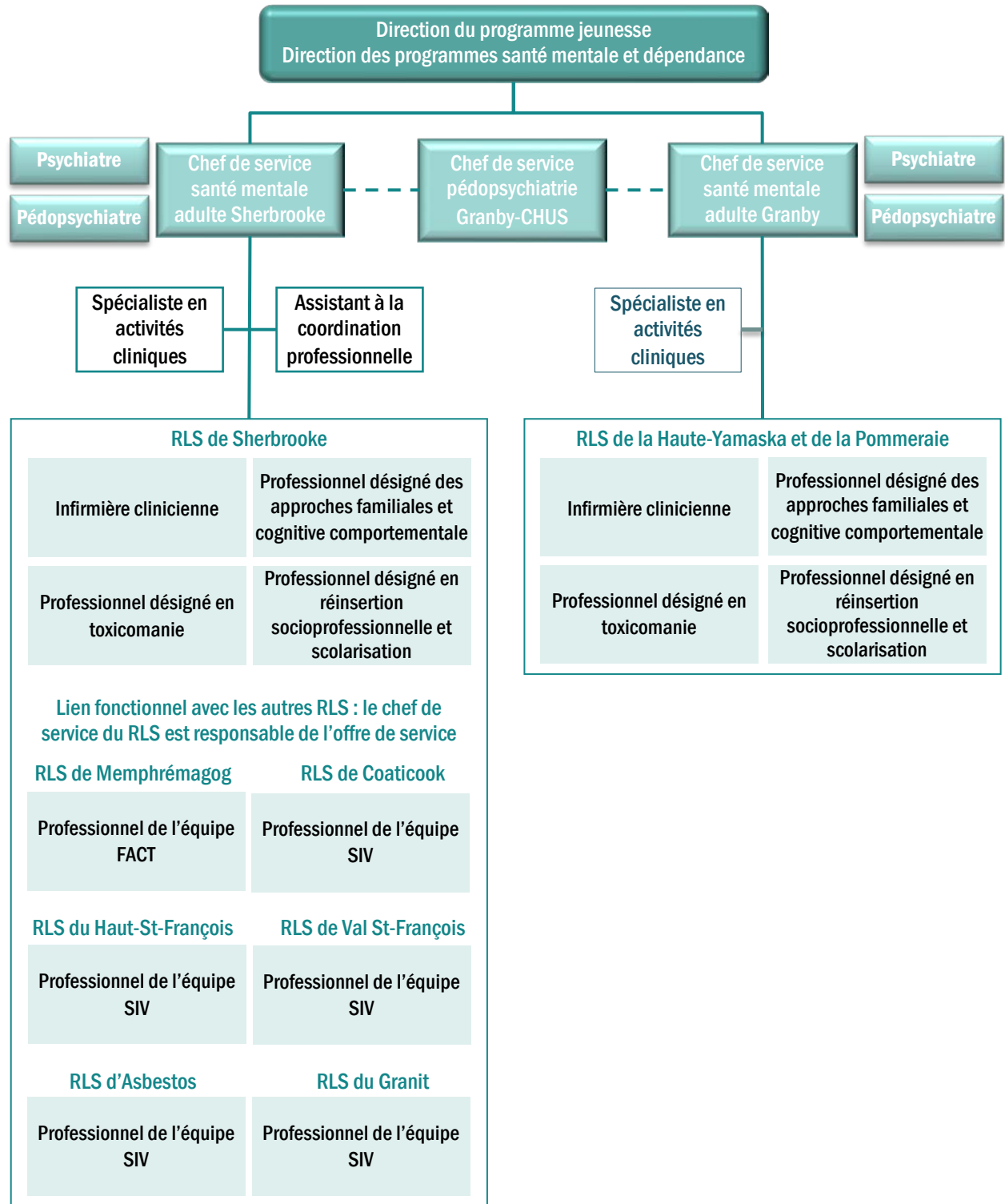
INTERVENTION DE GROUPE

Les professionnels du Programme PEP assureront l'animation et l'accessibilité des usagers à des groupes éducatifs et thérapeutiques sur différents thèmes favorisant l'enseignement et le rétablissement, tels que la gestion de l'anxiété (approche cognitive comportementale), les signes de psychose, les habiletés sociales, le développement des capacités fonctionnelles de la vie quotidienne et des saines habitudes de vie. Les objectifs d'intervention de groupe sont de réduire l'isolement, nourrir l'espoir, améliorer le concept de soi et le fonctionnement social, maintenir un bon niveau de fonctionnement et prévenir la détérioration due à l'installation de la maladie et aider à garder une trajectoire de développement normal.

