

# Standards de pratique de l'infirmière dans le domaine de la santé mentale



Ordre  
des infirmières  
et infirmiers  
du Québec



## ÉDITION

### COORDINATION

Suzanne Durand, inf., M. Sc. inf., D.E.S.S. (bioéthique)  
Directrice, Direction, Développement et soutien professionnel,  
OIIQ

### RÉDACTION ET RECHERCHE

France Laflamme, inf., M. Sc. inf.  
Infirmière-conseil, Direction, Développement et soutien  
professionnel, OIIQ

### CONSULTATION INTERNE

Comité des affaires cliniques, OIIQ  
Conseil d'administration, OIIQ

### CONSULTATION EXTERNE

Philippe Asselin, inf., M. Sc.  
Conseiller en soins spécialisés – santé mentale  
Direction des soins infirmiers, CHU de Québec

Janique Beauchamp, inf., M. Sc.  
Conseillère clinicienne en soins infirmiers  
Volet recherche et évaluation de la qualité –  
Direction des soins infirmiers  
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal –  
Institut universitaire en santé mentale de Montréal

Dominique Boudreau, inf., M. Sc.  
Conseillère en soins spécialisés – volet psychiatrie, santé mentale,  
médecine des toxicomanies, UHRESS Direction des soins  
infirmiers et des regroupements clientèles CHUM-  
Hôpital Notre-Dame, Pavillon Mailloux

Josée Dionne, inf., M. Sc.  
Infirmière clinicienne  
CISSS de Chaudière-Appalaches

## PRODUCTION

Service marketing  
Isabelle Lacroix, coordonnatrice de la production  
Direction, Marketing, promotion et événements, OIIQ

### RÉVISION LINGUISTIQUE ET CORRECTION D'ÉPREUVES

Odette Lord

### CONCEPTION ET RÉALISATION

Mario Paquette

Lise Laberge, inf., M. Sc.  
Conseillère clinicienne en soins infirmiers  
CIUSSS de la Capitale-Nationale-IUSMQ  
Présidente de l'Association québécoise des infirmières et  
infirmiers en santé mentale

Andrée Leboeuf, inf., B. Sc.  
Infirmière clinicienne  
CIUSSS de la Capitale-Nationale – CLSC Donnacona

Nathalie Maltais, inf., M. Sc., Ph. D. (c.)  
Conseillère clinicienne en soins infirmiers  
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal  
Hôpital Rivière-des-Prairies

Stéphanie Nencioni, inf., M. Sc. inf. (santé mentale)  
Infirmière clinicienne avec attestation pour évaluer  
les troubles mentaux  
CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal  
Centre médical Brunswick

### CONSULTATION ET RÉVISION

Claire Page, inf., Ph. D. Sc.  
Professeure associée en sciences infirmières et chargée de cours  
UQAR, Campus de Rimouski

### SOUTIEN DOCUMENTAIRE

Service, Veille et ressources documentaires  
Direction, Communication, OIIQ

---

### ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC

4200, rue Molson  
Montréal (Québec) H1Y 4V4  
Téléphone : 514 935-2501 ou 1 800 363-6048  
Télécopieur : 514 935-3770  
ventepublications@oiiq.org  
**oiiq.org**

### DÉPÔT LÉGAL

Bibliothèque et Archives Canada, 2016  
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2016  
ISBN 978-2-89229-687-7 (PDF)  
© Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2016

## TABLE DES MATIÈRES

<b>INTRODUCTION</b> .....	4
<b>CHAPITRE 1. Le domaine de la santé mentale</b> .....	5
1.1 Définir la santé mentale.....	5
1.2 Définir le trouble mental.....	5
1.3 État de la situation et impact des troubles mentaux.....	6
1.4 Orientations stratégiques canadiennes dans le domaine de la santé mentale.....	7
1.5 Orientations ministérielles québécoises dans le domaine de la santé mentale et rapport du Commissaire à la santé et au bien-être.....	8
1.6 Lois professionnelles.....	9
<b>CHAPITRE 2. Pratique infirmière en santé mentale</b> .....	11
2.1 Champ d'exercice en soins infirmiers.....	11
2.2 Pratique infirmière dans le domaine de la santé mentale.....	11
2.3 Les principaux phénomènes d'intérêt de l'infirmière en santé mentale.....	12
2.4 Valeurs sous-tendant la pratique clinique des infirmières auprès des personnes présentant un trouble mental.....	13
2.5 Pratique infirmière selon la formation et le continuum de soins en santé mentale.....	13
2.6 Clientèle et lieux d'exercice en santé mentale.....	14
2.7 Collaboration interdisciplinaire.....	15
<b>CHAPITRE 3. Standards de pratique</b> .....	17
<b>Standard 1</b> : Offrir des soins de qualité dans le cadre d'une relation thérapeutique.....	17
<b>Standard 2</b> : Offrir des activités de promotion de la santé mentale et de prévention de la maladie.....	19
<b>Standard 3</b> : Évaluer la condition de santé physique et mentale des personnes présentant un trouble mental.....	24
<b>Standard 4</b> : Exercer la surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, y compris le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier.....	26
<b>Standard 5</b> : Effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes.....	27
<b>Standard 6</b> : Intégrer à sa pratique clinique les principes de base et les interventions selon les meilleures pratiques.....	29
<b>Standard 7</b> : Assurer la gestion des situations de santé à risque.....	31
<b>Standard 8</b> : Évaluer les personnes présentant un risque suicidaire et assurer la gestion de la situation en milieu hospitalier et en communauté.....	33
<b>Standard 9</b> : Coordonner les soins et services et en assurer la continuité.....	35
<b>Standard 10</b> : Faire preuve de leadership infirmier et favoriser la collaboration intraprofessionnelle, interprofessionnelle et intersectorielle.....	36
<b>Standard 11</b> : Assurer son développement professionnel pour offrir des soins et services de qualité.....	37
<b>CHAPITRE 4. Pratique infirmière avancée en santé mentale</b> .....	38
4.1 Évaluer les troubles mentaux : nécessité d'une formation et d'une expérience clinique dont la détention est attestée par l'OIIQ.....	39
4.2 Exercice de la psychothérapie : règlement sur le permis de psychothérapeute.....	40
<b>ANNEXE 1.</b> Cadre de travail pour les relations thérapeutiques.....	41
<b>ANNEXE 2.</b> Données à considérer pour évaluer la santé d'une personne (peuvent inclure les paramètres suivants sans s'y limiter).....	42
<b>RÉFÉRENCES</b> .....	43
<b>LISTE DES TABLEAUX</b>	
<b>Tableau 1</b> Principaux déterminants des troubles mentaux.....	20
<b>Tableau 2</b> Croyances déterminantes de l'adoption de comportements de santé et exemples de connaissances et d'informations à transmettre pour les développer.....	22
<b>Tableau 3</b> Exemples de thèmes d'éducation à la santé.....	24
<b>Tableau 4</b> Résumé des activités réservées concernant les mesures de contrôle selon les professionnels.....	32

# Introduction

Les soins infirmiers dans le domaine de la santé mentale concernent à la fois la promotion de la santé mentale, la prévention des problèmes de santé et des troubles mentaux, la prévention du suicide, la prestation de soins et de traitements médicaux et infirmiers en lien avec le traitement des troubles mentaux, des problèmes de santé, des comorbidités et des troubles concomitants, et ce, dans le but de maintenir ou de rétablir la santé globale de la personne.

Les activités centrales de l'exercice infirmier concernent l'évaluation de l'état de santé, la surveillance clinique et le suivi infirmier. Ce dernier comprend diverses modalités d'intervention, notamment l'éducation à la santé, les interventions favorisant la participation de la personne aux décisions qui la concernent, comme l'adhésion au traitement, le soutien et l'accompagnement vers son rétablissement ainsi que le counseling concernant l'adoption d'habitudes de vie saines. Ces actions visent l'autonomie de la personne à gérer son état de santé. À la fois un art et une science, les soins infirmiers allient l'utilisation de soi et l'intégration de connaissances en soins infirmiers et de connaissances découlant d'autres domaines, comme la psychologie, les sciences sociales et la neurobiologie, en vue d'obtenir de meilleurs résultats de santé pour la personne et ses proches.

La pratique clinique des infirmières dans le domaine de la santé mentale s'adapte aux lois professionnelles en vigueur au Québec, aux orientations ministérielles dans ce domaine, aux missions des lieux de pratique et à la composition de l'équipe interdisciplinaire. Concernant les lois professionnelles, des travaux menés par l'Office des professions du Québec, visant la modernisation de la pratique professionnelle, ont conduit à l'adoption de lois professionnelles dans le domaine de la santé (2002) et dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines (2009). Destinées en premier lieu à assurer la protection du public, ces lois précisent le champ d'exercice des professionnels concernés et leur réservent la pratique de certaines activités jugées à risque de préjudices pour la clientèle. Dans cet esprit, la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* (LII) précise le champ d'exercice des infirmières et leur réserve 17 activités professionnelles.

Du côté du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), de grandes transformations des services de santé ont été entreprises par vagues successives au cours des dernières années, entraînant des modifications importantes aux modes de distribution des soins et services. Les plus récentes modifications visent à rapprocher les activités cliniques des lieux de vie de la population et à diminuer le recours et la durée des séjours hospitaliers. À ce sujet, les infirmières en santé mentale sont fortement mobilisées par les plans d'action ministériels en santé mentale (MSSS, 2005, 2015b). De plus, l'avancée des connaissances exige de mettre à profit l'expertise de chaque professionnel de la santé et de favoriser la collaboration interprofessionnelle en vue d'améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de santé pour la population.

Tous ces changements ont rendu nécessaire la mise à jour du guide *L'exercice infirmier en santé mentale et en psychiatrie*, publié par l'OIIQ en 2003. Soulignons qu'en 2009, le Conseil d'administration de l'OIIQ a confié à un comité d'experts sur la pratique infirmière en santé mentale et en soins psychiatriques un mandat visant à déterminer l'ensemble des rôles infirmiers, les compétences requises et les programmes de formation en matière de santé mentale dans le contexte de réorganisation de ce secteur. Les recommandations de ce comité se trouvent dans un document intitulé *La pratique infirmière en santé mentale : une contribution essentielle à consolider* (OIIQ, 2009). Ce document comprend aussi un descriptif des six volets de compétences correspondant au cœur de l'exercice de l'infirmière dans le domaine de la santé mentale et des soins en psychiatrie.

Se situant en continuité, le présent document décrit les standards de pratique clinique des infirmières dans le domaine de la santé mentale. En plus de guider la pratique clinique des infirmières dans ce domaine, ce document informe les différentes instances administratives et professionnelles de la contribution des infirmières dans le domaine de la santé mentale et, de fait, constitue une référence pour préciser la contribution des infirmières au sein des équipes interdisciplinaires.

# 1

## Le domaine de la santé mentale

Pour circonscrire les standards de pratique des infirmières dans le domaine de la santé mentale, il importe de considérer divers facteurs comme l'état de santé de la population québécoise, la contribution spécifique des infirmières définie par les lois professionnelles en vigueur au Québec et l'organisation des soins et services selon les orientations ministérielles dans ce domaine.

En ce sens, le texte suivant propose de définir succinctement ce que sont la santé mentale et le trouble mental, et de donner un aperçu des principaux problèmes et troubles mentaux présentés par la population québécoise. Suivront les principes sous-tendant les orientations ministérielles en regard de l'organisation des services dans le domaine de la santé mentale et la modernisation des lois professionnelles.

### 1.1 DÉFINIR LA SANTÉ MENTALE

La santé mentale fait partie intégrante de la santé et du bien-être d'une personne. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2016), la santé mentale est « un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté ». Bref, il n'y a pas de santé, sans santé mentale, puisque selon une perspective positive, « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

### 1.2 DÉFINIR LE TROUBLE MENTAL

Le trouble mental est une affection cliniquement significative qui se caractérise par le changement du mode de pensée, de l'humeur et du comportement d'une personne associé à une détresse psychique ou à une altération des fonctions mentales (OMS, 2001). Selon les connaissances actuelles, le trouble mental découle d'interactions complexes entre divers facteurs biologique, psychologique, social, économique ou génétique.

Il existe plusieurs types de troubles mentaux et, pour les préciser, la classification la plus utilisée au Québec est le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM). Ce manuel liste les critères diagnostiques particuliers aux divers troubles mentaux sous forme de signes et de symptômes, qui doivent être responsables d'un état de souffrance chez la personne ou d'une altération de son fonctionnement dans des domaines importants de la vie. Soulignons que l'usage du DSM requiert le jugement clinique du clinicien acquis par l'entraînement et l'expérience clinique.

## 1.3 ÉTAT DE LA SITUATION ET IMPACT DES TROUBLES MENTAUX

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (2001), une personne sur quatre présentera un trouble mental au cours de sa vie. Au Québec comme au Canada, on estime que près d'une personne sur cinq est atteinte d'un trouble mental (Institut national de santé publique du Québec [INSPQ], 2012). En fait, la proportion de la population touchée varie selon le trouble mental. Par exemple, les troubles anxieux, la dépression et la schizophrénie se retrouvent respectivement chez 10 %, 5 %, et 1 % de la population (INSPQ, 2012).

Dans son dernier rapport d'appréciation sur les services en santé mentale, le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE, 2012b) illustre l'ampleur du phénomène à l'aide de données comme celles-ci :

- D'ici 2030, la dépression sera la principale cause de morbidité dans le monde;
- Les troubles anxio-dépressifs constituent près des deux tiers des troubles mentaux (65 %);
- Plus de la moitié des troubles mentaux se manifestent avant l'âge de 14 ans;
- 23 % des Québécois âgés de 15 ans et plus sont atteints, une fois dans leur vie, d'au moins un trouble anxieux (trouble panique, phobie sociale, agoraphobie) ou de l'humeur (dépression et manie);
- 45 % des jeunes hébergés en centre jeunesse auraient un diagnostic de trouble mental;
- La dépression est associée à 50 % des cas de suicide;
- Près de 70 % des personnes itinérantes ont au moins un trouble psychiatrique, incluant les troubles liés à l'usage de drogues et d'alcool.

Les personnes de tous âges peuvent être touchées par un trouble mental. Dans une forte proportion, les premiers symptômes apparaîtront à l'adolescence ou au début de l'âge adulte. En fait, près de 50 % de ces troubles apparaissent avant l'âge de 14 ans et 75 % avant l'âge de 22 ans (Kessler, Amminger et al., 2007; Kessler, Berglund et al., 2005). Selon le cas, il s'agira d'un trouble mental à épisode unique ou d'un trouble mental présentant plusieurs récurrences.

Malheureusement, seulement 40 % des adultes et 25 % des jeunes âgés de 15 à 24 ans présentant un trouble mental consultent pour leur problème de santé. Lorsqu'elles décident de consulter pour leur trouble mental, 80 % des personnes choisissent de le faire auprès de leur médecin de famille en première ligne. La crainte de la stigmatisation liée au trouble mental ou l'ignorance de l'existence de traitement pourraient expliquer cette situation. Ou encore certaines personnes espèrent que le problème se résorbera de lui-même et d'autres évoquent que les services ne sont pas disponibles.

Les jeunes qui présentent des troubles mentaux sont difficiles à joindre. Pourtant, il existe des traitements et des stratégies qui peuvent limiter les conséquences négatives de ces troubles sur leur santé et leur intégration sociale. C'est pourquoi il est crucial de dépister le trouble mental précocement et d'intervenir. Pour ce faire, le Commissaire à la santé et au bien-être (2012b) recommande de développer des approches innovantes et flexibles pour joindre les jeunes de 16 à 25 ans. De même, l'instauration de mécanismes de liaison efficaces entre les différents partenaires de soins pourra éviter les ruptures de services lors de la transition vers les services destinés à la clientèle adulte.

En ce qui concerne la clientèle âgée de plus de 60 ans, la prévalence à vie des troubles mentaux est de 26 % (Kessler, Berglund et al., 2005). Soulignons que parmi ces personnes qui reçoivent des soins à domicile, 43 % démontrent des signes de détresse psychologique élevée (CSBE, 2012a). Quant à celles qui reçoivent des soins de longue durée, de 80 à 90 % présenteraient un trouble mental (Agence de la santé publique du Canada, 2006). Il faut dire que les troubles mentaux sont particulièrement difficiles à détecter chez les personnes âgées, étant donné l'interaction entre les problèmes de santé physiques, cognitifs et neurodégénératifs (Murray, 2011; Nour, Brown, Moscovitz, Hébert et Regenstreif, 2009).

Par ailleurs, des études indiquent que les personnes qui présentent des troubles mentaux ont une espérance de vie moindre que la population en général, pouvant varier de 10 à 20 ans. Pour expliquer cette situation, diverses hypothèses sont évoquées. Par exemple, la littérature fait ressortir le phénomène « d'ombrage au diagnostic » (*diagnostic overshadowing*) selon lequel les problèmes de santé physique décrits par les personnes atteintes d'un trouble mental seraient faussement attribués au trouble mental. Ainsi, des personnes présentant à la fois un trouble mental et une maladie chronique recevraient des soins de moins grande qualité que les autres pour leur problème de santé physique (Jones, Howard et Thornicroft, 2008).

