

MÉMOIRE

*LA VISION CONTEMPORAINE DE
L'EXERCICE INFIRMIER
AU QUEBEC*

**La pratique infirmière en santé mentale
et en psychiatrie**

Janvier 2002

MÉMOIRE

LA VISION CONTEMPORAINE DE L'EXERCICE INFIRMIER AU QUÉBEC

**La pratique infirmière en santé mentale
et en psychiatrie**

Mémoire présenté au

***Groupe de travail ministériel sur les professions de la santé
et des relations humaines,***

dans le cadre de la mise à jour du système professionnel.

Adopté par le Bureau de l'OIIQ à sa réunion des 13 et 14 décembre 2001.

Dépôt légal, 1^{er} trimestre 2002
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada

ISBN 2-89229-295-6

© Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2002

La reproduction d'extraits de ce document est autorisée
à la condition qu'il soit fait mention de la provenance.

Note — Conformément à la politique rédactionnelle de
l'OIIQ, le féminin est utilisé sans préjudice et
seulement pour alléger la présentation.

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE	ii
INTRODUCTION	1
1. LE CONTEXTE DE LA PRATIQUE INFIRMIERE EN SANTE MENTALE ET EN PSYCHIATRIE.....	3
1.1 La demande de soins et de services.....	3
1.2 Les effectifs en santé mentale et en psychiatrie	4
1.3 Les effectifs en toxicomanie	5
1.4 Les effectifs en psychothérapie	7
1.5 Les programmes de formation	7
2. LES ACTIVITES PROFESSIONNELLES PREVUES AUX ARTICLES 36 ET 37 DE LA LOI SUR LES INFIRMIERES ET LES INFIRMIERS.....	9
2.1 Introduction	9
2.2 Les sphères d'intervention.....	10
2.3 Les activités d'évaluation.....	11
2.4 Les activités de soins et de traitements infirmiers.....	14
2.5 Les activités de soins, de traitements et d'actes médicaux	23
2.6 Les activités de contrôle	26
3. LA PRATIQUE INFIRMIERE AVANCEE	28
3.1 Introduction	28
3.2 La demande de soins et de services.....	28
3.3 Les activités professionnelles	30
CONCLUSION.....	33
REFERENCES	R-1
Annexe I Proposition de l'OIIQ sur le champ descriptif, les activités à réserver, les activités professionnelles complémentaires de la profession d'infirmière	I-1
Annexe II Proposition de l'OIIQ sur le champ descriptif de l'infirmière spécialisée et de l'infirmière praticienne, les activités à réserver et la fiche de référence sur l'infirmière spécialisée en psychiatrie	II-1
Annexe III Infirmières consultées dans le cadre des travaux sur la pratique des infirmières en santé mentale et en psychiatrie	III-1

PRÉAMBULE

La pratique des soins infirmiers en santé mentale et en psychiatrie porte sur les problèmes de santé mentale actuels ou potentiels se rattachant¹ :

- au maintien d'un état de santé et de bien-être optimal et à la prévention de la maladie mentale;
- aux limites relatives aux autosoins ou aux dysfonctionnements liés à la détresse émotionnelle et physiologique;
- aux déficiences des systèmes biologique, émotionnel et cognitif;
- aux états de crise ou de stress liés à la maladie, à la douleur, aux incapacités et aux pertes;
- aux changements dans l'estime de soi et l'image corporelle, aux stades du développement humain et aux situations de fin de vie;
- aux problèmes liés aux émotions, telles l'anxiété, l'agressivité, l'impuissance, la confusion, la peur, la tristesse et la solitude;
- aux symptômes physiques liés à l'altération du fonctionnement psychologique;
- aux symptômes psychologiques liés à l'altération du fonctionnement physiologique;
- aux altérations qui surviennent sur les plans de la pensée, de la perception, de la symbolisation, de la communication et de la prise de décision;
- aux difficultés relationnelles;
- aux comportements et à l'état mental qui indiquent que le patient présente un danger pour lui-même ou pour les autres ou a des incapacités graves;
- à la gestion des symptômes, aux effets secondaires ou à la toxicité associés à l'autoadministration de médicaments, aux interventions psychopharmacologiques et à d'autres aspects du traitement;
- aux circonstances ou événements interpersonnels, organisationnels, socioculturels, spirituels et environnementaux qui affectent le bien-être mental et émotionnel de la personne, de la famille ou de la communauté.

1. American Nurses Association, American Psychiatric Nurses Association et International Society of Psychiatric-Mental Health Nurses (2000). *Scope and Standards of Psychiatric-Mental Health Nursing Practice*, Washington (D.C.), ANA (traduction libre).

INTRODUCTION

Ce mémoire présente la pratique infirmière en santé mentale et en psychiatrie selon la perspective de la position de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) quant aux enjeux de protection du public qu'implique la modernisation de l'exercice infirmier décrit dans la *Loi sur les infirmières et les infirmiers*. Cette position, qui a été exposée dans le mémoire *La vision contemporaine de l'exercice infirmier au Québec*, a été adoptée par le Bureau de l'OIIQ en mai 2001. Les différentes modifications à la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* qui y sont proposées couvrent l'ensemble des secteurs cliniques où exercent les infirmières du Québec. Des extraits des modifications demandées sont reproduits aux annexes I et II. Elles ont été présentées au Groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et des relations humaines, dans le cadre de la mise à jour du système professionnel.

Pour répondre à la seconde invitation du Groupe de travail ministériel, qui a amorcé ses travaux relatifs à la santé mentale, le Bureau de l'OIIQ a adopté le présent mémoire, dans lequel il propose de réserver d'autres activités professionnelles en raison de leur complexité, des connaissances requises pour les accomplir et des risques de préjudice pour les clientèles vulnérables et instables physiquement, psychologiquement et socialement.

Dans le premier chapitre, le contexte de la pratique infirmière en santé mentale et en psychiatrie est décrit, notamment sur le plan de la demande de soins, des effectifs et des programmes de formation. Le même exercice est fait pour les infirmières qui déclarent pratiquer la psychothérapie.

Dans le deuxième chapitre, les propositions de modernisation des activités professionnelles prévues dans la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* sont appliquées spécifiquement au secteur de la santé mentale et de la psychiatrie, et les autres activités à réserver sont mises en relief.

Dans le troisième chapitre, la proposition de légalisation de la pratique infirmière avancée fait l'objet d'un bref résumé.

Les soins en santé mentale et en psychiatrie sont un secteur spécialisé de la pratique infirmière. Les activités professionnelles proposées dans ce mémoire sont ni plus ni moins que le reflet d'une pratique complexe dans un domaine en expansion. La recherche en sciences infirmières, particulièrement en santé mentale et en psychiatrie, témoigne de l'intérêt de la profession pour toutes les questions relatives au bien-être physique, psychologique et social de la personne et de sa famille.

1. LE CONTEXTE DE LA PRATIQUE INFIRMIÈRE EN SANTÉ MENTALE ET EN PSYCHIATRIE

1.1 La demande de soins et de services

Les besoins de la population en matière de soins en santé mentale et en psychiatrie demeurent une préoccupation constante au Québec. Entre autres, la *Politique de santé mentale* et le *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale* publiés par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 1989, 1998) en témoignent. De plus, les résultats du Forum national sur la santé mentale, tenu en septembre 2000, réaffirment la nécessité de soutenir et d'améliorer le réseau de distribution de soins et de services (MSSS, 2001a). Plus spécifiquement, les soins visant le maintien dans le milieu de vie des personnes atteintes de troubles mentaux graves doivent être organisés, afin de maximiser le potentiel de ces personnes et de réduire les coûts élevés liés à l'hospitalisation de cette clientèle.

De surcroît, les découvertes relatives aux mécanismes biochimiques et neurophysiologiques perturbés à cause de certaines maladies mentales entraînent des changements dans l'évaluation et le traitement des personnes atteintes. Une perspective biopsychosocioculturelle est plus que jamais requise dans la gestion des soins. Les infirmières, dans ce contexte de soins et de services et compte tenu de leur approche globale de la santé et de la maladie, ont une expertise spécifique dans la gestion des épisodes de soins en centre hospitalier et dans le suivi des clientèles en centre hospitalier et dans la communauté.

Enfin, à l'instar de nos consœurs et confrères américains et pour répondre aux besoins actuels et anticipés de la clientèle, on remarque que la pratique infirmière s'organise de plus en plus autour, par exemple :

- des périodes de développement (enfant et adolescent, adulte, gériatrie);
- d'un trouble mental / émotionnel spécifique (dépendances, dépressions sévères, maladies mentales persistantes);
- d'une pratique spécifique (personne, communauté, groupe, couple, famille);
- d'un rôle spécifique tel que coordonnatrice de suivi, consultante - infirmière de liaison (ANA *et al.*, 2000).

1.2 Les effectifs en santé mentale et en psychiatrie

Le nombre d'infirmières exerçant dans les divers milieux cliniques ainsi que la diversité des fonctions occupées, selon le niveau de formation, reflètent la présence des infirmières dans ce domaine de concentration en soins infirmiers. Les données statistiques recueillies par l'OIIQ au 31 mars 2000 indiquent que 3 957 infirmières déclarent exercer en santé mentale et en psychiatrie. Leur principal lieu d'exercice, leur fonction ainsi que leur niveau de formation sont illustrés dans les tableaux suivants.

TABLEAU 1

PRINCIPAL LIEU D'EXERCICE	nombre	%
centre hospitalier de soins généraux et spécialisés	1 774	44,8 %
centre hospitalier de soins psychiatriques	1 671	42,2 %
centre d'hébergement et de soins de longue durée	191	4,8 %
CLSC	99	2,5 %
centre de réadaptation	23	0,6 %
autres	199	5,0 %

TABLEAU 2

FONCTION EXERCÉE	nombre	%
clinique (soignante) ²	3 222	81,4 %
conseil (clinicienne) ³	289	7,3 %
gestion	246	6,2 %
enseignement	47	1,2 %
recherche	12	0,3 %
autre fonction	51	1,3 %
pas de réponse	90	0,2 %

2. Les infirmières déclarant exercer à titre d'infirmière soignante, d'assistante infirmière-chef, d'infirmière de liaison ou d'infirmière coordonnatrice de suivi systématique de clientèles ont été intégrées dans cette catégorie.

3. Les infirmières déclarant exercer à titre d'infirmière conseillère, d'infirmière consultante, d'infirmière clinicienne ou d'infirmière clinicienne spécialisée ont été intégrées dans cette catégorie.

TABLEAU 3

NIVEAU DE FORMATION	nombre	%
diplôme d'hôpital	304	7,7 %
DEC	1 734	43,8 %
certificat	679	17,2 %
baccalauréat	1 009	25,5 %
2 ^e et 3 ^e cycles	231	5,8 %

Si nous jetons un regard sur la situation des infirmières dans les milieux de travail, nous constatons qu'une très grande proportion travaille dans les centres de soins généraux et spécialisés (1 774) et dans les centres hospitaliers psychiatriques (1 671). Plusieurs travaillent dans des unités de soins psychiatriques, mais également dans les services ambulatoires en cliniques externes ou en maintien dans le milieu de vie. Peu d'entre elles travaillent en CLSC ou en centre de réadaptation.

En ce qui a trait à la fonction exercée, la majorité ont un poste d'infirmière soignante (81,4 %) et plus de 7 % déclarent exercer à titre d'infirmières cliniciennes et 6,2 % en gestion. Quant aux professeures et à celles qui déclarent faire de la recherche dans ce domaine, on en dénombre respectivement 1,2 % et 0,3 %.

Le niveau de formation des infirmières dans ce secteur est relativement élevé. Près de la moitié des infirmières détiennent un certificat (679) ou un baccalauréat (1 009) ou un diplôme de deuxième et de troisième cycles (231).

1.3 Les effectifs en toxicomanie

Selon les statistiques recueillies par l'OIIQ au 31 mars 2000, 166 infirmières déclarent exercer spécifiquement en toxicomanie, principalement en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés et en centre de réadaptation. Elles exercent en majorité à titre d'infirmière soignante, et près de 50 % possèdent un certificat (18,7 %), un baccalauréat (25,9 %) ou un diplôme de deuxième et troisième cycles (5,4 %). Les tableaux 4, 5 et 6 illustrent ces données.

