

LA SPÉCIALITÉ INFIRMIÈRE EN SANTÉ MENTALE ET PSYCHIATRIE INTÉGRANT LA FORMATION RELATIVE À L'ÉVALUATION DES TROUBLES MENTAUX

DOCUMENT ADOPTÉ PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

DE L'ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC

LE 14 SEPTEMBRE 2012

ARGUMENTAIRE EN APPUI À LA DEMANDE DE CRÉATION DE LA SPÉCIALITÉ INFIRMIÈRE EN SANTÉ MENTALE ET PSYCHIATRIE

DÉPOSÉ À L'OFFICE DES PROFESSIONS DU QUÉBEC

LE 26 SEPTEMBRE 2012



**Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec**



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

***LA SPÉCIALITÉ INFIRMIÈRE EN SANTÉ
MENTALE ET PSYCHIATRIE INTÉGRANT LA
FORMATION RELATIVE À L'ÉVALUATION
DES TROUBLES MENTAUX***

*DOCUMENT ADOPTÉ PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION
DE L'ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC
LE 14 SEPTEMBRE 2012*

Argumentaire en appui à la demande de création de la spécialité infirmière en santé mentale et psychiatrie

*DÉPOSÉ À L'OFFICE DES PROFESSIONS DU QUÉBEC
LE 26 SEPTEMBRE 2012*

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
CONTEXTE	5
LE CONTEXTE LÉGAL ENTOURANT LA CRÉATION DE LA SPÉCIALITÉ INFIRMIÈRE EN SANTÉ MENTALE ET PSYCHIATRIE INTÉGRANT L'ÉVALUATION DES TROUBLES MENTAUX.....	5
SECTION 1 — LA NATURE DE LA SPÉCIALITÉ	8
1. DÉFINITION DE LA SPÉCIALITÉ EN SOINS INFIRMIERS EN SANTÉ MENTALE ET PSYCHIATRIE.....	8
2. LE RÔLE DE L'INFIRMIÈRE CLINICIENNE SPÉCIALISÉE EN SANTÉ MENTALE ET PSYCHIATRIE ET LES ACTIVITÉS RÉSERVÉES AUX INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS.....	13
2.1 <i>Évaluer le trouble mental</i>	14
2.2 <i>Exercer une surveillance clinique de la condition de personnes dont l'état de santé présente des risques incluant le monitoring et l'ajustement du plan thérapeutique infirmier</i>	20
2.3 <i>Effectuer le suivi infirmier de personnes présentant des problèmes de santé complexes</i>	22
2.4 <i>Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques selon une ordonnance</i>	25
2.5 <i>Effectuer et ajuster les traitements médicaux selon une ordonnance</i>	25
2.6 <i>Administrer et ajuster des médicaments et autres substances lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance</i>	26
3. QUALIFICATIONS ET CONNAISSANCES REQUISES.....	27
4. SITUER LA SPÉCIALITÉ HORS QUÉBEC (AUTRES PROVINCES CANADIENNES, AMÉRIQUE DU NORD, FRANCE ET TOUT AUTRE ÉTAT AVEC LEQUEL L'ORDRE POURRAIT CONCLURE UNE ENTENTE).....	31
5. ÉTABLIR LES INTERFACES ENTRE LA SPÉCIALITÉ, LE CHAMP D'EXERCICE ET LES ACTIVITÉS RÉSERVÉES À D'AUTRES PROFESSIONNELS.....	38
6. FAIRE ÉTAT DES DISCUSSIONS ENTREPRISES AVEC L'ORDRE OU LES ORDRES AVEC LESQUELS DES INTERFACES ONT ÉTÉ ÉTABLIES.....	40
SECTION 2 — LA PROTECTION DU PUBLIC	41
1. PRÉCISER LES SITUATIONS PRÉJUDICIALES NÉCESSITANT L'INTERVENTION D'ÉVENTUELS SPÉCIALISTES.....	41
2. CERNER L'ÉCART ENTRE LES SERVICES ACTUELLEMENT OFFERTS PAR LES PROFESSIONNELS MEMBRES DE L'ORDRE ET CEUX QUI POURRAIENT ÊTRE OFFERTS PAR DES INFIRMIÈRES SPÉCIALISTES EN SANTÉ MENTALE ET PSYCHIATRIE.....	45
3. TÉMOIGNER DE LA VALEUR AJOUTÉE POUR LE PUBLIC, DE POUVOIR IDENTIFIER L'ÉVENTUEL SPÉCIALISTE PARMIS LES MEMBRES DE L'ORDRE.....	48
4. IDENTIFIER LES MOYENS DISPONIBLES OU PRÉVUS POUR ASSURER LE DÉVELOPPEMENT, LE PARTAGE ET LE MAINTIEN DES CONNAISSANCES ET DES COMPÉTENCES.....	49
SECTION 3 — IMPACT SUR L'OFFRE DE SERVICES	52
1. LE NOMBRE DE SPÉCIALISTES NÉCESSAIRES POUR ASSURER DES SERVICES AUPRÈS DES CLIENTÈLES À RISQUE.....	52
2. LE NOMBRE DE MEMBRES OU ÉTUDIANTS POTENTIELS AYANT MANIFESTÉ UN INTÉRÊT POUR L'ACQUISITION DES COMPÉTENCES NÉCESSAIRES À L'OBTENTION DU CERTIFICAT DE SPÉCIALISTE.....	53
3. LES MOYENS ENTREPRIS PAR L'ORDRE POUR S'ASSURER QUE L'ENSEMBLE DE LA POPULATION OU LES CLIENTÈLES VISÉES POURRONT BÉNÉFICIER DES SERVICES DE SPÉCIALISTES.....	57
4. LES MÉCANISMES DE RECONNAISSANCE PRÉVUS PAR L'ORDRE POUR RECONNAÎTRE LES COMPÉTENCES DES PROFESSIONNELS FORMÉS HORS QUÉBEC.....	58
CONCLUSION	63
RÉFÉRENCES	64
ANNEXE 1 PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE FORMATION DONNÉ PAR LE RÉSEAU DES CONSTITUANTES DE L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC : MAÎTRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES — CONCENTRATION SANTÉ MENTALE ET SOINS PSYCHIATRIQUES	
ANNEXE 2 FORMATION DONNÉE PAR L'UNIVERSITÉ DE BRANDON, MANITOBA : MASTER OF PSYCHIATRIC NURSING (MPN)	
ANNEXE 3 AMERICAN NURSES CREDENTIALING CENTER (ANCC), ÉTATS-UNIS : PROCESSUS DE CERTIFICATION DES INFIRMIÈRES EN PRATIQUE AVANCÉE EN SANTÉ MENTALE ET PSYCHIATRIE	
ANNEXE 4 LETTRES D'APPUI	

INTRODUCTION

Les soins et les traitements offerts aux personnes présentant un problème ou un trouble mental ainsi que l'organisation des services ont grandement évolué au cours des dernières années. Auparavant dispensés essentiellement en centres hospitaliers, la majorité des services sont maintenant offerts dans la communauté. Et tout porte à croire que cette tendance se poursuivra, car selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2001), les traitements des troubles mentaux offerts en première ligne sont aussi efficaces que ceux dispensés par les services spécialisés. De plus, pour la population, les soins en première ligne apparaissent plus accessibles et moins porteurs de stigma.

Dans cette foulée, une réorganisation des services en santé mentale a été promulguée par le *Plan d'action en santé mentale* (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005) et s'appuie sur deux principes fondamentaux : la responsabilité populationnelle et la hiérarchisation des services. Pour ce faire, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) mise sur le renforcement des services en première ligne. Dans ce contexte, des efforts ont porté notamment sur la mise en place d'équipes de santé mentale en première ligne des Centres de santé et de services sociaux (CSSS) et sur la formation de groupes de médecine de famille (GMF). Dans les faits, on observe que les médecins généralistes desservent maintenant la majorité des personnes présentant un trouble mental.

Au fur et à mesure de ces transformations, les infirmières ont ajusté leur contribution. Dans les faits, des infirmières ont investi des fonctions d'évaluation et de liaison au sein d'équipes de santé mentale en première ligne et en services spécialisés en psychiatrie. Ainsi, ces infirmières contribuent à relever le défi consistant à améliorer l'accès aux services pour les personnes de tous âges présentant un trouble mental.

Soucieuses d'assumer ce rôle avec compétence et efficacité, ces infirmières ont poursuivi leur formation et ont développé des habiletés cliniques pour approfondir davantage leur évaluation et ainsi, contribuer à l'évaluation du trouble mental. En communiquant au médecin leurs conclusions et impressions cliniques, des infirmières expérimentées en santé mentale améliorent l'accès aux services en temps opportun pour la clientèle et participent à une meilleure utilisation de l'expertise médicale.

Pour développer leurs compétences, ces infirmières ont utilisé différents parcours. Ce faisant, il est difficile de distinguer les infirmières qui ont acquis une expertise plus poussée dans ce domaine. Pour la protection du public et pour faciliter le travail des

partenaires de soins et des gestionnaires, il importe d'identifier facilement les infirmières qui détiennent cette expertise et de normaliser leur formation.

À cet égard, la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*¹ a confié au Conseil d'administration de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) la responsabilité de déterminer, par règlement, la formation et l'expérience clinique en soins infirmiers psychiatriques requises pour habilitier l'infirmière à évaluer les troubles mentaux, une nouvelle activité que cette loi lui réserve.

Le Rapport du Comité d'experts ayant conduit à l'adoption du PL 21 (Office des professions du Québec, 2005) s'est prononcé sur le niveau de connaissances et d'habiletés cliniques requises à l'infirmière pour évaluer les troubles mentaux. Ainsi, il y est précisé que l'infirmière « devra détenir une formation de deuxième cycle et une pratique en soins infirmiers psychiatriques ».

C'est à cette fin qu'a été créé un programme de formation universitaire donnant accès à un diplôme de maîtrise en sciences infirmières, avec concentration en santé mentale et soins psychiatriques. Celui-ci inclut des heures de formation théorique sur des thèmes désignés par le Rapport du Comité d'experts, soit les théories de la personnalité, la psychopathologie, le système de classification des troubles mentaux et les éléments permettant d'en apprécier la portée et les limites, ainsi que les connaissances requises pour l'utilisation de tests psychométriques, en plus de stages supervisés pour assurer l'intégration de ces connaissances.

Ce programme de formation a été conçu pour standardiser un niveau de connaissances comparables à celui des professionnels avec qui cette activité est partagée (médecin, psychologue, conseiller d'orientation). Il s'agit d'une formation de niveau supérieur à la formation infirmière initiale. Ce programme englobe un ensemble de connaissances approfondies dans le domaine de l'évaluation des troubles mentaux et des soins infirmiers en santé mentale et psychiatrie découlant de cette évaluation, selon une perspective infirmière.

Compte tenu du risque de préjudice pour la clientèle et du niveau de formation requis pour exercer cette activité, il y a lieu d'inscrire l'évaluation des troubles mentaux par une infirmière dans le cadre d'une spécialité en santé mentale et psychiatrie et de réserver le titre d'« infirmière clinicienne spécialisée en santé mentale et psychiatrie » (ICS-SM/PSY) à l'infirmière dont les compétences seront reconnues par

¹ L.Q. 2009, c. 28, communément désignée « PL 21 ».
OIIQ [2012]

un certificat de spécialiste². Comme nous l'expliquerons dans le présent argumentaire, la création de cette spécialité permettra d'identifier les infirmières qui détiennent des compétences approfondies et un jugement clinique expert les habilitant à évaluer le trouble mental. Elles seront en mesure de reconnaître les troubles mentaux selon une perspective globale de la santé et ainsi de participer activement à l'amélioration de l'accessibilité et de l'efficacité des services en santé mentale et psychiatrie. La perspective globale de la santé constitue sans aucun doute une valeur ajoutée, puisque les infirmières sont en mesure d'évaluer à la fois les aspects liés à la santé physique et ceux liés à la santé mentale de la personne. De plus, la certification facilitera la reconnaissance des qualifications de ces infirmières spécialisées, tant pour le public que pour les partenaires de soins.

Le présent document entend justifier la pertinence de créer une classe de spécialité infirmière en santé mentale et psychiatrie liées à l'exercice d'une nouvelle activité réservée à l'infirmière, consistant à évaluer les troubles mentaux, à l'exception du retard mental. Il entend aussi documenter la formation et l'expérience clinique en soins psychiatriques jugées nécessaires pour la pratique de cette activité professionnelle, laquelle constitue l'axe principal de cette spécialité.

Au préalable, sera situé le contexte légal entourant la création d'une classe de spécialité de façon concomitante à l'adoption d'un règlement définissant la formation et l'expérience clinique requises pour l'évaluation des troubles mentaux. Dans la première section, seront précisés la nature de la spécialité, le rôle et les interventions de l'ICS-SM/PSY, l'ensemble des connaissances requises pour l'évaluation des troubles mentaux dans le cadre d'une pratique spécialisée en santé mentale et en soins infirmiers psychiatriques, ainsi que le lien entre la spécialité, le champ d'exercice et d'autres activités réservées aux membres de l'Ordre. Par la suite, les données concernant l'existence de cette spécialité infirmière au Canada et ailleurs dans le monde seront présentées. Pour clore ce chapitre, les interfaces avec les autres professionnels habilités à évaluer les troubles mentaux seront documentées.