L'offre d'intervention de groupe sera adaptée selon les besoins des usagers. Cette offre sera développée dans les premières années de l'implantation. Une attention particulière sera accordée aux jeunes de moins de 18 ans afin d'adapter l'offre de groupe à leurs besoins. Les jeunes doivent pouvoir échanger, sur une base volontaire, avec d'autres jeunes de leur âge qui traversent des épreuves similaires. Il est donc important que les groupes soient relativement homogènes puisque cet aspect peut comporter des enjeux éthiques significatifs. Il est également important que la participation au groupe soit préalablement discutée avec le pédopsychiatre.

Une offre d'intervention de groupe sera faite aux familles.

LA STRUCTURE ORGANISATIONNELLE



LES RESSOURCES ET RESPONSABILITÉS

COMPOSITION DE L'ÉQUIPE

Les équipes de Sherbrooke et Granby sont composées de :

- spécialiste en activités cliniques;
- infirmière clinicienne;
- intervenant pivot ayant pour certains un mandat de professionnel désigné en toxicomanie;
- professionnel désigné en réinsertion socioprofessionnelle et scolarisation;
- professionnel désigné des approches familiales et cognitive comportementale : ces professionnels désignés, qui ont également un rôle d'intervenant pivot, peuvent être des travailleurs sociaux, des psychoéducateurs ou des ergothérapeutes.

S'ajoute à l'équipe de Sherbrooke :

- un assistant à la coordination professionnelle (tâches assumées par un professionnel de l'équipe) et les différents intervenants interdisciplinaires selon la structure de l'équipe dans les différents RLS.

Les deux équipes peuvent aussi compter sur des psychiatres et des pédopsychiatres désignés. Le pair aidant fait aussi partie de l'offre de service et sera intégré à l'équipe ultérieurement.

L'équipe peut aussi compter sur des professionnels consultants, désignés par l'établissement, qui ne font pas partie intégrante de l'équipe, tels que : pharmacien, psychologue, nutritionniste, médecin de famille, conseiller d'orientation.

RÔLES ET RESPONSABILITÉS DES PROFESSIONNELS

CHEF DE SERVICE

Le chef de service a la responsabilité que cette offre de service soit appliquée et respectée, telle qu'elle est décrite dans le présent document.

CHEF D'ÉQUIPE

C'est un rôle assumé par différents professionnels selon les milieux : spécialiste en activités cliniques, assistant à la coordination professionnelle ou un autre intervenant de l'équipe mandaté.

- Supervision des professionnels de l'équipe : supervision individuelle, de groupe, en intervention à domicile, rétroaction de l'utilisation des outils et notes.
- Assurer la liaison avec les services hospitaliers et l'ensemble des autres directions.
- Assurer le développement clinique et des services.
- Représenter les besoins de l'équipe auprès du chef de service.

- Prendre connaissance de l'ensemble des références, de toute provenance, et en assurer l'évaluation sommaire selon les délais prescrits.
- Procéder à l'admission : ouverture et attribution du dossier.
- Procéder au transfert de fin de suivi : planification conjointe avec le *case manager*.
- Offrir du soutien à la décision/orientation clinique.
- Orienter les nouveaux professionnels.
- Organiser les activités de la clinique : coordination des réunions (hebdomadaire, révision de la charge de cas, formation continue, réflexion), distribution des tâches cliniques, organisation de l'horaire des groupes.
- Coordonner les plans d'intervention (intervenant au dossier) et s'assurer qu'ils soient révisés régulièrement.
- Assurer la liaison avec les organismes communautaires.
- Sensibiliser la communauté, promouvoir le programme, coordonner les activités dans la communauté.

INTERVENANT PIVOT : *CASE MANAGER*

L'intervenant pivot est un intervenant désigné auprès d'un usager pour assumer son suivi, qui a le lien significatif avec l'usager, qui a la responsabilité du dossier. Il doit être membre en règle de son ordre professionnel et s'y conformer.