TABLEAU 4

PRINCIPAL LIEU D'EXERCICE	nombre	%
centre hospitalier de soins généraux et spécialisés	57	34,3 %
centre hospitalier de soins psychiatriques	1	0,6 %
centre d'hébergement et de soins de longue durée	10	6,0 %
CLSC	4	2,4 %
centre de réadaptation	53	31,9 %
autres	41	24,7 %

TABLEAU 5

FONCTION EXERCÉE	nombre	%
clinique (soignante)	112	67,5 %
conseil (clinicienne)	29	17,5 %
gestion	16	9,6 %
enseignement	1	,6 %
recherche	1	,6 %
autre fonction	2	1,2
sans réponse	5	3,0 %

TABLEAU 6

NIVEAU DE FORMATION	nombre	%
diplôme	24	14,5 %
DEC	59	35,5 %
certificat	31	18,7 %
baccalauréat	43	25,9 %
2 ^e et 3 ^e cycles	9	5,4 %

1.4 Les effectifs en psychothérapie

Dans le cadre des travaux sur l'utilisation du titre de psychothérapeute, en 1998, l'OIIQ a fait une estimation du nombre d'infirmières et d'infirmiers qui pourraient se qualifier selon les normes minimales qui avaient été élaborées et transmises à l'Office des professions du Québec (OPQ). Parmi les membres de l'OIIQ, 1 432 déclaraient utiliser la psychothérapie dans l'exercice de leur profession, et 462 infirmières répondraient aux exigences quant à la formation et à l'expérience requises. Selon les normes de délivrance du titre de psychothérapeute, qui seront déterminées éventuellement sous forme de règlement par l'OPQ, ces données pourraient être modifiées.

1.5 Les programmes de formation

La formation en soins psychiatriques fait partie depuis toujours de la formation infirmière. Dès 1944, on a reconnu le *nursing* en psychiatrie parmi les spécialisations de l'infirmière universitaire (Petitat, 1989).

Au fil des années, les programmes de formation infirmière se sont transformés en vue de permettre aux infirmières d'acquérir des connaissances et des habiletés dans le domaine de la santé mentale et de la psychiatrie en fonction de l'évolution des besoins des clientèles et de la transformation du réseau de la santé et des services sociaux. Dans ce domaine d'activité, la formation offerte au niveau collégial prépare les infirmières à intervenir auprès de personnes requérant des soins infirmiers en santé mentale et de leurs proches. Les programmes de baccalauréat en sciences infirmières assurent la formation d'infirmières qui sont en mesure d'intervenir auprès des personnes présentant des problèmes de santé mentale, des familles et des groupes.

Il est aussi possible pour les infirmières d'approfondir les connaissances et les habiletés acquises en santé mentale et en psychiatrie dans le cadre de programmes de formation continue et de perfectionnement. Des programmes de certificat ainsi que des microprogrammes en santé mentale ont été conçus spécifiquement à cette fin. Des cours portant sur la santé mentale ont aussi été intégrés parmi les cours d'autres programmes de certificat s'adressant aux infirmières. Les programmes de baccalauréat de perfectionnement, de maîtrise et de diplôme de deuxième cycle en sciences

infirmières permettent aux infirmières de choisir, parmi les cours à options, une concentration ou un cheminement en santé mentale et en psychiatrie. Dans le cadre de certains de ces programmes, il est possible pour les infirmières de développer plus particulièrement leur expertise auprès de groupes cibles tels que les personnes âgées et les familles.

Depuis quelques années, des modules universitaires de sciences infirmières permettent de partager le savoir infirmier dans le domaine de la santé mentale et de la psychiatrie avec d'autres intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, dans le cadre de programmes de certificat offerts en interdisciplinarité dans le domaine de la santé mentale et de la toxicomanie.

2. LES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES PRÉVUES AUX ARTICLES 36 ET 37 DE LA *LOI SUR LES INFIRMIÈRES ET LES INFIRMIERS*

2.1 Introduction

L'OIIQ propose de moderniser l'article 36 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* en l'appliquant au domaine particulier de la santé mentale et de la psychiatrie.

L'exercice de redéfinition des activités professionnelles repose sur leur caractère préjudiciable, le niveau de connaissances et la latitude requise pour juger de la pertinence ou non d'accomplir l'activité professionnelle.

Cinq sources de données et des consultations soutiennent l'analyse de ce domaine d'expertise :

- le champ d'exercice et les normes de soins en santé mentale et en psychiatrie élaborées conjointement par l'American Nurses Association (ANA), l'American Psychiatric Nurses Association (APNA) et l'International Society of Psychiatric-Mental Health Nurses (ISPN) (2000);
- le système de classification des interventions de soins infirmiers (*Nursing Interventions Classification-NIC*) développé par une vaste équipe de chercheurs aux États-Unis (McCloskey et Bulechek, 2000);
- le profil des compétences des infirmières psychiatriques établi conjointement par les organismes de réglementation des infirmières de la Colombie-Britannique, de l'Alberta, de la Saskatchewan et du Manitoba (Registered Psychiatric Nurses Association of Saskatchewan, 2001);
- des écrits scientifiques et professionnels sur la pratique des soins infirmiers en santé mentale et en psychiatrie;
- un répertoire d'activités professionnelles accomplies par les infirmières québécoises (Leclerc et St-Jacques, 1997) et les projets québécois en soins infirmiers dans le domaine de la santé mentale et en psychiatrie recensés dans le cadre du concours Innovation clinique de l'OIIQ;
- la consultation d'infirmières soignantes, d'infirmières cliniciennes spécialisées, d'infirmières psychothérapeutes, d'infirmières enseignantes et chercheuses (voir l'annexe III).

L'analyse de ces sources d'information confirme que les activités proposées en remplacement de l'article 36 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* s'appliquent aux soins infirmiers en santé mentale et en psychiatrie. Toutefois, l'OIIQ propose d'apporter une précision aux sphères d'intervention de la profession d'infirmière et de réserver d'autres activités professionnelles en raison de leur complexité, du niveau de connaissances requises et du risque de préjudice pour la clientèle.

2.2 Les sphères d'intervention

Les sphères d'intervention des infirmières sont la promotion de la santé, la prévention de la maladie, le traitement et la réadaptation. À ces sphères d'intervention prévues dans la loi actuelle l'OIIQ avait recommandé d'ajouter la prévention des complications, l'adaptation de la personne à sa situation de santé, le soulagement de la souffrance et l'accompagnement vers la mort.

En santé mentale et en psychiatrie, la sphère d'intervention qui se développe de plus en plus est la réadaptation psychosociale, compte tenu de l'évolution des connaissances et des services ainsi que de l'importance accrue donnée à la réintégration des clientèles atteintes de troubles mentaux graves dans leur milieu.

En effet, avec la désinstitutionnalisation de la clientèle, le recours à des programmes de suivi intensif dans le milieu (*assertive community treatment*) s'est imposé de plus en plus au Québec. Plusieurs projets ont émergé où les infirmières travaillent en équipe multidisciplinaire, dans le milieu, auprès de la clientèle atteinte de troubles graves. Elles accompagnent ces personnes dans leurs activités quotidiennes de façon à les rendre autonomes. Les interventions des infirmières comprennent, entre autres, le suivi de la médication, la gestion des symptômes, l'amélioration des habiletés sociales, la coordination des soins médicaux, la gestion de crise, le soutien familial, la recherche de logements, la gestion des revenus, la représentation auprès des autorités et les interventions auprès de l'entourage dans le but d'accroître leur tolérance et de diminuer la stigmatisation liée à la maladie mentale. D'ailleurs, les résultats d'une recherche montrent un lien significatif entre la présence d'une infirmière au sein d'une équipe de suivi intensif et la réduction du nombre de jours d'hospitalisation des personnes suivies (McGrew *et al.*, 1994).

Recommandation

1. Considérant le rôle des infirmières dans le suivi intensif dans le milieu des clientèles atteintes de troubles mentaux graves, l'OIIQ recommande que **la réadaptation psychosociale** soit nommément précisée dans les sphères d'intervention de la profession d'infirmière déjà proposées par l'OIIQ, qui comprennent la promotion de la santé, la prévention de la maladie et des complications, le traitement, la réadaptation, l'adaptation de la personne à sa situation de santé, le soulagement de la souffrance et l'accompagnement vers la mort.

2.3 Les activités d'évaluation

L'ensemble des activités d'évaluation que l'OIIQ a proposées s'applique au domaine de la santé mentale et de la psychiatrie. Les infirmières de ce secteur exercent des activités de dépistage, d'évaluation, de surveillance de l'état de santé intégrant la santé physique et mentale du client ainsi que l'environnement social et physique. De plus, le triage à l'urgence, dans les services de première ligne et également dans les cliniques psychiatriques ambulatoires, est une activité accomplie par les infirmières en psychiatrie et dans les équipes de santé mentale de même que les activités d'évaluation par télécommunication.

Les infirmières évaluent les éléments prioritaires selon la situation de santé globale de la personne et selon ses connaissances de la symptomatologie des pathologies reliées, notamment, aux troubles de la personnalité, aux troubles anxieux, aux troubles de l'humeur, aux troubles des conduites alimentaires, aux troubles schizophréniques, aux troubles déficitaires de l'attention et de la concentration, aux types de démence, aux déficits cognitifs, aux toxicomanies et aux perturbations physiologiques reliées à ces divers troubles psychiatriques. Dans l'activité de surveillance, elles déterminent les aspects physiques, physiologiques, psychologiques et sociaux à surveiller selon les problèmes prioritaires et les interventions privilégiées : le comportement non verbal indicateur de l'état psychologique, les indices d'une évolution d'un retrait social, les indices d'une amélioration de l'hygiène corporelle, la quantité de nourriture ingérée, les

signes et les symptômes de sevrage et d'intoxication, les signes avant-coureurs d'un passage à l'acte agressif, etc.

Il importe de souligner que, en plus des moyens proposés dans le mémoire (OIIQ, 2001) pour évaluer l'état de santé du client, les infirmières en santé mentale et en psychiatrie effectuent l'examen de l'état mental. Ainsi, elles évaluent le comportement moteur, l'activité, le langage, le fonctionnement, la perception, l'humeur et l'affect, le cours et le contenu de la pensée, et le jugement.

De plus, ces infirmières doivent utiliser plusieurs tests et échelles de mesure pour poser leur jugement clinique, dont :

- le mini-examen de l'état mental de Folstein;
- la grille de dépression gériatrique de Brink et Yesavage;
- la grille d'évaluation de la dépression de Hamilton;
- le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle;
- le test de dépistage de l'autisme;
- le test de développement de l'enfant : le test de Denver;
- l'échelle d'évaluation du potentiel d'agressivité;
- l'échelle d'évaluation du risque et de l'urgence suicidaires;
- la formule d'évaluation des signes extrapyramidaux;
- l'échelle des symptômes positifs et négatifs (ESPEN/PANSS);
- etc.

Pour les clientèles de santé mentale et de psychiatrie, l'évaluation des risques d'abus, de violence, de suicide, d'homicide et d'autoagression fait partie intégrante de l'activité d'évaluation de l'infirmière, tout autant que l'évaluation des risques d'infection, d'accidents, de lésions de pression, de réaction à la médication, etc.

En ce qui a trait à l'évaluation de l'état de santé, les dimensions psychosociales et les particularités ethniques, religieuses et culturelles font l'objet d'une attention particulière des infirmières en santé mentale et en psychiatrie, sans oublier les dimensions biophysiologicals. Les dimensions psychosociales évaluées par les infirmières concernent les facteurs de stress, les mécanismes d'adaptation, les modes de

communication, les interactions interpersonnelles, le niveau d'estime de soi, le réseau, etc. Les dimensions à évaluer relativement à l'environnement physique comprennent, entre autres, la salubrité du logement, les facteurs de risque potentiel de feu, d'accidents, etc. Quant aux dimensions biophysiologicals, les infirmières évaluent, notamment, de quelle façon l'état de santé mentale influe sur l'état de santé physique au niveau de la respiration, de l'alimentation, de l'hydratation, de l'élimination, du repos et de l'activité, etc.