La deuxième section sera consacrée aux éléments relatifs à la protection du public. Ainsi, seront abordés les situations à risque de préjudices pour la clientèle, la contribution offerte par les futures infirmières spécialisées en santé mentale et

² *Code des professions*, art. 58 :

« Nul ne peut utiliser un titre de spécialiste correspondant à une classe de spécialité prévue par règlement pris en vertu du paragraphe e de l'article 94 ni agir de façon à donner lieu de croire qu'il est spécialiste dans cette classe de spécialité, s'il n'est titulaire du certificat de spécialiste approprié.

Un professionnel ne peut se qualifier de spécialiste s'il n'est titulaire d'un certificat de spécialiste ».

psychiatrie, la valeur ajoutée pour le public de la création d'une spécialité infirmière dans ce domaine et les moyens disponibles pour l'acquisition et le maintien des compétences de ces infirmières spécialisées.

Finalement, la troisième section portera sur l'impact de la création de cette spécialité sur l'offre de services de ces infirmières spécialistes. Un nombre minimal d'infirmières spécialisées pour assurer le service auprès de la clientèle à risque sera proposé. Seront aussi partagées les données concernant le nombre d'étudiants intéressés actuellement par cette formation et les moyens entrepris pour assurer que l'ensemble de la population puisse bénéficier des services de ces infirmières spécialistes. La dernière partie présentera les mécanismes prévus pour reconnaître les compétences des professionnels formés hors Québec.

CONTEXTE

Le contexte légal entourant la création de la spécialité infirmière en santé mentale et psychiatrie intégrant l'évaluation des troubles mentaux

La *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines* résulte des travaux de l'Office des professions visant à moderniser les pratiques professionnelles dans ce domaine. Bien que le diagnostic demeure la prérogative des médecins, cette nouvelle loi réserve l'évaluation des troubles mentaux au psychologue³, à l'infirmière⁴ et au conseiller d'orientation⁵.

En ce qui concerne l'infirmière, la loi l'habilite à évaluer les troubles mentaux, à l'exception du retard mental, lorsqu'elle possède une formation de niveau universitaire et une expérience clinique en soins infirmiers psychiatriques, déterminées par règlement de son ordre professionnel. À cet égard, un pouvoir réglementaire est dévolu de façon spécifique au Conseil d'administration de l'OIIQ pour déterminer les exigences en matière de formation et d'expérience clinique⁶.

Pour définir ces exigences, il faut les situer dans le contexte d'une pratique infirmière en soins infirmiers en santé mentale et psychiatrie, pratique axée sur l'évaluation, la surveillance clinique et le suivi de la santé des personnes en vue de la maintenir ou de la rétablir. Dans cette optique, l'évaluation des troubles mentaux implique que l'infirmière ait acquis des habiletés cliniques lui permettant d'adapter le processus de son évaluation selon la condition clinique de la personne. De plus, elle doit être en mesure d'ajuster sa prestation, selon qu'il s'agit d'une évaluation initiale ou en cours de suivi et d'intervenir auprès de la personne. Soulignons que l'évaluation vise à porter un jugement clinique sur la condition de la personne pour en arriver à des conclusions sur la présence possible d'un trouble mental. Des résultats de cette

³ Art. 5 [1.2° b)] : « évaluer les troubles mentaux ».

⁴ Art. 14 introduisant le paragraphe 16° du deuxième alinéa de l'article 36 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* : « évaluer les troubles mentaux, à l'exception du retard mental, lorsque l'infirmière ou l'infirmier détient une formation de niveau universitaire et une expérience clinique en soins infirmiers psychiatriques déterminées dans le cadre d'un règlement pris en application du paragraphe g de l'article 14 ».

⁵ Art. 5 [1.3.1° b)] : « évaluer les troubles mentaux, lorsqu'une attestation de formation lui est délivrée par l'Ordre dans le cadre d'un règlement pris en application du paragraphe o de l'article 94 ».

⁶ Art. 13 qui introduit le paragraphe g de l'article 14 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* : « En outre des pouvoirs prévus à l'article 94 du Code des professions (chapitre C-26), le Conseil d'administration peut, par règlement [...] g) déterminer le contenu de la formation et de l'expérience clinique en soins infirmiers psychiatriques requises pour exercer l'activité visée au paragraphe 16° du deuxième alinéa de l'article 36 ».

analyse, découleront les actions à entreprendre, notamment pour assurer la sécurité de la personne, pour communiquer les conclusions à un autre professionnel, pour diriger la personne vers le bon service, pour en assurer la surveillance clinique ou encore pour juger de l'atteinte des objectifs de traitement dans le cadre d'un suivi.

Les connaissances acquises dans le cadre de la formation de deuxième cycle en soins infirmiers psychiatriques permettront à l'infirmière habilitée à évaluer les troubles mentaux d'intervenir efficacement et de façon autonome auprès de la personne atteinte et de ses proches dans le but de favoriser l'accessibilité, la continuité et la qualité des services. Ces connaissances lui permettront également d'implanter des pratiques innovantes en accord avec les résultats de la recherche dans ce domaine, surtout ceux concernant l'évaluation de la condition de santé, la surveillance clinique et le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé.

En plus de la pratique clinique directe auprès de la clientèle, l'infirmière habilitée à évaluer les troubles mentaux sera appelée à agir à titre d'experte ou de consultante auprès d'équipes de soins en première ligne ou en soins spécialisés dans des situations cliniques complexes. Cet apport est souhaité par le ministère de la Santé et des Services sociaux qui, en décembre 2011, demandait à l'Ordre un avis sur la responsabilité d'une infirmière répondante en santé mentale auprès des équipes de soins en GMF. L'infirmière habilitée à évaluer les troubles mentaux sera en mesure d'exercer un leadership clinique auprès de ses collègues, en raison de son expertise clinique.

Soulignons que la formation et l'expérience clinique en soins infirmiers psychiatriques requises pour préparer l'infirmière à évaluer les troubles mentaux découlent de l'intégration clinique d'un ensemble de compétences approfondies dans le domaine des soins infirmiers en santé mentale et des soins psychiatriques.

Pour sanctionner ces compétences supplémentaires et faire en sorte que le public, les employeurs, ainsi que les membres de l'équipe soignante, puissent identifier facilement l'infirmière qui les a acquises par une formation spécialisée, l'Ordre peut, par règlement, définir une classe de spécialité et déterminer les conditions requises pour la délivrance du certificat de spécialiste. À cet égard, il doit recourir à d'autres pouvoirs réglementaires accessibles à l'ensemble des ordres professionnels⁷.

⁷ *Code des professions*, art. 94 : « Le Conseil d'administration peut, par règlement [...]

e) définir les différentes classes de spécialités au sein de la profession et, s'il y a lieu, leurs conditions d'exercice. [...]

i) déterminer les autres conditions et modalités de délivrance des permis ou des certificats de spécialiste, notamment l'obligation de faire des stages de formation professionnelle et de réussir des examens professionnels qu'il détermine; ce règlement peut alors fixer des normes d'équivalence des conditions et modalités qui y sont déterminées; lorsqu'il
OIIQ [2012] Page 6

Cette situation explique le fait que l'adoption par l'Ordre d'un règlement définissant la formation et l'expérience clinique requises pour habilitier une infirmière à évaluer les troubles mentaux coexiste avec l'adoption de deux autres règlements afférents à la création d'une spécialité infirmière en santé mentale et psychiatrie : le premier définissant la spécialité et le second déterminant les conditions de délivrance du certificat de spécialiste. Ce contexte légal explique aussi le fait que dans ces projets de règlements élaborés par l'OIIQ, on retrouve les mêmes exigences sur le plan de la formation et de l'expérience clinique en soins psychiatriques.

détermine l'obligation de faire des stages de formation professionnelle, le Conseil d'administration peut en outre déterminer, parmi les normes réglementaires applicables aux membres, celles applicables aux personnes qui effectuent ces stages et prévoir les modalités particulières de contrôle de ces personnes, dont les procédures d'enquête et de plainte ainsi que les sanctions que peut leur imposer le Conseil d'administration en cas de défaut de s'y conformer ».

SECTION 1 – LA NATURE DE LA SPÉCIALITÉ

Dans la présente section, nous définirons la spécialité infirmière envisagée dans le domaine de la santé mentale et de la psychiatrie. Nous préciserons le rôle, les activités réservées et les principales interventions réalisées par les infirmières spécialisées dans ce domaine, ainsi que l'ensemble des connaissances qu'elles doivent acquérir.

1. Définition de la spécialité en soins infirmiers en santé mentale et psychiatrie

Situons le domaine de la santé mentale à l'aide de quelques définitions. Commençons par définir la santé mentale qui est plus que l'absence de maladie. Les définitions récentes de la santé mentale font ressortir son caractère multifactoriel. Ainsi, l'Institut national de santé publique du Québec retient la définition proposée par le Comité de la santé mentale du Québec en 1989, laquelle définit ainsi la santé mentale: « L'état d'équilibre psychique d'une personne à un moment donné, s'apprécie, entre autres, à l'aide des éléments suivants : par le niveau de bien-être subjectif, l'exercice de capacités mentales et la qualité des relations avec le milieu. Elle résulte d'interactions entre des facteurs de trois ordres : des facteurs biologiques, relatifs aux caractéristiques génétiques et physiologiques de la personne, des facteurs psychologiques, liés aux aspects cognitifs, affectifs et relationnels, et des facteurs contextuels qui ont trait aux relations entre la personne et son environnement » (INSPQ, 2008, p. 9).

Il est possible de distinguer les problèmes de santé mentale des troubles mentaux par leur présentation moins sévère ou leur durée plus courte. Selon l'OMS, il est question de problèmes de santé mentale chez une personne, lorsque des symptômes d'ordre mental et social engendrent des perturbations et nuisent à son fonctionnement personnel (INSPQ, 2008, p. 10). Par ailleurs, « les troubles mentaux sont caractérisés par des altérations de la pensée, de l'humeur ou du comportement (ou une combinaison des trois), cliniquement reconnaissables et associées dans la plupart des cas à une importante détresse et à une interférence significative du fonctionnement personnel et social » (INSPQ, 2008, p. 10).

Considéré selon l'angle des soins infirmiers, le domaine de la santé mentale concerne à la fois la promotion de la santé, y compris la santé mentale, la prévention des problèmes de santé et des troubles mentaux, la prévention du suicide, la prestation

de soins et de traitements médicaux et infirmiers, dans le but de maintenir ou de rétablir la santé de façon globale.

De la même façon que l'exercice infirmier découle principalement des résultats de l'évaluation de la condition physique et mentale d'une personne symptomatique, l'exercice infirmier spécialisé dans le domaine de la santé mentale et de la psychiatrie découle principalement des résultats de l'évaluation des troubles mentaux, en plus de ceux de l'évaluation de la condition physique et mentale d'une personne.

Dans les faits, les interventions de l'ICS-SM/PSY s'adressent aux personnes de tous les âges, de l'enfance au grand âge, aux membres de leur famille et à leurs proches, à des groupes et à la collectivité. En raison de son autonomie professionnelle, l'ICS-SM/PSY peut exercer en divers lieux, que ce soit en centre hospitalier, au sein d'installations situées dans la communauté, en cliniques publiques ou privées et même à domicile. En tout temps, cet exercice exige que l'ICS-SM/PSY situe sa contribution par rapport à celles des autres membres composant l'équipe multidisciplinaire.

L'exercice de l'ICS-SM/PSY est tributaire des développements scientifiques majeurs survenus dans ce domaine au cours des dernières années. Ces avancées se reflètent sur les connaissances nécessaires pour réaliser les activités constituant le cœur de son exercice, soit l'évaluation de la condition physique et mentale d'une personne, la surveillance clinique et le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes. Et encore davantage lorsqu'il s'agit des connaissances requises pour habiliter l'ICS-SM/PSY à *évaluer les troubles mentaux*. Celles-ci impliquant de facto l'acquisition de compétences pour intervenir efficacement au cours de l'évaluation et selon les conclusions de l'évaluation.

Relevant de la pratique avancée, l'exercice de l'ICS-SM/PSY implique l'acquisition de connaissances approfondies dans le domaine de la santé physique et de la santé mentale et leurs interrelations, de la psychiatrie, et des connaissances dans des domaines connexes, telle la toxicomanie. Soulignons ici que l'exercice infirmier est la seule profession avec la profession médicale à considérer la santé dans sa globalité. L'approfondissement des connaissances et des habiletés en matière d'évaluation de la santé selon une perspective globale constitue un moyen d'améliorer la reconnaissance des problèmes de santé de nature physique ou mentale et la mise en place de suivis cliniques découlant des lignes directrices incluant des interventions thérapeutiques et pharmacologiques efficaces pour les personnes présentant des problèmes de santé complexes.

Soulignons le fait que le trouble mental se présente rarement seul. Une grande proportion des personnes qui en souffrent présente aussi un deuxième et un troisième trouble mental. À cela s'ajoute la comorbidité avec des problèmes de santé physique et des problèmes liés à l'abus d'alcool ou d'autres drogues. Par ailleurs, les personnes souffrant de problèmes de santé chroniques sont nombreuses à présenter aussi une dépression ou des troubles anxieux. Dans tous les cas, ne pas considérer l'aspect mental de la santé retarde le rétablissement de ces personnes.

Il faut comprendre que la capacité à *évaluer des troubles mentaux* implique que l'ICS-SM/PSY possède les compétences cliniques nécessaires pour créer un climat de confiance avec la personne et conduire l'entrevue d'évaluation de façon appropriée à la situation clinique. De plus, cette évaluation concerne à la fois les paramètres liés à la condition physique de la personne, et ceux liés à son état mental, leur interrelations de même que les effets liés au traitement médicamenteux. De plus, l'ICS-SM/PSY saura utiliser des mesures diagnostiques propres à la situation clinique en accord avec les ordonnances individuelles ou collectives, recueillir l'information pertinente à la condition clinique présentée, ainsi que l'histoire médicale et psychiatrique de la personne. En plus, il lui faudra être capable de choisir et d'utiliser de façon efficiente les outils de mesure appropriés. L'analyse des résultats obtenus permettra à l'ICS-SM/PSY de poser un jugement clinique sur la présence ou non d'un trouble mental, d'intervenir avec pertinence auprès de la personne atteinte et de ses proches et de communiquer ses conclusions aux médecins et aux autres partenaires de soins, selon la situation.