En ce sens, des données indiquent que les personnes présentant un trouble mental sont plus à risque de mourir du cancer, de maladies cardiovasculaires et d'autres maladies (Agence de la santé publique du Canada, 2015). Près de 60 % des personnes atteintes de dépression sont aussi atteintes de maladies chroniques comme le diabète et l'hypertension. Outre les taux de suicide élevés associés aux troubles mentaux, plusieurs facteurs de risque comme des habitudes de vie malsaines (tabagisme, sédentarité ou mauvaise alimentation), la pauvreté et les effets secondaires néfastes de la médication contribuent à la surmortalité (Lawrence, Kisely et Pais, 2010). Mais surtout, la discrimination liée au trouble mental peut faire en sorte que les personnes qui présentent un trouble mental ne reçoivent pas les services adéquats à leur état de santé ou encore qu'elles subissent de longs délais pour obtenir une intervention médicale ou chirurgicale (Kisely et al., 2007; Björkenstam et al., 2012, cités dans INSPQ, 2012).

## 1.4 ORIENTATIONS STRATÉGIQUES CANADIENNES DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ MENTALE

Le gouvernement fédéral se préoccupe de la santé mentale des Canadiens et s'inscrit dans les courants mondiaux en publiant, en 2009, un cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada intitulé *Vers le rétablissement et le bien-être*. Stratégie qui a été renouvelée en 2012 avec la publication intitulée *Changer les orientations, changer des vies* (Commission de la santé mentale du Canada, 2012).

De première importance, l'approche clinique en santé mentale est orientée vers le rétablissement de la personne. Selon Anthony (1993), pionnier du concept, « le rétablissement est un processus de changement profond et unique chez la personne présentant un trouble mental, incluant ses attitudes, ses valeurs, ses sentiments, ses buts, ses habiletés et l'exercice de ses rôles. C'est avoir une vie satisfaisante, empreinte d'espoir, et utile, en dépit des limitations pouvant découler de la maladie. Bref, le rétablissement, c'est une nouvelle façon de vivre » (traduction libre). Ce concept a été développé et promu par des personnes qui, après avoir été diagnostiquées d'un trouble mental, ont expérimenté le processus conduisant au bien-être (Gordon et Ellis, 2013).

Comme l'indique la Commission de la santé mentale du Canada (2012, p. 16), « dans un système axé sur le rétablissement, les personnes qui sont aux prises avec des troubles mentaux et des maladies mentales sont traitées avec respect et dignité. Dans la mesure du possible, elles sont appelées à maintenir le contrôle et la responsabilité sur leur santé mentale et leur bien-être et à choisir elles-mêmes les services, les traitements et les formes de soutien qui leur conviennent le mieux, en se fondant sur les conseils des professionnels, ainsi que de leurs pairs et de leurs proches. »

L'importance de se préoccuper de la santé mentale est aussi démontrée dans un récent rapport traitant des maladies chroniques au Canada, incluant les maladies mentales (Agence de la santé publique du Canada, 2015). Ce rapport cite les résultats d'enquêtes nord-américaines menées auprès d'organisations présentes dans tous les grands secteurs d'activités économiques et révèle que les problèmes de santé mentale (p. ex., dépression, anxiété et stress) sont la cause principale d'invalidité à long terme au Canada. De plus, ce rapport montre l'interrelation entre les problèmes de santé physique et les troubles mentaux en indiquant que les personnes atteintes d'un trouble dépressif ou anxieux sont plus susceptibles d'être atteintes de maladie cardiovasculaire, d'asthme ou d'une maladie pulmonaire obstructive chronique. L'inverse est aussi vrai : les personnes souffrant d'une maladie chronique sont plus susceptibles de souffrir d'un trouble dépressif ou anxieux.

## 1.5 ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES QUÉBÉCOISES DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ MENTALE ET RAPPORT DU COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE

Dans le domaine de la santé mentale, le Québec innove en étant un des premiers au monde à adopter, en 1989, une politique de santé mentale et il s'inscrit depuis dans la foulée des tendances internationales en cette matière. Ainsi, la Direction de la santé mentale du MSSS a mis de l'avant une ambitieuse transformation des services avec son *Plan d'action en santé mentale* [PASM] 2005-2010 (MSSS, 2005) basé sur deux principes directeurs, soit l'approche populationnelle et la hiérarchisation des services.

Ces orientations ministérielles ont notamment eu pour effet de faire migrer les soins et services courants en santé mentale vers la communauté et le développement de diverses modalités de services en soins ambulatoires. Pour y parvenir, le PASM 2005-2010 réorganise la distribution des services en santé mentale en créant des équipes de santé mentale au sein des services de première ligne dans la communauté. La création de ces équipes vise à faciliter l'accès aux services de santé mentale, à diminuer la stigmatisation liée à cette maladie et à favoriser le rétablissement et l'intégration sociale des personnes qui en sont atteintes.

Pour accompagner la transformation des services, des orientations ministérielles ont conduit à la création de plusieurs guichets d'accès en santé mentale pour la clientèle adulte des CSSS (MSSS, 2008). D'autres orientations concernent l'organisation des soins et services offerts à la clientèle adulte par des équipes en santé mentale de première ligne en CSSS en vue de desservir les personnes présentant des troubles mentaux d'intensité légère à modérée (MSSS, 2011). En corollaire, les soins et les services spécialisés et surspécialisés sont réorganisés pour répondre aux besoins des personnes qui présentent des troubles mentaux très complexes ou rares ou encore de celles qui présentent des risques pour leur vie et celle de leurs proches.

Après plusieurs consultations et tout en soulignant les avancées réalisées avec la mise en œuvre du PASM 2005-2010, le Commissaire à la santé et au bien-être (2012b) identifie dix lacunes majeures sur le plan des services de santé mentale, soit :

1. La forte présence de stigmatisation à l'endroit des personnes atteintes de troubles mentaux;
2. Le peu d'investissement en matière de promotion de la santé et de prévention des troubles mentaux;
3. Des lacunes importantes dans les services offerts aux jeunes, notamment en la matière lors de la transition aux services dispensés aux adultes;
4. De nombreux obstacles rencontrés par les familles dans leur quête d'information sur leurs proches en raison d'une stricte application du principe de confidentialité;
5. Le manque de soutien offert aux omnipraticiens pour assurer les suivis en santé mentale et l'utilisation non optimale de plusieurs professionnels de la santé et des services sociaux;
6. Un accès non équitable aux interventions reconnues comme efficaces, alors que le manque d'alternatives et de compléments au traitement pharmacologique des troubles mentaux fait consensus;
7. Des services insuffisants pour intégrer les personnes présentant des troubles mentaux graves sur le marché du travail et aux études ainsi qu'à l'accès au logement;
8. Le travail en vase clos, la fragmentation et le manque d'intégration de différents services offerts en santé mentale;
9. Le manque d'indicateurs et d'évaluation pour assurer un suivi dans le secteur de la santé mentale;
10. Le financement des organismes communautaires qui n'est pas à la hauteur des engagements pris.

---

En 2015, le MSSS poursuit le déploiement des services dans le domaine de la santé mentale en publiant le *Plan d'action en santé mentale 2015-2020 : faire ensemble et autrement*. Ce nouveau PASM s'appuie sur les principes directeurs suivants :

- Les soins et les services sont orientés vers le rétablissement;
- Les soins et les services sont diversifiés et sont offerts en temps opportun;
- La prestation des soins et des services se fonde sur des pratiques collaboratives;
- Les pratiques organisationnelles et cliniques visent une amélioration de la performance du continuum de services en santé mentale;
- Les pratiques organisationnelles et cliniques s'inscrivent dans une démarche d'amélioration continue.

Plus concrètement, ce plan propose la mise en œuvre de 40 mesures s'articulant autour de quatre grandes orientations :

1. Promouvoir la primauté de la personne et le plein exercice de sa citoyenneté;
2. Assurer des soins et des services adaptés aux jeunes, de la naissance à l'âge adulte;
3. Favoriser des pratiques cliniques et de gestion qui améliorent l'expérience de soins;
4. Assurer la performance et l'amélioration continue des soins et services en santé mentale.

Par leurs compétences et les activités qui leur sont réservées, les infirmières du domaine de la santé mentale font partie des solutions possibles pour améliorer les soins et les services en santé mentale à toute la population.

## 1.6 LOIS PROFESSIONNELLES

Avec l'évolution des connaissances scientifiques et des demandes de services de la population en matière de santé mentale, il est devenu impérieux de moderniser l'apport des divers professionnels de la santé au Québec. Dans une optique de protection du public, l'Office des professions du Québec a mené des travaux en vue de renouveler la définition des champs d'exercice des divers professionnels de la santé et de réserver des activités cliniques jugées à risque de préjudices pour la clientèle. Cette démarche visait à faciliter le travail en équipe interdisciplinaire en spécifiant la contribution de chacun des professionnels et leur responsabilité professionnelle.

Dans un premier temps, la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*, adoptée en 2002, a précisé le champ d'exercice et des activités réservées aux professionnels du domaine de la santé, dont les infirmières.

En parallèle, le domaine de la santé mentale et des relations humaines a aussi fait l'objet de travaux de modernisation pour en arriver en 2009 à l'adoption de la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*. Cette loi est entrée en vigueur en 2012. Fruit d'un consensus réalisé par un groupe de travail de l'Office des professions du Québec (OPQ), composé de plusieurs ordres professionnels, le guide explicatif – *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines* – explique la portée de chacune des activités réservées en lien avec la finalité du champ d'exercice de chaque groupe professionnel concerné.

---

Également, toutes les professions ciblées par ces réformes législatives se sont vu reconnaître une participation à des activités à caractère promotionnel, préventif ou informatif et une responsabilité à cet égard, partagées selon leur domaine respectif. Ainsi, l'article 39.4 du *Code des professions* prévoit que : « L'information, la promotion de la santé et la prévention du suicide, de la maladie, des accidents et des problèmes sociaux auprès des individus, des familles et des collectivités font également partie de l'exercice d'un membre d'un ordre dans la mesure où elles sont reliées à ses activités professionnelles. »

En ce qui a trait à la psychothérapie, il a fallu trois groupes de travail pour parvenir à établir un consensus entre les divers ordres professionnels concernés. Adopté en 2009, le *Règlement sur le permis de psychothérapeute* est entré en vigueur en juin 2012. Ce règlement détermine les conditions de délivrance du permis de psychothérapeute, soit la formation universitaire et le stage clinique supervisé requis ainsi que les conditions d'utilisation du titre de psychothérapeute et le cadre des obligations de formation continue. Il précise également les interventions qui ne constituent pas de la psychothérapie.

En somme, la révision des lois professionnelles a déterminé l'apport spécifique de chaque type de professionnels aux soins et services en santé mentale ainsi que leur imputabilité. Les résultats de ces travaux devraient, par conséquent, faciliter la description de l'apport de chaque professionnel à la prestation des soins et services de santé en vue d'améliorer l'accessibilité, la continuité et l'efficacité des soins et services destinés à répondre aux besoins de la clientèle.

Le document de l'OIIQ (2016), intitulé *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières*, précise la portée de chacune de ces activités. Soulignons que ces activités réservées aux infirmières s'appliquent aussi dans le domaine de la santé mentale. Celles-ci sont illustrées dans le rapport du Comité d'experts sur la pratique infirmière en santé mentale et en soins psychiatriques, *La pratique infirmière en santé mentale : une contribution essentielle à consolider* (OIIQ, 2009).

# 2

## Pratique infirmière en santé mentale

### 2.1 CHAMP D'EXERCICE EN SOINS INFIRMIERS

L'exercice infirmier en santé mentale évolue selon les avancées en matière de connaissances scientifiques, de droits de la personne et des aspects légaux et éthiques liés aux soins. D'importants courants de pensée, comme le rétablissement et les soins centrés sur la personne, modifient la perspective de soins et des services donnés aux personnes, qui présentent un trouble mental, et à leurs proches.

Dans cette optique, la contribution des infirmières est liée à la définition du champ d'exercice de la profession énoncé à l'article 36 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* (LII) et qui se définit comme suit :

« L'exercice infirmier consiste à évaluer l'état de santé, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir et de rétablir la santé de l'être humain en interaction avec son environnement et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir les soins palliatifs. »

Retenons que l'exercice infirmier en santé mentale couvre un vaste champ d'activités, incluant des visées préventives, curatives, réadaptatives et palliatives. De plus, 17 activités, qui sont jugées à risque de préjudices pour la clientèle, ont été réservées aux infirmières et plusieurs s'appliquent au domaine de l'exercice infirmier en santé mentale.

### 2.2 PRATIQUE INFIRMIÈRE DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ MENTALE

La pratique infirmière dans le domaine de la santé mentale s'intéresse au soin des personnes, des familles, des communautés et des populations qui vivent des expériences de santé concernant la croissance, le développement et les problématiques de santé, incluant les troubles mentaux (Pepin, Kérouac et Ducharme, 2010). Ainsi, dans le domaine de la santé mentale, l'infirmière démontre des compétences découlant à la fois de ces connaissances, de ses habiletés cliniques et de son attitude, obtenues grâce à la formation et à l'expérience clinique auprès de personnes présentant des troubles mentaux souvent en association avec des comorbidités liées à la santé physique et en concomitance avec un trouble de dépendance (American Nurses Association [ANA], American Psychiatric Nurses Association [APNA] et International Society of Psychiatric-Mental Health Nurses [ISPN], 2014).

Dans ce contexte, la démarche de soins vise, entre autres, à assurer la santé et la sécurité des personnes, à évaluer leurs forces et leurs difficultés, à les assister dans l'atteinte de leurs objectifs de rétablissement, soit par l'acquisition d'habiletés pour faciliter leur adaptation, par l'acquisition de nouvelles habitudes de vie, de connaissances et d'habiletés visant, entre autres à mieux gérer les symptômes, à maximiser leurs facteurs de protection et à prévenir les rechutes (ANA, APNA et ISPN, 2014).

---

Dans un contexte de réorganisation des services en santé mentale et afin d'assurer l'adéquation entre les compétences requises par l'infirmière pour exercer dans ce domaine et les programmes de formation, un Comité d'experts avait pour mandat de déterminer l'ensemble des rôles infirmiers, les compétences requises et les programmes de formation en santé mentale et d'en faire rapport au Conseil d'administration de l'Ordre. Certaines de ses recommandations ont porté sur l'actualisation de la formation en santé mentale, sur la valorisation de l'embauche d'infirmières bachelières et sur l'importance de la formation en cours d'emploi.

## 2.3 LES PRINCIPAUX PHÉNOMÈNES D'INTÉRÊT DE L'INFIRMIÈRE EN SANTÉ MENTALE

Sans être exhaustifs, les énoncés suivants donnent un aperçu des principaux phénomènes d'intérêt des infirmières en santé mentale (ANA, APNA et ISPN, 2014) :

- La promotion de la santé physique et mentale optimale et du bien-être;
- Les facteurs de protection de la santé mentale (p. ex., les habiletés de gestion du stress, d'affirmation de soi et de résolution de problèmes);
- L'influence de l'environnement familial, social et culturel sur la santé mentale;
- La prévention de la détresse psychologique, du suicide et de la maladie;
- Les facteurs de risque (p. ex., exclusion sociale et stigmatisation);
- Les problèmes de santé mentale et les troubles mentaux;
- La comorbidité de troubles mentaux et de problèmes de santé physique;
- La concomitance de troubles mentaux et de problèmes de dépendance (p. ex., alcool et drogues);
- Les difficultés de pensée, de perception, de communication et de fonctionnement en lien avec la détresse physiologique et psychologique;
- La détresse physiologique et psychologique résultant de traumatisme ou de négligence, que ce soit sur le plan physique, psychologique ou environnemental;
- La psychogenèse et la vulnérabilité individuelle;
- Les présentations cliniques complexes confondues avec la pauvreté et des facteurs environnementaux néfastes;
- Les modifications du concept de soi liées à la perte d'un organe physique, d'un traumatisme psychique, de conflits développementaux ou d'un accident;
- L'isolement d'une personne, d'une famille ou d'un groupe lié à des difficultés dans les relations interpersonnelles;
- Les comportements d'automutilation et d'autodestruction;
- Les comportements violents, incluant les abus physiques, sexuels, psychologiques ainsi que l'intimidation et la cyberintimidation;
- Les difficultés liées à l'adhésion au traitement (p. ex., difficulté concernant le niveau de littératie de la personne);
- Les situations de crise;
- La comorbidité de troubles mentaux et de déficience intellectuelle;
- La comorbidité de troubles mentaux et de retard de développement.