Les infirmières sont également appelées à intervenir auprès des familles dont un des membres est aux prises avec un problème de santé physique ou mentale. En effet, plusieurs d'entre elles vivent des difficultés d'adaptation ou éprouvent de la détresse. Dans ce cas, les infirmières procèdent à une évaluation systémique familiale, qui comprend une évaluation de la structure, du fonctionnement et de la dynamique familiale.

Le jugement clinique que l'infirmière pose sur les réactions aux problèmes de santé présents ou potentiels ou aux processus de vie d'une personne ou d'une famille permet de déterminer une condition anormale et les interventions de soins et de traitements infirmiers à effectuer, et d'orienter, s'il y a lieu, la personne vers les services requis. Les jugements cliniques posés s'inscrivent dans le domaine défini par le système de classification de l'Association nord-américaine pour le diagnostic infirmier et le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV)*.

Recommandation

2. Considérant ces éléments d'information, l'OIIQ réitère l'importance de réserver les activités suivantes :
 - a) évaluer l'état de santé physique et mentale ainsi que l'environnement social et physique, et orienter, s'il y a lieu, la personne vers les services requis;
 - b) déterminer une condition anormale;
 - c) surveiller et assurer le monitoring de façon continue de l'état de santé physique et mentale;
 - d) initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques à l'urgence et en première ligne, selon une ordonnance médicale permanente et un protocole.

et d'ajouter les activités suivantes :

- e) initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques en clinique psychiatrique ambulatoire, selon une ordonnance permanente et un protocole;**
- f) effectuer l'évaluation systémique familiale.**

2.4 Les activités de soins et de traitements infirmiers

L'OIIQ a déjà proposé que en plus de prodiguer les soins infirmiers requis par l'état de santé physique et mentale, l'infirmière les détermine, et ce, en fonction des problèmes prioritaires identifiés. En santé mentale et en psychiatrie, les infirmières accomplissent :

- des interventions de protection de la clientèle dans les situations de crise en santé physique et en santé mentale et dans les situations à risque, notamment de passages à l'acte agressif ou suicidaire et d'abus;
- des interventions de gestion des autosoins, incluant l'autorégulation des symptômes;
- des interventions thérapeutiques individuelles, familiales ou de groupe, incluant les interventions psychoéducatives, le milieu thérapie et les interventions systémiques familiales.

2.4.1 Les interventions de protection de la clientèle dans les situations de crise en santé physique et en santé mentale et dans les situations à risque, notamment de passages à l'acte agressif ou suicidaire et d'abus

2.4.1.1 Les interventions en situation de crise

Un des domaines importants de la pratique infirmière, selon le *NIC*, est « la sécurité », c'est-à-dire l'ensemble des soins qui favorisent la protection des clients contre les dangers. Il s'agit des interventions de gestion de crise et de gestion des risques.

Dans le cadre des interventions de gestion de crise, l'infirmière apporte une aide immédiate ou à court terme lors de crises psychologiques et physiologiques. En santé physique, les premiers soins, les soins d'urgence, la réanimation cardiorespiratoire sont au nombre de ces interventions. En santé mentale, les urgences psychiatriques font

partie des situations où les infirmières doivent intervenir rapidement (urgence suicidaire, surdose de drogues, réactions aux drogues hallucinogènes, psychose aiguë, agressivité incontrôlable, intoxication à l'alcool, etc.). De plus, les infirmières peuvent être appelées à intervenir en situation de crise lorsque des habiletés de résolution de problèmes sont requises afin d'aider la personne à développer des stratégies d'adaptation pour retrouver son équilibre psychologique.

2.4.1.2 Les mesures de prévention et de gestion des comportements agressifs

Les infirmières exercent leur profession auprès de clients aux prises avec des problèmes de santé. Ces personnes ressentent souvent une grande détresse et peuvent présenter des stratégies d'adaptation inefficaces. Pensons aux clients de l'urgence, des soins intensifs et des centres de traumatologie qui peuvent réagir aux événements en adoptant des comportements agressifs. Particulièrement, en santé mentale, les infirmières travaillent auprès de clients qui ont des mécanismes d'adaptation inefficaces pour faire face au stress. Les patients hospitalisés en psychiatrie sont habituellement en crise et leurs habiletés d'adaptation déficientes.

Avec le phénomène de la désinstitutionnalisation, de plus en plus seuls les clients en phase aiguë sont gardés dans les unités de soins de courte durée, et les autres sont traités en clinique externe ou par un suivi en milieu de vie. Ces phénomènes conjugués à une gestion plus réfléchie de l'utilisation des contentions physiques et chimiques et de l'isolement ont pour incidence d'augmenter dans les unités le nombre de patients présentant des comportements agressifs.

Les infirmières doivent ainsi intervenir pour prévenir et gérer ces comportements. Elles doivent reconnaître les signes précurseurs d'un comportement agressif et les facteurs déclenchants. Selon le niveau d'agressivité, les infirmières planifient les interventions préventives requises afin d'éviter le passage à l'acte. Elles peuvent recourir à la fois à des stratégies de communication et à des stratégies liées à l'environnement, dont la limitation de l'aire d'activité. Elles sont appelées à coordonner les interventions de l'équipe lors d'un passage à l'acte et à s'assurer d'un retour sur l'événement. Les mesures d'isolement et de contention sont utilisées en dernier recours en fonction des protocoles adoptés par les établissements.

2.4.1.3 Les mesures de prévention et de gestion du suicide

Les infirmières en santé mentale et en psychiatrie sont quotidiennement en contact avec des clientèles pouvant présenter un potentiel suicidaire. Leur évaluation permet de distinguer le risque suicidaire de l'urgence suicidaire. Parmi les éléments d'évaluation, l'infirmière vérifie l'idéation et la planification d'un scénario suicidaire, les antécédents de passage à l'acte, le degré de dangerosité et la disponibilité du réseau de soutien. Cette évaluation permet de cibler les mesures de prévention et de protection requises. Les interventions des infirmières visent d'abord à assurer la sécurité de la clientèle par l'aménagement sécuritaire du milieu ambiant, la détermination du niveau de surveillance approprié et la transmission de l'information d'une équipe de soins à l'autre de façon à assurer la continuité des soins.

Les infirmières développent une alliance thérapeutique en vue de favoriser l'expression des sentiments et des pensées liés aux gestes ou aux idées suicidaires; elles établissent un contrat de soins dans lequel le client s'engage à ne pas passer à l'acte; et elles aident celui-ci à acquérir des habiletés de résolution de problème et à mobiliser son réseau social, etc.

2.4.1.4 Les mesures d'isolement et de contention

Aux mesures de prévention et de gestion des comportements agressifs ou suicidaires peuvent s'ajouter les mesures d'isolement et de contention. L'isolement est utilisé pour prévenir un passage à l'acte imminent ou pour maîtriser un comportement mettant en danger la sécurité ou le bien-être du client ou d'autrui. Les contentions sont une mesure d'intervention pour protéger la personne des blessures ou pour maîtriser un patient présentant des comportements agressifs (Association des hôpitaux du Québec, 2000b).

En psychiatrie, les infirmières décident en situation d'urgence de recourir à l'isolement et à l'utilisation de contentions et en avisent le médecin. Elles évaluent l'évolution de l'état de santé et la pertinence de maintenir ou d'enlever ces mesures, lorsque la prescription médicale précise leur retrait selon le jugement de l'infirmière. De plus, elles déterminent la fréquence et les éléments de surveillance.

2.4.1.5 La prévention et les interventions en situation d'abus

Les infirmières sont appelées à déceler les situations d'abus physiques, psychologiques ou sexuels chez les enfants, les adolescents, les adultes et les personnes âgées car elles y sont confrontées dans leur pratique quotidienne. En s'appuyant sur des signes objectifs et subjectifs d'abus, elles déterminent les actions à poser selon le degré de dangerosité.

Dans les cas de violence, notamment la violence conjugale, les infirmières peuvent accomplir une série d'interventions de façon à résoudre adéquatement à cette problématique. Ces interventions consistent à : mettre en place les préalables à une intervention; soutenir la personne dans l'expression de ses émotions; confirmer la situation de violence conjugale; expliquer le cycle et l'escalade de la violence; évaluer la dangerosité de la situation; élaborer un scénario de protection; présenter les ressources d'aide; et aider à la prise de décision (Lachapelle et Forest, 2000).

Dans les cas d'abus ou de négligence envers les enfants, plusieurs interventions sont posées par l'infirmière, du dépistage des indices physiques et comportementaux au signalement à la Direction de la protection de la jeunesse, lorsque la sécurité ou le développement d'un enfant est compromis.

2.4.2 La gestion des autosoins, incluant l'autorégulation des symptômes

L'ANA, l'APNA et l'ISPN ont reconnu la promotion des activités d'autosoins comme l'une des interventions infirmières visant à guider et à encadrer la personne atteinte de troubles mentaux dans ses activités de vie quotidienne en vue d'être autonome. Parmi ces activités, les infirmières ont développé une expertise spécifique dans la gestion des symptômes. En effet, les infirmières enseignent au client, entre autres, les signes à surveiller qui sont liés à l'évolution de sa situation de santé, les interventions à effectuer en cas de changement et le lien entre les médicaments, les effets secondaires et les symptômes de la maladie. De plus, les infirmières élaborent et appliquent des programmes d'autorégulation des symptômes et de prévention de la rechute, particulièrement pour les clientèles atteintes de troubles mentaux graves.

Une étude réalisée au Québec a démontré que la participation de clients à un groupe d'autorégulation des symptômes permet d'accroître leur capacité d'autosoins et favorise l'adaptation des familles (Messier, 2000). Une autre étude a révélé que les clients ayant participé à une intervention de groupe présentaient une diminution des hallucinations, une augmentation de l'estime de soi et une amélioration de leurs soins d'hygiène (Leclerc *et al.*, 2000).

Par ailleurs, la réadaptation dans les activités de la vie quotidienne demeure une facette des soins qui ne peut être négligée, car les personnes atteintes de troubles mentaux graves ont de multiples besoins à cet égard, notamment sur le plan de l'hygiène personnelle, de l'alimentation, etc. Quant aux activités de la vie domestique telles que l'épicerie, l'entretien ménager et les activités de réinsertion sociale, dont celles à l'école et au travail, elles font également partie des préoccupations des infirmières de même que l'enseignement des comportements de santé.

2.4.3 Les interventions thérapeutiques, individuelles, familiales ou de groupe, incluant les interventions psychoéducatives, le milieu thérapie et les interventions systémiques familiales

2.4.3.1 Les interventions thérapeutiques individuelles et de groupe

Pour intervenir auprès des clientèles atteintes de troubles mentaux graves, des personnes qui souffrent de détresse psychologique ou des personnes toxicomanes, les infirmières établissent et maintiennent une relation thérapeutique avec la personne. Elles utilisent des techniques de communication verbale et non verbale et effectuent des interventions thérapeutiques individuelles et de groupe appropriées à l'état de santé physique et mentale.

Selon le *NIC*, ces interventions ont pour objet de renforcer ou de promouvoir des comportements, des fonctions cognitives souhaitées ou encore de modifier les comportements et les fonctions cognitives indésirables. À partir des points forts de la personne et selon les objectifs fixés, les interventions visent à aider la personne à s'adapter à un changement ou encore à atteindre un niveau de fonctionnement supérieur.

Parmi la gamme d'interventions thérapeutiques individuelles ou de groupe effectuées par les infirmières, mentionnons les interventions visant à aider la personne à s'affirmer davantage, particulièrement la personne dépressive. Les infirmières utilisent des interventions de gestion du stress, notamment auprès des personnes atteintes de troubles anxieux. Auprès des clientèles ayant des troubles de l'alimentation, des interventions spécifiques sur l'image corporelle sont planifiées. Dans les situations de deuil, les infirmières ont acquis une expertise particulière dans l'accompagnement des personnes endeuillées.

Le client est un partenaire dans la détermination de ses problèmes prioritaires, des objectifs à atteindre sur les plans cognitif, comportemental et émotionnel et des interventions à effectuer. Dans le cadre d'entretiens formels ou ponctuels, diverses stratégies d'intervention peuvent être mises en œuvre par les infirmières, entre autres :

- la résolution de problèmes;
- l'entraînement à l'affirmation de soi;
- le développement de la compétence sociale;
- la gestion du stress;
- la gestion de l'agressivité et de la colère;
- l'amélioration de l'estime de soi;
- l'amélioration de l'image corporelle;
- la restructuration cognitive;
- l'approche cognitivo-comportementale;
- l'entraînement de la mémoire;
- l'orientation dans la réalité;
- le soutien;
- l'élargissement du réseau de soutien;
- l'amélioration de la capacité d'adaptation;
- l'aide au travail de deuil;
- etc.