À ces connaissances s'ajoutent des habiletés d'intervention acquises sous supervision et l'autonomie professionnelle nécessaire pour intervenir dans des situations de soins complexes. Ce faisant, l'ICS-SM/PSY favorise l'accès aux services requis en temps opportun pour la personne et permet d'éviter le recours à l'hospitalisation, si possible, tout en favorisant la contribution médicale de façon optimale.

L'exercice de l'ICS-SM/PSY requiert des compétences pour répondre aux besoins de santé complexes ; les personnes souffrant d'un trouble mental présentent aussi des comorbidités dans une grande proportion. Les présentations cliniques peuvent se compliquer par la présence de problèmes de santé physique (diabète, hypertension et autres), l'usage de drogues, d'alcool ou de tabac, des problèmes découlant d'une mauvaise hygiène de vie, de conditions de vie instables ou encore d'effets indésirables du traitement. Au quotidien, les personnes peuvent éprouver de la difficulté soit à obtenir des services de santé, à exprimer clairement leur problème de santé ou encore à tolérer l'attente, les questions ou les méthodes d'évaluation. Dans de telles situations, des habiletés de communication développées sous supervision font assurément partie de l'expertise nécessaire à l'ICS-SM/PSY.

En plus de ses fonctions cliniques, la pratique de l'ICS-SM/PSY comprend aussi des fonctions périphériques à la clinique découlant d'une pratique avancée telles que la consultation, le leadership clinique, la collaboration interprofessionnelle, la recherche et l'expertise clinique (Hamric, Spross et Hanson, 2009). Ainsi, l'ICS-SM/PSY soutient l'exercice de ses collègues infirmières dans leur appropriation des meilleures pratiques et est soucieuse d'impliquer la personne dans le processus de décision qui la concerne tout en respectant les aspects légaux et éthiques liés à la prestation des soins.

L'ICS-SM/PSY est aussi outillée pour répondre aux demandes de consultation provenant des partenaires de soins et faciliter la collaboration interdisciplinaire. Elle participe aux recherches, notamment celles visant l'amélioration des soins, et fait preuve de leadership clinique en usant de son influence pour innover et améliorer les soins aux patients. Également, s'appuyant sur des cadres conceptuels pertinents, elle conçoit des programmes visant la promotion de la santé, la prévention de la maladie et propose des actions destinées à diminuer le stigma lié à la maladie mentale. Finalement, elle s'implique et appuie la modification de politiques de santé qui favorisent les personnes présentant un trouble mental.

Risque de préjudice

Force est de reconnaître que l'absence de formation standardisée menant à la spécialisation infirmière en santé mentale et psychiatrie empêche que l'expertise et les compétences des infirmières soient reconnues d'emblée dans l'organisation des services, particulièrement en soins de première ligne dans un contexte de collaboration avec les médecins omnipraticiens.

À titre d'exemple, une formation incomplète dans le domaine de la santé mentale peut faire en sorte que les signes et symptômes d'une condition de santé complexe ne soient pas reconnus, qu'un jugement erroné soit porté sur la condition de santé d'une personne la privant d'interventions appropriées à sa situation. Il est aussi possible que l'urgence d'une situation ne soit pas perçue ou encore que les effets indésirables d'un traitement ne soient pas décelés. Dans toutes ces situations, la personne peut ressentir de la souffrance, de la détresse et même perdre confiance quant à la possibilité d'être soulagée. Dans le pire des scénarios, les interventions non appropriées peuvent entraîner le désespoir chez la personne souffrante, voire des conduites à issue fatale. Cette situation peut aussi faire en sorte que la personne décide de ne plus consulter, se privant ainsi de la possibilité de se rétablir.

DIFFÉRENCIER L'EXERCICE DE L'INFIRMIÈRE CLINICIENNE SPÉCIALISÉE DE CELUI D'UNE INFIRMIÈRE PRATICIENNE SPÉCIALISÉE DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ MENTALE ET PSYCHIATRIE

Selon les lois professionnelles en vigueur au Québec, le rôle d'une infirmière clinicienne spécialisée (ICS) se différencie de celui de l'infirmière praticienne spécialisée (IPS), par la capacité légale de l'IPS à exercer jusqu'à cinq activités médicales, parmi les suivantes : 1) la prescription de médicaments et d'autres substances ; 2) la prescription d'examens diagnostiques ; 3) la prescription de traitements médicaux ; 4) l'utilisation de techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques de préjudice ; 5) l'utilisation de techniques ou l'application de traitements médicaux invasifs ou présentant des risques de préjudice.

À ce jour, l'ICS n'a pas le droit de prescrire des médicaments au Québec. Elle peut toutefois, si elle détient une ordonnance médicale individuelle ou collective à cet effet, initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, ou encore, administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances. Des modifications règlementaires pourraient faire en sorte d'autoriser l'ICS-SM/PSY à prescrire et ajuster certains médicaments ou prescrire des mesures diagnostiques, et ce, par règlement du Collège des médecins du Québec (CMQ). De toute façon, si un rôle d'IPS était souhaité ultérieurement, il sera facile d'ajuster en conséquence le programme de formation menant au titre d'ICS-SM/PSY puisqu'il a été construit selon la même structure que les programmes de formation menant au titre d'IPS.

Soulignons qu'aux États-Unis, la pratique infirmière avancée en santé mentale et psychiatrie englobe le rôle d'infirmière clinicienne spécialisée et celui d'infirmière praticienne spécialisée (American Psychiatric Nurses Association, 2010). Ces deux rôles exigent des études de niveau supérieur et les titulaires exercent directement auprès de la clientèle. Ces deux rôles comprennent également les habiletés à effectuer une évaluation psychiatrique, à assurer la surveillance des traitements pharmacologiques et à décider d'interventions appropriées à la situation de santé, et ce, qu'ils s'agissent de soins offerts dans la communauté ou en milieu hospitalier. Bref, hormis la capacité de prescription liée au rôle d'IPS, ces deux rôles requièrent relativement les mêmes compétences.

2. Le rôle de l'infirmière clinicienne spécialisée en santé mentale et psychiatrie et les activités réservées aux infirmières et infirmiers

De façon générale, le rôle de l'ICS-SM/PSY est destiné essentiellement à l'exercice clinique auprès de la clientèle et vise à répondre aux situations cliniques complexes et au développement de pratiques innovatrices appuyées sur des données probantes en vue d'améliorer particulièrement l'accessibilité, la continuité et la qualité des soins. L'ICS-SM/PSY possèdera des connaissances théoriques approfondies et une expertise clinique qui lui permettra d'exercer de façon autonome auprès de clientèle présentant des problèmes de santé complexes à partir de pratiques exemplaires et de lignes directrices, d'agir à titre de modèle de rôle en vue de soutenir la pratique clinique de ses collègues, de faire preuve de leadership clinique et de favoriser la collaboration interdisciplinaire.

Plus précisément, en ce qui concerne la pratique clinique, l'ICS-SM/PSY sera en mesure d'évaluer les troubles mentaux, à l'exception du retard mental, en plus d'évaluer la condition physique et mentale des personnes. Ses connaissances acquises en matière d'évaluation des troubles mentaux lui permettront de remplir des fonctions liées à l'évaluation, la liaison et la gestion de cas de personnes présentant des troubles de santé complexes. De plus, elle sera outillée pour proposer des innovations visant à répondre aux besoins des personnes, notamment sur le plan des pratiques infirmières, lesquelles concernent la surveillance clinique et le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes et un trouble mental. Ainsi, l'ICS-SM/PSY aura des compétences approfondies y compris des habiletés cliniques pour exercer de façon experte les activités suivantes, réservées aux infirmières :

- ✦ évaluer le trouble mental, à l'exception du retard mental ;
- ✦ évaluer la condition physique et mentale des personnes symptomatiques ;
- ✦ exercer une surveillance clinique de la condition de santé des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et l'ajustement du plan thérapeutique infirmier ;
- ✦ effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes complexes ;
- ✦ initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques selon ordonnance ;

- ✦ effectuer et ajuster les traitements médicaux selon ordonnance ;
- ✦ administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'ordonnance.

2.1 Évaluer le trouble mental

L'activité portant sur l'évaluation des troubles mentaux constitue l'axe principal de la spécialité infirmière en santé mentale et psychiatrie. Il s'agit d'une activité à risque élevé de préjudice pour la clientèle et qui, dans le contexte des soins infirmiers psychiatriques, justifie qu'elle s'inscrive dans une pratique spécialisée.

Le consensus interordres professionnels, tel qu'édicté dans le Guide explicatif du PL 21 de l'Office des professions du Québec, souligne le fait que de façon globale, les évaluations réservées par la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines* font appel à une expertise exigeant des habiletés et des compétences particulières (OPQ, 2012, p. 28) visant à :

- ✦ déterminer et utiliser les outils validés aux fins de l'évaluation et pour interpréter les résultats ;
- ✦ élaborer une hypothèse clinique ;
- ✦ interpréter de façon globale les différents facteurs ayant un impact sur l'état et la situation de la personne et les relier à la problématique vécue ;
- ✦ anticiper les conséquences, à moyen terme.

Pour ce qui est précisément de l'évaluation des troubles mentaux, le Guide explicatif du PL 21 en définit la portée (OPQ, 2012, p. 33). Cette évaluation « consiste à porter un jugement clinique, à partir des informations dont le professionnel dispose, sur la nature des affections cliniquement significatives qui se caractérisent par le changement du mode de pensée, de l'humeur (affects), du comportement associé à une détresse psychique ou à une altération des fonctions mentales et à en communiquer les conclusions ». Cette évaluation s'effectue selon une classification reconnue des troubles mentaux, telle que le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, mieux connu sous son titre original anglais, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM).

De plus, il est précisé dans le Guide explicatif que cette évaluation est considérée comme une activité à risque de préjudice grave car la confirmation de la présence

d'un trouble mental présente un caractère quasi irrémédiable, susceptible d'entraîner la perte de droits et est malheureusement lié à un fort stigma social (OPQ, 2012, p. 33).

Ce même Guide précise que la réalisation de l'évaluation des troubles mentaux comporte un degré de complexité et de technicité qui requiert des connaissances et des compétences particulières en matière de :

- ✦ théories de la personnalité ;
- ✦ psychopathologie (symptomatologie et étiologie) ;
- ✦ système de classification des troubles mentaux et des éléments permettant d'en apprécier la portée et les limites ;
- ✦ psychométrie (mesure de la personnalité, de l'intelligence, de la motivation, des intérêts et autres), incluant l'administration d'outils psychométriques et la connaissance de leur fiabilité, de leur validité et de l'apport de leurs résultats dans l'élaboration d'un jugement clinique.

Également, le Guide spécifie qu'une formation clinique complète et approfondie, relative à une clientèle présentant un trouble mental, est nécessaire à l'intégration de l'ensemble des connaissances et habiletés nécessaires (OPQ, 2012, p. 33).

Concernant le champ d'exercice de l'infirmière, l'évaluation des troubles mentaux se superpose à l'activité relative à l'évaluation de la condition physique et mentale des personnes symptomatiques et a pour finalité le maintien ou le rétablissement de la santé de la personne.

En plus des connaissances énoncées ci-dessus, le programme de formation de l'ICS-SM/PSY comprend l'apprentissage de connaissances approfondies en matière de physiopathologie, de psychopathologie, de pharmacologie, de psychopharmacologie et de neurobiologie, auxquelles s'ajoutent les connaissances requises pour effectuer un examen physique. L'ensemble de ces connaissances et habiletés permet à l'ICS-SM/PSY de distinguer les comorbidités afin d'éliminer les symptômes liés à des problèmes de santé physique susceptibles d'interférer avec la présentation clinique de la personne. La formation comprend aussi l'apprentissage supervisé d'habiletés de communication nécessaires pour conduire un entretien d'évaluation adapté à la situation clinique présentée, ainsi que la capacité à intervenir selon différentes approches thérapeutiques, afin que l'ICS-SM/PSY soit en mesure d'intervenir de façon appropriée à la situation clinique présentée.

L'exercice de cette activité permet aux ICS-SM/PSY de poser un jugement clinique sur la situation clinique présentée selon une perspective globale de la santé, d'établir des priorités et d'intervenir de façon appropriée ou, le cas échéant, d'orienter la personne vers un médecin ou un autre professionnel. Ce faisant, elles favorisent l'accès aux services en temps opportun et peuvent faire en sorte d'éviter des rechutes ou des hospitalisations. L'infirmière habilitée à évaluer les troubles mentaux est aussi en mesure de répondre aux besoins d'information des proches, dans le respect de la confidentialité.