## 2.4 VALEURS SOUS-TENDANT LA PRATIQUE CLINIQUE DES INFIRMIÈRES AUPRÈS DES PERSONNES PRÉSENTANT UN TROUBLE MENTAL

En vue de cerner les devoirs et les obligations professionnelles des infirmières, l'OIIQ a retenu, pour le *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, les valeurs suivantes : l'humanité, l'intégrité, le respect de la personne, l'autonomie et la compétence professionnelle, l'excellence des soins et la collaboration professionnelle (OIIQ, 2015). En plus, selon le choix du modèle conceptuel en soins infirmiers qui guidera la pratique de l'infirmière, l'adoption de certaines valeurs sera renforcée. À titre d'exemple, l'infirmière qui exerce selon un modèle en soins infirmiers humaniste privilégiera des valeurs de respect de la personne, de sa dignité humaine et de son intégrité, de sa capacité à faire des choix en toute liberté et fera confiance en son potentiel (Cara, Roy et Thibault, 2015).

En accord avec celles-ci, l'infirmière en santé mentale pourra aussi intégrer à sa pratique clinique les valeurs prônées par le PASM 2015-2020 (MSSS, 2015b), qui sont les suivantes :

- La primauté de la personne : cela implique que l'infirmière respecte la personnalité de la personne atteinte, sa façon de vivre, ses différences et les liens qu'elle entretient avec son environnement, incluant la promotion, le respect et la protection des droits de la personne.
- Le partenariat avec les membres de l'entourage : il s'agit pour l'infirmière de reconnaître l'implication et la participation de la personne et de ses proches significatifs en tant que partenaires de soins dans la planification, l'organisation et la dispensation des soins et services ainsi que dans l'exercice de sa citoyenneté.
- Le partage des responsabilités : ce qui signifie que la santé mentale est l'affaire de tous et nécessite la mobilisation et l'implication de partenaires provenant de divers secteurs.

## 2.5 PRATIQUE INFIRMIÈRE SELON LA FORMATION ET LE CONTINUUM DE SOINS EN SANTÉ MENTALE

Selon la nature du problème de santé mentale présenté, les préoccupations de la personne et les meilleures pratiques, différentes modalités de soins et de services sont possibles. L'offre de soins infirmiers sera adaptée aux besoins et aux préoccupations de la personne et de ses proches, aux facteurs de risque présents, au contexte et à la mission du lieu de soins ainsi qu'à la composition de l'équipe de soins (leurs spécificités). Quoi qu'il en soit, les activités des infirmières au sein des équipes interdisciplinaires doivent découler de leurs compétences centrales, soit « évaluer la condition de santé physique et mentale d'une personne symptomatique », « effectuer la surveillance clinique des personnes présentant des risques incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier » et « effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes ».

Puisque les personnes présentant un trouble mental ou celles qui sont à risque d'en présenter peuvent requérir des soins dans divers contextes, des connaissances générales en santé mentale sont nécessaires à toutes les infirmières. Ainsi, elles sont en mesure de dépister des problèmes de santé mentale chez les personnes et d'intervenir adéquatement auprès d'elles. Toutefois, les infirmières qui exercent principalement auprès des personnes présentant des troubles mentaux doivent enrichir leur formation continue dans ce domaine afin d'être en mesure de fournir des soins et des services selon les meilleures pratiques particulières au domaine complexe de la santé mentale.

Depuis l'adoption du cheminement DEC-BAC pour la formation des infirmières et le fait que les contenus de formation particuliers à l'exercice en santé mentale sont donnés au baccalauréat, le Comité d'experts sur la pratique infirmière en santé mentale et en soins psychiatriques a recommandé l'embauche d'infirmières titulaires d'un baccalauréat en sciences infirmières pour exercer en santé mentale (OIIQ, 2009). Ainsi, le niveau de formation universitaire et l'expérience professionnelle dans le domaine de la santé mentale que l'infirmière requiert pour exercer en santé mentale devra s'arrimer à la complexité des problèmes de

---

santé présentés par la clientèle à desservir, au degré d'autonomie professionnelle nécessaire pour porter un jugement clinique et à la capacité à décider des actions à mettre en place, et ce, en conformité avec la mission de l'établissement de santé ou de la pratique privée.

De plus, il faut souligner que la pratique de deux activités réservées est réglementée. Ainsi, pour évaluer les troubles mentaux et exercer la psychothérapie, l'infirmière doit détenir une formation universitaire aux études supérieures et une expérience clinique déterminées par règlement<sup>1</sup>, et obtenir respectivement une attestation de l'OIIQ et un permis de l'Ordre des psychologues du Québec.

## 2.6 CLIENTÈLE ET LIEUX D'EXERCICE EN SANTÉ MENTALE

Concernant la clientèle, les infirmières en santé mentale exercent auprès de personnes de tous âges présentant soit un problème de santé mentale, des symptômes de détresse psychologique ou un trouble mental particulier. La pratique de l'infirmière peut se concentrer sur une clientèle appartenant à un groupe d'âge particulier (enfants, adolescents, adultes, personnes âgées), ou sur une clientèle présentant divers troubles mentaux plus courants ou encore sur des personnes présentant un trouble mental complexe ou rare (comorbidité et concomitance).

Pour ce qui est des lieux d'exercice, de plus en plus d'infirmières en santé mentale exercent dans des organisations de soins de proximité comme :

- Dans un groupe de médecins de famille;
- Au guichet d'accès en santé mentale;
- Au sein d'équipes interdisciplinaires de santé mentale pour clientèle jeunesse ou adulte.

D'autres infirmières en santé mentale exercent en services spécialisés et surspécialisés selon différentes modalités de service comme :

- Les soins d'urgence psychiatrique;
- L'unité d'intervention de crise ou d'intervention brève;
- Le module d'évaluation-liaison;
- L'unité d'hospitalisation offrant des soins aigus aux personnes présentant divers troubles mentaux, l'unité de soins spécialisés pour un trouble mental ou l'unité de soins intensifs;
- L'hôpital de jour dédié au traitement de la maladie aiguë;
- Les cliniques ambulatoires donnant des soins spécialisés comme le suivi intensif dans le milieu (SIM) et le suivi d'intensité variable (SIV);
- Les centres de réadaptation en dépendance;
- Les centres de détention.

---

1. Règlement sur la formation et l'expérience clinique requises des infirmières pour l'évaluation des troubles mentaux; Règlement sur le permis de psychothérapeute.

---

L'expertise de l'infirmière en santé mentale peut être déployée pour répondre aux besoins de clientèles se retrouvant en d'autres lieux comme en milieu scolaire, auprès des services de protection et de réadaptation pour les jeunes en difficulté et leur famille, en soins de longue durée, en oncologie, en résidences intermédiaires ou en milieu carcéral.

Qu'elles évaluent la condition de santé, interviennent ou dirigent les personnes vers les services requis, assurent la liaison avec les partenaires de soins, favorisent la transition entre les services, proposent des contenus de formation, fournissent un avis ou des conseils, répondent à une demande de consultation en personne, par téléphone ou en téléconsultation, les infirmières en santé mentale sont en mesure de faciliter l'accès aux soins requis et à la continuité des soins aux personnes présentant des troubles mentaux.

De plus, des infirmières qui détiennent un permis de psychothérapeute peuvent offrir des services de psychothérapie au sein des services de santé publics ou en pratique privée.

## 2.7 COLLABORATION INTERDISCIPLINAIRE

Lorsque les situations de soins des personnes présentant un trouble mental sont complexes, la dispensation de soins et services devrait s'effectuer par des équipes composées de divers professionnels impliquant une collaboration interprofessionnelle (Centre canadien de lutte contre les toxicomanies [CCLT], 2015).

La collaboration interprofessionnelle est définie comme un partenariat entre des professionnels de la santé et une personne et ses proches dans une approche participative, de collaboration et de coordination, en vue d'une prise de décisions partagée concernant l'atteinte de résultats optimaux en matière de santé et de services sociaux (Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé, 2010).

Dans la pratique clinique, l'optimisation de la collaboration interprofessionnelle s'appuie sur la connaissance et le respect du champ d'exercice des divers membres de l'équipe, sur une communication efficace et implique une définition claire des rôles et des responsabilités de chacun. Cette définition devrait permettre à chaque membre d'exercer selon la pleine étendue de son champ d'exercice et de contribuer de façon efficiente et efficace au suivi des patients en fonction de l'expertise propre à chacun (OIIQ, Collège des médecins du Québec et Ordre des pharmaciens du Québec, 2015). À ce sujet, un tableau du guide explicatif, *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines* de l'OPQ (2013, annexe IV), décrit les champs d'exercice et les activités réservées à chacun des professionnels dans le domaine de la santé mentale.

Par ailleurs, une synthèse des données probantes réalisée par DiCenso et al. (2010) met en évidence l'importance d'accroître la contribution des infirmières, comme membres essentiels des équipes interprofessionnelles, pour effectuer le suivi des personnes présentant des maladies chroniques complexes, notamment en première ligne. Leur contribution concerne principalement l'amélioration de la communication avec les personnes traitées, ainsi que l'éducation au sujet de leur problème de santé et de leur capacité à s'en occuper.

Les infirmières en santé mentale peuvent exercer, entre autres, des rôles d'évaluation et de liaison ainsi que de gestionnaires de cas. Bien que peu de recherches québécoises aient évalué la contribution des infirmières en santé mentale, des expériences cliniques ont fait ressortir la pertinence de leur jugement clinique et de leurs recommandations en matière de référence vers des soins spécialisés. Par leur habilitation en matière d'évaluation de la condition de santé, de surveillance clinique et de suivi infirmier, les infirmières pourraient contribuer davantage à faciliter l'accès aux services de santé et à améliorer l'expérience de soins, en collaboration notamment avec les médecins omnipraticiens et les médecins spécialistes répondants en psychiatrie (MSRP).

---

Selon une étude réalisée auprès de médecins de famille, une recommandation vise l'intégration à leur clinique d'infirmière expérimentée en santé mentale pour soutenir leur pratique auprès de cette clientèle. Les médecins souhaitent que cette infirmière dresse le portrait de santé de la personne, établisse les priorités de soins, offre de l'enseignement à la santé, établisse les liens avec la famille lorsque requis, favorise l'adhésion au traitement médicamenteux et qu'elle soit en mesure d'assurer la gestion des personnes présentant des problèmes de santé complexes (Fleury et Grenier, 2012).

En effet, les infirmières qui exercent pleinement leurs compétences peuvent fournir des soins appropriés et efficaces et apportent une contribution importante pour relever les défis qui se posent au système de santé en matière d'accès à des soins de santé mentale sécuritaires et de qualité, à des coûts acceptables (Institute of Medicine, 2011).

# 3

## Standards de pratique

### Standard 1

## Offrir des soins de qualité dans le cadre d'une relation thérapeutique

L'infirmière en santé mentale vise avant tout la promotion de la santé mentale des personnes, et la prévention ou la diminution des troubles mentaux (Canadian Federation of Mental Health Nurses [CFMHN], 2014). Pour y parvenir, le principal atout de l'infirmière en santé mentale réside dans sa capacité à établir une relation de confiance avec la personne et par l'utilisation thérapeutique de soi. Il s'agit ici pour l'infirmière d'utiliser sa connaissance d'elle-même, ses habiletés, ses stratégies de relation d'aide ainsi que ses capacités personnelles pour offrir une alliance thérapeutique au client (Phaneuf, 2011a, 2011b) afin de créer un climat propice au partenariat. Cette alliance se construira grâce aux capacités de l'infirmière à respecter et à accepter la personne, à susciter de l'espoir et par une attitude manifestant sa disponibilité et sa spontanéité.

Pour établir une relation thérapeutique, l'infirmière doit intégrer diverses connaissances et des concepts comme : la conscience de soi, la connaissance de soi, l'empathie, l'écoute et la capacité d'instaurer les frontières et les limites du rôle professionnel (Registered Nurses Association of Ontario [RNAO], 2006) (voir l'annexe 1).

L'infirmière en santé mentale :

- Évalue et clarifie l'influence de ses croyances personnelles, de ses valeurs, de ses préjugés et de son expérience de vie sur sa capacité à établir des relations thérapeutiques (CFMHN, 2014);
- Distingue les aspects d'une relation sociale de ceux d'une relation thérapeutique : l'infirmière définit les limites de son rôle professionnel, accorde la priorité aux besoins du client par rapport à ses propres besoins et pose des actions dans le meilleur intérêt du client;
- Ne peut établir de liens d'amitié, intimes, amoureux ou sexuels avec un client pendant la durée de la relation professionnelle, doit tenir compte notamment de la vulnérabilité du client, de son problème de santé, de la durée de l'épisode de soins et de la probabilité d'avoir à redonner des soins à ce client (Code de déontologie, art. 38);
- Utilise des habiletés de communication verbales et non verbales, incluant l'empathie, l'écoute active, l'authenticité, la capacité d'observation et son intérêt pour l'expérience de vie de la personne et de ses proches (CFMHN, 2014);

- 
- Établit un partenariat avec la personne (famille, groupe, communauté et population) et ses proches significatifs en vue de déterminer les objectifs de soins à partir de leurs préoccupations et de leurs objectifs (CFMHN, 2014);
  - Intervient auprès de la personne en intégrant les principes du rétablissement;
  - Reconnaît l'influence de l'âge, du genre, de la culture, de la classe sociale, de l'ethnicité et de la possibilité de stigmatisation sur le processus thérapeutique et négocie avec la personne des objectifs de soins en tenant compte de ses caractéristiques (CFMHN, 2014);
  - Mobilise les partenaires et défend le droit des personnes présentant des troubles mentaux en vue de faciliter leur inclusion dans la communauté et d'améliorer leur accessibilité aux services de santé mentale (CFMHN, 2014);
  - Comprend et réagit adéquatement aux réactions des personnes présentant de la détresse ou une perte de contrôle pouvant se manifester par la colère, l'anxiété, la peur, la tristesse, la vulnérabilité, le désespoir ou l'humour (CFMHN, 2014);
  - Reconnaît et respecte l'unicité de la personne et sa connaissance de sa situation, et facilite pour elle le changement de comportement, le développement émotionnel ou spirituel en soutenant sa participation et en lui reconnaissant la responsabilité de ses choix;
  - Respecte l'expérience de vie et de santé unique de la personne et de ses proches et vise la promotion de son rétablissement (CFMHN, 2014);
  - Encourage, par une approche réflexive, la réciprocité dans la relation en analysant l'efficacité des interventions selon la réponse et la rétroaction des personnes et de leurs proches (aussi par la supervision clinique et l'autoévaluation) (CFMHN, 2014);
  - Comprend la nature épisodique ou cyclique de la maladie mentale malgré les efforts de la personne atteinte afin d'éviter les rechutes (CFMHN, 2014);
  - Vise l'autonomie de la personne en regard de sa situation de santé : facilite le développement des habiletés d'auto-soins et le sentiment d'efficacité à s'occuper de sa propre santé (CFMHN, 2014);
  - Crée un environnement favorable à l'implication des proches.

---

## Standard 2

# Offrir des activités de promotion de la santé mentale et de prévention de la maladie

### LA PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE

La santé mentale est une composante essentielle de la santé, car il n'y a pas de santé sans santé mentale (OMS, 2016). La promotion de la santé mentale vise la promotion de la santé positive en augmentant le bien-être psychologique, le sentiment de compétence et la résilience. La promotion de la santé mentale se réalise par des actions visant à créer des conditions de vie et des environnements qui favorisent la santé mentale et qui permettent d'adopter et de conserver un mode de vie sain. Selon une perspective écologique, la promotion de la santé mentale repose sur des stratégies individuelles, interpersonnelles, environnementales et intersectorielles.

À titre d'exemple de stratégies intersectorielles, soulignons les programmes d'interventions à la petite enfance, les activités de promotion de la santé en milieu scolaire, les interventions en milieu de travail, comme les programmes de gestion du stress de même que la promotion des droits, des opportunités et des soins pour les personnes atteintes de troubles mentaux (OMS, 2016).

### LA PRÉVENTION DE LA MALADIE MENTALE

Quant à la prévention de la maladie mentale, elle vise à réduire l'incidence, la prévalence et la récurrence des maladies mentales, la durée des symptômes, les conditions à risque de développer des symptômes, prévenir ou retarder les récurrences et diminuer l'impact de la maladie sur la personne qui en souffre, ses proches et toute la société. Appliquées au domaine de la santé mentale, les interventions de prévention visent à réduire les symptômes de la maladie mentale en diminuant les facteurs de risque et en renforçant les facteurs de protection associés à la maladie mentale comme l'apprentissage d'habiletés de communication, de gestion du stress ou de résolution de problèmes (Hagan, 2014).

### DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ MENTALE

Des facteurs biologiques, sociaux et psychologiques déterminent le niveau de santé mentale d'une personne à un moment donné. Ainsi, des changements sociaux rapides, des conditions de travail difficiles, l'exclusion sociale, un mode de vie malsain, des risques de violence ainsi que certains traits de personnalité peuvent prédisposer à l'apparition d'un trouble mental (OMS, 2016). En général, les principaux déterminants des troubles mentaux se divisent en deux catégories : les facteurs de risque et les facteurs de protection. Alors que les facteurs de risque accroissent la probabilité qu'apparaisse un trouble mental, sa sévérité ou sa durée, les facteurs de protection améliorent la résistance des personnes aux facteurs de risque ou réduisent leurs effets néfastes (OMS, 2016). Le tableau suivant dresse la liste des principaux déterminants.