2.4.3.2 Les interventions psychoéducatives

Les activités d'enseignement au client et à sa famille sont au cœur de la pratique infirmière. Elles visent à améliorer la compréhension, la prise en charge, l'observance des mesures thérapeutiques et l'autonomisation de la clientèle (*empowerment*) dans les divers aspects de sa vie. Cet enseignement est souvent dispensé selon une approche psychoéducatrice, de façon que les aspects pédagogiques, émotionnels et comportementaux sont pris en considération. Le soutien donné à la famille pour qu'elle assume son rôle d'aidant naturel constitue un volet important de ce type d'intervention. Pour les clientèles en toxicomanie, par exemple, les infirmières mettent en œuvre des stratégies éducatives individuelles ou de groupe sur la réduction des effets nocifs causés par l'abus de substances, sur les signes de rechute et le plan d'urgence, les conséquences positives et négatives de la consommation, etc. Les principaux objets d'enseignement des infirmières en santé mentale et en psychiatrie comprennent :

- le processus de la maladie;
- la médication;
- la gestion des symptômes;
- la planification du congé;
- la prévention des rechutes;
- le budget personnel;
- la sexualité, l'intimité et la reproduction;
- les habitudes de vie;
- les habiletés de recherche de soutien social formel et informel;
- les habiletés de gestion de stress;
- les habiletés de communication;
- les conséquences positives et négatives de la consommation;
- la réduction des méfaits;
- etc.

2.4.3.3 Le milieu thérapie

Dans ce secteur en particulier, malgré les courtes durées de séjour, les infirmières ont la responsabilité de planifier l'environnement à des fins thérapeutiques. Le milieu thérapie est défini ainsi : « C'est la planification scientifique de l'environnement dont le but est d'amener des changements de comportements, d'améliorer la santé psychologique et le fonctionnement de l'individu » (Townsend, 1999). Dans cet environnement, la personne est accueillie dans sa souffrance, sa détresse, son potentiel et ses limites. Elle apprend des stratégies d'adaptation, acquiert des habiletés sociales et émotionnelles et ce, sur une base quotidienne. Ces habiletés peuvent, par la suite, être appliquées à d'autres aspects de la vie. L'ANA, l'APNA et l'ISPN ont identifié spécifiquement cette intervention dans le cadre de la pratique de base des infirmières en santé mentale et en psychiatrie.

2.4.3.4 Les interventions systémiques familiales

La pratique des infirmières au fil des ans se caractérise par le soin à la famille qui se développe de plus en plus dans tous les secteurs d'activité. À cet égard, le *NIC* en a fait un grand domaine d'interventions au même titre que les soins physiologiques de base, les soins physiologiques complexes, les soins psychosociaux, les soins de protection et les soins indirects. Les interventions visent à faciliter le fonctionnement de l'unité familiale et à promouvoir la santé et le bien-être des membres de la famille tout au long de la vie. La famille est ainsi plus à même de s'adapter à diverses situations.

L'ensemble des infirmières interviennent auprès de la famille tout au long du cycle de la vie afin de promouvoir la santé et le bien-être de la personne et de sa famille. En outre, des interventions systémiques familiales visent, entre autres, à aider les familles à modifier des aspects de leur fonctionnement pour répondre à des besoins qui dépassent leurs ressources. Des infirmières possédant une formation de niveau du baccalauréat ou de la maîtrise utilisent l'approche systémique familiale auprès du client et de ses proches dans le but de promouvoir, de maintenir et d'améliorer le fonctionnement de la famille, de soulager sa souffrance et de favoriser son adaptation à une situation de santé (Duhamel, Racine, 2001).

Des études révèlent que les aidants familiaux d'une personne atteinte d'un trouble mental présentent de la détresse psychologique, des malaises physiques et consomment davantage de tranquillisants que la population en général (Ricard, 1991 ; Ricard et Fortin, 1993). Or, des interventions systémiques familiales contribuent à l'adaptation des familles à la maladie mentale d'un des leurs, entre autres, par les connaissances acquises sur la maladie mentale et des échanges plus fluides entre eux (Wright et Leahy, 2001).

Recommandation

3. Considérant la complexité de ces interventions et les risques à l'intégrité physique et psychologique des personnes, si les activités sont accomplies par des personnes non formées, l'OIIQ réitère sa recommandation de réserver les activités suivantes :

- a) déterminer et prodiguer les soins et les traitements infirmiers, incluant la gestion des autosoins, la prévention et la gestion des comportements agressifs, la prévention et la gestion des situations de risque et d'urgence suicidaire, la prévention et les interventions dans les situations d'abus ou de violence, les interventions en situation de crise;
- b) décider de l'utilisation de l'isolement et des contentions, y compris la décision de les maintenir ou de les cesser ainsi que les éléments et la fréquence de surveillance;

d'ajouter les activités réservées suivantes :

- c) **effectuer des interventions thérapeutiques individuelles, familiales et de groupe, incluant les interventions psychoéducatives, le milieu thérapie, le développement et l'application des programmes d'autorégulation des symptômes;**
- d) **effectuer des interventions systémiques familiales.**

2.5 Les activités de soins, de traitements et d'actes médicaux

En ce qui a trait aux traitements médicaux, les infirmières en assurent le suivi sous ordonnance médicale. Ce secteur comprend les soins donnés avant, pendant et après l'électroconvulsivothérapie, la thérapie intraveineuse, la vaccination antihépatite, et les soins lors de sevrage et d'intoxication à l'alcool, aux médicaments ou aux drogues, etc.

Le traitement pharmacologique étant un des principaux traitements des troubles mentaux, les infirmières ont la responsabilité de préparer et d'administrer, de façon sécuritaire en milieu hospitalier et selon une ordonnance médicale individuelle, les neuroleptiques, les anticholinergiques et antiparkinsoniens, les antidépresseurs, les normothymiques, les anxiolytiques et tout autre médicament, si le client présente des problèmes de santé physique connexes. Pendant le suivi dans la communauté, pour assurer la surveillance du traitement pharmacologique, elles contribuent notamment à l'adhésion de la clientèle au régime médicamenteux.

Les infirmières vérifient les effets thérapeutiques du médicament sur la personne, surveillent les signes et les symptômes de toxicité médicamenteuse, y compris les signes extrapyramidaux, dépistent les effets indésirables, vérifient les interactions médicamenteuses non thérapeutiques et analysent l'impact du médicament sur le mode de vie du client. Elles décident d'administrer une médication prescrite au besoin, après avoir évalué l'état de santé physique et mentale de la personne. Par exemple, elles évaluent le moment approprié de recourir à une substance psychotrope lors d'agitation psychomotrice.

Les infirmières ont la responsabilité d'appliquer, entre autres, les protocoles de suivi de la carbamazépine, du lithium, de l'acide valproïque et de la clozapine. Ces protocoles comprennent des éléments de surveillance clinique, tels les signes vitaux, l'évaluation des effets secondaires, l'évaluation des signes extrapyramidaux et les analyses sanguines. Elles interprètent les résultats pour suivre l'évolution de l'état de santé et déterminer les interventions requises telles que modifier l'horaire de la prise de médicaments ou conseiller au client de reprendre sa médication, ou encore suspendre la prise de médicaments et consulter le médecin. En toxicomanie, les infirmières contribuent notamment au suivi de la clientèle sous méthadone.

Dans le suivi des traitements pharmacologiques, les infirmières évaluent la capacité du client à s'autoadministrer les médicaments, et conçoivent et appliquent des programmes d'autoadministration des médicaments. Elles s'assurent de la fidélité au traitement pharmacologique et élaborent avec le client des stratégies pour l'accroître. Il est reconnu que l'adhésion au traitement pharmacologique est un élément déterminant de l'efficacité du traitement de la personne atteinte d'un trouble mental et une condition *sine qua non* du succès de la réadaptation psychosociale (Fenton, Blyler et Heinssen, 1997).

En santé mentale et en psychiatrie, le suivi du traitement pharmacologique est une activité très importante, car elle peut faire la différence, pour certaines clientèles, entre l'hospitalisation et la vie en communauté, entre la réduction des symptômes et la présence de signes de toxicité, en raison des effets potentiels de la médication sur la santé physique.

Selon les infirmières consultées, les protocoles de suivi du traitement pharmacologique devraient être établis conjointement par les infirmières et les médecins, car ils sont appliqués par les infirmières et intègrent à la fois des éléments de surveillance clinique relevant de l'exercice infirmier et des éléments de l'exercice médical. Les pharmaciens pourraient être appelés à collaborer à l'établissement de ces protocoles de suivi. De plus, les infirmières souhaiteraient voir clarifier dans la loi leur capacité à faire divers prélèvements, en dehors des indications prévues au protocole pour les situations où la personne présente des effets secondaires. Cela permettrait de diminuer les délais pour le client entre le moment de la manifestation de signes et de symptômes de toxicité et la décision médicale de revoir le plan de traitement.

Recommandation

4. Considérant le risque important de préjudice lié aux traitements médicaux et à l'administration des médicaments, l'OIIQ recommande à nouveau de réserver les activités suivantes :

- a) prodiguer les soins, les traitements médicaux selon une ordonnance médicale individuelle, une ordonnance permanente et/ou un protocole;
- b) préparer, administrer et ajuster des médicaments et des substances selon une ordonnance individuelle, une ordonnance permanente et/ou un protocole;

et d'ajouter les activités suivantes :

- c) surveiller le traitement pharmacologique et les réactions aux médicaments et aux substances;**
- d) concevoir et appliquer des programmes d'autoadministration des médicaments;**
- e) faire des prélèvements sans ordonnance médicale, lors du suivi du traitement pharmacologique.**

Quant aux actes médicaux énoncés dans le *Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être posés par des classes de personnes autres que des médecins*, deux d'entre eux réfèrent spécifiquement au domaine de la santé mentale et de la psychiatrie :

- A-1.24** Diriger des entrevues psychiatriques avec le bénéficiaire ou sa famille pour contribuer au diagnostic et au traitement.
- A-1.25** En milieu psychiatrique, orienter le bénéficiaire vers des activités jugées nécessaires.

Il est important de traduire ces deux activités dans nos propositions de modernisation de l'article 36 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers*. En ce qui a trait à l'acte A-1.25, on considère qu'il est prévu dans l'activité d'évaluation, car les infirmières, une fois terminée l'évaluation, peuvent décider d'orienter le client, s'il y a lieu, vers les services requis ou vers des activités accomplies par d'autres intervenants, ou encore déterminer les soins et les traitements infirmiers requis ou, enfin, effectuer elles-mêmes des interventions thérapeutiques. Quant à l'acte A-1.24, qui consiste à diriger des entrevues psychiatriques avec le client ou sa famille pour contribuer au diagnostic et au traitement, il doit être remplacé par une réserve d'activité inscrite dans la *Loi sur les infirmières et les infirmiers*. Les infirmières ayant la formation supplémentaire requise posent cet acte conformément aux exigences du règlement susmentionné.

Recommandation

5. En ce qui a trait aux actes médicaux prévus dans le *Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être posés par des classes de personnes autres que des médecins*, l'OIIQ recommande de remplacer les actes A1.24 et A1.25 par une réserve d'activité inscrite dans la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* :

- f) **diriger des entrevues psychiatriques avec le client ou sa famille**
(sous réserve d'une formation supplémentaire).

2.6 Les activités de contrôle

Les activités de contrôle décrites dans le mémoire *La vision contemporaine de l'exercice infirmier au Québec* s'appliquent également à ce secteur d'activité. Les infirmières prescrivent notamment des soins infirmiers liés à l'utilisation des contentions et de l'isolement, et à la fréquence et aux éléments de surveillance. Avec le phénomène de la désinstitutionnalisation, les infirmières sont appelées à évaluer la capacité du client et de sa famille à effectuer les autosoins, et la capacité des non-professionnels à effectuer des soins d'assistance liés aux activités de la vie quotidienne, dont l'administration de

médicaments à des clients hébergés dans les ressources d'hébergement privées, les ressources intermédiaires, les ressources de type familial et à domicile.