Pour évaluer les troubles mentaux, en plus d'évaluer la condition physique et mentale de la personne, l'ICS-SM/PSY considère les éléments suivants :

- ✦ évalue la santé de la personne selon une perspective globale (examen physique, l'histoire de santé personnelle et familiale, les antécédents médicaux, les médicaments actuels, les traitements antérieurs et les résultats obtenus) ;
- ✦ évalue la présence de stressseurs ;
- ✦ évalue le risque de suicide ou d'homicide et l'urgence suicidaire ;
- ✦ évalue l'usage de substances ou d'alcool, ou la présence de comportements à risque pour la vie de la personne ;
- ✦ évalue les facteurs de risque ;
- ✦ procède à l'examen mental approprié à la situation et au lieu ; cette évaluation tient compte des signes et symptômes liés aux problèmes de santé et peut inclure l'utilisation d'une échelle de mesure. Elle examine généralement les éléments suivants (peut en examiner d'autres):
 - ⊙ le comportement : les interactions avec l'environnement ;
 - ⊙ l'allure générale : par exemple, l'apparence physique, l'hygiène générale, la tenue vestimentaire, la démarche et la posture ;
 - ⊙ le niveau d'activité : par exemple, la présence d'agitation psychomotrice ou de ralentissement, de tics, de tremblements, de maniérisme et d'impulsivité ;
 - ⊙ le langage : sur le plan verbal : par exemple : la quantité et la qualité des réponses aux questions, l'abondance du discours, l'intonation et la vitesse du débit, et sur le plan non verbal : par exemple : la mimique gestuelle ;
 - ⊙ le degré de coopération : la consultation est volontaire ou forcée, la motivation ou l'opposition ;

- ⊙ la disposition et l'attitude : par exemple, le rapport à soi, l'identité personnelle, le sentiment de sécurité ;
- ⊙ l'affect et la pensée : par exemple, la coloration émotionnelle qui accompagne les pensées, la présence d'anxiété ;
- ⊙ l'humeur : l'état affectif global et durable, la présence d'euphorie, d'exubérance ou d'exaltation ;
- ⊙ la pensée : le cours, la forme et le contenu ;
- ⊙ le sensorium (clair, somnolence, obnubilation, stupeur, coma) ;
- ⊙ les fonctions cognitives :
 - l'orientation dans les trois sphères (temps-espace-personne) ;
 - l'attention (la capacité de concentration) ;
 - la structure du langage (aphasie) ;
 - la capacité d'abstraction (expliquer un proverbe) ;
 - la mémoire (immédiate, récente et ancienne) ;
 - les habiletés exécutives (test de l'horloge) ;
 - l'estimation du fonctionnement intellectuel ;
 - la capacité de jugement (habileté à discerner les conséquences d'une action) ;
- ▲ la fiabilité des réponses ;
- ▲ l'analyse de l'impact des symptômes ou des complications liées à la condition médicale sur l'état mental ;
- ▲ initie des mesures diagnostiques requises, selon ordonnance individuelle ou collective ;
- ▲ différencie les symptômes psychiatriques des problèmes de santé physiques ou des interactions médicamenteuses ;
- ▲ utilise des outils psychométriques, notamment des échelles de mesure ou outils de dépistage appropriés aux problèmes de santé ;
- ▲ formule ses conclusions cliniques, selon les critères d'une classification reconnue telle que le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM).

Au delà des paramètres examinés pour effectuer l'évaluation, les résultats de l'évaluation découlent de l'alliance thérapeutique établie entre l'ICS-SM/PSY et la personne. À la suite de l'analyse de ces données, les conclusions sont discutées avec le médecin et les membres de l'équipe multidisciplinaire, le cas échéant. Selon la situation clinique, le médecin précise le plan de traitement médical ou, s'il y a lieu, demande des évaluations complémentaires. Les conclusions de l'infirmière font en sorte de favoriser l'accès aux services de santé pour les personnes présentant un trouble mental, en temps opportun. Dans bien des situations, cette intervention peut éviter d'avoir recours aux soins d'urgence ou à l'hospitalisation.

Description sommaire des services de première ligne en matière d'évaluation des troubles mentaux

En général, 75 % à 80 % de la population consulte un médecin omnipraticien chaque année et le tiers de ces consultations sont motivées par un trouble mental. Or, le dépistage et le diagnostic des troubles mentaux ne sont pas toujours effectués de façon satisfaisante. Il semble que ces diagnostics soient plus complexes à effectuer en première ligne qu'en soins spécialisés, soit en raison de la présence de comorbidités avec des problèmes de santé physique, de l'usage d'alcool et de drogues ou que les personnes ont elles-mêmes de la difficulté à reconnaître leurs symptômes (Walters *et al.*, 2008, cité dans Fleury et Grenier, 2012). Et comme la consultation avec l'omnipraticien ne dure que quelques minutes, le dépistage et le diagnostic sont d'autant plus difficiles à réaliser (Tyrrer, 2009, cité dans Fleury et Grenier, 2012).

Selon l'étude québécoise réalisée par Fleury et Grenier (2012) portant sur les services de santé mentale en première ligne, des recommandations en vue d'améliorer les services dans ce domaine ont été formulées par les omnipraticiens. Parmi celles-ci, les médecins recommandent l'intégration d'infirmières possédant une expérience dans le traitement des troubles mentaux à leur clinique. Selon leur perception, l'infirmière pourrait établir les patients à voir en priorité, recueillir l'information pertinente auprès des personnes pour établir leur histoire de santé, offrir des services de psychoéducation et établir des liens avec la famille lorsque cela est approprié, améliorer l'adhésion au traitement médicamenteux et être en mesure de gérer les situations de soins complexes.

En ce sens, leurs recommandations sont semblables à celles formulées par d'autres études. Toutefois, ces médecins émettent une réserve, à savoir qu'il faut que cette infirmière soit bien formée dans le domaine de la santé mentale et de la psychiatrie pour jouer le rôle attendu auprès des personnes présentant un trouble mental en soins de première ligne.

En accord avec ces recommandations, l'ICS-SM/PSY habilitée à évaluer le trouble mental selon une perspective globale de la santé, aura les connaissances et les habiletés cliniques nécessaires pour contribuer à l'amélioration de l'accès aux soins dans le domaine de la santé mentale.

Soulignons que l'évaluation du trouble mental exige des connaissances qui ne sont pas acquises lors de la formation initiale. Dans les faits, la formation dispensée dans le cadre de la formation générale infirmière acquise au baccalauréat permet le développement des connaissances sur la globalité de la santé de la personne, de distinguer les symptômes des troubles mentaux courants, mais ne permet pas d'acquérir des connaissances suffisantes pour exercer l'évaluation des troubles mentaux, notamment dans un contexte de soins de première ligne requérant un haut degré d'autonomie professionnelle.

De plus, il faut ajouter que les conclusions cliniques ne seront prises en considération par les membres de l'équipe multidisciplinaire que dans la mesure où la formation est jugée pertinente. Rappelons que les infirmières partagent l'exercice de cette activité avec les psychologues et les conseillers d'orientation, lesquels ont fait respectivement des études de troisième ou de deuxième cycle. De surcroît, les équipes multidisciplinaires dans le domaine de la santé mentale sont, pour la majorité, composées de professionnels titulaire d'un diplôme universitaire de deuxième cycle (psycho-éducateur, ergothérapeute, thérapeute conjugal et familial, sexologue et criminologue, etc.).

La recommandation de formation aux études supérieures est spécifiée dans le Rapport de l'Office des professions du Québec (2005). Faut-il rappeler que l'évaluation des troubles mentaux est une activité à caractère diagnostique ; une activité complexe, exigeant un haut degré de connaissances. Il faut aussi considérer la question de cohérence interprofessionnelle, en tenant compte du fait que les psychologues et les conseillers d'orientation ont fait des études supérieures pour exercer cette activité.

2.2 Exercer une surveillance clinique de la condition de personnes dont l'état de santé présente des risques incluant le monitoring et l'ajustement du plan thérapeutique infirmier

La surveillance clinique vise à déceler des anomalies ou encore des effets indésirables liés au traitement et à intervenir pour protéger la personne et réduire les risques encourus. Il s'agit d'un processus actif, continu et systématique de collectes de données portant sur l'état de santé de la personne, visant à surveiller l'efficacité d'un traitement et à assurer la qualité des soins. Pour ce faire, il importe de tenir ses connaissances à jour en matière de pharmacologie et psychopharmacologie et de les transposer dans la pratique quotidienne.

La pharmacologie fait partie des outils disponibles pour traiter les troubles mentaux. Toutefois, ces médicaments comportent des effets secondaires ou des interférences avec d'autres médicaments. Dans certains cas, les cibles à atteindre pour obtenir un effet thérapeutique frôlent la surdose. Dans ces situations, la surveillance clinique permettra de déceler les anomalies et d'intervenir pour protéger la santé du client et parfois même son adhésion au traitement médicamenteux.

À titre d'exemple, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS, 2012) rapporte qu'en 1990, une nouvelle génération d'antipsychotiques est arrivée sur le marché, soit les antipsychotiques atypiques (APA). Approuvés pour le traitement de la schizophrénie et de la phase maniaque du trouble bipolaire, ces médicaments ont été utilisés pour d'autres clientèles (les jeunes et les personnes âgées). Bien qu'ils devaient présenter moins d'effets indésirables que la génération précédente d'antipsychotiques, il s'est avéré qu'ils n'en étaient pas exempts. Ainsi, l'usage des APA chez les aînés présentant un diagnostic de démence a fait l'objet d'un avertissement de Santé Canada afin d'aviser des risques de mortalité, d'événements vasculaires cérébraux ou d'accidents ischémiques transitoires liés à leur usage (INESSS, 2012).

De même, ces médicaments sont utilisés auprès de clientèles jeunes qui n'ont pas fait l'objet d'études. Dans cette situation, plusieurs s'entendent pour dire que leur utilisation demande une réévaluation serrée des doses minimales efficaces et des durées d'utilisation limitées, surtout pour les jeunes patients présentant des comorbidités nécessitant la prise de divers types de médicaments (INESSS, 2012). Il est clair que la responsabilité de prescrire des APA devrait s'accompagner d'une responsabilité de suivi des patients, de façon interdisciplinaire (Saravane *et al.*, 2009, cité dans INESSS, 2012).

Les ICS-SM/PSY seront bien placées pour concevoir et implanter des protocoles incluant les paramètres devant faire l'objet de surveillance clinique chez les personnes présentant des risques, et ce, à partir de lignes directrices. En collaboration avec divers professionnels de la santé, tels que les psychiatres, les médecins de famille, les pharmaciens et les infirmières, les ICS-SM/PSY seront en mesure de participer activement à la conception et à l'implantation de tels programmes de surveillance.

La formation approfondie de l'ICS-SM/PSY en matière de pharmacologie, de psychopharmacologie, de psychopathologie, de même que les habiletés en matière d'examen physique, de communication et d'enseignement, en font une professionnelle toute désignée pour former les infirmières à l'utilisation de ces programmes de surveillance et proposer les ajustements du plan thérapeutique infirmier requis. De cette façon, l'ICS-SM/PSY sera en mesure de soutenir une pratique clinique infirmière de qualité. Par la surveillance clinique, l'infirmière pourra déceler les anomalies et intervenir pour diminuer les effets négatifs, ou encore éviter que la personne ne cesse son traitement et qu'elle ne décompense ou nécessite une hospitalisation.

D'autres innovations sont possibles sur le plan de l'organisation des services. Ainsi, l'ICS-SM/PSY pourra s'appuyer sur des cadres conceptuels tels que le modèle de gestion de maladies chroniques pour organiser les services. Ceci inclut l'implantation d'outils pour améliorer le suivi clinique des personnes, par exemple l'utilisation d'échelles destinées à mesurer les résultats cliniques obtenus, ou encore la création de registres indiquant les séquences temporelles des rendez-vous nécessaires pour assurer que le suivi soit effectué au moment opportun et éviter les bris de services. De plus, pour favoriser les autosoins, l'ICS-SM/PSY pourra concevoir et implanter des programmes de psychoéducation favorisant l'adhésion au traitement médicamenteux en individuel ou en groupe.

RISQUE DE PRÉJUDICES POUR LA CLIENTÈLE

Si la surveillance clinique n'est pas assurée selon les meilleures pratiques, la personne traitée risque de ne pas déceler les effets indésirables d'un traitement ou de le faire tardivement. Cette situation peut occasionner une détérioration de la santé de la personne, telle qu'une rechute ou l'émergence d'un problème de santé non décelé, lequel peut mettre la vie de la personne en danger (risque accru de mortalité, événements vasculaires cérébraux, suicide) et avoir un impact grave sur les conditions de vie de la personne (perte d'emploi), ou faire en sorte que la personne cesse le traitement médicamenteux, etc.

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

De nombreuses personnes présentant un trouble mental estiment ne pas recevoir l'information nécessaire pour comprendre leur problème de santé mentale et prendre les moyens nécessaires pour le gérer. De plus, elles jugent que leurs préoccupations ne sont pas toujours prises en compte et elles souhaitent faire partie des discussions pour établir le plan de traitement.

D'autres personnes ne consultent pas pour leur trouble mental ou n'adhèrent pas à leur traitement, ou encore ne reçoivent pas le traitement requis pour leur problème de santé. Ces personnes cumulent souvent, en plus de leur trouble mental, des problèmes de santé physique et des problèmes liés à l'usage de drogues ou d'alcool.

Par ailleurs, le développement des connaissances scientifiques a permis de préciser, selon le trouble mental présenté, avec ou sans traitement pharmacologique, des interventions psychosociales et thérapeutiques démontrant des effets bénéfiques pour la clientèle.

Dans le cadre du suivi infirmier des personnes présentant un trouble mental, les compétences cliniques avancées de l'ICS-SM/PSY lui permettront de répondre aux besoins de personnes présentant des problèmes de santé complexes (ex. : comorbidité) et d'agir comme modèle de rôle pour ses collègues infirmières.