**TABLEAU 1****PRINCIPAUX DÉTERMINANTS DES TROUBLES MENTAUX**

Facteurs de risque	Facteurs de protection
Décrochage scolaire	Habilité à s'adapter au stress
Prendre soin d'une personne atteinte d'une maladie chronique ou de démence	Habilité à faire face à l'adversité
Abus et traumatisme dans l'enfance ou négligence	Capacité d'adaptation
Insomnie chronique	Autonomie
Douleur chronique	Stimulation cognitive précoce
Grossesse précoce (jeune âge)	Exercice physique
Abus chez la personne âgée	Sentiment de sécurité
Immaturité émotionnelle	Sentiment d'être en maîtrise et en contrôle
Abus de substances (alcool et drogues)	Parentalité, gage de sécurité
Traumatismes psychologiques, agression, violence	Niveau de littératie
Conflits familiaux ou désorganisation familiale	Bonne capacité d'attachement
Isolement ou manque de soutien social ou communautaire	Interaction parent-enfant positive
Petit poids à la naissance	Capacités de résolution de problèmes
Maladie	Habilités à établir des relations positives
Débalancement neurochimique	Estime de soi
Maladie mentale chez les parents	Habilités favorisant l'intégration sociale
Abus de substances de la part des parents	Habilités sociales et à gérer des conflits
Complications néonatales	Croissance émotionnelle
Deuil, perte d'un proche	Gestion du stress
Absence d'emploi ou mauvaises conditions d'emploi	Soutien social provenant de la famille et d'amis
Difficultés à lire	Environnement favorable
Handicaps sensoriels	
Incompétence sur le plan social	
Traumatismes et stressseurs de la vie	
Abus de substances durant la grossesse	

Source : OMS, 2004, p. 23.

---

Des facteurs individuels peuvent renforcer la santé mentale des personnes, comme apprendre à gérer son stress et à s'affirmer ainsi que la pratique d'exercices physiques. D'autres facteurs ont aussi un impact sur la santé et le développement social et économique des sociétés. Par exemple, soulignons que des stratégies pour renforcer une saine alimentation, améliorer l'accès au logement et à l'éducation, réduire l'insécurité économique, renforcer les réseaux communautaires ou encore réduire l'usage du tabac et des drogues durant la grossesse peuvent avoir un impact positif sur la santé mentale (OMS, 2004).

## LA STIGMATISATION LIÉE À LA MALADIE MENTALE

De toute évidence, la stigmatisation liée à la maladie mentale peut entraîner une plus grande souffrance que la maladie mentale elle-même (Schulze et Angermeyer, 2003). Déjà en 2001, l'OMS déclarait que la stigmatisation était l'obstacle le plus important à surmonter pour la personne atteinte d'un trouble mental. La stigmatisation est décrite comme une expérience de discrédit et d'isolement social associée à des sentiments de culpabilité, de honte, d'infériorité et à un désir de dissimulation (Stuart, 2003).

Or, selon les données, 60 % des personnes atteintes d'un trouble mental hésiteraient à consulter par crainte d'être stigmatisées et par méconnaissance de la maladie mentale (CSBE, 2012b). Cette situation peut occasionner de graves répercussions pour la personne atteinte : aggraver son état de santé, retarder son rétablissement et même causer la mort (CSBE, 2012b). C'est pourquoi il importe de lutter contre la stigmatisation et la discrimination. Pour ce faire, les stratégies les plus efficaces combinent l'éducation et le contact direct avec une personne atteinte d'un trouble mental engagée socialement ou professionnellement (Association québécoise pour la réadaptation psychosociale, 2014; CSBE, 2012b). D'ailleurs, la mesure 1.2 du PASM 2015-2020 porte spécifiquement sur la lutte à la stigmatisation et à la discrimination liée à la santé mentale et s'adresse à tous les intervenants, notamment les infirmières (MSSS, 2015b).

## ÉDUCATION À LA SANTÉ (ÉDUCATION PSYCHOLOGIQUE)

En accord avec la finalité de leur champ d'exercice, les infirmières visent, entre autres, à prévenir la maladie. Pour ce faire, l'infirmière dispose d'interventions comme l'éducation à la santé ou l'éducation thérapeutique. On entend par éducation à la santé, un ensemble planifié d'apprentissages visant à prédisposer une personne et à la rendre apte à adopter volontairement des comportements favorables à la santé ainsi qu'à soutenir l'adoption de ces comportements (Hagan, 2014). Quant à l'éducation thérapeutique, il s'agit d'interventions visant à aider les personnes à acquérir ou à maintenir les compétences nécessaires pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique (Hagan, 2014). Mentionnons ici que ces interventions s'apparentent à la définition de l'éducation psychologique décrite au *Règlement sur le permis de psychothérapeute* (Section IV : Interventions qui ne constituent pas de la psychothérapie).

Dans cette optique, l'infirmière propose des contenus éducatifs aux personnes et à leurs proches, en individuel ou en groupe. Ces contenus visent notamment à favoriser la compréhension du problème de santé, à en reconnaître les signes et les symptômes, à développer des stratégies pour gérer le problème de santé et s'y adapter, à connaître les options thérapeutiques et les résultats possibles et à savoir quand il est important de consulter son médecin ou un autre professionnel de la santé.

Plusieurs des facteurs de risque et des facteurs de protection en regard de la maladie sont malléables et, de ce fait, constituent des cibles idéales d'intervention pour la promotion de la santé mentale ou la prévention de la maladie. À ce sujet, on peut consulter l'*Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux* (INSPQ, 2008). Ces programmes d'interventions de prévention et de promotion basés sur des évidences visent à réduire les facteurs de risque, à renforcer les facteurs de protection et à diminuer les symptômes psychiatriques et les difficultés associées ou encore le début de certains problèmes mentaux. Ces interventions peuvent aussi renforcer la santé mentale positive, contribuer à une meilleure santé physique et générer des bénéfices sociaux et économiques.

Différents modèles théoriques de prévention de la maladie ou de promotion de la santé existent. Et les infirmières peuvent s'appuyer sur ces modèles pour concevoir les programmes de promotion de la santé, notamment :

1. Le modèle des croyances relatives à la santé (HBM) (Becker et Rosenstock, 1984);
2. La théorie sociale cognitive (TSC) (Bandura, 1977);
3. La théorie du comportement planifié (TCP) (Ajzen, 1991);
4. La théorie de l'adaptation au stress (AS) (Lazarus et Folkman, 1984);
5. Le modèle PRECEDE PROCEED (Green et Kreuter, 1999);
6. Le modèle écologique (Bronfenbrenner, 1979).

Le tableau suivant dresse la liste des principales croyances issues des théories et des modèles jugés pertinents pour l'éducation à la santé :

**TABLEAU 2**

**CROYANCES DÉTERMINANTES DE L'ADOPTION DE COMPORTEMENTS DE SANTÉ ET EXEMPLES DE CONNAISSANCES ET D'INFORMATIONS À TRANSMETTRE POUR LES DÉVELOPPER**

Croyances	Connaissances ou informations à transmettre
Croyance en sa vulnérabilité personnelle d'avoir le problème de santé (HBM)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prévalence du problème de santé dans la population</li> <li>• Caractéristiques des clientèles à risque</li> <li>• Facteurs de risque à la maladie</li> </ul>
Croyance à la gravité des conséquences du problème de santé (HBM et TCP)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Complications possibles du problème de santé</li> <li>• Répercussions potentielles du problème de santé sur la qualité de vie</li> </ul>
Croyance en l'efficacité du comportement de santé pour donner les résultats attendus (HBM et TSC)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Résultats probants (résultats de recherche) sur le lien entre les habitudes de vie et l'état de santé souhaité</li> <li>• Observation (journal de bord) de l'évolution des signes et des symptômes liés aux habitudes de vie ou à l'autosoins</li> </ul>
Croyance que les avantages d'adopter le comportement sont plus importants que la perception des barrières (HBM)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bénéfices de saines habitudes de vie ou de l'autosoins sur la santé</li> <li>• Ressources disponibles pour lever les barrières et faciliter l'adoption du comportement visé</li> </ul>
Croyance en l'efficacité personnelle (capacité personnelle d'adopter le comportement [TSC])	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informations provenant de l'observation (journal de bord) de l'évolution des signes et des symptômes liés aux habitudes de vie ou à l'autosoins</li> <li>• Informations provenant de l'observation des réussites des personnes vivant une situation comparable</li> <li>• Informations provenant de l'observation des réussites personnelles à modifier ses habitudes de vie ou ses comportements de santé</li> </ul>
Croyance que l'adoption du comportement aura des conséquences positives ou négatives (TCP)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Résultats probants sur le lien entre les habitudes de vie et la santé optimale sur les bénéfices de saines habitudes de vie ou de l'autosoins sur la santé</li> <li>• Observation (journal de bord) de l'évolution des signes et des symptômes liés aux habitudes de vie ou à l'autosoins</li> </ul>

Croyances	Connaissances ou informations à transmettre
Croyance en l'opinion positive ou négative des personnes influentes à l'égard du comportement visé (TCP)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Information sur les points de vue positifs des professionnels de la santé ou des proches quant aux avantages d'adopter le comportement visé pour l'amélioration ou le maintien de la santé</li> </ul>
Croyance que des conditions facilitant l'adoption du comportement sont disponibles, accessibles (TCP)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informations sur les ressources disponibles pour lever les barrières et faciliter l'adoption du comportement visé</li> </ul>

Source : Hagan, 2014.

### L'infirmière en santé mentale :

- Assiste, enseigne et renforce la personne afin qu'elle soit en mesure de faire des choix éclairés (CFMHN, 2014);
- Propose des activités d'enseignement (individuel ou en groupe) adaptées aux besoins de la personne et à ses objectifs en matière de rétablissement ainsi qu'aux facteurs liés à sa situation de santé. Il peut s'agir de connaissances concernant le problème de santé ou le trouble mental, l'usage de substances (alcool et drogues), les facteurs de risque, les facteurs de protection en matière de trouble mental comme la gestion de conflits, la résolution de problèmes, la gestion du stress, le soutien social, les capacités d'adaptation, la prévention de la rechute et les activités d'autosoins (ANA, APNA et ISPN, 2014);
- Utilise des méthodes d'enseignement visant la promotion de la santé et la prévention de la maladie appropriées à la situation de soins, aux valeurs et aux préoccupations de la personne, à ses croyances, à ses comportements de santé, à son niveau de développement, à ses besoins d'apprentissage, à son intérêt à recevoir de l'information et à apprendre, à ses préférences en matière de spiritualité, à sa culture et à son niveau de littératie (ANA, APNA et ISPN, 2014);
- Intègre à ses interventions les connaissances découlant des données probantes, notamment en ce qui concerne les contenus de formation et les stratégies éducationnelles (ANA, APNA et ISPN, 2014);
- Applique ou utilise des guides d'autosoins afin de favoriser l'acquisition de connaissances et l'empowerment de la personne en regard de sa situation de santé (p. ex., *Guide d'autosoins pour la dépression : développer des stratégies pour surmonter la dépression*, guide destiné aux adultes repéré sur le site Web du Réseau Qualaxia, [www.qualaxia.org](http://www.qualaxia.org));
- Identifie les ressources comprises dans la communauté qui peuvent procurer du soutien aux personnes dans l'utilisation des services de santé et de prévention (ANA, APNA et ISPN, 2014);
- Évalue et recherche la rétroaction concernant l'efficacité des stratégies d'éducation utilisées (ANA, APNA et ISPN, 2014);
- Anticipe les besoins des personnes et de leurs proches afin de promouvoir la santé mentale, de prévenir et de réduire les risques de troubles mentaux (ANA, APNA et ISPN, 2014);
- Mobilise les ressources, soutient et renforce la personne dans l'exercice de ses autosoins au quotidien (CFMHN, 2014);
- Encourage l'acquisition de saines habitudes de vie (alimentation saine et variée, cessation tabagique, activité physique quotidienne, hygiène corporelle adéquate, sommeil, etc.).

Par la finalité de son champ d'exercice et de son rôle, l'infirmière en santé mentale détient une position stratégique pour offrir aux personnes présentant un trouble mental l'enseignement visant à favoriser une meilleure compréhension de leur problème de santé et des facteurs favorisant l'apparition de symptômes ou le maintien de ceux-ci. En partant de cette connaissance, l'infirmière propose l'apprentissage de stratégies visant à s'ajuster à leur situation de santé.

### TABLEAU 3

#### EXEMPLES DE THÈMES D'ÉDUCATION À LA SANTÉ

Connaissance de la maladie	Capacité d'adaptation
Gestion du stress	Stimulation cognitive
Habilité de résolution de problèmes	Pratique d'exercice physique
Habilité à la gestion de conflits	Créer et entretenir son réseau social
Affirmation de soi	Traitement pharmacologique
Gestion des émotions	Journal des activités quotidiennes
Amélioration des relations interpersonnelles	

## Standard 3

### Évaluer la condition de santé physique et mentale des personnes présentant un trouble mental

« L'évaluation de la condition physique et mentale d'une personne symptomatique » constitue la compétence centrale et l'assise de l'exercice infirmier. Selon les résultats de son évaluation, l'infirmière détermine les constats qui requerront un suivi au plan thérapeutique infirmier.

Ainsi, l'infirmière explique à la personne le processus d'évaluation, l'objectif et les suites de son évaluation selon le contexte de soins. L'évaluation de l'infirmière ne se limite pas à une facette de la situation de santé, mais s'intéresse plutôt à une évaluation globale de la santé. L'évaluation de l'infirmière peut être en amont ou en aval de l'évaluation d'un autre professionnel de la santé. Il peut s'agir d'une évaluation initiale ou en cours d'évolution, et ce, à tout moment au cours de l'épisode de soins ou du suivi infirmier.

Pour procéder à l'évaluation, l'infirmière utilise un processus structuré visant à traiter et à analyser l'ensemble des données pertinentes. À la suite de son évaluation, l'infirmière porte un jugement clinique sur la situation de santé de la personne. Ainsi, l'infirmière est en mesure notamment de distinguer les situations de santé anormales, de déceler un problème de santé, de déterminer l'urgence de la situation, d'établir des priorités d'intervention, de déterminer les conditions d'intervention et de communiquer les résultats de son évaluation à un autre professionnel de la santé ou encore de diriger la personne vers une ressource pertinente à son état de santé.

## L'infirmière en santé mentale :

- Évalue la condition de santé physique et mentale de la personne, documente et analyse les paramètres pertinents, notamment les paramètres d'ordre physique, fonctionnel, psychologique, social, émotionnel, cognitif et sexuel, incluant l'évaluation des facteurs de risque pour la santé de la personne et les autres, comme l'estimation de la dangerosité de la personne, l'évaluation du risque d'auto-agressivité, le risque d'abus (physique, psychologique et sexuel), le risque de blessures et l'usage de substances (alcool, drogue, ITSS, etc.). Elle tient aussi compte des aspects spirituels, culturels, environnementaux et économiques en se centrant sur l'unicité de la personne (ANA, APNA et ISPN, 2014);
- Utilise un processus systématique pour évaluer la condition de santé physique et mentale d'une personne. Selon qu'il s'agit d'une évaluation initiale ou d'une évaluation en continu, ce processus peut comprendre un examen physique et un examen mental, l'histoire de santé de la personne, des observations, des renseignements obtenus à l'aide d'un entretien avec la personne, ses proches et les partenaires de soins si requis, et ce, en respectant les lois en matière de consentement et de confidentialité. L'infirmière peut utiliser un outil de mesure selon la pertinence clinique, ainsi que des données provenant du dossier médical antérieur afin de procéder à son analyse et de porter son jugement clinique sur l'état de santé global de la personne (OIIQ, 2016) (voir l'annexe 2 pour des exemples de paramètres à considérer pour évaluer la condition de santé des personnes);
- Évalue les facteurs de protection, la présence de soutien social, les forces et les limites de la personne, ainsi que les facteurs de risque (p. ex., la présence de stressors comme une perte d'emploi, le deuil d'un proche, etc.);
- Utilise avec pertinence des outils de mesure reconnus et appropriés à la situation clinique de la personne, et ce, en respectant les normes de pratique et les principes scientifiques généralement reconnus dans ce domaine pour leur utilisation, leur administration et leur interprétation (Code de déontologie, art. 45.1);
- Adapte son évaluation au contexte clinique en tenant compte des manifestations et des préoccupations de la personne évaluée (ANA, APNA et ISPN, 2014);
- Initie des mesures diagnostiques selon l'ordonnance individuelle ou collective en vue d'obtenir des données objectives sur des paramètres pertinents à l'état de santé (p. ex., dosage pharmacologique, TSH, lithémie, dépistage de drogues de rue);
- Démontre des habiletés cliniques pour mener une entrevue et favoriser le développement d'une alliance avec la personne et ses proches, si requis (ANA, APNA et ISPN, 2014);
- Établit des priorités sur les données à recueillir selon la condition clinique immédiate de la personne et les besoins anticipés en regard de la situation de santé (ANA, APNA et ISPN, 2014);
- S'enquiert des préoccupations de la personne, de ses préférences, de ses valeurs, de ses connaissances concernant sa situation de santé, de son adhésion au traitement si requis, de ses besoins et de ses objectifs en matière de rétablissement (ANA, APNA et ISPN, 2014);
- Utilise des techniques de résolution de problèmes, si requis, dans le processus d'évaluation (ANA, APNA et ISPN, 2014);
- Obtient de la personne le consentement approprié (*Code civil du Québec*, art. 11 et suiv.; Code de déontologie, art. 40 et 41), assure la confidentialité des données (Code de déontologie, art. 31 et suiv.; *Code des professions*, art. 60.4) et respecte les droits de la personne dans le processus d'évaluation (Code de déontologie, art. 3.1 et 29);
- Utilise les principes d'une relation thérapeutique pour comprendre et intervenir efficacement selon les émotions, les pensées, le comportement et la condition de santé de la personne (ANA, APNA et ISPN, 2014);

- Utilise l'approche systémique familiale pour comprendre la situation de la personne en considérant les interactions avec les personnes significatives de son environnement;
- Synthétise les données disponibles et pertinentes à la situation de santé de la personne afin d'identifier les comportements habituels et les variances;
- Établit les constats, le niveau de risque actuel ou potentiel pour la personne et ses proches, les priorités de soins et de suivi et détermine le plan thérapeutique infirmier (OIIQ, 2006) en collaboration avec la personne. Soulignons que le plan thérapeutique infirmier doit soutenir les objectifs de rétablissement de la personne et son intégration sociale;
- Documente la condition de santé de la personne et les changements significatifs avec pertinence;
- Détermine les interventions les plus appropriées pour assurer la sécurité de la personne, répond à ses besoins et à ses préoccupations et facilite l'accès aux ressources pertinentes;
- Communique les conclusions de son jugement clinique à la suite de son évaluation aux partenaires de soins.