- Procéder à l'évaluation selon son champ de compétence.
- Élaborer et réviser le plan d'intervention avec l'usager.
- Assurer un rôle de contact entre l'usager, la clinique, la famille.
- Développer une alliance thérapeutique.
- Assurer la globalité des interventions, leur continuité et en évaluer leur efficacité.
- Assurer la responsabilité des dossiers inactifs respectifs.
- Contribuer à minimiser la durée de la psychose active en intervenant selon l'approche rétablissement, dans différentes sphères de la vie, en concordance avec les projets de vie : milieu de vie, finances, travail/études, réseau familial/social, santé physique, santé mentale, loisirs.
- Intervenir dans les situations de crise en collaboration avec l'équipe selon les protocoles établis, ou si l'intervention doit être assurée par un partenaire autre (ex. : policiers), assurer une liaison continue jusqu'à la fin de l'intervention.
- Favoriser le retour à une activité productive : assister et soutenir la personne dans ses démarches d'intégration sociale, d'intégration au travail ou aux études et de maintien dans le milieu.
- Aider la personne à maintenir ses habiletés et à en développer de nouvelles, à récupérer les connaissances ou habiletés qu'elle possédait avant.
- Soutenir la personne dans la défense de ses droits et ses démarches sociales.
- Intervention familiale : soutien à la famille, implication de la famille au plan de traitement, évaluation des besoins du système familial, agir comme pivot entre la famille, le jeune et l'équipe.
- Soutien à l'hébergement : évaluation et intervention favorisant le rétablissement et l'amélioration de l'autonomie dans son milieu de vie, évaluation et orientation vers un milieu adapté.
- Assurer la continuité du suivi de la personne sous sa responsabilité durant l'hospitalisation et prévoir le retour dans le milieu, en collaboration avec l'équipe traitante. L'offre de service à la famille sera adaptée aux besoins spécifiques.

- Établir des relations de partenariat et de collaboration avec tous les membres de l'équipe, les collègues du milieu, le milieu scolaire, les organismes communautaires et autres partenaires, la famille et les proches de l'utilisateur.
- Compléter les notes au dossier selon les balises de l'établissement.
- S'acquitter des tâches cléricales liées à ses fonctions (statistiques, etc.).
- Connaître, respecter et appliquer les politiques, règles et procédures en vigueur.
- Participer activement à la réunion clinico-administrative hebdomadaire, aux réunions d'encadrement clinique, tant individuelles qu'en équipe, sous la supervision du chef d'équipe. Participer également aux réunions du programme et du service ou tout autre comité relatif à la programmation clinique, à l'organisation des services, aux structures et mécanismes fonctionnels.
- Fournir des services d'intervention flexibles (l'horaire peut être variable).
- Exécuter toute autre tâche connexe requise par son supérieur.
- Consulter, au besoin, les collègues de son équipe ou tout autre professionnel pour une expertise requise au plan de rétablissement de l'utilisateur.

INFIRMIÈRE CLINICIENNE

En plus de son rôle d'intervenant pivot, l'infirmière clinicienne évalue la condition physique et mentale d'une personne symptomatique, effectue le suivi infirmier et la surveillance clinique des personnes dont l'état de santé présente un risque.¹³

- Effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes.
- À la demande d'un autre membre de l'équipe et au besoin, l'infirmière évalue, effectue le suivi et la surveillance d'un usager qui ne se retrouve pas dans sa charge de cas.
- Enseigner à l'équipe le dépistage des symptômes psychiatriques et les effets secondaires de la médication, la prévention d'un trouble métabolique, l'importance de la santé physique : formation croisée.
- Favoriser une intégration des connaissances en soins infirmiers, et ce, dans une perspective interdisciplinaire.
- Planifier et organiser, lorsque requis, des programmes d'administration et d'auto-administration de médicaments et assurer le contrôle des programmes élaborés.
- Informer l'utilisateur et ses proches des effets recherchés par l'administration de la médication, de ses effets secondaires, des précautions ou mesures à prendre pour les prévenir et des réactions à signaler.
- Planifier et organiser des programmes d'enseignement (sur la médication, les effets thérapeutiques, les effets secondaires, la maladie et la promotion de saines habitudes de vie) individuels ou de groupe, pour les usagers, leurs proches ou les partenaires.