Ces activités cliniques auprès de la personne sont les suivantes :

- ✦ créer et maintenir une alliance thérapeutique avec la personne et ses proches, le cas échéant ;
- ✦ évaluer de façon continue l'état de santé dans sa globalité, y compris le trouble mental ;
- ✦ proposer un enseignement personnalisé facilitant la compréhension de la situation de santé et l'autogestion du problème de santé ;
- ✦ promouvoir l'autoprise en charge de la situation de santé par la personne selon ses capacités, en incluant ses proches, si requis (ex. : utilisation de guide d'autosoins, utilisation d'approche telle que l'entretien motivationnel afin de susciter l'engagement de la personne dans la modification de comportements (ex. : habitudes alimentaires, exercice physique, usage d'alcool et de drogues, etc.) ;

- ✦ évaluer le soutien social disponible dans l'entourage, y compris l'état des relations interpersonnelles et la présence de soutien dans la communauté ;
- ✦ établir avec la personne les facteurs qui facilitent son rétablissement ;
- ✦ proposer des modalités de traitement en accord avec les principes de rétablissement et selon les meilleures pratiques ;
- ✦ proposer un plan d'intervention à partir des préoccupations de la personne, y compris la surveillance du traitement pharmacologique et des interventions psychosociales ou thérapeutiques appropriées, selon les lignes directrices et les meilleures pratiques ;
- ✦ inclure les besoins sur le plan culturel et spirituel ainsi que les besoins de soutien de la part des proches, dans le plan de traitement ;
- ✦ déterminer le suivi approprié à la condition de santé de la personne selon les lignes directrices et les meilleures pratiques ;
- ✦ évaluer les résultats obtenus du traitement en utilisant, entre autres, des échelles de mesure ;
- ✦ concevoir et implanter des interventions basées sur des modèles conceptuels de promotion de la santé et de prévention de la maladie (interventions individuelles et de groupe) ;
- ✦ donner l'enseignement aux personnes, de façon à favoriser la prise en charge de leur condition de santé, et ce, à partir de leurs préoccupations,
- ✦ enseigner les connaissances visant l'autogestion de la situation de santé selon les principes d'éducation ;
- ✦ évaluer la capacité et les habiletés des aidants à donner des soins et leur apporter du soutien.

En plus des soins directs à la clientèle selon les meilleures pratiques à la clientèle, les autres activités professionnelles liées à la pratique avancée de l'ICS-SM/PSY concernent les activités de leadership clinique, de recherche, de formation et de supervision des étudiantes et des collègues, de consultation, de collaboration interprofessionnelle, et de résolution des situations de soins complexes, y compris les aspects éthiques (Hamric *et al.*, 2009).

Ces activités sont les suivantes :

- ✦ favoriser la continuité des soins en suscitant la collaboration interdisciplinaire et entre les partenaires de soins ;
- ✦ faire preuve de leadership clinique ;
- ✦ développer des pratiques cliniques innovantes ;
- ✦ élaborer des lignes directrices et des stratégies d'intervention, y compris les principes éthiques et légaux ;
- ✦ concevoir et implanter des programmes de promotion de la santé, de prévention de la maladie ou de psychoéducation dédiés aux personnes, groupes ou collectivités ;
- ✦ répondre aux demandes de consultation provenant des partenaires de soins et susciter la collaboration entre les lignes de services ;
- ✦ participer à la formation et à la supervision des étudiantes et des collègues et agir à titre de modèle de rôle ;
- ✦ mettre en place des stratégies visant à diminuer le stigma lié à la maladie mentale ;
- ✦ collaborer aux recherches liées à la pratique dans le domaine de la santé mentale.

L'ICS-SM/PSY sera en mesure d'améliorer la continuité et la qualité des services à partir des préoccupations des personnes et en favorisant la collaboration interdisciplinaire.

2.4 Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques selon une ordonnance

L'infirmière généraliste est en mesure d'initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques selon une ordonnance individuelle ou collective établie déterminée pour une situation clinique particulière. Les résultats obtenus peuvent contribuer à éliminer des causes physiques possibles lorsqu'elle évalue la condition physique et mentale d'une personne et à faciliter l'intervention médicale appropriée à la situation clinique.

Dans la pratique clinique de l'ICS-SM/PSY, cette activité est à considérer avec sa capacité à évaluer le trouble mental et lui servira à éliminer des problèmes de santé possibles pour faciliter le « diagnostic différentiel ». L'analyse des données lui permettra de poser son jugement clinique, d'établir des priorités d'intervention et de communiquer ses conclusions au médecin ou aux membres de l'équipe, ou encore de prendre des mesures pour assurer la sécurité de la personne, ou bien la diriger vers les services requis.

En tant qu'ICS-SM/PSY, elle fera preuve de leadership clinique et proposera au médecin partenaire l'adoption de nouvelles ordonnances collectives pour améliorer la qualité des soins aux personnes. De plus, en raison de sa formation approfondie, l'ICS-SM/PSY pourrait se voir attribuer la capacité de prescrire des mesures diagnostiques dans le but d'améliorer l'accès aux services.

2.5 Effectuer et ajuster les traitements médicaux selon une ordonnance

En cours de traitement, l'infirmière généraliste est en mesure d'effectuer et d'ajuster des traitements médicaux, selon une ordonnance. Par le biais de ces activités liées à la surveillance ou au suivi infirmier, l'infirmière peut, à la suite de son évaluation de la situation clinique, effectuer les ajustements requis aux traitements médicaux, selon une ordonnance individuelle ou collective. Dans des situations de soins complexes, l'ICS-SM/PSY pourra soutenir les infirmières dans leur prise de décision, ou encore analyser des aspects de la situation clinique, en raison de ses connaissances approfondies.

2.6 Administrer et ajuster des médicaments et autres substances lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance

Les médicaments figurent comme un des traitements importants dans le domaine de la santé mentale. Or, il importe d'avoir les connaissances requises pour administrer les médicaments, notamment la classe de médicaments, les effets attendus, le pic d'action, les effets secondaires à surveiller ainsi que la gestion des risques (OIIQ, 2012a).

À titre d'exemple, des données font ressortir que le traitement avec des antipsychotiques atypiques exige la mise en place de protocoles de surveillance clinique en collaboration avec le médecin, afin de déceler les anomalies telles que le diabète, l'hypertension, la dyslipidémie et le gain de poids rapide, et d'être en mesure d'intervenir rapidement pour éviter la détérioration de l'état de santé.

Par ailleurs, comme il a été rapporté précédemment, selon le Conseil du médicament (2011), 54 % des personnes traitées pour une dépression avec des médicaments les cesseront avant six mois malgré que les lignes directrices recommandent une prise d'au moins huit mois pour éviter la rechute. L'ICS-SM/PSY sera en mesure d'apporter du soutien et de proposer un enseignement personnalisé pour favoriser l'adhésion au traitement médicamenteux.

L'observation clinique nous porte à croire que les personnes n'utilisent pas le médicament tel que prescrit parce qu'elles ne connaissent pas tous les aspects liés au traitement médicamenteux, par exemple la dose ou la durée du traitement pour obtenir l'effet thérapeutique. Des personnes cessent leur médicament parce qu'elles sont ennuyées par les effets secondaires, ou parce qu'elles craignent l'accoutumance. Dans ces situations, le soutien fourni par l'infirmière en face ou par téléphone et l'enseignement personnalisé pourront faciliter le respect du traitement médicamenteux par la personne. De plus, l'ICS-SM/PSY sera en mesure de soutenir les infirmières dans la mise en place de programmes visant l'utilisation efficace et sécuritaire des médicaments.

3. Qualifications et connaissances requises

Les qualifications et les connaissances requises pour préparer une infirmière à évaluer les troubles mentaux dans un contexte de soins infirmiers en santé mentale et psychiatrie se situent au deuxième cycle universitaire et permettront à l'infirmière de maîtriser les compétences énoncées à la section 2.1 du présent document. Ce niveau de compétences constitue un arrimage entre le niveau de formation requis pour habiliter l'infirmière à évaluer les troubles mentaux et celui des autres professionnels habilités à le faire, soit le psychologue et le conseiller d'orientation.

Ces connaissances préparent l'infirmière à l'exercice de la spécialité dans le domaine de la santé mentale et de la psychiatrie, laquelle repose principalement sur la pratique de l'évaluation du trouble mental et ce qui en découle, soit les activités liées à la surveillance et aux interventions requises pour effectuer le suivi dans un contexte de soins infirmiers en santé mentale et psychiatrie. Ces connaissances sont conformes aux normes reconnues en Amérique du Nord pour la pratique infirmière spécialisée en santé mentale et psychiatrie. À cet égard, l'American Nurses Association, l'American Psychiatric Nurses Association et l'International Society of Psychiatric-Mental Health Nurses (2007) ont défini l'étendue et les normes de la pratique infirmière spécialisée en santé mentale et psychiatrie.

Selon ces auteurs, la pratique spécialisée en santé mentale et psychiatrie requiert une formation aux études supérieures. Pour ce faire, l'infirmière spécialisée détient un diplôme de maîtrise en soins infirmiers spécialisés en santé mentale et psychiatrie. Cette formation se distingue par des connaissances théoriques approfondies, une pratique clinique validée par la supervision, visant à acquérir des compétences avancées en soins infirmiers auprès de personnes présentant un problème de santé mentale ou un trouble mental ou celles à risque d'en souffrir.

Les infirmières qui exercent en pratique avancée dans ce domaine donnent des soins en divers lieux de santé primaire et de soins spécialisés. Cette pratique comprend la promotion de la santé, les interventions en prévention, l'enseignement de saines habitudes de vie, le dépistage et les références appropriées pour le traitement des problèmes de santé courants ou complexes, et une spécialisation dans l'évaluation globale de la santé et le traitement des personnes présentant un problème de santé mentale ou un trouble mental ou celles à risque d'en souffrir.

En plus de la pratique clinique en soins infirmiers dans le domaine de la santé mentale et de la psychiatrie, la pratique spécialisée comprend :

- ▲ la conception et l'implantation d'activités de promotion de la santé, y compris la santé en général ;
- ▲ la conception et l'implantation d'interventions de prévention de la maladie ;
- ▲ le dépistage et l'évaluation de l'état de santé ;
- ▲ l'évaluation appropriée à la situation clinique de la personne ;
- ▲ l'examen de santé physique ;
- ▲ la formulation d'un diagnostic différentiel basé sur des observations cliniques ;
- ▲ la prescription et l'interprétation des résultats de laboratoire pertinents ;
- ▲ la formulation, l'implantation et l'évaluation d'un plan de traitement ;
- ▲ la prestation d'interventions découlant d'approches thérapeutiques auprès de personnes, de groupes ou de familles ;
- ▲ la prescription, le monitoring, la gestion et l'évaluation de résultats du traitement pharmacologique ;
- ▲ la prestation de soins en santé mentale au sein d'installations de soins généraux ;
- ▲ la mise en place d'interventions facilitant la réadaptation psychiatrique.

La pratique avancée peut comprendre des interventions pharmacologiques, la prescription et l'interprétation de tests de laboratoire, la pratique d'interventions complémentaires, les différentes formes d'intervention découlant d'approches thérapeutiques, des interventions communautaires, des activités liées à la gestion de cas, à la consultation et à la liaison, de la supervision clinique et des activités de défense des droits des patients.

Programme universitaire québécois

Au Québec, un programme de formation de maîtrise en sciences infirmières, avec une concentration en santé mentale et soins psychiatriques menant à la pratique spécialisée dans ce domaine est disponible depuis l'automne 2011 au sein du réseau des constituantes de l'Université du Québec (annexe 1). Ce programme a été conçu avec l'aide de professeurs en santé mentale et psychiatrie provenant de différentes universités québécoises.

Dans le cadre de ce programme, les connaissances nécessaires à la pratique de l'évaluation des troubles mentaux dans un contexte de soins infirmiers en santé mentale et psychiatrie et à l'exercice de l'infirmière spécialisée en santé mentale et psychiatrie sont les suivantes :

- ✦ théorie de la personnalité ;
- ✦ psychopathologie (symptomatologie et étiologie) ;
- ✦ pharmacologie et psychopharmacologie, et traitements biologiques ;
- ✦ psychométrie, y compris l'administration d'outils psychométriques incluant leur connaissance, leur fiabilité, leur validité et leur contribution au jugement clinique, et notamment des échelles de mesure pour évaluer le trouble mental et les résultats des traitements ;
- ✦ système de classification des troubles mentaux et éléments permettant d'en apprécier la portée et les limites ;
- ✦ méthodologie de la recherche ;
- ✦ épistémologie et assises théoriques en sciences infirmières ;
- ✦ rôle infirmier en pratique avancée ;
- ✦ évaluation des troubles mentaux, des troubles concomitants, des forces et des ressources de la personne ;
- ✦ examen physique, physiologie et neurophysiologie ;
- ✦ méthodologie de l'intervention : par exemple, méthodes d'entrevue, entretien motivationnel, résolution de problèmes, gestion de la violence, intervention en situation de crise ;
- ✦ modèles théoriques d'intervention : alliance thérapeutique et interventions découlant d'approches thérapeutiques (approche systémique, cognitivo-comportementale, humaniste, psycho-dynamique) ;
- ✦ aspects légaux, éthiques et déontologiques liés à l'intervention ;
- ✦ organisation des systèmes de santé ;
- ✦ module d'intégration et séminaire : stage supervisé portant sur l'évaluation des troubles mentaux d'intensité légère à grave et interventions.

Une formation approfondie sur les divers aspects liés à la santé de la personne est nécessaire pour appréhender la santé de la personne dans toute sa complexité et

ainsi, évaluer la condition de santé, y compris la présence de comorbidité et le risque élevé de préjudice pour la personne. Sans compter les connaissances et les habiletés cliniques à acquérir sous supervision pour évaluer le trouble mental et intervenir de façon sécuritaire et compétente.