## Standard 4

### Exercer la surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, y compris le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier

Lorsque l'infirmière exerce une surveillance clinique d'une personne présentant un trouble mental, elle évalue les résultats des traitements pharmacologiques et thérapeutiques, détecte les effets secondaires indésirables ou les signes de toxicité concernant la médication prescrite (p. ex., réactions extrapyramidales, agranulocytose, surdosage, etc.), identifie les alertes cliniques, détecte et anticipe des situations à risque (risque de suicide, agressivité et abus), des signes de rechute ou d'intoxication et prend les moyens pertinents pour assurer la sécurité des personnes. Pour y parvenir, l'infirmière détermine les priorités de suivi au plan thérapeutique infirmier et les directives concernant les interventions cruciales pour assurer la santé et la sécurité de la personne et de ses proches (OIIQ, 2006).

Par ailleurs, si la situation le requiert, l'infirmière initiera des mesures diagnostiques et thérapeutiques selon une ordonnance afin de surveiller certains paramètres de l'état de santé. Par exemple, dans la situation où une personne reçoit des antipsychotiques atypiques, l'infirmière peut initier des mesures diagnostiques selon une ordonnance individuelle ou collective (p. ex., taux de glucose, profil lipidique, ECG, électrolytes, etc.) pour exercer une surveillance clinique de l'état de santé de la personne.

L'infirmière en santé mentale :

- Implique la personne et ses proches dans la détermination du plan d'intervention et leur procure l'information nécessaire pour une prise de décision éclairée (CFMHN, 2014);
- Surveille la condition clinique de la personne, documente les modifications et les changements cliniques et compare les données obtenues avec les données antérieures et les objectifs à atteindre (CFMHN, 2014);
- Détermine les interventions les plus appropriées à effectuer selon la condition de santé de la personne et ses préoccupations, les lignes directrices, les données probantes et les modalités thérapeutiques (CFMHN, 2014);

- Assure un environnement de soins sécuritaire en utilisant le moins de contraintes possible selon la situation de santé de la personne;
- Administre la médication de façon sécuritaire et appropriée à l'âge de la personne, surveille la réponse thérapeutique et les réactions de la personne, surveille et rapporte les effets inattendus, les signes de toxicité et les possibles incompatibilités avec d'autres médicaments ou substances;
- Enseigne à la personne et aux proches significatifs les aspects liés au traitement pharmacologique en vue de favoriser l'autonomie de la personne dans la gestion de sa situation de santé;
- Assure la surveillance de l'état de santé et des risques découlant du traitement pharmacologique et met en place des protocoles de surveillance de paramètres selon les données probantes, incluant les mesures diagnostiques selon une ordonnance individuelle ou collective (p. ex., Surveillance : syndrome métabolique);
- Évalue et anticipe les besoins et les risques en collaboration avec la personne, en examinant les facteurs de risque compris dans son environnement et ses besoins en matière d'autosoins, de logement, d'alimentation, de soutien social et économique (CFMHN, 2014);
- Surveille et tient compte des réactions et des perceptions de la personne en regard des interventions et les ajuste, si requis;
- Modifie le plan d'intervention selon les résultats de l'évaluation en continu de la condition de santé de la personne, de sa réponse aux interventions et de ses objectifs (ANA, APNA et ISPN, 2014);
- Assure la gestion des urgences en déterminant le niveau de risque et en assurant la coordination des interventions requises (ANA, APNA et ISPN, 2014);
- Assiste la personne et défend ses droits afin qu'elle ait accès aux ressources requises par son état de santé (ANA, APNA et ISPN, 2014).

## Standard 5

### Effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes

Les personnes présentant un trouble mental ont une espérance de vie réduite de 15 à 20 ans en moyenne, comparativement à la population en général. Il est fréquent que ces personnes soient atteintes de plus d'un trouble mental et de problèmes de santé. Parmi les facteurs pouvant expliquer cette situation, notons la présence de maladies physiques comme les maladies cardiovasculaires, le diabète et le cancer (De Hert, Cohen et al., 2011). Le fort risque de développer ces maladies découle à la fois de conditions économiques faibles, du stigma lié à la maladie mentale, de l'usage d'antipsychotiques de deuxième génération et d'habitudes de vie malsaines (Scott et Happell, 2011; Simonelli-Munoz et al., 2012) en plus des difficultés d'accès à des soins de santé pertinents à leur condition (De Hert, Correll et al., 2011).

Soulignons que les troubles mentaux apparaissent tôt à l'adolescence. On remarque chez les jeunes traités par des antipsychotiques, par exemple, la présence de comportements à risque comme fumer, faire usage d'alcool et être peu enclins à faire des exercices physiques, ce qui augmente leur vulnérabilité et réduit leur espérance de vie. Peuvent aussi s'ajouter des problèmes de concomitance, soit la présence simultanée de problèmes de santé mentale et de toxicomanie, ce qui constitue un grave problème de santé. En effet, plus de la moitié des personnes cherchant de l'aide pour une toxicomanie présentent aussi des problèmes de santé mentale (CCLT, 2009).

---

Grâce à sa perspective globale de la santé, l'infirmière en santé mentale occupe une place stratégique pour promouvoir le bien-être et la santé des personnes et prévenir la détérioration de leur santé en s'assurant notamment qu'elles reçoivent les soins requis par leur état de santé (McCloughen, Foster, Marabong, Miu et Fethney, 2015) et par la concertation avec d'autres partenaires de soins.

Les modalités d'intervention seront déterminées à partir de la situation clinique de la personne, de ses préférences et des données probantes. De plus, il importe d'impliquer les proches significatifs, car ils sont des atouts précieux pour le rétablissement des personnes souffrant de troubles mentaux. Dans certains cas, il sera approprié d'utiliser des technologies comme des échanges téléphoniques ou par caméra Internet, par courriel ou par visioconférence. Les interventions les plus courantes sont la pharmacothérapie, les interventions de nature éducationnelle ou psychosociale. Soulignons que l'exercice de la psychothérapie requiert un permis de psychothérapeute.

L'infirmière en santé mentale :

- Utilise les outils de mesure pertinents pour documenter l'évolution des manifestations cliniques (p. ex., utiliser le PHQ-9 pour documenter l'évolution des symptômes de dépression) (ANA, APNA et ISPN, 2014);
- Favorise l'accès à l'information nécessaire pour que la personne prenne une décision éclairée concernant les différentes modalités de traitement proposées;
- Connaît et implique les ressources communautaires pertinentes selon le problème de santé;
- Encourage la personne et ses proches à participer à des groupes de soutien;
- Informe la personne de ses droits et défend les droits de la personne à recevoir les soins appropriés à sa situation de santé (CFMHN, 2014);
- Participe à l'élaboration et à la réalisation du plan d'intervention interdisciplinaire (PII) en partenariat avec la personne, la famille et les partenaires de soins impliqués (équipe multidisciplinaire) en vue de favoriser le rétablissement et l'intégration sociale de la personne dans la communauté, incluant la planification du congé de la personne hospitalisée et le soutien nécessaire, considérant les capacités de la personne (CFMHN, 2014);
- Documente l'implantation du plan d'intervention interdisciplinaire, les interventions réalisées, les résultats obtenus, les modifications apportées, si requis, ainsi que les omissions (ANA, APNA et ISPN, 2014);
- Supervise le travail des aides-soignants (CFMHN, 2014);
- Considère la mise en œuvre de nouvelles stratégies au plan thérapeutique si les changements recherchés ne sont pas atteints (ANA, APNA et ISPN, 2014);
- Évalue les résultats des interventions et les ajuste lorsque requis;
- Utilise des interventions et des méthodes alternatives aux mesures de contrôle pour assurer la sécurité de la personne en accord avec les orientations ministérielles (MSSS, 2015a), qui prônent l'utilisation de mesures de contrôle en dernier recours;
- Décide de l'utilisation des mesures de contrôle (activité réservée), lorsque requis, en dernier recours, et coordonne les actions nécessaires pour assurer la surveillance;
- Prend les dispositions pour préserver le secret quant aux renseignements de nature confidentielle (Code de déontologie, art. 31 et suiv.; *Code des professions*, art. 60.4);
- Propose des activités d'enseignement aux personnes (individuel ou groupe) afin d'augmenter leurs facteurs de protection et leur capacité à gérer leur situation de santé;
- Connaît et utilise les éléments thérapeutiques d'un processus de groupe : normalisation, apprentissage par imitation, universalité des réactions, développement du sentiment d'auto-efficacité, etc.;

- Intervient en intégrant les connaissances concernant la dynamique familiale, les valeurs culturelles et les croyances des personnes;
- Assure ou collabore à la continuité du plan d'intervention interdisciplinaire;
- Procure des soins selon une perspective de rétablissement.

## Standard 6

### Intégrer à sa pratique clinique les principes de base et les interventions selon les meilleures pratiques

Nous savons que le traitement pharmacologique ne suffit pas pour aider les personnes qui présentent un trouble mental associé ou non à un problème de santé physique ou à un problème de consommation. En accord avec la finalité de son champ d'exercice, l'infirmière en santé mentale utilise des interventions appropriées à la condition de santé de la personne en vue de promouvoir sa santé, de prévenir la maladie et de favoriser son rétablissement. Par exemple, ces interventions pourront aider les personnes à reconnaître et à modifier des comportements pouvant faire obstacle à leur rétablissement ou apprendre de nouvelles stratégies pour renforcer leur bien-être.

À ce sujet, l'article 6 du *Règlement sur le permis de psychothérapeute* précise les interventions qui ne constituent pas de la psychothérapie :

1. **La rencontre d'accompagnement** qui vise à soutenir la personne par des rencontres, qui peuvent être régulières ou ponctuelles, permettant à la personne de s'exprimer sur ses difficultés. Dans un tel cadre, le professionnel ou l'intervenant peut lui prodiguer des conseils ou lui faire des recommandations;
2. **L'intervention de soutien** qui vise à soutenir la personne dans le but de maintenir et de consolider les acquis et les stratégies d'adaptation en ciblant les forces et les ressources dans le cadre de rencontres ou d'activités régulières ou ponctuelles. Cette intervention implique notamment de rassurer, prodiguer des conseils et fournir de l'information en lien avec l'état de la personne ou encore la situation vécue;
3. **L'intervention conjugale et familiale** qui vise à promouvoir et à soutenir le fonctionnement optimal du couple ou de la famille au moyen d'entretiens impliquant souvent l'ensemble de ses membres. Elle a pour but de changer les éléments du fonctionnement conjugal ou familial qui font obstacle à l'épanouissement du couple ou des membres de la famille ou d'offrir aide et conseil afin de faire face aux difficultés de la vie courante;
4. **L'éducation psychologique** qui vise un apprentissage par l'information et l'éducation de la personne. Elle peut être utilisée à toutes les étapes du processus de soins et de services. Il s'agit de l'enseignement de connaissances et d'habiletés spécifiques visant à maintenir et à améliorer l'autonomie ou la santé de la personne, notamment à prévenir l'apparition de problèmes de santé ou sociaux incluant les troubles mentaux ou la détérioration de l'état mental. L'enseignement peut porter par exemple sur la nature de la maladie physique ou mentale, ses manifestations, ses traitements y incluant le rôle que peut jouer la personne dans le maintien et le rétablissement de sa santé et aussi sur des techniques de gestion de stress, de relaxation ou d'affirmation de soi;
5. **La réadaptation** qui vise à aider la personne à composer avec les symptômes d'une maladie ou à améliorer ses habiletés. Elle est utilisée, entre autres, auprès des personnes souffrant de problèmes significatifs de santé mentale afin de leur permettre d'atteindre un degré optimal d'autonomie en vue d'un rétablissement. Elle peut s'insérer dans le cadre de rencontres d'accompagnement ou de soutien et intégrer, par exemple, la gestion des hallucinations et l'entraînement aux habiletés quotidiennes et sociales;

6. **Le suivi clinique** qui consiste en des rencontres permettant l'actualisation d'un plan d'intervention disciplinaire. Il s'adresse à la personne qui présente des perturbations comportementales ou tout autre problème entraînant une souffrance ou une détresse psychologique ou des problèmes de santé incluant des troubles mentaux. Il peut impliquer la contribution de différents professionnels ou intervenants regroupés en équipes interdisciplinaires ou multidisciplinaires. Ce suivi peut s'inscrire dans un plan d'intervention au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) ou de la Loi sur l'instruction publique (chapitre I-13.3), se dérouler dans le cadre de rencontres d'accompagnement ou d'interventions de soutien et également impliquer de la réadaptation ou de l'éducation psychologique. Il peut aussi viser l'ajustement de la pharmacothérapie;
7. **Le coaching** qui vise l'actualisation du potentiel, par le développement de talents, ressources ou habiletés d'une personne qui n'est ni en détresse, ni en souffrance, mais qui exprime des besoins particuliers en matière de réalisation personnelle ou professionnelle;
8. **L'intervention de crise** qui consiste en une intervention immédiate, brève et directive qui se module selon le type de crise, les caractéristiques de la personne et celles de son entourage. Elle vise à stabiliser l'état de la personne ou de son environnement en lien avec la situation de crise. Ce type d'intervention peut impliquer l'exploration de la situation et l'estimation des conséquences possibles, par exemple, le potentiel de dangerosité, le risque suicidaire ou le risque de décompensation, le désamorçage, le soutien, l'enseignement de stratégies d'adaptation pour composer avec la situation vécue ainsi que l'orientation vers les services ou les soins les plus appropriés aux besoins.

Dans la situation où la psychothérapie s'avère le traitement approprié à la condition de santé de la personne, elle doit être pratiquée par un professionnel détenant un permis de psychothérapeute délivré par l'Ordre des psychologues du Québec. À ce sujet, le *Règlement sur le permis de psychothérapeute* détermine les conditions de délivrance du permis de psychothérapeute ainsi que les conditions d'utilisation du titre de psychothérapeute. Quant à la pratique de la psychothérapie, c'est le *Code des professions* qui la définit comme suit :

« La psychothérapie est un traitement psychologique pour un trouble mental, pour des perturbations comportementales ou pour tout autre problème entraînant une souffrance ou une détresse psychologique qui a pour but de favoriser chez le client des changements significatifs dans son fonctionnement cognitif, émotionnel, ou comportemental, dans son système interpersonnel, dans sa personnalité ou dans son état de santé. Ce traitement va au-delà d'une aide visant à faire face aux difficultés courantes ou d'un rapport de conseils ou de soutien. »

Malgré ces définitions, dans la pratique clinique, il est parfois difficile de distinguer les interventions correspondant à la psychothérapie des interventions apparentées qui n'en sont pas. Pour remédier à cette difficulté, un groupe de travail réunissant les divers ordres professionnels visés travaille à préciser les éléments caractérisant la psychothérapie et les communiquera par la suite. Les résultats de ces travaux interprofessionnels sont prévus vers la fin de 2016.