Par ailleurs, il apparaît important de rappeler les principaux éléments de la coordination de situations de santé complexes, notamment lors du suivi systématique de clientèles. Cette activité implique la coordination de services dans le milieu hospitalier, entre les différents types de professionnels et entre les établissements et les ressources communautaires. En collaboration avec l'équipe interdisciplinaire, les infirmières élaborent des plans de cheminement clinique pour différents types de clientèles, évaluent les écarts et interviennent, le cas échéant. Cette activité diffère du suivi que chaque professionnel est tenu de faire selon l'état du client.

Recommandation

- 6.** L'OIIQ recommande à nouveau de réserver les activités de contrôle décrites dans le mémoire *La vision contemporaine de l'exercice infirmier au Québec*, dont :
 - a)** assurer la coordination de situations de santé complexes;
 - b)** prescrire les soins infirmiers requis par l'état de santé du client; assurer la supervision requise;
 - c)** évaluer la capacité du client et de sa famille à effectuer les autosoins et à prendre en charge sa situation de santé; déterminer les conditions sécuritaires des soins à domicile, le cas échéant;
 - d)** évaluer la capacité des intervenants non professionnels à effectuer des soins d'assistance liés aux activités de la vie quotidienne.

3. LA PRATIQUE INFIRMIÈRE AVANCÉE

3.1 Introduction

Le mémoire de l'OIIQ a fait valoir l'importance de l'évolution de la pratique infirmière pour répondre aux besoins en santé de la population dans un contexte de transformation du système de santé. En Amérique du Nord, différents rôles de pratique infirmière avancée sont reconnus, dont deux qui ont retenu l'attention de l'OIIQ : l'infirmière spécialisée dans un domaine de spécialité et l'infirmière praticienne exerçant en soins de santé primaires.

Pour ces deux rôles, nous avons présenté une proposition de champ descriptif, de réserve de titres et de réserve d'activités professionnelles visant à légaliser cette pratique (voir l'annexe II). La présente section sur la pratique infirmière avancée en psychiatrie s'inscrit entièrement à l'intérieur de la proposition faite dans le cadre du mémoire. D'ailleurs, le Bureau de l'OIIQ avait déjà ciblé la psychiatrie comme un des domaines prioritaires d'intervention de l'infirmière spécialisée.

3.2 La demande de soins et de services

L'étude sur la santé mentale des Montréalais, réalisée par la Direction de la santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (2001), démontre un manque d'adéquation entre les services offerts par le réseau et les besoins de la population. Cette étude révèle que les troubles mentaux transitoires, telles la dépression, l'anxiété, la phobie ou la toxicomanie, sont les plus fréquents, souvent ignorés et constituent le principal besoin non comblé. En effet, 50 % des adultes n'ont recours à aucun service et seulement 20 % de ceux ayant des besoins reçoivent une réponse adéquate.

À cet égard, les équipes de santé mentale dans les CLSC doivent être mises à contribution de façon encore plus significative, car le rôle des infirmières dans la promotion de la santé, la prévention de la maladie, le traitement et la réadaptation des personnes et de leur famille est essentiel. Elles font du dépistage de problèmes de santé mentale, de l'évaluation, de l'éducation à la santé, de l'intervention en situation de crise, des interventions thérapeutiques, des rencontres psychoéducatives, du soutien

auprès des clients et de leurs familles, des activités de liaison et de coordination avec des établissements de santé tout en favorisant l'utilisation des ressources communautaires. Ces équipes contribuent à la santé de la population, préviennent les problèmes de santé mentale, les dépistent et incitent les personnes à consulter. Leurs interventions permettent d'éviter les détériorations de l'état de santé et favorisent l'adaptation des personnes et de leur famille à leur situation de santé. Enfin, dans le domaine de la santé mentale, on ne saurait ignorer l'importance des activités de prévention des infirmières, notamment en santé scolaire et en santé du travail, auprès des jeunes et dans les milieux de travail pour prévenir, entre autres, le suicide et l'épuisement professionnel. Toutefois, ces mesures doivent être combinées à des services mieux organisés en première, en deuxième et en troisième ligne.

En effet, les sommes investies en santé mentale ont été presque exclusivement consacrées aux personnes souffrant de troubles mentaux graves. Malgré un investissement financier important, ces clientèles présentent de plus en plus des problèmes multiples et complexes tant physiques que mentaux. Elles sont hospitalisées durant des périodes de plus en plus brèves, réintègrent rapidement la communauté et requièrent, de la part des équipes spécialisées en santé mentale, à la fois l'expérience et les connaissances de l'approche psychosociale et des soins de santé primaires.

Chafetz et Ricard (1999) sont d'avis que la maladie mentale sévère a des effets sur les fonctions physiologiques, tels l'appétit, le sommeil, l'état d'éveil ainsi que le comportement moteur. Selon ces auteures, la prise de médication et la fidélité au plan de traitement constituent un point central dans la vie des personnes atteintes. Elles notent également les effets secondaires de la psychopharmacologie qui entraînent, entre autres, des problèmes cardiovasculaires, le diabète et l'obésité sévère. Elles rappellent l'effet que produit la maladie psychiatrique sur les habitudes de vie des personnes atteintes, notamment l'incidence élevée de tabagisme, l'apport alimentaire de piètre qualité et en quantité insuffisante, le style de vie sédentaire et les abus de substances diverses qui aggravent les risques de problèmes médicaux. Cette combinaison contribue à l'émergence de maladies chroniques et de problèmes médicaux.

Chafetz et Ricard rapportent une étude parue en 1998 dans le *British Journal of Psychiatry* selon laquelle il est urgent d'examiner l'incidence de la maladie physique chez la clientèle présentant des problèmes de santé mentale graves. À leur avis, les adultes souffrant de maladies graves requièrent des services appropriés de soins de santé généraux pouvant répondre à leurs besoins particuliers. Selon ces auteures, les cliniciens en santé mentale ont des connaissances limitées sur les soins généraux que requiert cette clientèle. Aussi, elles jugent essentiel d'avoir une approche adaptée aux besoins et à la réalité de cette clientèle gravement malade. Les symptômes de la maladie, ainsi que les déficits cognitifs ou fonctionnels, peuvent empêcher les clients de prendre un rendez-vous médical, d'exprimer clairement les malaises qu'ils ressentent, de tolérer des examens physiques, etc. Malheureusement, cette clientèle est perçue comme n'étant pas fidèle ou pas très motivée à prendre en charge sa santé.

3.3 Les activités professionnelles

Selon l'American Psychiatric Nurses Association (APNA s.d.; 1995), les infirmières spécialisées en psychiatrie peuvent offrir une gamme de soins et de services intégrés permettant le maintien de la santé physique et mentale, le dépistage de la dépression ou des problèmes de dépendance à l'alcool et aux drogues. Entre autres activités prioritaires, elles décèlent les problèmes de santé physique qui accompagnent souvent la maladie psychiatrique ou qui est sous-jacente à la pathologie. Le traitement de la maladie mentale et des problèmes de santé physique qui y sont associés et la réadaptation psychosociale complètent la gamme des interventions. Sur le plan du traitement, les infirmières spécialisées sont aptes à prescrire la médication psychoactive ainsi que celle qui atténue les effets secondaires de ces médicaments. Elles jouent un rôle actif de liaison entre les hôpitaux et les services offerts dans la communauté. Elles prennent en charge le suivi de ces patients durant leur hospitalisation, notamment à l'intérieur de l'hôpital psychiatrique et en clinique privée. Elles font de la consultation et dirigent les patients vers les médecins de famille ou les psychiatres, au besoin.

Le rôle de l'infirmière spécialisée en psychiatrie est très bien décrit dans le projet ontarien du Chatham-Kent Health Alliance (1999). Elle exerce un rôle de premier plan auprès de la clientèle hospitalisée dans des unités de psychiatrie ou dans des cliniques d'urgence psychiatrique dont elles assurent la coordination des services. Cette pratique

se fait dans le cadre d'une collaboration bien définie avec le psychiatre et le médecin de famille, le cas échéant.

Dans les deux cas, les infirmières de pratique avancée exercent un rôle actif pour mettre en place et assurer la liaison entre les différents programmes offerts par les centres hospitaliers et la communauté, ce qui leur permet d'obtenir les consultations psychiatriques requises par la clientèle. Elles assurent également un lien avec la prison locale pour les détenus présentant des problèmes de santé mentale. Elles prennent en charge cette clientèle lorsqu'elle n'est pas connue des équipes de santé mentale de la région ou lorsqu'ils n'ont pas de médecin de famille.

Enfin, les différents écrits consultés sur la pratique infirmière avancée en psychiatrie confirment que la plupart des infirmières exerçant dans ce domaine complètent leur pratique en offrant des services de psychothérapie individuelle, à la famille, au couple et à des groupes. L'APNA confirme la tendance observée chez les infirmières spécialisées en psychiatrie : ces intervenantes exercent selon une approche holistique leur permettant de combiner leurs habiletés d'évaluation physique et psychologique et celles de traitement par la psychothérapie individuelle, familiale, de couple et de groupe et la prescription de la médication appropriée.

Recommandations

7. Afin de répondre aux besoins de services de la clientèle en santé mentale et en psychiatrie, l'OIIQ recommande l'intégration des infirmières de pratique avancée en psychiatrie et réitère l'importance de réserver les activités suivantes :
 - a) diagnostiquer des problèmes de santé physique et mentale;
 - b) prescrire et interpréter des examens et des tests diagnostiques notamment des dosages médicamenteux tels que le lithium et le *Tégréto*;
 - c) prescrire et effectuer des traitements médicaux, notamment l'application des contentions et de l'isolement et la thérapie intraveineuse;
 - d) prescrire et ajuster des médicaments, notamment des antidépresseurs, des neuroleptiques et des anxiolytiques ainsi que la médication pour atténuer les effets secondaires de la médication psychotrope.

8. De plus, l'OIIQ recommande que l'activité de psychothérapie soit réservée aux infirmières de pratique avancée. Celles-ci devront satisfaire aux conditions énoncées dans le règlement de l'Office des professions du Québec qui découlera des travaux qu'il mène actuellement sur le titre de psychothérapeute.

CONCLUSION

Avec le mouvement de la désinstitutionnalisation qui s'est accentué, les professionnels de la santé sont amenés à modifier leur pratique et à offrir des services intégrés qui répondent aux divers besoins des clientèles et ce, selon les résultats de la recherche. Les problèmes de santé mentale étant très complexes, tous les professionnels concernés doivent participer à la détermination des plans d'intervention avec la clientèle et leur famille.

Le Comité de la santé mentale du Québec (1997) considère que les changements requis dans ce secteur doivent être faits afin d'améliorer l'accessibilité des services et ce, dans une optique d'amélioration de la qualité de vie des personnes. De plus, la déstigmatisation des personnes atteintes de troubles mentaux et l'accroissement de leur participation aux décisions devraient être au cœur des préoccupations de tous. Le défi est de taille.

Bref, la transformation des services de santé mentale doit se poursuivre selon les priorités établies lors du Forum national sur la santé mentale. La réforme du système professionnel doit ainsi faciliter la transformation de ces services en permettant aux divers professionnels de la santé de contribuer par leur expertise à améliorer l'accessibilité et la qualité des services.

RÉFÉRENCES

AMERICAN NURSES ASSOCIATION, AMERICAN PSYCHIATRIC NURSES ASSOCIATION et INTERNATIONAL SOCIETY OF PSYCHIATRIC-MENTAL HEALTH NURSES (2000). *Scope and Standards of Psychiatric-Mental Health Nursing Practice*, Washington (D.C.), ANA.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1996). *DSM-IV : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 4^e éd., Paris, Masson.

AMERICAN PSYCHIATRIC NURSES ASSOCIATION (s.d.). *Psychiatric-Mental Health Nursing Practice: Position paper*, Arlington (Va.), APNA. [http://www.apna.org/papers/position_paper2.htm]

AMERICAN PSYCHIATRIC NURSES ASSOCIATION (1995). *Prescriptive Authority for Advanced Practice Psychiatric Nurses: Position paper*, Arlington (Va.), APNA. [http://www.apna.org/papers/position_paper1.htm]

ARSENAULT, D., et MARCOTTE, L. (1998). « Sevrage et surmédication », *L'Infirmière du Québec*, vol. 5, n° 4, p. 16-17.