D'autres connaissances sont nécessaires au développement des compétences sur le plan professionnel. Celles-ci comprennent l'éthique, les modèles d'enseignement, la recherche et l'implantation de pratiques exemplaires, la qualité de l'intervention, le leadership clinique, la consultation et la collaboration interprofessionnelle.

4. Situer la spécialité hors Québec (autres provinces canadiennes, Amérique du Nord, France et tout autre État avec lequel l'Ordre pourrait conclure une entente)

PROVINCES CANADIENNES

La formation menant à l'exercice infirmier en santé mentale diffère entre les provinces canadiennes. Dans les quatre provinces de l'Ouest canadien, un titre d'infirmière psychiatrique est lié à la réussite d'un baccalauréat en santé mentale d'une durée de quatre ans. Par la suite, il est possible à cette infirmière de poursuivre une maîtrise en sciences infirmières – option santé mentale – dispensée par l'Université de Brandon du Manitoba pour se spécialiser en santé mentale et en nursing psychiatrique. Selon l'examen du programme de formation, une infirmière titulaire du baccalauréat en santé mentale et de la maîtrise avec option santé mentale pourrait bénéficier d'emblée d'une équivalence de diplôme, en vue d'obtenir un certificat d'ICS-SM/PSY (annexe 2).

ETATS-UNIS ET L'AMERICAN NURSES CREDENTIALING CENTER

En 2007, l'American Nurses Association (ANA), en collaboration avec l'American Psychiatric Nurses Association (APNA) et l'International Society of Psychiatric-Mental Health Nurses (ISPN), ont publié les standards de pratique dans le domaine de la santé mentale et de la psychiatrie (*Psychiatric-Mental Health Nursing: Scope and Standards of Practice*). Ce document définit dans ce domaine, le rôle de l'infirmière généraliste et celui de l'infirmière en pratique avancée. Pour ce qui est de la pratique avancée, une étude attentive des rôles de l'infirmière praticienne et de l'infirmière clinicienne spécialisée a fait ressortir qu'elles partageaient les mêmes compétences, et ce, tant sur le plan clinique que professionnel.

Par contre, comme les programmes de formation universitaire menant à ces deux rôles comportent des variations, la reconnaissance des compétences en cas de déplacement de l'infirmière devient difficile et diminue la mobilité. L'obtention d'une certification vient remédier à cette situation et facilite la mobilité des infirmières. L'American Nurses Credentialing Center (ANCC) est un organisme américain qui offre des examens de certification aux infirmières dans plusieurs domaines (annexe 3). La réussite de l'examen de certification constitue une reconnaissance formelle que l'infirmière possède les connaissances, les habiletés et la capacité d'exercer selon les standards de pratique reconnues dans un domaine de pratique spécifique.

Jusqu'à tout récemment, pour le domaine de la santé mentale et psychiatrie, quatre examens de certification étaient offerts et pouvaient varier selon le titre de praticienne ou de clinicienne spécialisée et la clientèle visée (adulte, enfant et adolescent ou famille).

Afin de faciliter la reconnaissance de l'expertise des infirmières en pratique avancée et de diminuer la multiplication du nombre d'examens de certification, un consensus a été établi entre 24 différentes associations professionnelles sur un seul modèle – Licensure-Accreditation-Certification-Education (LACE) – pour mener à la certification (National Council of State Boards of Nursing, 2008). Il sera ainsi plus facile de définir la pratique avancée, de clarifier les contenus de formation et le processus de certification. Son entrée en vigueur est prévue pour 2014.

Ce consensus précise les caractéristiques de la pratique avancée lesquelles se déclinent ainsi : la promotion de la santé, l'évaluation, le diagnostic, la gestion des problèmes de santé complexes, y compris la prescription d'interventions pharmacologiques et l'utilisation d'interventions non pharmacologiques.

Sur le plan de la formation, pour être admissible à la certification, les candidates doivent fournir la preuve qu'elles ont été formées aux études supérieures, soit par un diplôme de maîtrise, un certificat postmaîtrise ou postdoctoral. Cette formation doit comprendre au moins trois cours de niveau supérieur en 1) physiologie et pathophysiologie avancée ; 2) évaluation avancée de la santé ; et 3) pharmacologie avancée. Les autres contenus de formation doivent concerner le domaine clinique de la spécialisation. De plus, tous les programmes de formation doivent réussir le processus d'accréditation avant d'admettre des étudiants.

Tout cela explique pourquoi il est prévu dans le projet de *Règlement sur les conditions et modalités de délivrance du certificat de spécialiste d'infirmière clinicienne spécialisée en santé mentale et psychiatrie de l'OIIQ* que l'obtention de la certification de l'ANCC en pratique avancée dans le domaine de la santé mentale et psychiatrie permet de reconnaître d'emblée ces infirmières et de leur attribuer un certificat de spécialiste. Le règlement reconnaît quatre titres de certification en santé mentale et psychiatrie, puisqu'il était possible d'obtenir une certification de l'ANCC en pratique avancée dans le domaine de la santé mentale et de la psychiatrie selon quatre appellations différentes :

- ⊙ CNS in Child/Adolescent Psychiatric and Mental Health Nursing ;
- ⊙ CNS in Adult Psychiatric and Mental Health Nursing ;

- ⊙ Adult Psychiatric and Mental Health Nurse Practitioner ;
- ⊙ Family Psychiatric and Mental Health Nurse Practitioner⁸.

Après l'entrée en vigueur du consensus, seule la dernière certification sera possible. Soulignons ici que des infirmières possèdent les deux certifications : infirmière praticienne et infirmière clinicienne spécialisée en santé mentale et psychiatrie. Et dans certains états américains, l'infirmière clinicienne spécialisée détient des privilèges de prescriptions pharmacologiques.

AUSTRALIE

Un programme de certification pour les infirmières en santé mentale est disponible en Australie. Ce programme de reconnaissance « Credentialed Mental Health Nurse » est une initiative de l'Australian College of Mental Health Nurses et précise les critères pour être reconnue à titre de spécialiste en santé mentale. Pour ce faire, l'infirmière doit démontrer qu'elle possède les qualifications d'une spécialiste en soins infirmiers dans le domaine de la santé mentale, une expérience clinique et qu'elle poursuit son développement professionnel par de la formation continue. De plus, elle doit faire preuve d'intégrité professionnelle.

Pour satisfaire aux critères de certification de spécialiste en santé mentale, l'infirmière doit :

- ✦ détenir une licence d'infirmière ;
- ✦ avoir terminé une formation de 2^e ou 3^e cycle en santé mentale reconnue pour devenir spécialiste ;
- ✦ avoir une expérience d'au moins 12 mois à la suite de son programme de formation de spécialiste ou avoir cumulé trois années d'expérience dans le domaine de la santé mentale avant la formation spécialisée ;
- ✦ avoir pratiqué comme infirmière au cours des trois dernières années ;
- ✦ avoir poursuivi des activités de développement professionnel continu en formation et en pratique ;

⁸ Le règlement qui a été transmis à l'Office des professions du Québec en date du 27 juin 2012 a été ajusté pour englober ce quatrième élément.

- ✦ produire deux lettres de référence de la part de professionnels ;
- ✦ avoir fait une déclaration professionnelle, selon laquelle elle accepte de se conformer aux normes de la profession.

Pour être reconnue pour la spécialisation en santé mentale, la formation doit satisfaire à certaines exigences. Ainsi, les cours doivent être dispensés sur une durée minimum d'un an à temps complet, ce qui est le temps minimal requis pour obtenir une formation de niveau maîtrise ou un « Graduate Diploma in Mental Health Nursing ».

Cette reconnaissance, à titre de spécialiste démontre aux employeurs, aux collègues professionnels, aux utilisateurs de services et autres partenaires de soins, que l'infirmière spécialiste répond aux normes de pratique professionnelle en santé mentale.

Sur le plan clinique, cette infirmière spécialiste est en mesure d'offrir un ensemble d'interventions cliniques visant à promouvoir le bien-être de la personne, à faciliter son rétablissement et à augmenter ses capacités à participer à la vie en communauté.

Les interventions les plus courantes concernent l'évaluation de l'état mental, la gestion de cas, le suivi de l'état de santé mentale des clients, le bien-être et la satisfaction des besoins des personnes en matière de traitement, la prestation des traitements, l'offre de thérapie, l'advocacy, le rétablissement et le soutien de la personne, en collaboration avec les autres partenaires de soins.

Ces infirmières jouent un rôle important dans la supervision et la surveillance clinique des médicaments prescrits aux clients. Ces infirmières œuvrent dans différents secteurs: unités hospitalières de soins actifs, programmes de rétablissement résidentiel ou non résidentiel, équipes de santé mentale dans la communauté incluant centres de crise et soins d'urgence, psychiatrie légale, secteur de la formation et secteur privé. Elles font habituellement partie des équipes multidisciplinaires qui comprennent des psychiatres, des psychologues, des travailleurs sociaux, des ergothérapeutes et autres.

Il est aussi possible de devenir une infirmière praticienne, catégorie en santé mentale (Victorian Government Department of Health, 2011). En effet, depuis juillet 2010, il est possible de devenir infirmière praticienne dans huit catégories, dont la santé mentale, et de prescrire des médicaments approuvés selon la catégorie de la spécialisation.

ANGLETERRE

L'Association of Advanced Nursing Practice Educators UK (AANPE UK) ne définit pas la pratique avancée de l'infirmière clinicienne spécialisée et celle de l'infirmière praticienne. Elle note toutefois, la diversité des règlements et des champs de pratique liée à ces rôles en soins infirmiers.

Le parcours professionnel des infirmières a été établi selon neuf niveaux de pratique, allant de la novice à différents niveaux d'expertise. Il situe la pratique avancée au niveau 7, et les professionnels de ce niveau sont considérés, comme des professionnels cliniques expérimentés ayant développé des habiletés et des connaissances théoriques supérieures. Leur expertise est mise à profit pour des situations de soins complexes et pour assurer la gestion de leur propre charge de cas.

Pour porter le titre professionnel de "pratique avancée", les infirmières doivent être hautement qualifiées et être compétentes pour réaliser les activités suivantes :

- ▲ réaliser une évaluation globale de la personne ;
- ▲ faire un examen physique ;
- ▲ utiliser leurs connaissances expertes et leur jugement clinique pour faire un diagnostic ;
- ▲ référer la personne pour des évaluations complémentaires ;
- ▲ établir un diagnostic définitif ;
- ▲ décider du traitement et traiter la personne, lui prescrire des médicaments, et la diriger vers les spécialistes appropriés ;
- ▲ utiliser leur expérience pratique pour planifier et donner des soins compétents répondant aux besoins des patients et impliquant les membres de la famille ;
- ▲ assurer la continuité des soins ;
- ▲ évaluer l'efficacité des traitements et ajuster au besoin ;
- ▲ travailler de façon indépendante ou faire partie d'une équipe multidisciplinaire ;
- ▲ faire preuve de leadership ;
- ▲ s'assurer que les soins et traitements sont donnés selon les meilleures pratiques.

IRLANDE

Un cadre de référence visant les années 2011-2016 a été établi sous le leadership du Department of Health, Social Services and Public Safety (2010), pour reconnaître les compétences des infirmières dans le domaine de la santé mentale et psychiatrie, ainsi que leur implication dans l'offre de soins dans ce domaine. Ce cadre établit des rôles pour des infirmières qui auront des privilèges de prescription et d'autres infirmières en pratique avancée. Toutefois, les niveaux de formation ne sont pas identifiés.

BELGIQUE

Le baccalauréat en soins infirmiers d'une durée de trois ans donne accès à la possibilité de faire une année supplémentaire d'études pour obtenir une spécialisation, dont la santé mentale et psychiatrie (Centre Régional Information Jeunesse Nord-Pas de Calais, 2011 ; Institut supérieur d'enseignement infirmier, s.d.). La réussite de cette spécialisation permet de porter le titre professionnel d'infirmier spécialisé en santé mentale et psychiatrie. Quant à la formation menant à la spécialisation, elle est d'une durée de 955 heures et comprend un premier module de 465 heures de formation théorique (sciences professionnelles, sciences fondamentales et biomédicales, sciences humaines et sociales) et un deuxième module de 490 heures (intégration des connaissances, attitudes thérapeutiques, interdisciplinarité et différentes structures de soins). Un stage d'une durée de 14 semaines complète la formation. Soulignons que l'enseignement est assuré par des professeurs titulaires d'un diplôme universitaire ayant une expérience professionnelle en soins psychiatriques. Par la suite, la réussite de la spécialisation donne accès à la possibilité de s'inscrire à des études de maîtrise.

SUISSE FRANCOPHONE

À partir de janvier 2013, une formation à la maîtrise sera possible et comprendra 90 crédits ECTS Bologne (1 crédit canadien = 1,5 crédit Bologne) (D. Morin, communication personnelle, 31 août 2012), ce qui signifie environ 60 crédits canadiens. Le cheminement de spécialisation en santé mentale comprendra les cours suivants :

- ▲ 29 crédits (équivalent canadien) de cours au tronc commun (les mêmes pour toutes les spécialisations), se répartissant ainsi :
 - ⊙ épistémologie, analyse de concepts et fondements théoriques (5 crédits équivalent canadien) ;

- ⊙ méthodes de recherche (8 crédits équivalent canadien) ;
- ⊙ pratique infirmière avancée (16 crédits équivalent canadien).