## Standard 7

# Assurer la gestion des situations de santé à risque

La gestion efficace de situations de santé à risque est une habileté essentielle à l'infirmière pour assurer la sécurité des personnes lors de situations d'urgence, p. ex., lorsqu'une personne présente une détérioration rapide de son état de santé, des lésions auto-infligées non suicidaires ou encore des troubles de conduite suicidaires.

L'infirmière en santé mentale :

- Utilise ses habiletés de communication en vue d'établir une relation thérapeutique pour assurer la gestion des situations complexes et à risque (CFMHN, 2014);
- Identifie les risques actuels et potentiels concernant le trouble mental, les problèmes de santé, les facteurs de risque, les situations de crise, d'urgence ou de catastrophe en vue d'assurer la sécurité de la personne (CFMHN, 2014);
- Connaît les ressources requises pour la gestion d'une crise ou d'une urgence et sait comment y faire face selon le lieu de soins, p. ex., le protocole concernant les divers codes établis en milieu hospitalier, les personnes occupant une fonction de soutien clinique, les policiers, les ambulanciers ou les ressources en situation de crise lors d'intervention en communauté;
- Connaît les principes et l'application des gardes en établissement (provisoire, préventive, autorisée) et les balises établies par le *Code civil du Québec* et la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* (MSSS, 2015a);
- Surveille les aspects liés à la sécurité de la personne et les évalue en continu afin de détecter rapidement les changements chez la personne et de pouvoir intervenir efficacement;
- Connaît le protocole d'utilisation et d'application des mesures de contrôle en vigueur dans son établissement et s'y réfère lorsqu'elle décide de l'utilisation de mesures de contrôle, seule ou en équipe interdisciplinaire, pour une personne (modalités prévues à l'article 118.1 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*);
- Connaît et applique les activités réservées aux professionnels concernés en matière d'utilisation des mesures de contrôle et leur application (voir le tableau 4);
- Informe et implique la personne atteinte ou son représentant légal dans le processus décisionnel menant à l'utilisation de mesures de contrôle afin qu'elle puisse donner un consentement libre et éclairé dans un contexte d'intervention planifié ou qu'elle puisse donner son consentement à la suite de l'analyse post-situationnelle, pour une intervention ultérieure en contexte non planifié;
- Utilise des mesures alternatives pour assurer la sécurité des personnes et, en dernier recours, si l'infirmière « décide d'utiliser des mesures de contrôle » (isolement, contention ou substance chimique) (activités réservées), elle choisit les mesures les moins contraignantes possible et pour la plus courte période requise en accord avec les orientations ministérielles à ce sujet (MSSS, 2015a);
- Détermine les interventions à réaliser par les membres de l'équipe de soins, s'il y a lieu, les communique ainsi que les observations à rapporter;
- Évalue l'efficacité des interventions avec la personne et modifie le plan d'intervention si nécessaire;
- Identifie, en collaboration avec la personne et ses proches, les facteurs précipitants d'une rechute ou les comportements à risque et élabore un plan pour minimiser les risques ou la récurrence (CFMHN, 2014);
- Utilise, lors d'une situation à risque, des mesures de sécurité pour assurer la protection de la personne, la sienne et celle des collègues de travail;
- Initie ou participe à l'analyse post-situationnelle lors d'événements où des mesures de contrôle ont été utilisées dans une perspective d'amélioration continue de la pratique.

Le tableau 4 résume les particularités liées à la décision d'utiliser des mesures de contrôle par les divers professionnels et en divers lieux. Pour plus d'information à ce sujet, il est recommandé de consulter le document du MSSS (2015a), *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques*.

En résumé, le tableau 4 indique que la « **décision d'utiliser une mesure de contention** » est réservée en **tous lieux**, au médecin, à l'infirmière, à l'ergothérapeute et au physiothérapeute. Par contre, lorsqu'il s'agit de prendre cette décision dans une installation maintenue par un établissement au sens de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS) et de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris*, s'ajoutent aux professionnels nommés précédemment le travailleur social, le psychologue, le psychoéducateur et le criminologue, et ce, en conformité avec leurs champs d'exercice respectifs.

Tandis que la « **décision d'utiliser une mesure d'isolement** » est réservée au médecin, à l'infirmière, à l'ergothérapeute, au travailleur social, au psychologue, au psychoéducateur et au criminologue, en conformité avec leurs champs d'exercice respectifs, dans la mesure où elle est prise pour une personne qui est dans une installation maintenue par un établissement au sens de la LSSSS et de la LSSSS pour les autochtones cris.

Pour ce qui est de la « **décision d'utiliser une contention chimique** », la prescription de médicaments est un acte réservé au médecin ainsi qu'à l'infirmière praticienne spécialisée, aux conditions prévues à la réglementation applicable à l'IPS.

#### TABLEAU 4

##### RÉSUMÉ DES ACTIVITÉS RÉSERVÉES CONCERNANT LES MESURES DE CONTRÔLE SELON LES PROFESSIONNELS

Professionnels	Contention	Isolement	Prescription de substance chimique	Administration de substance chimique
Médecin	Oui <sup>2</sup>	Oui <sup>3</sup>	Oui	Oui
Infirmière praticienne spécialisée	Oui <sup>2</sup>	Oui <sup>3</sup>	Oui <sup>4</sup>	Oui
Infirmière	Oui <sup>2</sup>	Oui <sup>3</sup>	Non	Oui
Ergothérapeute	Oui <sup>2</sup>	Oui <sup>3</sup>	Non	Non
Physiothérapeute	Oui <sup>2</sup>	Non	Non	Non
Travailleur social	Oui <sup>3</sup>	Oui <sup>3</sup>	Non	Non
Psychologue	Oui <sup>3</sup>	Oui <sup>3</sup>	Non	Non
Psychoéducateur	Oui <sup>3</sup>	Oui <sup>3</sup>	Non	Non
Criminologues	Oui <sup>3</sup>	Oui <sup>3</sup>	Non	Non

Source : MSSS, 2015a, p. 15.

2. Acte réservé en tous lieux (*Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*).
3. Acte réservé lorsque la décision est prise dans une installation maintenue par un établissement au sens de la LSSSS et de la LSSSS pour les autochtones cris, et ce, en conformité avec leur champ d'exercice respectif (*Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*).
4. Réglementation portant sur la pratique des IPS.

## Standard 8

# Évaluer les personnes présentant un risque suicidaire et assurer la gestion de la situation en milieu hospitalier et en communauté

L'infirmière évalue le risque suicidaire chez la personne en vue d'assurer sa sécurité, de déterminer les interventions et le niveau de surveillance requis et d'évaluer les résultats des interventions. Également, l'infirmière évalue et maintient un environnement sécuritaire, connaît les protocoles de soins à ce sujet et participe à la formation des divers intervenants de l'équipe de soins.

Lorsqu'il s'agit de maintenir des personnes présentant un risque élevé de suicide dans la communauté, il importe de concerter les interventions avec cette personne, ses proches, les partenaires de soins du réseau de la santé et ceux des organismes communautaires afin d'établir un filet de sécurité pour la personne et d'élaborer les conduites à tenir.

L'infirmière en santé mentale :

- Connaît et gère ses réactions personnelles, son attitude et ses croyances en regard des personnes présentant des comportements à risque de suicide;
- Connaît et applique les principes éthiques : respect de l'autonomie, bienveillance, non-malfaisance et justice dans ses interventions auprès d'une personne qui présente un danger associé à un trouble mental;
- Connaît le *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*;
- Connaît les aspects légaux liés à l'exercice en santé mentale :
  - Le *Code civil du Québec*, notamment les dispositions relatives à la garde provisoire et la garde en établissement;
  - La *Charte des droits et libertés de la personne*;
  - La *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*;
  - La *Loi sur la protection de la jeunesse*.
- Connaît les orientations ministérielles en matière de prévention du suicide (MSSS, 2010a, 2010b);
- Connaît les politiques de l'institution et les procédures liées à la prévention du suicide;
- Intègre à sa pratique clinique les connaissances selon les meilleures pratiques concernant l'intervention en matière de prévention du suicide et renforce l'utilisation de mesures de protection pour assister la personne et prévenir le suicide;
- Recherche le soutien et la supervision clinique pour exercer auprès de personnes présentant un risque suicidaire afin d'être consciente de l'impact émotionnel sur elle-même et de renforcer sa pratique clinique;
- Évalue le risque suicidaire d'une personne, que celle-ci soit hospitalisée ou suivie selon une modalité externe, selon son jugement clinique, et ce, même en l'absence d'expression de pensées suicidaires, en tenant compte des éléments suivants :
  - Les signes avant-coureurs du risque de suicide;
  - Les facteurs de risque;
  - Les facteurs de protection;

- 
- L'examen de l'état mental;
  - Les facteurs courants pouvant activer les sentiments de détresse;
  - La présence d'idées suicidaires, leur fréquence, la présence d'un plan suicidaire, l'accessibilité au moyen envisagé et sa létalité;
  - L'information provenant de personnes proches ou des partenaires de soins;
  - L'histoire de gestes de violence antérieure et les résultats des interventions.
- Porte un jugement clinique sur le risque que le patient pose un geste suicidaire à court ou à long terme, et communique le résultat de l'évaluation de risques à l'équipe interdisciplinaire ou aux personnes appropriées (médecin traitant ou de garde, superviseur);
  - Développe et maintient une relation thérapeutique avec la personne présentant des idées ou des comportements suicidaires;
  - Détermine le plan thérapeutique infirmier (incluant un plan de sécurité) en collaboration avec la personne, ses proches et les autres membres de l'équipe concernés pour assurer la sécurité de la personne et l'ajuste selon les résultats obtenus;
  - Détermine et applique les mesures de prévention en vue d'assurer la sécurité de la personne (p. ex., niveau de surveillance);
  - Connaît les interventions à prioriser en situation de risque suicidaire et appuie ses interventions sur des données probantes;
  - Cherche à comprendre la perspective de la personne;
  - Mobilise la personne et s'engage avec elle dans un processus de résolution de problème afin de développer une nouvelle compréhension du problème et de générer des solutions;
  - Suscite l'espoir chez la personne et propose le développement de stratégies d'adaptation;
  - Détermine les interventions en fonction de l'évaluation continue;
  - Procure les soins les moins restrictifs possible pour répondre aux besoins de sécurité du patient;
  - Détermine un plan d'intervention en collaboration avec la personne, ses proches et les autres membres de l'équipe dans le but d'assurer la sécurité de la personne;
  - Implique les partenaires de soins en externe et les proches dans la planification du congé hospitalier;
  - Établit un plan de sécurité en collaboration avec le patient et ses proches, si possible;
  - S'assure que la personne a un rendez-vous avec son thérapeute externe ou son gestionnaire de cas, avant le congé hospitalier;
  - Informe la personne et ses proches des ressources externes pertinentes à sa situation et leur transmet les coordonnées;
  - Initie ou participe à un processus post-événement avec les autres membres de l'équipe interdisciplinaire lorsque requis.

---

## Standard 9

# Coordonner les soins et services et en assurer la continuité

Afin d'assurer le suivi de personnes présentant des problèmes de santé complexes nécessitant différentes ressources et services, des rôles de gestionnaires de cas sont confiés à des professionnels de la santé. Le gestionnaire de cas offre des soins et des services de qualité et favorise l'utilisation efficace des ressources en santé, le tout basé sur un processus de collaboration interprofessionnelle et centré sur les besoins du patient et l'atteinte de ses objectifs. Selon les résultats de recherches réalisées au cours des quinze dernières années, il ressort que le gestionnaire de cas exerce sept fonctions : expert en gestion de cas, communicateur, collaborateur, navigateur, gestionnaire, défenseur et son rôle professionnel (Réseau national des gestionnaires de cas du Canada, 2012).

Ces fonctions sont inhérentes au rôle professionnel de l'infirmière en santé mentale. Par sa vision globale de la santé d'une personne, l'infirmière en santé mentale occupe une position stratégique et possède les compétences pour assurer la continuité et la coordination des soins et des services avec les partenaires. Qu'elle travaille en centre hospitalier, au sein d'équipes de santé mentale de première ligne, d'équipes de suivi intensif ou d'intensité variable, l'infirmière en santé mentale détient les compétences pour remplir les fonctions de gestionnaire de cas.

L'infirmière en santé mentale :

- Dirige la personne vers le professionnel qui sera le plus en mesure de répondre à ses besoins de santé et fait les démarches nécessaires pour assurer la continuité des soins;
- Coordonne les soins de façon à maximiser le rétablissement, l'autonomie et la qualité de vie de la personne recevant des soins;
- Informe et assiste la personne afin qu'elle soit en mesure de faire un choix éclairé parmi les options thérapeutiques disponibles;
- Évite les bris de service, les dédoublements ainsi que les délais inutiles;
- Communique avec la personne, ses proches et les partenaires de soins lors des transitions dans le système de santé et transmet l'information pertinente pour assurer la continuité du suivi;
- Entretient des liens de collaboration avec les principaux partenaires concernés du territoire;
- S'assure que le médecin traitant (médecin de famille) ou autres médecins spécialistes sont avisés de toutes les modifications de l'état mental et physique de la personne;
- Défend le droit de la personne à recevoir des soins humains et respectueux auprès des membres de l'équipe de soins;
- Saisit les occasions pour réduire la stigmatisation et soutient l'inclusion sociale des personnes présentant un trouble mental;
- Documente les activités réalisées pour coordonner les soins.

---

## Standard 10

# Faire preuve de leadership infirmier et favoriser la collaboration intraprofessionnelle, interprofessionnelle et intersectorielle

La pratique clinique contemporaine requiert que les infirmières soient en mesure d'expliquer clairement leur apport et de collaborer autant avec les membres de leur propre profession qu'avec les autres professionnels de l'équipe interdisciplinaire ou d'autres partenaires de soins. Les infirmières peuvent détenir différentes expertises, grâce à leur expérience ou à leur formation et, de ce fait, peuvent être appelées à consulter une collègue ou à répondre à une demande de consultation. La collaboration intradisciplinaire sera recherchée, notamment lors de situations de soins complexes.

Dans ce sens, des auteurs définissent la « compétence collective » comme l'ensemble d'habiletés et de compétences qui émergent au sein d'un groupe de travail, combinant de façon synergique les ressources de ses membres pour créer de nouvelles compétences (Tremblay et Amherdt, 2004, cité dans Balg, 2013). Plus les situations de soins sont complexes et imprévisibles et plus le processus informel ou formel de consultation et d'échanges entre pairs sera utilisé pour résoudre les situations de soins (Michaux, 2003, cité dans Balg, 2013).

Quant à la collaboration interprofessionnelle, elle est définie comme un processus de développement et de maintien de relations de travail interprofessionnelles entre des professionnels, des personnes présentant un problème de santé, leurs proches et des partenaires issus de la communauté en vue d'atteindre des résultats optimaux en matière de santé et de services sociaux (Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé, 2010). Selon ces auteurs, les éléments facilitant la collaboration sont le respect, la confiance, la prise de décision partagée et les partenariats. De plus, le travail de collaboration repose sur la capacité des professionnels à se centrer sur les préoccupations de la personne et de ses proches, la clarification de leurs rôles et de leurs responsabilités, ainsi que la capacité de chacun à exercer la pleine étendue de son champ d'exercice, afin de contribuer au suivi de la personne et de communiquer efficacement, notamment en situation de conflits.

Finalement, l'action intersectorielle apparaît incontournable, puisque plusieurs facteurs découlant de divers aspects de la vie peuvent contribuer à la santé mentale des personnes comme l'amélioration des conditions de vie (p. ex., salubrité du logement et intégration au travail).

L'infirmière en santé mentale :

- Collabore avec la personne et ses proches ainsi qu'avec les partenaires de soins pour favoriser un environnement sécuritaire et respectueux de ses préférences;
- Connaît les balises de son rôle professionnel et est capable de l'expliquer aux autres professionnels de l'équipe;
- Connaît les rôles des professionnels composant son équipe de travail;
- Défend et soutient les rôles en soins infirmiers;
- Soutient et aide à titre de mentor ou de coach les infirmières nouvellement diplômées;
- Utilise une approche de collaboration constructive pour résoudre les différends parmi les membres de l'équipe de soins, qui peuvent avoir un impact sur les services de santé;
- Participe au développement et à l'implantation de politiques de soins qui encouragent le rétablissement et la continuité des soins.

---

## Standard 11

# Assurer son développement professionnel pour offrir des soins et services de qualité

Assurer des soins sécuritaires et des services de qualité, dans un contexte où les connaissances scientifiques évoluent rapidement, que les soins se complexifient et qu'émergent de nouveaux rôles, exige que l'infirmière en santé mentale poursuive sa formation en vue de tenir ses compétences à jour (OIIQ, 2012). Dans cette optique, l'OIIQ propose aux infirmières une démarche d'autogestion de l'amélioration continue en quatre étapes. Tout d'abord, l'infirmière porte attention aux situations qui suscitent des questionnements concernant ses connaissances, son attitude ou ses habiletés à répondre aux besoins de personnes atteintes de troubles mentaux. Ainsi, elle cible les éléments susceptibles d'être améliorés par de la formation continue, choisit parmi les ressources de formation disponibles celles qui peuvent répondre à ses besoins prioritaires et participe activement aux activités de formation. D'autres infirmières pourront choisir de la supervision clinique. Finalement, l'infirmière dresse un bilan de ses apprentissages, s'assure de transférer les nouvelles connaissances ou les compétences acquises dans sa pratique professionnelle et en évalue les retombées. La tenue d'un portfolio des étapes réalisées est un excellent outil pour soutenir le développement professionnel de l'infirmière.