PROFESSIONNEL DÉSIGNÉ EN TOXICOMANIE

Le professionnel désigné en toxicomanie doit assurer un rôle d'expertise pour soutenir les autres professionnels de l'équipe.

- Maintenir ses connaissances spécifiques en toxicomanie, y compris ses connaissances des outils d'évaluation et de l'offre de service en dépendance.

¹³ Champ d'exercice et activités réservées à la profession infirmière de l'OIIQ
<https://www.oiiq.org/pratique-professionnelle/exercice-infirmier/infirmieres-et-infirmiers>

- Partager les connaissances spécifiques à la toxicomanie et ses impacts auprès des autres membres de l'équipe : formation continue, formation croisée, consultations individuelles.
- Aider à identifier les actions à entreprendre pour la mise en œuvre du volet toxicomanie au plan d'intervention adapté aux besoins des personnes et en conformité avec le modèle d'intervention.
- Repérer les programmes d'intervention en toxicomanie sur le territoire et les maisons d'hébergement pour une clientèle aux prises avec des dépendances.
- Établir un partenariat avec le service en dépendance.

PROFESSIONNEL DÉSIGNÉ EN RÉINSERTION SOCIOPROFESSIONNELLE ET SCOLARISATION

Le professionnel désigné en réinsertion socioprofessionnelle doit assurer un rôle d'expertise pour soutenir les autres professionnels de l'équipe.

- Offrir une expertise spécialisée à l'équipe dans le domaine du travail et du retour aux études : formation croisée, consultations individuelles.
- Assurer et actualiser des partenariats avec les ressources en emploi (Emploi-Québec, carrefours jeunesse-emploi, centres locaux d'emploi, etc.) et avec des employeurs potentiels.
- Intervenir directement auprès des divers employeurs potentiels pour connaître les opportunités de travail ou encore pour les convaincre de soutenir des projets d'embauche des personnes.
- Repérer les programmes ou subventions à l'emploi pouvant permettre de réaliser des projets.
- Initier et participer, avec Emploi-Québec et des employeurs potentiels, à la réalisation d'ententes permettant de créer des sites d'intégration au travail (SIT).
- Offrir du soutien pour le maintien ou la réintégration au milieu scolaire.
- Exécuter toute autre tâche connexe requise par son supérieur.

PROFESSIONNEL DÉSIGNÉ DES APPROCHES FAMILIALES ET COGNITIVE COMPORTEMENTALE

Le professionnel désigné des approches familiales et cognitive comportementale doit assurer un rôle d'expertise pour soutenir les autres professionnels de l'équipe.

- Maintenir ses connaissances des approches familiales et cognitive comportementale à travers de la formation continue.
- Offrir une expertise spécialisée à l'équipe dans l'approche systémique familiale et cognitive comportementale : formation croisée, consultations individuelles.
- Développer et assurer des partenariats avec les associations de familles.
- Exécuter toute autre tâche connexe requise par son supérieur.

PSYCHIATRE ET PÉDOPSYCHIATRE

- Réaliser l'évaluation psychiatrique, poser un diagnostic et instaurer le traitement pharmacologique.
- Pour les moins de 18 ans, participer au processus décisionnel du moment opportun de l'évaluation pédopsychiatrique après la réception d'une requête médicale. Au besoin, le pédopsychiatre peut décider d'orienter le patient et sa famille vers l'Urgence.

- Participer aux réunions hebdomadaires avec l'équipe. Pour les pédopsychiatres, la fréquence sera déterminée en fonction des besoins cliniques.
- Assurer une disponibilité par téléphone ou téléavertisseur et une flexibilité d'horaire pour les situations de crise, dans les heures ouvrables de la semaine.
- Assurer le transfert clinique dans les meilleurs délais de la pédopsychiatrie vers la psychiatrie.
- Assurer le lien lors des hospitalisations.
- Assurer une communication entre les partenaires internes et externes.
- Le déplacement dans la communauté peut être envisagé au besoin.

PAIR-AIDANT

La fonction de pair-aidant n'est pas encore développée au moment du déploiement des équipes PEP et sera à prévoir.