ARSENAULT, M. (1995). « L'infirmière psychiatrique en région », *InfoQIIP*, vol. 9, n° 2, p. 15-16.

ASSOCIATION DES INFIRMIERES ET INFIRMIERS DU CANADA (2000). *Guide de préparation à l'examen de certification en soins infirmiers psychiatriques et en santé mentale*, Ottawa, AIIIC.

ASSOCIATION DES HOPITAUX DU QUEBEC (2000a). *Le suivi intensif en équipe pour personnes atteintes de troubles mentaux graves. Cadre de référence*, Montréal, AHQ.

ASSOCIATION DES HOPITAUX DU QUEBEC (2000b). *Utilisation de la contention et de l'isolement : une approche intégrée. Cadre de référence*, Montréal, AHQ.

ASSOCIATION QUEBÉCOISE DES INFIRMIERES ET DES INFIRMIERS EN PSYCHIATRIE ET EN SANTE MENTALE (2001). *Nos initiatives actuelles : gage de nos pratiques futures. Actes du colloque des 17 et 18 mai 2001*, Saint-Luc, AQIIP.

BONIN, J.P., et RICARD, N. (1999). « Pour mieux prendre notre place au sein des changements dans les services en santé mentale : intégrer les principes de réadaptation psychosociale à nos pratiques de soins », *InfoQIIP*, vol. 13, n° 3, p. 11-15.

CAMPBELL, C.D., MUSIL, C.M., et ZAUSZNIIEWSKI, J.A. (1998). « Practice patterns of advanced practice psychiatric nurses », *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, vol. 4, n° 4, p. 111-120.

CARON TRABUT, P. (2000). « Les abus sexuels chez les enfants en bas âge », *L'Infirmière du Québec*, vol. 8, n° 1, p. 27-32.

CHAFETZ, L., et RICARD, N. (1999). «The biopsychosocial perspective in psychiatric nursing: Myth or future reality? », *Canadian Journal of Nursing Research/Revue canadienne de recherche en sciences infirmières*, vol. 31, n° 2, p. 17-23.

CHALIFOUR, J. (1999-2000). *L'intervention thérapeutique*, Montréal, Gaëtan Morin, 2 vol.

CHATHAM-KENT HEALTH ALLIANCE (1999). *Proposal for Nurse Practitioner*, Chatham (Ont.), Chatham-Kent Health Alliance, Public General Hospital.

COMITE DE LA SANTE MENTALE DU QUEBEC (1997). *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.

COMITE PERMANENT DE LUTTE A LA TOXICOMANIE (2001). *La toxicomanie au Québec : cap sur une stratégie nationale. Consultation 2000*, Montréal, CPLT.

COUILLARD, D. (2001). «Suivi systématique de clientèle de l'Unité d'intervention brève en psychiatrie », *InfoQIIP*, vol. 15, n° 2, p. 3-6.

DENONCOURT, H., DESILETS, M., PLANTE, M.-C., LAPLANTE, J., et CHOQUET, M. (2000). « La pratique *outreach* auprès des personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux graves et persistants : observations, réalités et contraintes », *Santé mentale au Québec*, vol. 25, n° 2, p. 179-194.

DESY, M.-J. (2000). «Perception des membres de la famille du retour éventuel de l'adolescent suicidaire à domicile », *InfoQIIP*, vol. 14, n° 1, p. 4-10.

DOENGES, M.E., LEFEBVRE, M., et MOORHOUSE, M.F. (2001). *Diagnostics infirmiers, interventions et bases rationnelles*, 4^e éd., Saint-Laurent, Éditions du nouveau pédagogique.

DUHAMEL, F. (sous la dir. de) (1995). *La santé et la famille : une approche systémique en soins infirmiers*, Montréal, Gaëtan Morin.

DUHAMEL, F., et RACINE, H. (2001). *Les soins à la famille. Consultation sur la modernisation de l'organisation professionnelle de la santé et des relations humaines [relative à la santé mentale]*, document de travail.

DUMAS, D., et PELLETIER, L. (1997). « La perception de soi : la clé de voûte des interventions de l'infirmière auprès de l'enfant hyperactif », *L'Infirmière du Québec*, vol. 4, n° 4, p. 28-36.

FENTON, W.S., BLYLER, C.R., et HEINSEN, R.K. (1997). «Determinants of medication compliance in schizophrenia: Empirical and clinical findings », *Schizophrenia Bulletin*, vol. 23, n° 4, p. 637-651.

« La gestion du stress : une solution à la réadaptation des personnes atteintes de schizophrénie », *L'Infirmière du Québec*, vol. 3, n° 3, p. 30.

GIASSON, M., LEROUX, G., TARDIF, H., et BOUCHARD, L. (1999). « Le toucher thérapeutique : une nouvelle façon d'aider les personnes atteintes de démence de type Alzheimer », *L'Infirmière du Québec*, vol. 6, n° 6, p. 38-47.

GIGUERE, V., et LAFORTUNE, N. (2000). «Intervenir à domicile auprès des familles négligentes et maltraitantes », *L'Infirmière du Québec*, vol. 8, n° 1, p. 33-35.

GUILBERT, D., et NOISEUX, S. (2001). «La spécificité des soins infirmiers auprès des adolescents présentant un problème de santé mentale », *InfoQIIP*, vol. 15, n° 2, p. 15-16.

HABER, J., et BILLINGS, C.V. (1995). « Primary mental health care: A model for psychiatric-mental health nursing », *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, vol. 1, n° 5, p. 154-163.

LACHAPELLE, H., et FOREST, L. (2000). *La violence conjugale : développer l'expertise infirmière*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec.

LAFLAMME, F. (2000). «Le rôle de l'infirmière travaillant au sein d'une équipe de santé mentale en CLSC », *InfoQIIP*, vol. 14, n° 3, p. 10-14.

LALONDE, P., AUBUT, J., et GRUNBERG, F. (sous la dir. de) (1999-2001). *Psychiatrie clinique : une approche bio-psycho-sociale*, 3^e éd., Montréal, Gaëtan Morin, 2 vol.

LAMOUREUX, G. (2001). « Infirmière... santé mentale... CLSC Métro, au cœur du centre-ville », *InfoQIIP*, vol. 15, n° 1, p. 12-13.

LAPORTE, L., et OUELLET, L. (1998). « Des personnes aphasiques retrouvent le plaisir de communiquer », *L'Infirmière du Québec*, vol. 5, n° 6, p. 32-36.

LAUZON, S., THEORET, M., FREGEAU, R., et BENOIT, D. (2001). « Une expérience de suivi intensif dans le milieu pour des personnes âgées souffrant de troubles mentaux graves et persistants », *InfoQIIP*, vol. 15, n° 3, p. 5-11.

LECLERC, C. (sous presse). « L'état mental », dans M. Brûlé et L. Cloutier (sous la dir. de), *L'examen clinique dans la pratique infirmière*, Saint-Laurent, Éditions du renouveau pédagogique.

LECLERC, C. (1992). «Gérer l'agressivité et les troubles mentaux », *Nursing Québec*, vol. 12, n° 2, p. 22-28.

LECLERC, C. (1994). « Schizophrénie : élargir les modes d'intervention en soins infirmiers », *L'Infirmière du Québec*, vol. 2, n° 2, p. 42-49.

LECLERC, C. (1996). « Adaptation à la communauté de jeunes adultes ayant vécu une ou plusieurs hospitalisations en psychiatrie », *Santé mentale au Québec*, vol. 21, n° 2, p. 53-72.

LECLERC, C., LESAGE, A.D., RICARD, N., LECOMTE, T., et CYR, M. (2000). « Assessment of a new rehabilitative coping skills module for persons with schizophrenia », *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 70, n° 3, p. 380-388.

LECLERC, E., et ST-JACQUES, A. (sous la dir. de) (1997). *Mesure de soins et services infirmiers informatisés, MESSII. Répertoire des activités de soins et de services infirmiers directs : liste des activités pondérées et leurs descriptifs*, Projet SIRACDOF-DRG.

LEVESQUE, H. (1996). « Des femmes vulnérables à la dépression découvrent le pouvoir de la créativité », *L'Infirmière du Québec*, vol. 3, n° 6, p. 42-43.

Loi sur les infirmières et les infirmiers, L.R.Q., c. I-8.

LONGPRE, D. (1998a). « Deuil périnatal : pour intervenir avec doigté auprès des parents éprouvés », *L'Infirmière du Québec*, vol. 5, n° 6, p. 21.

LONGPRE, D. (1998b). « Une infirmière plongée dans la réalité des jeunes de la rue », *L'Infirmière du Québec*, vol. 6, n° 1, p. 55.

LONGPRE, D. (1999). « Le projet Métamorphose : un nouveau visage de la santé mentale », *L'Infirmière du Québec*, vol. 6, n° 3, p. 33.

MCCLOSKEY, J.C., et BULECHEK, G.M. (sous la dir. de) (2000). *Classification des interventions de soins infirmiers : CISI – NIC*, 2^e éd., Paris, Maloine.

MCFARLAND, G.K., WASLI, E.L., et GERETY, E.K. (1999). *Santé mentale : démarche de soins et diagnostics infirmiers*, 2^e éd., Paris, Masson.

MCGREW, J.H., BOND, G.R., DIETZEN, L., et SALYERS, M. (1994). « Measuring the fidelity of implementation of a mental health program model », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 62, n° 4, p. 670-678.

MESSIER, L. (2000). *Analyse de l'implantation d'un programme d'autorégulation des symptômes auprès de personnes atteintes de schizophrénie*, mémoire de maîtrise, Montréal, Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX (1989). *Politique de santé mentale*, Québec, MSSS.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX (1995). *Prévenir, dépister, contrer la violence conjugale*, Québec, MSSS.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX (1998a). *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*, Québec, MSSS.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX (1998b). *S'entraider pour la vie : stratégie québécoise d'action face au suicide*, Québec, MSSS.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX (2001a). *Accentuer la transformation des services de santé mentale : cibles prioritaires adoptées au Forum sur la santé mentale de septembre 2000*, Québec, MSSS.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2001b). *Transformation des services de santé mentale : état d'avancement du plan d'action de décembre 1998*, Québec, MSSS.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (2001). *Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2001-2002*, Philadelphie, NANDA.

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC (1999a). *L'accès aux seringues pour les toxicomanes : une priorité de santé publique. Prise de position*, Montréal, OIIQ.

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC (1999b). *Programme d'orientation pour les évaluateurs en santé mentale : exemple d'une grille d'évaluation*, document inédit, Montréal, OIIQ, Direction de la qualité de l'exercice.

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC (2001). *La Vision contemporaine de l'exercice infirmier au Québec*, mémoire présenté au Groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et des relations humaines dans le cadre de la mise à jour du système professionnel, Montréal, OIIQ.

PAGE, C., et RICARD, N. (1995). « Étude comparative sur les nécessités d'autosoins d'une clientèle féminine traitée pour un trouble dépressif », *Canadian Journal of Nursing Research / Revue canadienne de recherche en sciences infirmières*, vol. 27, n° 3, p. 87-109.

PAGE, C., et RICARD, N. (1996). « Bases conceptuelles et théoriques d'un instrument développé en vue d'identifier les nécessités d'autosoins de femmes traitées pour un trouble dépressif », *Canadian Journal of Nursing Research / Revue canadienne de recherche en sciences infirmières*, vol. 28, n° 3, p. 95-112.

PAQUIN, M.-J. (1995). *Les personnes toxicomanes : de la méconnaissance à l'intervention. Programme de formation destiné aux infirmières et aux infirmiers : guide du participant*, Montréal, Hôtel-Dieu de Montréal.

PAQUIN, M.-J. (1997). « Soins infirmiers en toxicomanie », *The Canadian Nurse / L'Infirmière canadienne*, vol. 93, n° 8, p. 37-40.

« Parents d'adolescentes anorexiques : le soutien d'abord », *L'Infirmière du Québec*, vol. 3, n° 3, p. 33.