L'infirmière en santé mentale :

- Connaît les lois pertinentes à son exercice professionnel et leur implication, le *Code de déontologie des infirmières et infirmiers* ainsi que les politiques de son ordre professionnel, notamment en matière de formation continue, et les applique dans ses activités professionnelles;
- Connaît et intègre les aspects légaux et éthiques relatifs à la pratique clinique dans le domaine de la santé mentale (p. ex., le plus grand défi éthique en santé mentale est de trouver le bon équilibre entre la prise en charge de la personne atteinte d'un trouble mental et le respect de son autonomie et de son libre arbitre [CSBE, 2012b]);
- Est à l'affût des nouvelles connaissances et des données probantes ayant un impact sur la dispensation des soins et services auprès de la clientèle et incorpore les innovations à sa pratique clinique en vue d'offrir des soins adéquats, sécuritaires et efficaces;
- Connaît et utilise les indicateurs de résultats et de qualité des soins infirmiers.

# 4

## Pratique infirmière avancée en santé mentale

En réponse à la complexité grandissante des soins et à l'évolution des connaissances spécialisées, la pratique infirmière avancée (PIA) est en demande croissante partout dans le monde, notamment dans les pays industrialisés comme les États-Unis, l'Australie, le Canada et l'Angleterre (OCDE, 2010). En fait, les infirmières en pratique avancée sont des expertes cliniques, des leaders et des agents de changement : elles sont d'importantes ressources humaines pour améliorer l'accès aux services de santé et pour offrir des soins de qualité, économiques et viables (DiCenso et al., 2010). Au Québec comme au Canada, il existe deux rôles de pratique infirmière avancée : l'infirmière praticienne spécialisée (IPS), balisé par des règlements, et celui d'infirmière clinicienne spécialisée (ICS) qui ne fait pas l'objet de réglementation actuellement.

Selon le cadre national de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC, 2008), la PIA est définie comme un niveau avancé de pratique clinique en soins infirmiers qui maximise l'utilisation de connaissances acquises aux études supérieures, afin de répondre aux besoins de santé des personnes, des familles, des groupes, des communautés et des populations. Cette pratique découle de la capacité de la PIA à analyser et à combiner des connaissances, à appliquer des théories de soins infirmiers et des résultats de recherche en soins infirmiers afin de faire progresser le savoir infirmier et la profession dans son ensemble (AIIC, 2008). Les rôles de PIA exigent l'application de connaissances approfondies dans la pratique clinique, une pensée critique, des capacités d'analyse et de jugement clinique pour prendre des décisions en plus de fonctions liées à l'encadrement, au soutien professionnel, au mentorat, à la recherche et à l'évolution de la pratique infirmière (DiCenso et al., 2010). Soulignons que sept compétences sont essentielles à la PIA, soit : la pratique de soins directs, la consultation, le leadership, la collaboration, le coaching, la recherche et le raisonnement éthique (Hamric, Hanson, Tracy et O'Grady, 2014).

Le texte suivant illustre quelques aspects de l'offre de services de la pratique infirmière avancée en santé mentale à partir de sept compétences. Tout d'abord, la compétence centrale de l'infirmière de pratique avancée dans le domaine de la santé mentale (IPA-SM) découle de ses connaissances scientifiques et de ses habiletés cliniques avancées qui en font une experte clinique, notamment pour évaluer les troubles mentaux des personnes (évaluation approfondie) et intervenir auprès d'elles selon les meilleures pratiques. De cette expertise clinique découlent six autres compétences. Ainsi, cette infirmière en pratique avancée est aussi apte à répondre aux demandes de consultation et à faire des recommandations pour améliorer un plan d'intervention ou encore augmenter les capacités des intervenants à offrir des services appropriés à une personne qui présente à la fois un trouble mental et des problèmes de consommation de drogues. Elle fait preuve de leadership en convainquant les instances organisationnelles et ses collègues de travail de mettre en place un nouveau mode de distribution de services pour améliorer les soins à une clientèle particulière. L'IPA-SM s'emploie à optimiser les résultats cliniques pour la clientèle en favorisant la collaboration interdisciplinaire et la contribution spécifique des professionnels composant l'équipe. Aussi, l'IPA-SM agit à titre de coach ou de mentor auprès des infirmières et des étudiantes en soins infirmiers afin qu'elles acquièrent de nouvelles connaissances et des habiletés cliniques et qu'elles améliorent leur prestation de soins. Par sa compétence en recherche, l'infirmière en pratique avancée est à l'affût des résultats

---

pertinents à son domaine, les interprète et les intègre à sa pratique clinique ou encore propose des sujets de recherche en vue d'améliorer les services. Finalement, par sa compétence en matière de raisonnement éthique, l'infirmière en pratique avancée identifie les conflits éthiques (p. ex., autonomie ou sécurité) et favorise les discussions cliniques en vue de résoudre une situation complexe de soins.

L'offre de soins de l'infirmière en pratique avancée dans le domaine de la santé mentale est en émergence et peut se développer de différentes façons en vue d'améliorer l'accès, la continuité et la qualité des soins. Par exemple, elle pourrait :

- Exercer des activités d'évaluation approfondie et de suivi clinique pour des personnes présentant un trouble mental et répondre à des demandes de consultation en collaboration avec un médecin de famille ou un médecin spécialiste répondant en psychiatrie;
- Effectuer des suivis de clientèles présentant un trouble mental complexe;
- Établir des partenariats avec des partenaires de soins (soins spécialisés, organismes communautaires) en vue d'offrir un suivi à des personnes présentant un trouble mental complexe;
- Répondre à une demande de consultation nécessitant une évaluation approfondie et faire des recommandations pour la gestion efficace de symptômes.

Différents services intégrés sont en constante évolution et visent à répondre aux besoins complexes de la clientèle présentant divers types de comorbidité (Delaney, Robinson et Chafetz, 2013). Déjà, des infirmières détentrices d'une attestation pour évaluer les troubles mentaux exercent en centre hospitalier au sein d'équipes interdisciplinaires dans des domaines comme l'oncologie ou la gérontologie. Elles offrent des services d'évaluation des troubles mentaux et des interventions thérapeutiques à des personnes susceptibles de présenter un trouble mental et partagent leurs conclusions avec le médecin et l'équipe interdisciplinaire. En somme, l'IPA-SM est en mesure d'exercer une pratique clinique directe selon les données probantes, d'implanter des innovations cliniques, d'agir à titre de modèle de rôle, de répondre à des demandes de consultation, d'offrir de la formation et de la supervision clinique et de faciliter la collaboration interdisciplinaire. En plus, selon les lois professionnelles en vigueur au Québec, l'infirmière qui répond aux exigences déterminées par le Règlement sur la psychothérapie pourra obtenir un permis pour exercer la psychothérapie et porter le titre d'infirmière psychothérapeute.

À noter que des travaux sont en cours et que le rôle d'IPS en santé mentale est en voie d'être réglementé au Québec.

## **4.1 ÉVALUER LES TROUBLES MENTAUX : NÉCESSITÉ D'UNE FORMATION ET D'UNE EXPÉRIENCE CLINIQUE DONT LA DÉTENTION EST ATTESTÉE PAR L'OIIQ**

L'évaluation des troubles mentaux est une activité réservée à l'infirmière et partagée avec les psychologues et les conseillers d'orientation qui détiennent une attestation de formation délivrée par leur ordre professionnel. Ainsi, des infirmières peuvent être habilitées à « évaluer les troubles mentaux » à condition de détenir une formation universitaire et une expérience clinique déterminées par un règlement de l'OIIQ<sup>5</sup>. Ces critères sont l'obtention d'une maîtrise en sciences infirmières dans la concentration santé mentale, laquelle doit inclure un nombre d'heures de formation et de stage clinique supervisé en plus d'une expérience clinique auprès de personnes présentant un trouble mental. Cette activité réservée fait partie de la pratique infirmière avancée, en raison des connaissances approfondies exigées pour l'exercer et du risque de préjudices pour la clientèle.

L'évaluation du trouble mental « consiste à porter un jugement clinique, à partir des informations dont le professionnel dispose sur la nature des “affections cliniquement significatives qui se caractérisent par le changement de mode de pensée, de l'humeur (affects), du comportement associé à une détresse psychique ou à une altération des fonctions mentales” [OMS, 2001] et à communiquer les conclusions » (OPQ, 2013).

---

5. Règlement sur la formation et l'expérience clinique requises des infirmières pour l'évaluation des troubles mentaux.

Ainsi, l'infirmière habilitée à évaluer les troubles mentaux est en mesure de déterminer chez une personne la présence ou non d'un trouble mental. Soulignons que cette évaluation s'effectue selon une classification reconnue des troubles mentaux. Au Québec, la plus utilisée est le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM).

L'évaluation des troubles mentaux est considérée comme à risque de préjudices graves. En effet, la confirmation de la présence d'un trouble mental présente un caractère quasi irrémédiable et est susceptible d'entraîner de la stigmatisation et la perte de droits, tels l'exercice de l'autorité parentale ou la gestion des biens (OPQ, 2013).

Dans les faits, l'évaluation des troubles mentaux comporte un degré de complexité et de technicité qui requiert des connaissances et des compétences particulières en matière de théorie de la personnalité, de la psychopathologie (symptômes et étiologie), du système de classification des troubles mentaux et des éléments permettant d'en apprécier la portée et les limites, de la psychométrie, incluant l'administration d'outils psychométriques, de la connaissance de leur fiabilité, de leur validité, ainsi que de leur apport dans l'élaboration d'un jugement clinique. En plus d'une formation clinique complète et approfondie relative à la clientèle présentant un trouble mental pour favoriser l'intégration de toutes ces connaissances.

L'infirmière habilitée à évaluer les troubles mentaux considère les éléments suivants (peut en considérer d'autres selon la situation) :

- Effectue une analyse des données afin de déterminer la présence ou non d'un trouble mental et différencier les symptômes du trouble mental présenté des effets secondaires des traitements pharmacologiques, par exemple;
- Initie des mesures diagnostiques selon les ordonnances individuelles ou collectives et interprète les résultats selon la pertinence et l'état de santé de la personne (ANA, APNA et ISPN, 2014);
- Utilise des outils d'évaluation, notamment des instruments de mesure en respectant les normes de pratique et les principes scientifiques généralement reconnus dans ce domaine pour leur utilisation, leur administration et leur interprétation (Code de déontologie, art. 45.1);
- Utilise les guides de pratique clinique, notamment pour l'utilisation d'outils de dépistage et d'évaluation selon ce qui est approprié à la situation (ANA, APNA et ISPN, 2014);
- Conduit une évaluation multigénérationnelle incluant les aspects médicaux, psychiatriques et l'histoire d'abus de substances (ANA, APNA et ISPN, 2014);
- Évalue les interactions entre les personnes, la famille, la communauté et le système social et leurs influences sur le fonctionnement de la personne et son état mental;
- Documente les manifestations (signes et symptômes) avec rigueur et en faisant preuve de sens critique selon une classification reconnue (telle que le DSM).

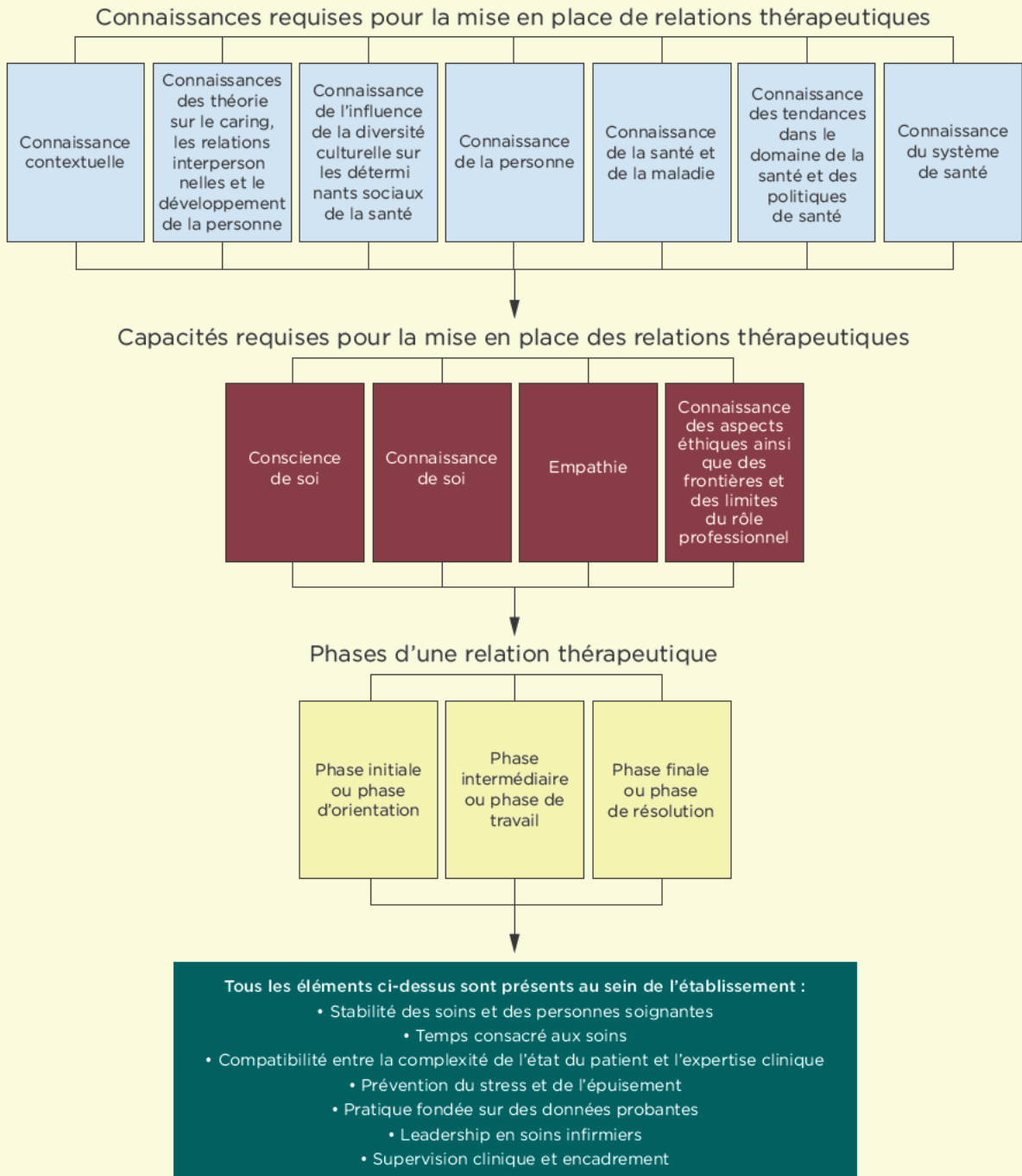
## 4.2 EXERCICE DE LA PSYCHOTHÉRAPIE : RÉGLEMENT SUR LE PERMIS DE PSYCHOTHÉRAPEUTE

Les infirmières font partie des professionnels de la santé qui peuvent se qualifier pour obtenir le permis de psychothérapeute (*Code des professions*, art. 187.1). À ce sujet, le *Règlement sur le permis de psychothérapeute* précise les exigences à satisfaire pour obtenir le permis de psychothérapeute, notamment les heures et les contenus de formation ainsi que les heures de supervision clinique requises pour obtenir un permis de psychothérapeute nécessaire pour exercer la psychothérapie.

À titre d'exemple, l'IPA-SM qui détient un permis de psychothérapeute peut offrir une thérapie systémique à une famille qui a de la difficulté à composer avec une situation de soins complexes et dont le fonctionnement familial nécessite un changement substantiel pour rompre des patterns d'interactions profondément ancrés qui maintiennent des conflits familiaux importants.

# Annexe 1

## Cadre de travail pour les relations thérapeutiques



Source : RNAO, 2006, p. 17.