▲ 31 crédits de cours de spécialisation qui se répartissent ainsi :

- ⊙ cours théoriques dans la spécialisation (6 crédits équivalent canadien) ;
- ⊙ projet clinique dans la spécialisation (5 crédits équivalent canadien) ;
- ⊙ mémoire de recherche dans la spécialisation (20 crédits équivalent canadien).

FRANCE

La France, à l'instar de plusieurs autres pays, a procédé à une réorganisation des services en santé mentale et psychiatrie. Après le Plan de santé mentale achevé en 2008, plusieurs rapports ont été rédigés dont, en 2009, le Rapport Couty et le Rapport Milon (Abad et Hengen, 2012 ; Ordre national des infirmiers, 2010a). Ces rapports indiquent des axes majeurs d'amélioration souhaitée sur le plan de la clinique, des organisations des pratiques professionnelles et de la recherche scientifique. Les deux rapports appuient la création d'une spécialisation en soins infirmiers dans le domaine de la psychiatrie et santé mentale avec un master en psychiatrie.

De plus, l'Ordre national infirmier (ONI), dans un rapport intitulé *Refonder l'exercice infirmier en psychiatrie pour relever les défis de santé publique en santé mentale* (2010b), appuie la nécessité d'assurer aux infirmières de ce domaine, une véritable expertise en psychiatrie et santé mentale. Pour ce faire, il se positionne en faveur d'une formation selon un parcours « licence, master et doctorat » (LMD) ; cette formation devrait être sanctionnée par un diplôme de spécialité. Concrètement, l'ONI propose que ce cursus de spécialisation repose sur un socle commun de compétences infirmières procuré par la licence, laquelle se poursuivrait par deux années de spécialisation en master (spécialisation clinique et pratique avancée).

À ce jour, il n'existe pas en France de formation aux études supérieures permettant d'obtenir un diplôme spécialisé en soins infirmiers dans le domaine de la santé mentale et de la psychiatrie. Toutefois, selon l'évolution de la formation, il sera toujours possible de reconnaître une telle formation, le cas échéant.

5. Établir les interfaces entre la spécialité, le champ d'exercice et les activités réservées à d'autres professionnels

La *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines* définit notamment des champs d'exercice et des activités réservées à 10 professionnels de ce domaine.

Pour ce qui est de l'activité portant sur l'évaluation des troubles mentaux, elle est réservée en partage aux psychologues, aux conseillers d'orientation et aux infirmières, sans oublier que le diagnostic médical est réservé au médecin. Pour la pratique de cette activité professionnelle, le conseiller d'orientation et l'infirmière doivent réussir la formation prescrite par leur ordre professionnel. Même si le libellé de l'activité réservée soit le même pour le psychologue, le conseiller d'orientation et l'infirmière, la portée de l'activité doit être considérée en fonction de la finalité propre au champ d'exercice de la profession.

Effectuée par le psychologue, l'évaluation des troubles mentaux considérera les aspects liés au fonctionnement psychologique et mental de la personne et les conclusions qu'il en tire viseront à favoriser sa santé psychologique et le rétablissement de sa santé mentale⁹. Tandis que pour cette même activité, le conseiller d'orientation examinera le fonctionnement psychologique, les ressources personnelles et les conditions du milieu. Ses conclusions seront orientées de façon à permettre à la personne de faire des choix personnels et professionnels ou de rétablir son autonomie professionnelle et de réaliser ses projets de carrière¹⁰.

Quant à l'infirmière, son champ d'exercice présente une connexité importante avec celui du médecin et s'inscrit dans la même finalité, soit la prévention et le traitement des maladies physiques et mentales, en plus de la prestation de soins palliatifs. Ce champ d'exercice est axé sur l'évaluation de l'état de santé globale, la planification des soins et des traitements infirmiers et la prestation des soins infirmiers et médicaux, en vue notamment du maintien et du rétablissement de la santé physique et mentale de la personne¹¹.

⁹ *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*, art. 4 (2^o).

⁹ *Ibid.*, art. 4 (3^o).

¹¹ *Loi sur les infirmières et les infirmiers*, art. 36.

L'infirmière est déjà habilitée à évaluer la condition de santé d'une personne selon une perspective globale, en tenant compte des dimensions physiques, mentales et psychosociales de la personne. Forte de cette expertise, l'infirmière habilitée à évaluer le trouble mental considérera tous les aspects liés à la santé, les comorbidités, les effets des médicaments en plus de tous les paramètres liés à l'examen mental. Ainsi, l'infirmière est la seule professionnelle avec le médecin qui est en mesure d'examiner la santé de façon globale.

De fait, l'ICS-SM/PSY sera appelée à travailler en étroite collaboration avec le médecin de première ligne dans la pratique de l'évaluation des troubles mentaux. Les conclusions résultant de son évaluation permettront au médecin de déterminer le plan de traitement médical pour la personne atteinte.

6. Faire état des discussions entreprises avec l'Ordre ou les ordres avec lesquels des interfaces ont été établies

Les discussions pour mener les travaux visant la modernisation de la pratique professionnelle en santé mentale et relations humaines ont été amorcées au début des années 2000 par un premier groupe de travail. N'ayant pas obtenu de consensus, un deuxième groupe de travail, présidé par le D^r Jean-Bernard Trudeau (2004-2005) a présenté aux représentants des différents ordres professionnels, à plusieurs reprises, l'avancement des travaux en ce qui a trait notamment aux activités réservées à chacun des professionnels. À chacune de ces rencontres, les ordres professionnels ont eu l'occasion de s'exprimer sur le contenu des travaux présentés.

Tout au long de ces travaux ainsi que lors des consultations sur le projet de loi n^o50 (précurseur du projet de loi n^o21), les ordres se sont dits en accord avec la formation de deuxième cycle pour préparer l'infirmière à évaluer les troubles mentaux.

Dans le cadre des travaux portant sur la rédaction des règlements afférents au présent document, les ordres professionnels avec qui l'évaluation des troubles mentaux est partagée ont été consultés de façon informelle : l'Ordre des psychologues du Québec, le Collège des médecins du Québec et l'Ordre des conseillers et conseillères d'orientation du Québec. L'Ordre des psychologues du Québec a demandé à consulter les programmes de formation ; les documents pertinents lui ont été fournis. Les commentaires informels reçus de l'Ordre des psychologues du Québec faisaient état de leur accord avec les exigences sur le plan des contenus de formation aux études supérieures ainsi que les stages supervisés. Ceux-ci étaient décrits dans le programme de formation universitaire de deuxième cycle menant à la pratique de l'évaluation des troubles mentaux et à la spécialisation en soins infirmiers en santé mentale et psychiatrie. Rappelons que cette formation est donnée par le réseau des constituantes de l'Université du Québec et donne accès à un diplôme de maîtrise en sciences infirmières – concentration santé mentale et soins psychiatriques.

SECTION 2 – LA PROTECTION DU PUBLIC

1. Préciser les situations préjudiciables nécessitant l'intervention d'éventuels spécialistes

Les troubles mentaux sont en croissante augmentation à l'échelle mondiale. On estime que 20 % de la population présentera un trouble mental au cours de sa vie (OMS, 2001).

Un portrait sommaire de l'état mental des Québécois dressé conjointement par le MSSS, l'INSPQ et l'ISQ (2011) indique que chaque tranche d'âge comporte ses fragilités. Ainsi, les jeunes sont plus enclins à souffrir de détresse psychologique. Or, nous savons que la moitié des problèmes de santé mentale sont ressentis vers l'âge de 14 ans et les 3/4 avant l'âge de 20 ans ; ce qui constitue un défi de dépistage précoce. Quant aux adultes, ils déclarent qu'ils sont aux prises avec un stress quotidien très élevé ; les troubles anxieux et la dépression constituent pour eux les plus grands motifs de consultation. Aussi, les personnes âgées prennent de plus en plus d'antidépresseurs, sans compter le risque de souffrir de la maladie d'Alzheimer qui doublera entre 2010 et 2035 (MSSS *et al.*, 2011).

Pour ce qui est des troubles mentaux graves, ils touchent de 2 % à 3 % de la population (schizophrénie, troubles psychotiques et les troubles bipolaires). En plus d'interférer avec les relations interpersonnelles, les compétences sociales et la capacité de travailler des personnes atteintes, ces troubles entraînent des coûts de soins élevés.

Pour répondre aux besoins croissants en cette matière, la Direction de la santé mentale du MSSS a mis en place une profonde transformation des services de santé mentale basés sur deux principes directeurs : l'approche populationnelle et la hiérarchisation de services. Une première ligne forte constitue la pierre d'assise de ces changements lesquels visent principalement à améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services.

Ainsi, le *Plan d'action en santé mentale* (MSSS, 2005) prévoit que la première ligne puisse donner une réponse à la demande d'une personne à l'intérieur de 7 jours et, le cas échéant, lui donne accès à un traitement à l'intérieur de 30 jours. Tandis que la deuxième ligne devrait répondre à l'intérieur de 14 jours et donner accès à un traitement à l'intérieur de 60 jours. La rencontre de ces objectifs sous-entend l'intégration des services, selon des continuums de services connus des soignants, y

compris des mécanismes de liaison. Sans compter l'utilisation d'outils visant à fournir des services de qualité appuyés sur des lignes directrices reconnues et dont les résultats sont évalués.

La transformation des services est en cours et des résultats de recherche ciblent des pistes d'amélioration possibles (Fleury et Grenier, 2012 ; Fournier *et al.*, 2011). Nous savons que les médecins en première ligne sont les professionnels les plus consultés par la population pour un trouble mental. En fait, le tiers des visites chez le médecin de famille porterait sur un trouble mental. Et bien que les médecins généralistes soient habilités à diagnostiquer et à traiter ces personnes, il semble qu'une forte proportion (de 30 % à 70 %) des troubles mentaux ne soit pas diagnostiquée correctement. Il faut souligner qu'il serait plus difficile de dépister et diagnostiquer les troubles mentaux dans les milieux de soins de première ligne comparativement aux milieux de soins spécialisés, en raison du temps retreint pour réaliser l'examen mental (Tyrer, 2009, cité dans Fleury et Grenier, 2012), de la présence de comorbidité avec des problèmes de santé physique, de l'usage d'alcool et de drogues et de la difficulté des personnes à décrire leurs symptômes (Walters *et al.*, 2008, cité dans Fleury et Grenier, 2012).

À la difficulté de bien diagnostiquer le trouble mental, s'ajoute celle de proposer un traitement selon les guides de pratique et d'en assurer le suivi. Ainsi, le Conseil du médicament (2011) faisait ressortir le fait que 54 % des personnes traitées pour une dépression cessaient leur médication à l'intérieur de six mois plutôt que de poursuivre le traitement durant huit mois tel que recommandé. D'autres difficultés concernent les bris à la continuité des services et le manque d'intégration entre les prestataires de services.

Des améliorations sont possibles. Selon une étude réalisée auprès de médecins de famille, une recommandation concerne l'intégration à leur clinique d'infirmière expérimentée en santé mentale pour soutenir leur pratique auprès de la clientèle. Ils souhaitent que cette infirmière dresse le profil de santé de la personne, établisse les priorités de services, offre de la psychoéducation, établisse les liens avec la famille lorsque c'est approprié, favorise l'adhésion du traitement médicamenteux et qu'elle soit en mesure d'assurer la gestion des personnes présentant les problèmes de santé complexes (Fleury et Grenier, 2012).

Bien qu'avec les transformations du *Plan d'action en santé mentale*, certaines infirmières expérimentées en santé mentale aient transféré des services spécialisés à la première ligne, des postes demeurent difficiles à combler. Dans les faits, il est difficile d'attirer des infirmières novices dans ces services ; celles-ci se sentent peu

outillées pour un travail qui demande une forte autonomie professionnelle. D'un autre côté, il faut considérer que 34 % des infirmières expérimentées en santé mentale ont plus de 50 ans ; celles-ci quitteront pour la retraite dans un avenir rapproché. Il faut donc attirer des infirmières dans le domaine de la santé mentale et les outiller pour qu'elles se sentent rapidement compétentes au sein des équipes interdisciplinaires.

Dans cette optique, les ICS-SM/PSY, habilitées à évaluer le trouble mental et expérimentées en santé mentale et psychiatrie s'avèrent la ressource indiquée pour collaborer avec le médecin de famille à la prestation de services en santé mentale en première ligne. De par son habilitation à évaluer le trouble mental, elle sera en mesure de compléter l'examen mental approprié à la situation clinique de la personne et de communiquer ses conclusions au médecin généraliste qui déterminera le diagnostic. Elle collaborera ainsi à améliorer l'accès aux soins.

Également, elle sera en mesure de concevoir et d'implanter les programmes de psychoéducation, des interventions de prévention et de promotion de la santé selon les recommandations des lignes directrices. Par exemple, elle pourra participer activement à la mise en place du protocole de soins à l'intention des intervenants de première ligne *Faire face à la dépression* (Fournier, Roberge et Brouillet, 2012). Elle saura aussi établir les liaisons avec les autres services (ex. : toxicomanie) lorsque requis. De plus, elle sera bien outillée pour gérer les situations de soins complexes elle-même ou apporter du soutien à des collègues. De plus, l'ICS-SM/PSY, de par son approche globale de la santé, sera en mesure de considérer à la fois les problèmes de santé physique et les troubles mentaux des personnes. Elle sera aussi en mesure d'établir les liens avec les autres ressources disponibles dans la communauté telles que les organismes communautaires ou des services spécialisés lorsque requis.

En plus de sa capacité à évaluer le trouble mental, l'ICS-SM/PSY saura intervenir et assurer le suivi des personnes présentant des problèmes de santé mentale courants et celles présentant des problèmes de santé complexes, prévenir les problèmes de santé, et par conséquent, réduire l'utilisation des services d'urgence, voire des hospitalisations.