PELCHAT, D., BISSON, J., PERREault, M., RICARD, N., et BOUCHARD, J.-M. (1998). « Une intervention infirmière familiale systémique appliquée dès la naissance d'un enfant ayant une déficience : les effets sur l'adaptation des parents », *Canadian Journal of Nursing Research / Revue canadienne de recherche en sciences infirmières*, vol. 30, n° 3, p. 99-121.

PELLETIER, C. (2000). « Pour mieux définir la négligence infantile », *L'Infirmière du Québec*, vol. 8, n° 1, p. 20-26.

PELLETIER, L., et DUMAS, D. (1998). « Psychiatrie infantile : promouvoir une image de soi positive », *L'Infirmière du Québec*, vol. 5, n° 6, p. 26-31.

PETITAT, A. (1989). *Les infirmières : de la vocation à la profession*, Montréal, Boréal, p. 211.

PROVENCHER, H.L., FOURNIER, J.P., et DUPUIS, N. (1997). « Schizophrenia: Revisited », *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, vol. 4, n° 4, p. 275-285.

REGIE REGIONALE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTREAL-CENTRE (2001). *Rapport annuel 2001 sur la santé de la population : garder notre monde en santé, un nouvel éclairage sur la santé mentale des adultes montréalais*, Montréal, RRSS de Montréal-Centre, Direction de la santé publique.

REGISTERED PSYCHIATRIC NURSES ASSOCIATION OF SASKATCHEWAN (2001). *Competency Profile for Registered Psychiatric Nurses (2001)*, Regina, RPNAS.

Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être posés par des classes de personnes autres que des médecins, R.R.Q., 1981, c. M-9, r.1.1.

RICARD, N. (1991). « État de santé et réseau de soutien social de soignantes naturelles d'une personne atteinte de trouble mental », *Canadian Journal of Community Mental Health / Revue canadienne de santé mentale communautaire*, vol. 10, n° 2, p. 111-131.

RICARD, N. (1999). « The new challenges of mental health nursing research and practice », *Canadian Journal of Nursing Research / Revue canadienne de recherche en sciences infirmières*, vol. 31, n° 2, p. 11-16.

RICARD, N., et FORTIN, F. (1993). *Étude des déterminants du fardeau subjectif et de ses conséquences sur la santé de soignants naturels d'une personne atteinte d'un trouble mental*, rapport soumis au Conseil québécois de la recherche sociale, projet n° RS 1488-089, Montréal, Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières.

RICARD, N., LAUZON, S., LATRAVERSE, L., et BENOIT, D. (2000). *Le suivi intensif dans le milieu de vie des personnes atteintes de troubles mentaux : un champ d'intervention novateur pour l'infirmière en psychiatrie*, conférence présentée au Centre de recherche Fernand-Seguin.

STUART, G.W., et LARAIA, M.T. (sous la dir. de) (2001). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*, St. Louis, Mosby.

THIBAUDEAU, M.-F., et FORTIER, J. (2000). « Le suivi systématique clinique de personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux graves et persistants », *Santé mentale au Québec*, vol. 25, n° 2, p. 155-178.

TOWNSEND, M.C. (1999). *Essentials of Psychiatric/Mental Health Nursing*, Philadelphie, F.A. Davis.

« VIH/sida : 15 ans de préjugés, 15 ans de lutte, 15 ans d'espoir » [numéro spécial], *L'Infirmière du Québec*, vol. 7, n° 2.

VILLEMURE, J. (1997). « L'agoraphobie et le trouble panique », *L'Infirmière du Québec*, vol. 4, n° 6, p. 16.

WRIGHT, L.M., et LEAHEY, M. (2001). *L'infirmière et la famille : guide d'évaluation et d'intervention*, 2^e éd., Saint-Laurent, Éditions du renouveau pédagogique.

ANNEXE I

PROPOSITION DE L'OIIQ SUR LE CHAMP DESCRIPTIF, LES ACTIVITÉS À RÉSERVER,
LES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES COMPLÉMENTAIRES
DE LA PROFESSION D'INFIRMIÈRE⁴

PROPOSITION DE CHAMP DESCRIPTIF

L'exercice infirmier consiste à évaluer, à surveiller et à assurer le monitoring de l'état de santé physique et mentale d'une personne, à déterminer et à prescrire des soins infirmiers, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux, à coordonner les soins et les services requis par le plan de soins et le suivi systématique des clientèles présentant un problème aigu ou chronique de santé physique ou mentale, afin de promouvoir, de maintenir et de restaurer la santé, de prévenir et de traiter la maladie incluant les soins palliatifs et d'aider la personne à s'adapter à sa situation de santé. L'infirmière intervient auprès des personnes et de leur famille ainsi qu'auprès des groupes.

Elle dispense de l'enseignement individuel ou collectif et renseigne la population sur les problèmes de santé publique.

Note : La deuxième partie de cet énoncé reprend en partie le libellé de l'article 37 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* « renseigner la population sur les problèmes d'ordre sanitaire ».

LES ACTIVITÉS D'ÉVALUATION

libellé actuel	proposition
Identifier les besoins de santé des personnes	1. Dépister les problèmes de santé physique et mentale, les problèmes psychosociaux et les maladies auprès des clientèles en santé ou à risque, entre autres, à l'aide de tests diagnostiques dans le cadre de programmes de santé publique.
	2. Évaluer l'état de santé intégrant la santé physique et mentale ainsi que l'environnement social et physique du client dont l'état de santé est stable, instable ou critique et déterminer une condition anormale par des moyens tels que : <ul style="list-style-type: none">• l'histoire de santé;• l'examen physique complet;• l'histoire familiale;• les tests et les échelles de mesure;• l'évaluation des risques, entre autres, d'infection, d'accidents, de lésions de pression, d'abus, de violence, de suicide.

4. Extraits de l'OIIQ (2001), *La vision contemporaine de l'exercice infirmier au Québec*, Montréal, OIIQ, p. 15, 17, 22-25, 29, 31, 35.

libellé actuel	proposition
	3. Surveiller et assurer le monitoring de façon continue de l'état de santé physique et mentale du client dont l'état est stable, instable ou critique et interpréter les résultats de façon à reconnaître une détérioration et à détecter précocement les complications, notamment au moyen de procédures effractives.
	4. Procéder au triage à l'urgence et dans les services de première ligne en déterminant le degré de gravité et d'urgence du problème de santé physique et mentale; en initiant des mesures diagnostiques et thérapeutiques et en demandant des radiographies simples, selon le protocole; en réévaluant l'état du client en attente; en l'orientant vers d'autres ressources.
	5. Évaluer et assurer le monitoring de l'état de santé physique et mentale de tout client par télécommunication; déterminer une condition anormale, reconnaître une détérioration, détecter les complications; lui conseiller des autosoins et l'orienter, le cas échéant, vers la ressource appropriée.
	6. Évaluer, surveiller et assurer le monitoring de l'état de santé physique et mentale de la femme et l'état du fœtus et du nouveau-né en période prénatale, perinatale et postnatale, en vue de détecter précocement les complications obstétricales et la détresse fœtale dans les cas de grossesses normale et à risque, notamment au moyen de procédures effractives; pratiquer l'accouchement précipité; procéder à la réanimation de la mère ou du nouveau-né.

LES ACTIVITÉS DIAGNOSTIQUES

libellé actuel	proposition
Contribuer aux méthodes de diagnostic	7. Effectuer des examens et des tests diagnostiques, notamment au moyen de prélèvements artériels et veineux sur ordonnance médicale individuelle ou selon le protocole, auprès des clients dont l'état de santé est stable, instable ou critique; interpréter les résultats pour suivre l'évolution de l'état de santé et déterminer les interventions requises.

LES ACTIVITÉS DE SOINS INFIRMIERS ET DE TRAITEMENTS INFIRMIERS

libellé actuel	proposition
<p>Prodiguer les soins que requièrent la promotion de la santé, la prévention de la maladie, le traitement et la réadaptation</p>	<p>8. Déterminer et prodiguer les soins que requièrent la promotion de la santé, la prévention de la maladie et des complications, le traitement, la réadaptation, le soulagement de la souffrance et l'accompagnement vers la mort, dont :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ les mesures de prévention des lésions de pression; ▪ les mesures de prévention et de contrôle des infections; ▪ les mesures de protection : accidents, troubles convulsifs, comportements autodestructeurs, etc.; ▪ les mesures de prévention des complications : circulatoire, respiratoire, musculo-squelettique, urinaire et intestinale, etc.; ▪ les mesures de soulagement de la douleur; ▪ l'assistance aux AVQ, dont les mesures de régularisation intestinale et urinaire; ▪ l'assistance aux auto-soins; ▪ les interventions en situations de crise : évaluer le risque de suicide ou d'homicide, assurer la sécurité immédiate du client et de son entourage, contribuer à diminuer l'anxiété, prévenir et gérer les comportements impulsifs, etc.; ▪ les mesures d'entretien des accès vasculaires sous-cutanés, intraveineux périphérique et central, des accès artériel, intrathécal, épidural : selon le type d'accès, vérification ou changement de pansements, de tubulures, de solutions, de cathéters, surveillance des signes de complications et interventions; enlever un thrombus par aspiration d'un cathéter intraveineux périphérique et central, assurer l'irrigation d'un cathéter intraveineux périphérique et l'héparinisation des voies de cathéters intraveineux inutilisés ou utilisés de façon intermittente, etc.; ▪ les mesures d'entretien du matériel thérapeutique : dosage ou vidange ou changement de sac collecteur ou du système de drainage; changement de sonde urinaire, de sonde de cystostomie permanente; etc.; ▪ les activités d'enseignement.
	<p>9. Appliquer le <i>Protocole d'immunisation du Québec</i> auprès des clients, surveiller les réactions postvaccinales et intervenir en cas de réaction anaphylactique.</p>
	<p>10. Procéder à la recherche de contacts dans les cas des maladies infectieuses; si le contact est significatif, déterminer les interventions de nature préventive requises selon le protocole, et orienter le cas échéant.</p>

**La vision contemporaine de l'exercice infirmier au Québec
La pratique infirmière en santé mentale et en psychiatrie**

libellé actuel	proposition
	11. Traiter les lésions de pression, stades I, II, III et IV.
	12. Traiter les problèmes courants de la peau et des ongles des pieds des clients en santé ou à risque; utiliser et recommander les médicaments, produits médicamenteux et substances d'usage courant en vente libre; assurer le suivi et orienter au besoin.
	13. Amorcer ou prodiguer les soins et les traitements d'urgence incluant l'installation d'un combitube, l'installation d'une perfusion intraveineuse, l'administration de l'oxygène, l'administration d'épinéphrine par auto-injecteur et de nitroglycérine s/l ou par inhalation, l'administration d'un contraceptif oral d'urgence, l'application de contentions, les mesures d'isolement.
	14. Procéder à la psychothérapie.
	15. Recommander des médicaments en vente libre.

LES ACTIVITÉS DE SOINS, DE TRAITEMENTS ET D'ACTES MÉDICAUX

libellé actuel	proposition
Prodiguer les soins selon une ordonnance médicale	16. Prodiguer les soins, les traitements médicaux et poser les actes médicaux, entre autres, au moyen de procédures effractives auprès de clients dont l'état de santé est stable, instable ou critique, selon une ordonnance médicale individuelle, une ordonnance permanente et/ou un protocole.
	17. Préparer, administrer et ajuster des médicaments, des substances et des solutions, notamment par voie intraveineuse, épidurale, intrathécale, intrapéritonéale à des clients dont l'état de santé est stable, instable ou critique, selon une ordonnance médicale individuelle, une ordonnance permanente et/ou un protocole.

LES ACTIVITÉS DE CONTRÔLE

libellé actuel	proposition
Contrôler les soins que requièrent la promotion de la santé, la prévention de la maladie, le traitement et la réadaptation	18. Prescrire les soins infirmiers requis par l'état de santé du client; assurer la supervision requise.
	19. Assurer la coordination clinique de situations de santé complexes.
	20. Évaluer la capacité du client et de sa famille à effectuer les autosoins et à prendre en charge sa situation de santé; déterminer les conditions sécuritaires des soins à domicile,

libellé actuel	proposition
	le cas échéant.
	21. Évaluer la capacité des intervenants non professionnels à effectuer des soins d'assistance reliés aux activités de la vie quotidienne.
	22. Assurer la surveillance et le contrôle des infections nosocomiales auprès de la population hospitalisée et ambulatoire.