Le pair aidant est un membre du personnel dévoilant qu'il vit ou qu'il a vécu un problème de santé mentale. Le partage de son vécu et de son histoire de rétablissement a pour but de redonner de l'espoir, de servir de modèle d'identification, d'offrir de l'inspiration, du soutien et de l'information à des personnes qui vivent des situations similaires.

De façon générale, il a pour rôle¹⁴ :

- de redonner espoir à ses pairs puisqu'il a lui-même affronté et franchi les obstacles reliés à la maladie mentale et adopté des stratégies facilitant son rétablissement;
- de soutenir et de responsabiliser ses pairs dans la reprise de pouvoir sur leur vie et leur rétablissement;
- d'apporter son expertise et de maintenir au cœur des préoccupations de l'équipe la réduction de la stigmatisation et la nécessité d'assurer la pleine participation des personnes au choix des services.

FONCTIONNEMENT DE L'ÉQUIPE

RÉUNION HEBDOMADAIRE

- Rencontre structurée avec ordre du jour.
- Participation obligatoire et prioritaire.
- Durée de 2 heures. En personne, par téléphone ou en visioconférence selon le RLS avec tous les intervenants SIV-FACT au dossier, s'il y a lieu.
- Participation d'un intervenant externe collaborateur ou autre au besoin.
- Déroulement : animation par le SAC ou l'ACP et le chef de service, selon les points cliniques et administratifs abordés.

Objectifs

- Présentation des nouveaux cas à l'équipe et en faire l'attribution.
- Discussion de cas, évolution, impasse, complexité : discussion clinique organisée.

¹⁴ Association québécoise pour la réadaptation psychosociale

- Partage des tâches, révision de la charge de cas.
- Gestion des crises.
- Révision des plans d'intervention, identification et planification des plans de transfert.
- Révision des transferts en cours.
- Révision des groupes.
- Traiter de divers sujets administratifs.

JOURNÉE DE RÉFLEXION

- Deux fois par année (à ajuster selon l'évolution), animée par le chef de service et le SAC ou l'ACP.
- Participation des deux équipes afin de favoriser la cohésion, l'homogénéité et le sentiment d'appartenance.

Objectifs

- Faire un bilan du fonctionnement de l'équipe et des ajustements à faire.
- Revoir les processus cliniques et administratifs afin d'optimiser le fonctionnement.
- Proposer des objectifs d'amélioration continue en tant qu'équipe et identifier les moyens d'y parvenir.
- Partager et diffuser les meilleures pratiques dans une perspective d'amélioration continue.
- Favoriser une communication saine et dynamique au sein de l'équipe.

En plus des réunions hebdomadaires et des journées de réflexion, prévoir différents types de moments pour la formation continue et des formations croisées.

DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES

Afin d'assurer le développement des connaissances, de favoriser le développement des compétences et le partage de connaissances à travers les formations croisées, d'intégrer le modèle clinique et d'assurer l'accès aux meilleures pratiques, le programme s'est doté d'un plan de développement des compétences. Ainsi, chaque professionnel devra recevoir la formation spécifique du Programme premier épisode psychotique offerte par le Centre national d'excellence en santé mentale.

D'autre part, les formations transversales offertes par l'établissement, comme l'approche rétablissement, l'entretien motivationnel, la prévention de la violence et la formation en prévention du suicide et du risque homicide seront offertes aux professionnels du Programme PEP selon les disponibilités. Une attention particulière sera portée sur les formations spécifiques et adaptées à la jeunesse.

Par la suite, les différents professionnels désignés pourront développer leur expertise par de la formation continue, notamment la thérapie cognitive comportementale des troubles psychotiques pour le professionnel désigné en approches familiales et cognitive comportementale, l'approche IPS pour le professionnel désigné en réinsertion professionnelle et scolarisation ou encore l'approche motivationnelle pour le professionnel désigné en toxicomanie.

Le développement des compétences pourra se réaliser par le soutien et l'encadrement clinique offerts par l'équipe et soutenu par l'établissement.