## Annexe 2

### Données à considérer pour évaluer la santé d'une personne (peuvent inclure les paramètres suivants sans s'y limiter)

- Les préoccupations de la personne, les symptômes ressentis d'un trouble mental, l'usage de substances et les problèmes de santé physique
- Les forces de la personne, la présence de soutien social et les objectifs de la personne en matière de traitement
- La présence de comportements agressifs envers soi ou envers les autres, de comportements suicidaires, violents ou d'automutilation et la capacité à rechercher de l'aide avant de poser des gestes dangereux pour soi ou pour autrui
- Profil de la personne et histoire de santé, maladies, histoire des traitements antérieurs et leur efficacité
- Les difficultés à suivre le traitement proposé et les succès, si requis
- Les données pertinentes concernant l'histoire des troubles mentaux dans la famille, l'usage de substances (drogue et alcool), et autres problèmes mentaux ou physiques pertinents
- La présence d'abus, de traumatisme et de négligence
- La présence de stressseurs et l'utilisation de stratégies d'adaptation
- Obstacles actuels et potentiels pour adhérer au traitement prescrit ou recommandé
- Croyances en matière de santé et de pratiques de santé
- Méthodes de communication
- Croyances et pratiques religieuses et spirituelles en matière de santé
- Identité et pratiques culturelles, raciales et ethniques
- Préoccupations sur les plans physique, développemental, cognitif, mental, émotionnel et neurologique
- Activités quotidiennes, hygiène personnelle, capacités de fonctionner au quotidien et de remplir les rôles sociaux
- Qualité du sommeil, fonctionnement au travail et sur le plan sexuel
- Facteurs économiques, politiques, légaux et environnementaux influençant la santé
- Réseau de soutien significatif et ressources de la communauté, incluant celles qui sont disponibles et qui ne sont pas utilisées
- Connaissance concernant l'état de santé, l'état de satisfaction et la motivation à changer
- Forces et compétences pouvant être mises à contribution pour la promotion de la santé
- Situation d'emploi
- Médication passée et actuelle prescrite ou non, incluant les herbes médicinales, les médecines douces, les vitamines et les suppléments nutritionnels
- Histoire concernant l'efficacité des médicaments utilisés, les interactions médicamenteuses et les effets secondaires
- Allergies et réactions
- Histoire et comportements en matière d'usage d'alcool, de substances et de tabac, incluant le type, la quantité, l'utilisation récente et la présence de symptômes de sevrage
- L'utilisation de thérapies complémentaires et les résultats obtenus

Source : ANA, APNA et ISPN, 2014.

# Références

- Agence de la santé publique du Canada (dir.). (2006). *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada*. Repéré à [http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/human-humain06/pdf/human\\_face\\_f.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/human-humain06/pdf/human_face_f.pdf)
- Agence de la santé publique du Canada. (2015). *Rapport du Système canadien de surveillance des maladies chroniques : les maladies mentales au Canada, 2015*. Repéré à <http://www.canadiensensante.gc.ca/publications/diseases-conditions-maladies-affections/mental-illness-2015-maladies-mentales/alt/mental-illness-2015-maladies-mentales-fra.pdf>
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211.
- American Nurses Association, American Psychiatric Nurses Association, et International Society of Psychiatric-Mental Health Nurses. (2014). *Psychiatric-mental health nursing: Scope and standards of practice* (2<sup>e</sup> éd.). Silver Spring, MD : American Nurses Association.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2008). *Pratique infirmière avancée : un cadre national*. Repéré à [https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/anp\\_national\\_framework\\_f.pdf?la=fr](https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/anp_national_framework_f.pdf?la=fr)
- Association québécoise pour la réadaptation psychosociale. (2014). *La lutte contre la stigmatisation et la discrimination associées aux problèmes de santé mentale au Québec : cadre de référence*. Repéré à <http://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2014/04/cadre-de-reference-GPS-SM.pdf>
- Balg, C. (2013). *La compétence collective mise en œuvre par les infirmières à l'urgence : une étude de cas* (Mémoire de maîtrise, Université Laval). Repéré à <http://www.theses.ulaval.ca/2013/30005/30005.pdf>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: *Toward a unifying theory of behavioral change*. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Becker, M. H., et Rosenstock, I. M. (1984). Compliance with medical advice. Dans A. Steptoe et A. Matthews (éd.), *Health care and human behaviour* (p. 135-152). Londres, Angleterre : Academic Press.
- Brofenbrenner, U. (1979). *The Ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA : Harvard University Press.
- Canadian Federation of Mental Health Nurses. (2014). *Canadian standards for psychiatric-mental health nursing* (4<sup>e</sup> éd.). Repéré à <http://cfmhn.ca/professionalPractices?f=7458545122100118.pdf&n=212922-CFMHN-standards-rv-3a.pdf>
- Cara, C., Roy, M., et Thibault, L. (dir.). (2015). *Modèle humaniste des soins infirmiers – UdeM : synopsis du Modèle pour son opérationnalisation*. Document inédit, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.

---

Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. (2009). *Toxicomanie au Canada : troubles concomitants*. Repéré à <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/ccsa-011812-2010.pdf>

Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. (2015). *Collaboration pour les soins en toxicomanie et en santé mentale : meilleurs conseils*. Repéré à <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/CCSA-Collaboration-Addiction-Mental-Health-Best-Advice-Report-2015-fr.pdf>

*Charte des droits et libertés de la personne*, RLRQ, chapitre C-12.

*Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, RLRQ, chapitre I-8, r. 9.

*Code des professions*, RLRQ, chapitre C-26.

Commissaire à la santé et au bien-être. (2012a). *État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux*. Repéré à [http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE\\_EtatSituation\\_SanteMentale\\_2012.pdf](http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE_EtatSituation_SanteMentale_2012.pdf)

Commissaire à la santé et au bien-être. (2012b). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2012 : pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec*. Repéré à [http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE\\_Rapport\\_Appreciation\\_SanteMentale\\_2012.pdf](http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE_Rapport_Appreciation_SanteMentale_2012.pdf)

Commission de la santé mentale du Canada. (2009). *Vers le rétablissement et le bien-être : cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada*. Repéré à [http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/system/files/private/document/FNIM\\_Toward\\_Recovery\\_and\\_Well\\_Being\\_FRE.pdf](http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/system/files/private/document/FNIM_Toward_Recovery_and_Well_Being_FRE.pdf)

Commission de la santé mentale du Canada. (2012). *Changer les orientations, changer des vies : stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*. Repéré à [http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/system/files/private/document/MHStrategy\\_Strategy\\_FRE.pdf](http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/system/files/private/document/MHStrategy_Strategy_FRE.pdf)

Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé. (2010). *Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme*. Repéré à [http://www.cihc.ca/files/CIHC\\_IPCompetencies-FrR\\_Sep710.pdf](http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies-FrR_Sep710.pdf)

Corrigan, P. W., et Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16-20.

De Hert, M., Cohen, D., Bobes, J., Cetkovich-Bakmas, M., Leucht, S., Ndeti, D. M., . . . Correll, C. U. (2011). Physical illness in patients with severe mental disorders II: Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. *World Psychiatry*, 10(2), 138-151.

De Hert, M., Correll, C. U., Bobes, J., Cetkovich-Bakmas, M., Cohen, D., Asai, I., . . . Leucht, S. (2011). Physical illness in patients with severe mental disorders I: Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry*, 10(1), 52-77.

Delaney, K. R., Robinson, K. M., et Chafetz, L. (2013). Development of integrated mental health care: Critical workforce competencies. *Nursing Outlook*, 61(6), 384-391.

DiCenso, A., Bryant-Lukosius, D., Bourgeault, I., Martin-Misener, R., Donald, F., Abelson, J., . . . Harbman, P. (2010). *Infirmières cliniciennes spécialisées et infirmières praticiennes au Canada : synthèse d'aide à la décision*. Repéré sur le site de la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé : <http://www.fcass-cfhi.ca/PublicationsAndResources/ResearchReports/ArticleView/10-06-01/b9cb9576-6140-4954-aa57-2b81c1350936.aspx>

Fleury, M. J., et Grenier, G. (2012). Primary mental healthcare and integrated services. Dans L. L'Albate (dir.), *Mental illnesses: Evaluation, treatments and implications* (p. 357-390). Rejeka, Croatie : InTech. Repéré à <http://www.intechopen.com/books/mental-illnesses-evaluation-treatments-and-implications/primary-mental-healthcare-and-integrated-services>

- Gordon, S. E., et Ellis, P. M. (2013). Recovery of evidence-based practice. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22(1), 3-14.
- Green, L. W., et Kreuter, M. W. (1999). *Health promotion planning: An educational and ecological approach* (3<sup>e</sup> éd.). Mountain View, CA : Mayfield.
- Hagan, L. (avec Bujold, L.). (2014). *Éduquer à la santé : l'essentiel de la théorie et des méthodes* (2<sup>e</sup> éd.). Québec, QC : Presses de l'Université Laval.
- Hamric, A. B., Hanson, C. M., Tracy, M. F., et O'Grady, E. T. (dir). (2014). *Advanced practice nursing: An integrative approach* (5<sup>e</sup> éd.). St. Louis, MO : Saunders/Elsevier.
- Institut national de santé publique du Québec. (2008). *Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*. Repéré à [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/789\\_Avis\\_sante\\_mentale.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/789_Avis_sante_mentale.pdf)
- Institut national de santé publique du Québec. (2012). *Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services*. Repéré à [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1578\\_SurTroublesMentauxQc\\_PrevalMortaProfilUtiliServices.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1578_SurTroublesMentauxQc_PrevalMortaProfilUtiliServices.pdf)
- Institute of Medicine. (2011). *The future of nursing: Leading change, advancing health*. Washington, DC : National Academies Press.
- Jacobson, P. M., et HDR Inc. (2012). *Synthèse des données probantes sur l'efficacité des équipes interprofessionnelles en soins primaires*. Repéré sur le site de la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé : <http://www.fcass-cfhi.ca/PublicationsAndResources/ResearchReports/ArticleView/12-06-27/0f362096-8b8e-4f67-b2c0-65f6e95b2bdf.aspx>
- Jones, S., Howard, L., et Thornicroft, G. (2008). "Diagnostic overshadowing": Worse physical health care for people with mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(3), 169-171.
- Kessler, R. C., Amminger, G. P., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., et Ustün, T. B. (2007). Age of onset of mental disorders: A review of recent literature. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(4), 359-364.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., et Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602.
- Lawrence, D., Kisely, S., et Pais, J. (2010). The epidemiology of excess mortality in people with mental illness. *Canadian Journal of Psychiatry / Revue canadienne de psychiatrie*, 55(12), 752-760.
- Lazarus, R. S., et Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York, NY : Springer.
- Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*, L.Q. 2002, chapitre 33.
- Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*, L.Q. 2009, chapitre 28.
- Loi sur la protection de la jeunesse*, RLRQ, chapitre P-34.1.
- Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, RLRQ, chapitre P-38.001.
- Loi sur les infirmières et les infirmiers*, RLRQ, chapitre I-8.
- Loi sur les services de santé et les services sociaux*, RLRQ, chapitre S-4.2.

---

*Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris*, RLRQ, chapitre S-5.

McCloughen, A., Foster, K., Marabong, N., Miu, D., et Fethney, J. (2015). Physical health risk behaviours in young people with mental illness. *Issues in Mental Health Nursing*, 36(10), 781-790.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (1989). *Politique de santé mentale*. Québec, QC : MSSS.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : la force des liens*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2005/05-914-01.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2008). *Guichet d'accès en santé mentale pour la clientèle adulte des CSSS*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2008/08-914-08.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2010a). *Prévention du suicide : guide de bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-247-02.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2010b). *Prévention du suicide : guide de soutien au rehaussement des services à l'intention des gestionnaires des centres de santé et de services sociaux*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-247-03F.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2011). *Orientations relatives à l'organisation des soins et des services offerts à la clientèle adulte par les équipes en santé mentale de première ligne en CSSS*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-914-01F.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015a). *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques* (éd. rev.). Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-812-01W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015b). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020 : faire ensemble et autrement*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-914-04W.pdf>

Murray, A. (2011). The implementation of a self-administration of medication programmes within older persons mental health. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(2), 113-121.

Nour, K., Brown, B., Moscovitz, N., Hébert, M., et Regenstreif, A. (2009). Le projet PIE : une stratégie prometteuse de dépistage des aînés qui présentent des problèmes de santé mentale. *Santé mentale au Québec*, 34(2), 217-235.

OCDE. (2010). *Les pratiques infirmières avancées : une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés* (Document de travail sur la santé n° 54). Repéré à [http://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/les-pratiques-infirmieres-avancees\\_5km4hv77vw47-fr](http://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/les-pratiques-infirmieres-avancees_5km4hv77vw47-fr)

Office des professions du Québec. (2013). *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines : guide explicatif* (éd. rev.). Repéré à [http://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme\\_professionnel/Guide\\_explicatif\\_decembre\\_2013.pdf](http://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/Guide_explicatif_decembre_2013.pdf)

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2006). *Le plan thérapeutique infirmier : la trace des décisions cliniques de l'infirmière*. Repéré à [https://www.oiiq.org/sites/default/files/222\\_doc\\_0.pdf](https://www.oiiq.org/sites/default/files/222_doc_0.pdf)

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2009). *La pratique infirmière en santé mentale : une contribution essentielle à consolider*. Rapport du Comité d'experts sur la pratique infirmière en santé mentale et en soins psychiatriques. Repéré à [https://www.oiiq.org/sites/default/files/251\\_rapport\\_octobre2009\\_vf.pdf](https://www.oiiq.org/sites/default/files/251_rapport_octobre2009_vf.pdf)

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2012). *Amélioration continue de sa compétence professionnelle en quatre étapes*. Repéré à [https://www.oiiq.org/sites/default/files/0386\\_AmeliorationContinuee.pdf](https://www.oiiq.org/sites/default/files/0386_AmeliorationContinuee.pdf)

- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2015). *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*. Repéré à [https://www.oiiq.org/sites/default/files/code-deonto-fr-Web\\_0.pdf](https://www.oiiq.org/sites/default/files/code-deonto-fr-Web_0.pdf)
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2016). *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières* (2<sup>e</sup> éd. mise à jour). Repéré à <https://www.oiiq.org/sites/default/files/1389-exercice-infirmier-activites-reservees.pdf>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Collège des médecins du Québec, et Ordre des pharmaciens du Québec. (2015). *Énoncé de position conjoint sur la collaboration interprofessionnelle : rehausser la qualité et la sécurité des soins*. Repéré à <https://www.oiiq.org/sites/default/files/3436-annonce-collaboration-professionnelle.pdf>
- Organisation mondiale de la Santé. (2001). *Rapport sur la santé dans le monde 2001 : la santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Repéré à [http://www.who.int/entity/whr/2001/en/whr01\\_fr.pdf](http://www.who.int/entity/whr/2001/en/whr01_fr.pdf)
- Organisation mondiale de la Santé. (2004). *Prevention of mental disorders: Effective interventions and policy options*. Repéré à [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43027/1/924159215X\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43027/1/924159215X_eng.pdf)
- Organisation mondiale de la Santé. (2016). *La santé mentale : renforcer notre action* (Aide-mémoire, éd. rev.). Repéré à <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr>
- Pepin, J., Kérouac, S., et Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (3<sup>e</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Éducation.
- Phaneuf, M. (2011a). *Relation d'aide et utilisation thérapeutique de soi, des outils pour les soins infirmiers*. Repéré à [http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2013/01/Relation\\_daide.pdf](http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2013/01/Relation_daide.pdf)
- Phaneuf, M. (2011b). *La relation soignant-soigné : rencontre et accompagnement*. Montréal, QC : Chenelière Éducation.
- Registered Nurses Association of Ontario. (2006). *Establishing therapeutic relationships: Nursing best practice guideline* (éd. rev.). Repéré à [http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Establishing\\_Therapeutic\\_Relationships.pdf](http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Establishing_Therapeutic_Relationships.pdf)
- Registered Psychiatric Nurse Regulators of Canada. (2014). *Compétences de base de l'infirmière/l'infirmier psychiatrique autorisé*. Repéré à [http://www.rpnc.ca/sites/default/files/resources/pdfs/RPNRC\\_French%20Version\\_%20Dec\\_11.pdf](http://www.rpnc.ca/sites/default/files/resources/pdfs/RPNRC_French%20Version_%20Dec_11.pdf)
- Règlement sur la formation et l'expérience clinique requises des infirmières pour l'évaluation des troubles mentaux*, RLRQ, chapitre I-8, r. 15.1.
- Règlement sur le permis de psychothérapeute*, RLRQ, chapitre C-26, r. 222.1.
- Réseau national des gestionnaires de cas du Canada. (2012). *Profil des compétences essentielles pour les intervenants en gestion de cas au Canada*. Repéré à [http://www.ncmn.ca/Resources/Documents/Final\\_ncmn\\_french\\_report.pdf](http://www.ncmn.ca/Resources/Documents/Final_ncmn_french_report.pdf)
- Schulze, B., et Angermeyer, M. C. (2003). Subjective experiences of stigma: A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social Science & Medicine*, 56(2), 299-312.
- Scott, D., et Happell, B. (2011). The high prevalence of poor physical health and unhealthy lifestyle behaviours in individuals with severe mental illness. *Issues in Mental Health Nursing*, 32(9), 589-597.
- Simonelli-Munoz, A. J., Fortea, M. I., Salorio, P., Gallego-Gomez, J. I., Sanchez-Bautista, S., et Balanza, S. (2012). Dietary habits of patients with schizophrenia: A self-reported questionnaire survey. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(3), 220-228.
- Stuart, H. (2003). Stigmatisation : leçons tirées des programmes visant sa diminution. *Santé mentale au Québec*, 28(1), 54-72.