LES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES COMPLÉMENTAIRES

proposition
<p>L'infirmière prodigue des activités d'éducation à la santé, de <i>counseling</i> et d'enseignement; facilite l'apprentissage de mécanismes d'adaptation; dispense des soins de confort physique et encourage l'utilisation de techniques psychologiques visant à améliorer le bien-être; établit une relation thérapeutique en offrant soutien, accompagnement et relation d'aide tout au long de l'expérience de santé et de maladie; intervient pour faciliter la communication verbale et non verbale; effectue des interventions thérapeutiques de nature cognitive et comportementale; respecte les droits et les volontés du client tout en favorisant une qualité de vie.</p> <p>L'infirmière intervient auprès des familles aux prises avec un problème de santé selon une approche systémique. Les interventions auprès des familles peuvent aussi comprendre le soutien familial, le maintien du processus familial, la promotion de l'intégrité familiale, l'implication familiale dans les soins, la mobilisation des ressources familiales, le soutien à l'aidant et aux membres de la fratrie, le soutien aux parents dans l'éducation de leurs enfants et de leurs adolescents.</p> <p>L'infirmière accomplit des activités liées à la gestion des risques, au contrôle de la qualité des soins et des services infirmiers, au contrôle de l'environnement physique et technologique des soins infirmiers, au contrôle du système d'administration des médicaments. Elle établit des normes de soins infirmiers, élabore des programmes de soins et d'enseignement spécifique en soins infirmiers, conçoit des outils de documentation, assure la continuité des soins.</p>

ANNEXE II

PROPOSITION DE L'OIIQ SUR LE CHAMP DESCRIPTIF DE L'INFIRMIÈRE SPÉCIALISÉE ET DE L'INFIRMIÈRE PRATICIENNE, LES ACTIVITÉS À RÉSERVER ET LA FICHE DE RÉFÉRENCE SUR L'INFIRMIÈRE SPÉCIALISÉE EN PSYCHIATRIE⁵

LE CHAMP DESCRIPTIF DE L'INFIRMIÈRE SPÉCIALISÉE ET DE L'INFIRMIÈRE PRATICIENNE

proposition de champ descriptif de l'infirmière spécialisée et de l'infirmière praticienne

L'infirmière spécialisée et l'infirmière praticienne exercent des rôles cliniques qui s'inscrivent dans le prolongement de la pratique infirmière. En plus des fonctions liées à l'exercice infirmier, elles enrichissent leur évaluation de l'état de santé physique et mentale, notamment en prescrivant et en interprétant des examens et des tests diagnostiques. Elles diagnostiquent des problèmes de santé et les traitent en prescrivant des médicaments et des traitements médicaux. Elles posent des actes médicaux à haut risque propres à leur domaine de pratique.

L'infirmière spécialisée pratique en étroite collaboration avec les médecins spécialistes dans des établissements de deuxième et de troisième ligne. Elle assure les soins et les traitements médicaux des patients souffrant de problèmes de santé complexes chroniques et stables ou lors d'épisodes aigus de leur problème de santé. Elle prend en charge le plan thérapeutique médical des patients dont l'état de santé est jugé critique ou instable et détecte précocement les signes de complications.

En collaboration avec le médecin omnipraticien œuvrant en première ligne, l'infirmière praticienne diagnostique et traite les patients de tout âge présentant des problèmes de santé courants. Elle assure le suivi du plan thérapeutique médical de certaines clientèles atteintes de maladies chroniques et stables incluant les épisodes aigus de leur problème de santé.

En plus de détenir une formation universitaire en sciences infirmières, l'infirmière spécialisée et l'infirmière praticienne possèdent des connaissances et des habiletés avancées propres au domaine de pratique clinique, notamment sur les plans de l'évaluation clinique, du diagnostic, de la physiopathologie et du traitement pharmacologique et non pharmacologique.

5. Extraits de l'OIIQ (2001), *La vision contemporaine de l'exercice infirmier au Québec*, Montréal, OIIQ, p. 15, 53, 125-127.

LES ACTIVITÉS À RÉSERVER À L'INFIRMIÈRE SPÉCIALISÉE
ET À L'INFIRMIÈRE PRATICIENNE

**proposition d'activités professionnelles à réserver à l'infirmière spécialisée
et à l'infirmière praticienne**

Il s'agit d'une réserve d'activités exprimées de façon générale dans la *Loi sur les infirmières et les infirmiers*. L'infirmière spécialisée et l'infirmière praticienne ne peuvent exercer leur réserve d'activités que dans leur domaine de pratique respectif. Les activités sont :

- diagnostiquer des problèmes de santé;
- prescrire et interpréter des examens et des tests diagnostiques;
- prescrire et effectuer des traitements médicaux;
- prescrire et ajuster des médicaments.

FICHE DE RÉFÉRENCE SUR
L'INFIRMIÈRE SPÉCIALISÉE EN PSYCHIATRIE

‡ **Contexte de pratique et clientèle**

L'infirmière spécialisée en psychiatrie exerce dans des secteurs de soins psychiatriques dans la communauté et dans des centres hospitaliers auprès de personnes atteintes de troubles mentaux graves et auprès de personnes qui risquent de présenter des problèmes de santé mentale. Elle possède des connaissances poussées en matière d'évaluation de l'état de santé physique et mentale et en matière d'intervention psychothérapeutique. Elle prend en charge le suivi des clientèles atteintes de maladies mentales stabilisées telles que la schizophrénie, les maladies bipolaires, les troubles de la personnalité dans les composantes physiques et mentales.

‡ **Exemples nord-américains et internationaux de pratique**

- **Ontario, Public General Hospital du Chatham-Kent Health Alliance** : le *Health Alliance Mental Health Services Program* actualise depuis 1999 le projet d'intégration d'une infirmière praticienne. Elle intervient dans une unité de soins de courte durée et en clinique ambulatoire. Elle prend en charge le suivi de clientèles atteintes de troubles mentaux graves et traite les problèmes de santé courants.
- **États-Unis** : étude panaméricaine menée auprès de 500 infirmières spécialisées en psychiatrie inscrites au registre de l'American Credentialing Center Directory. Les résultats décrivent les modes de pratique et de prescription de médicaments psychotropes.

‡ **Exemples d'activités du champ médical exercées par l'infirmière spécialisée**

Prescrire et interpréter des examens et des tests diagnostiques

- Tests sanguins (FSC, électrolytes, BUN, glucose, créatinine, albumine).
 - Tests sanguins pour dosage médicamenteux (lithium, *Tégréto*).
 - Culture d'urine.
 - ECG.
 - Radiographie du thorax, des membres supérieurs et inférieurs (prescrire seulement).
-

Diagnostiquer des problèmes de santé

- Infection des voies respiratoires supérieures.
- Infection urinaire (cystite).
- Trouble gastro-intestinal (diarrhée, constipation).
- Anémie.
- Arythmie cardiaque.
- Risque de sous-alimentation.
- Identification des déséquilibres électrolytiques.
- Blessure mineure.
- Altération de l'état mental (état anxieux, état dépressif, état délirant, état maniaque, état de panique anxieuse, état suicidaire, état psychotique).

Prescrire et ajuster des médicaments

- Antidépresseurs.
- Tranquillisants majeurs.
- Anxiolitiques.
- Hypnotiques.
- Stabilisateurs de l'humeur.
- Anticonvulsivants.
- Antiparkinsoniens.
- Antihistaminiques.
- Antihypertenseurs.
- Antibiotiques.
- Analgésiques.

Prescrire et effectuer des traitements médicaux

- Contention et isolement.
- Thérapie intraveineuse pour traiter un état de déshydratation (solution, débit, durée).
- Suture des lacérations au-dessus du fascia.
- Intervention psychothérapeutique individuelle.
- Intervention individuelle ou de groupe visant la réadaptation et la réinsertion sociale.

! REFERENCES

AMERICAN NURSES ASSOCIATION, AMERICAN PSYCHIATRIC NURSES ASSOCIATION et INTERNATIONAL SOCIETY OF PSYCHIATRIC-MENTAL HEALTH NURSES (2000). *Scope and Standards of Psychiatric-Mental Health Nursing Practice*, Washington (D.C.), American Nurses Publishing.

BAILEY, K.P., et SNYDER, M.E. (1995). « The implementation of advanced practice psychiatric nurse prescribers: A comprehensive model », *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, vol. 1, n° 6, p. 183-189.

CAMPBELL, C.D., MUSIL, C.M., et ZAUSZNIIEWSKI, J. (1998). « Practice patterns of advanced practice psychiatric nurses », *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, vol. 4, n° 4, p. 111-120.

CHATHAM-KENT HEALTH ALLIANCE (1999). *Proposal for Nurse Practitioner*, Chatham, Chatham-Kent Health Alliance, Public General Hospital.

HABER, J., et BILLINGS, C.V. (1995). « Primary mental health care: A model for psychiatric-mental health nursing », *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, vol. 1, n° 5, p. 154-163.

KAAS, M.J., DEHN, D., DAHL, D., FRANK, K., MARKLEY, J., et HEBERT, P. (2000). « A view of prescriptive practice collaboration: Perspectives of psychiatric-mental health clinical nurse specialists and psychiatrists », *Archives of Psychiatric Nursing*, vol. 14, n° 5, p. 222-234.

MCCABE, S., et GROVER, S. (1999). « Psychiatric nurse practitioner versus clinical nurse specialist: Moving from debate to action on the future of advanced psychiatric nursing », *Archives of Psychiatric Nursing*, vol. 13, n° 3, p. 111-116.

PAQUETTE, M. (2001). « The future of advanced practice psychiatric nursing », *Perspectives in Psychiatric Care*, vol. 37, n° 1, p. 5-6.

SHEA, C.A., PELLETIER, L.R., POSTER, E.C., STUART, G.W., et VERHEY, M.P. (1999). *Advanced Practice Nursing in Psychiatric and Mental Health Care*, St. Louis, Mosby.

United States. *Code of Federal Regulations*, Title 21 [Food and Drugs], Part 1308 [Schedules of Controlled Substances].

WILLIAMS, C.A., PESUT, D.J., BYRD, M., RUSSELL, S.S., MORROW, J., et HEAD, K. (1998). « Toward an integration of competencies for advanced practice mental health nursing », *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, vol. 4, n° 2, p. 48-56.

ANNEXE III

INFIRMIÈRES CONSULTÉES DANS LE CADRE DES TRAVAUX SUR LA PRATIQUE DES INFIRMIÈRES EN SANTÉ MENTALE ET EN PSYCHIATRIE

DIANE BENOIT

Directrice des soins infirmiers
Hôpital Louis-H. Lafontaine

REAL BOUCHARD

Infirmier
Centre de recherche et d'aide pour narcomanes de Montréal

HELENE BROCHU

Assistante coordonnatrice
Institut Philippe-Pinel

JACQUES CHALIFOUR

Professeur retraité
Université Laval
Représentant de l'OIIQ au Groupe d'experts sur la réglementation visant le titre de psychothérapeute de l'OPQ

DANIELLE CORBEIL

Infirmière clinicienne spécialisée
Hôpital Douglas

FABIE DUHAMEL

Professeure agrégée
Université de Montréal

LUCIE ELLYSON

Infirmière
Service de toxicomanie, CHUM

GINETTE HENRI

Infirmière clinicienne spécialisée
CLSC Métro

FRANCE LAFLAMME

Infirmière clinicienne spécialisée
CLSC Lamater

CHRISTINE LAMARRE

Assistante coordonnatrice des services externes
Institut Philippe-Pinel
Représentante du Regroupement des CII de santé mentale

CLAUDE LECLERC

Professeur, chercheur
Université du Québec à Trois-Rivières

GENEVIEVE MENARD

Directrice adjointe des soins infirmiers
Hôpital Louis-H. Lafontaine

CELINE PILON

Infirmière clinicienne spécialisée
Hôpital Shriners pour enfants

HELENE RACINE

Infirmière clinicienne spécialisée
Centre universitaire de santé McGill

NICOLE RICARD

Professeure agrégée
Université de Montréal
Présidente de l'Association québécoise des infirmières et des infirmiers en psychiatrie et en santé mentale