LA STRUCTURE DE COORDINATION ET DE CONCERTATION

L'implantation du Programme PEP est sous une structure de gouverne précise. Les niveaux de gouverne et leurs principaux rôles vont comme suit :

- **Comité stratégique de coordination des activités cliniques conjointes des directions DPSMD et DPJe**
 - orienter les décisions stratégiques;
 - orienter les décisions financières;
 - orienter les décisions stratégiques sur le plan des communications internes et externes;
 - assurer les liens avec la haute direction du CIUSSS de l'Estrie – CHUS et le MSSS;
 - s'assurer que le projet se déroule selon les échéanciers et le budget prévus;
 - approuver la programmation du Programme PEP.

- **Comité de coordination des arrimages et collaborations**
 - déposer des recommandations au comité stratégique;
 - transmettre les recommandations au comité opérationnel;
 - s'assurer de l'application et de l'actualisation des recommandations;
 - voir à l'ensemble du processus de coordination;
 - responsabilité de vigie (évaluation, indicateurs d'implantation et suivi);
 - identifier les enjeux reliés à la collaboration;
 - assurer la fluidité et la continuité de trajectoires nécessitant la collaboration réceptive;
 - assurer les liens entre les différents lots de travail.

- **Comité opérationnel PEP et Comité vigie**
 - mettre à jour le plan d'action pour bonification du fonctionnement de l'équipe PEP;
 - assurer les suivis du plan d'action du Programme PEP;
 - soulever les enjeux et émettre des recommandations sur les problématiques au comité de coordination des arrimages et collaborations;
 - opérationnaliser les recommandations du comité de coordination des arrimages et collaborations ainsi que du comité de pilotage;
 - informer le comité de coordination des arrimages et collaborations de l'avancement des travaux du plan d'action;
 - faire un bilan annuel des activités des équipes PEP auprès du comité de coordination des arrimages et collaboration.

LA GESTION DE LA QUALITÉ ET DE LA PERFORMANCE

Afin d'assurer la qualité des services, le programme répond aux exigences, aux normes et aux indicateurs du Programmes d'interventions pour premiers épisodes psychotiques (PIPEP) – Cadre de référence 2017 du MSSS. Les indicateurs de performance sont évalués selon les cibles à atteindre des objectifs de qualité de ce même cadre de référence. Le programme s'est doté d'un tableau de bord pour suivre ses indicateurs.

Indicateurs
• Nombre de personnes admises de 12 à 17 ans ayant un premier épisode psychotique.
• Nombre de personnes admises de 18 à 35 ans ayant un premier épisode psychotique.
• Délai moyen d'attente entre la demande de service et le premier contact.
• Nombre qui excède le délai de 72 heures.
• Délai d'attente en jours entre l'évaluation sommaire et l'évaluation psychiatrique.
• Nombre d'hospitalisation avant la référence.
• Moyenne de la durée de suivi.
• Nombre de dossiers ouverts comparé au nombre d'abandons de suivi.
• Taux de réhospitalisation en cours de suivi.
• Taux de personnes ayant fait une réinsertion au travail ou aux études.
• Satisfaction des usagers et des familles.
• Une intervention familiale a été offerte à toute personne admise au Programme PEP et qui est en contact avec un membre de sa famille ou de son entourage.
• De l'information écrite a été offerte aux membres de l'entourage sur l'évaluation et le traitement de la psychose et de la schizophrénie, les parcours de rétablissement et de stabilisation, le rôle et les services du Programme PEP, la façon d'obtenir de l'aide en cas d'urgence et les services offerts par le milieu communautaire destinés aux membres de l'entourage.

RÉFÉRENCES

MASSUARD, Marie, et Anne-Marie ROYER, « Identification des bonnes pratiques à privilégier lors d'un premier épisode psychotique (PEP) », Direction administrative de la recherche, CIUSSS de l'Estrie – CHUS, 2017

GILBERT, Michel, et Olivier JACKSON, « Proposition de guide à l'implantation des équipes de premier épisode psychotique », Centre national d'excellence en santé mentale, 17 p., 2014

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, « Programmes d'interventions pour premiers épisodes psychotiques (PIPEP) – Cadre de référence », 56 p., 2017

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, « Plan d'action en santé mentale 2015-2020 », 79 p., 2015

Champ d'exercice et activités réservées à la profession infirmière de l'OIIQ
<https://www.oiiq.org/pratique-professionnelle/exercice-infirmier/infirmieres-et-infirmiers>

**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Estrie – Centre
hospitalier universitaire
de Sherbrooke**

Québec 