Pour les personnes traitées pour un trouble mental grave avec des antipsychotiques atypiques et à risque de développer un syndrome métabolique, l'ICS-SM/PSY pourra en assurer la surveillance clinique. À l'aide d'outils, elle sera en mesure de cibler celles qui doivent faire l'objet d'un suivi attentif des mesures diagnostiques afin de déceler les anomalies et prévenir les complications, de façon à protéger la santé des personnes traitées.

Pour répondre aux besoins des jeunes, l'ICS-SM/PSY sera en mesure de détecter de façon précoce les problèmes de santé mentale ou les troubles mentaux et intervenir rapidement afin de les diriger vers des services appropriés et diminuer le risque de chronicité. Des corridors de services doivent être précisés pour améliorer l'accessibilité. Les jeunes que l'on retrouve, notamment en Centre jeunesse doivent faire l'objet de mesures attentives, car plusieurs présentent aussi des troubles mentaux. Ils doivent recevoir des services appropriés pour éviter la chronicité de leur situation de santé et les conséquences de l'absence de traitement sur leur intégration sociale.

Par son approche globale, l'ICS-SM/PSY est aussi en mesure de se préoccuper des comorbidités. Nous savons que souffrir d'un trouble mental augmente le risque de maladies physiques (ex. : la dépression augmente le risque de maladies coronariennes et d'infarctus entre 50 % et 100 % (Benton, Staab et Evans, 2007). Et qu'à l'inverse, le stress chronique a un impact direct sur les systèmes cardiovasculaire, nerveux et immunitaire, et augmente la susceptibilité aux maladies. Pourtant, les personnes souffrant d'un trouble mental ont moins accès aux soins médicaux et ont moins de suivis effectués selon les recommandations pour les problèmes de santé tels que les maladies cardiaques, le diabète, l'obésité, l'asthme et le cancer.

En résumé, comme l'évaluation du trouble mental demande du temps que le médecin ne peut pas toujours dégager dans sa pratique clinique, et que les temps d'attente requis pour être évalué sont variables d'une région à l'autre, l'intégration des ICS-SM/PSY constitue sans aucun doute une valeur ajoutée. Elles seront en mesure de porter un jugement clinique sur la présence d'un trouble mental et d'effectuer le suivi de ces personnes en collaboration avec le médecin.

Des exemples existent déjà à l'équipe de santé mentale, en GMF, aux soins d'urgence, au module d'évaluation-liaison et même dans d'autres programmes comme la psycho-oncologie. Les évaluations réalisées par des infirmières qui ont développé une expertise dans ce domaine améliorent l'accès au service et font en sorte que les situations demandant l'expertise du médecin lui soient adressées en temps opportun.

2. Cerner l'écart entre les services actuellement offerts par les professionnels membres de l'Ordre et ceux qui pourraient être offerts par des infirmières spécialistes en santé mentale et psychiatrie

Des infirmières ont intégré les services de première ligne et effectuent des suivis de personnes présentant des problèmes de santé chroniques tels que le diabète. Toutefois, lorsqu'il s'agit de troubles mentaux, elles ne se sentent pas toujours suffisamment outillées. Des infirmières détenant une grande expérience en santé mentale ont intégré des GMF avec succès. Des médecins qui travaillent avec elles soulignent que c'est grâce à leur implication qu'ils acceptent de suivre des personnes présentant un trouble mental. Considérant le fait que les infirmières en santé mentale sont très fidèles à leur clientèle, il apparaît judicieux d'offrir un parcours professionnel susceptible d'intéresser les futures infirmières à ce secteur et de les outiller par une formation appropriée. Des lettres d'appui confirment l'intérêt des leaders dans ce domaine pour la création d'une spécialisation en soins infirmiers en santé mentale et psychiatrie (annexe 4). Le texte suivant décrit succinctement leur position par rapport à la contribution des ICS SM/PSY.

Pour le MSSS, les besoins en santé mentale sont grands, particulièrement en première ligne. Il croit « [...] qu'un nombre significatif d'infirmières avec une formation supérieure en santé mentale, avec la compétence d'évaluer les troubles mentaux, d'établir un plan d'intervention et d'avoir la capacité de le mettre en œuvre, améliorerait certainement l'offre de services à une clientèle vulnérable qui demande des soins spécialisés, mais dans un environnement de première ligne ». Il soutient la proposition actuelle visant à créer une spécialisation infirmière en santé mentale et psychiatrie, dans la mesure où il s'agit d'une étape vers la création de l'infirmière praticienne spécialisée en santé mentale et psychiatrie.

La Table sectorielle nationale des Réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) en soins infirmiers appuie la création de la spécialisation en soins infirmiers dans le domaine de la santé mentale. « Cet appui est conditionnel à la réussite d'un programme universitaire de maîtrise en soins infirmiers, avec concentration en santé mentale et psychiatrie [...] ce niveau est nécessaire en raison du degré de complexité et de technicité de cette pratique avancée qui requiert des connaissances et des compétences particulières pour l'exercer et est aussi conditionnel à l'annonce d'un plan de déploiement de ces infirmières spécialistes convenu avec le MSSS ».

Du côté de l'Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale (AQIISM), son Comité exécutif, de même que son Conseil d'administration, se sont prononcés en faveur du développement de la spécialisation en santé mentale et psychiatrie. Ils ont participé activement aux travaux menés par l'Ordre et utilisé leurs médias d'information pour informer les infirmières en santé mentale des développements dans ce domaine.

La directrice des soins infirmiers de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine nous fait part de son appui à la création du rôle de l'ICS-SM/PSY, pour sa contribution constituant « sans contredit une valeur ajoutée en regard de l'amélioration à l'accessibilité aux soins, un meilleur arrimage dans un contexte d'hiérarchisation des soins et support à la première ligne ».

Un autre directeur des soins infirmiers de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec souligne le fait qu'« un diplôme de deuxième cycle [...] est justifié par la nécessité de protéger le public à l'égard d'une activité à caractère diagnostique comportant un haut risque de préjudice ». Il poursuit en précisant que « la certification de spécialiste permettra quant à elle, de statuer sans ambiguïté sur le niveau de compétence exigé ». Il ajoute que cette « [...] nouvelle ressource permettra d'améliorer l'accessibilité et la continuité des services à la clientèle que nous desservons ».

La directrice des soins infirmiers et de la qualité de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas appuie sans réserve la création d'une spécialisation infirmière en santé mentale et psychiatrie. Elle souligne que celle-ci « [...] permettra d'être plus efficace quant à notre gestion clinique et par conséquent, de soigner davantage de gens ». De plus « [...] elle nous assurera une main-d'œuvre infirmière compétente pour effectuer des activités à haut risque de préjudices ».

« Nous croyons que la qualité et la sécurité des soins seront renforcés par ce niveau de connaissances et de compétences acquises par cette formation » nous communique la directrice des soins infirmiers de l'Hôpital Rivière-des-Prairies.

Du côté des chercheurs, Marie-Josée Fleury, professeure agrégée au Département de psychiatrie de l'Université McGill et directrice scientifique au Centre Dollard Cormier - IUD appuie « l'exigence d'une formation universitaire de deuxième cycle et la création d'une spécialisation en soins infirmiers en santé mentale telle que soutenue par l'OIIQ ». D'après elle, cette infirmière spécialisée « pourrait mieux contribuer à la détection et à l'évaluation des troubles mentaux, ce qui permettrait d'accroître la prévention et le traitement précoce et d'améliorer les pronostics ». De plus, elle

précise que la « littérature souligne l'importance de la formation en santé mentale afin d'habiliter adéquatement les infirmières à effectuer ces rôles [...] ce qui contribuerait à améliorer l'accessibilité des soins de santé mentale pour la population québécoise ». M^{me} Fleury souligne la pertinence de ces infirmières spécialisées « particulièrement en première ligne ».

Dans un contexte de réorganisation des services qui implique le déploiement de services de santé mentale en première ligne donnés par des équipes multidisciplinaires et considérant l'importance des connaissances à tenir compte pour donner des soins et services compétents, accessibles en temps opportun, de qualité et en continu, l'OIIQ considère qu'il importe de créer une spécialité en santé mentale et psychiatrie. L'Ordre croit que l'ICS-SM/PSY est en mesure de participer à l'offre de soins pour les personnes présentant un trouble mental.

3. Témoigner de la valeur ajoutée pour le public, de pouvoir identifier l'éventuel spécialiste parmi les membres de l'Ordre

Pour la population, la création d'une classe de spécialité infirmière en santé mentale et psychiatrie, et la réserve du titre d'infirmière clinicienne spécialisée en santé mentale et psychiatrie¹², permettront au public de reconnaître les infirmières habilitées à évaluer les troubles mentaux et possédant un haut degré d'expertise en soins infirmiers psychiatriques, en d'autres termes, celles qui sont en mesure d'offrir leurs compétences avancées pour améliorer l'accessibilité et la qualité des services dans le domaine des soins de santé. La certification de ces infirmières ne pourra que rassurer le public dans un secteur de soins où la population exprime son manque d'information et son désir d'être impliquée et de participer activement à la planification de ses soins et services.

Pour les décideurs et gestionnaires, il sera plus facile d'identifier les infirmières formées pour des fonctions dont l'évaluation des troubles mentaux. Celles-ci, en plus d'être en mesure d'offrir d'emblée leurs services au public, pourront aussi être des modèles de rôle, et contribuer au développement de la pratique professionnelle des autres infirmières.

Pour les autres professionnels, ce titre leur permettra de situer rapidement les infirmières habilitées à évaluer le trouble mental, plutôt que d'avoir à juger individuellement de leur compétence et de leur crédibilité professionnelle comme c'est le cas actuellement. La spécialité permettra ainsi d'asseoir la crédibilité professionnelle de l'infirmière dans le domaine spécialisé de l'évaluation des troubles mentaux, activité qui, rappelons-le, est à caractère diagnostique et représente un haut risque de préjudice.

La certification de spécialiste permettra aussi à l'Ordre d'adapter ses mécanismes de protection du public à la pratique spécialisée, en tenant compte des normes applicables à cette pratique.

¹² *Code des professions*, art. 58 :

« Nul ne peut utiliser un titre de spécialiste correspondant à une classe de spécialité prévue par règlement pris en vertu du paragraphe e de l'article 94 ni agir de façon à donner lieu de croire qu'il est spécialiste dans cette classe de spécialité, s'il n'est titulaire du certificat de spécialiste approprié.

Un professionnel ne peut se qualifier de spécialiste s'il n'est titulaire d'un certificat de spécialiste ».

4. Identifier les moyens disponibles ou prévus pour assurer le développement, le partage et le maintien des connaissances et des compétences

Afin de préciser le contenu du programme de formation universitaire de deuxième cycle en soins infirmiers visant à former l'infirmière à évaluer les troubles mentaux, et dans le contexte où ce programme mène à la spécialisation infirmière en santé mentale et psychiatrie, un groupe de travail a été formé. Pour ce faire, l'Ordre, en collaboration avec l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières (ACESI), a invité toutes les universités québécoises intéressées par ce projet à déléguer un professeur dans le domaine de la santé mentale pour participer à ce groupe de travail.

D'entrée de jeu, certaines exigences ont été exposées. Ainsi, le programme de formation devait tenir compte des recommandations du Comité d'experts (OPQ, 2005). Il doit donc comprendre des contenus de formation portant sur les théories de la personnalité, la psychopathologie, les systèmes de classification des troubles mentaux et les éléments permettant d'en apprécier la portée et les limites, ainsi que la psychométrie, notamment les connaissances relatives au choix des outils de mesure et leur utilisation dans le contexte de la pratique en soins infirmiers.

Deuxièmement, ce programme universitaire devait être accessible aux infirmières issues des différentes régions du Québec. Pour ce faire, il s'agissait alors de mettre à contribution les avancées technologiques en matière de communication.

Un programme de formation universitaire de deuxième cycle de 45 crédits a donc été développé sous forme de consortium, impliquant la contribution de chacune des universités intéressées.

Ce programme est actuellement donné par le réseau des constituantes de l'Université du Québec, soit l'Université du Québec à Rimouski, l'Université du Québec à Trois-Rivières, l'Université du Québec en Outaouais, l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue et l'Université du Québec à Chicoutimi. D'autres universités, telles l'Université de Montréal, l'Université Laval, l'Université de Sherbrooke et l'Université McGill pourraient décider de s'y joindre.

FORMATION MAÎTRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES — CONCENTRATION SANTÉ MENTALE ET SOINS PSYCHIATRIQUES

Ce programme de formation universitaire donne un diplôme de maîtrise en sciences infirmières – concentration santé mentale et soins psychiatriques : 1035 heures.

FORMATION THÉORIQUE : 495 HEURES

Soit un premier volet de 180 heures sur les thèmes suivants :

- ⦿ 45 heures sur les théories en sciences infirmières afin de situer la perspective et contribution infirmières ;
- ⦿ 90 heures sur les méthodologies de recherche qualitatives et quantitatives, l'utilisation des données probantes et le transfert des connaissances, et l'utilisation des outils psychométriques et leurs qualités métrologiques ;
- ⦿ 45 heures sur le rôle de l'infirmière en pratique avancée (l'intervention, la consultation, la supervision, le leadership, la recherche et l'interdisciplinarité).

Soit un deuxième volet théorique de 315 heures de formation spécialisée dans le domaine de la santé mentale dont :

- ⦿ 135 heures sur la psychopathologie, les troubles concomitants, la théorie de la personnalité, le système de classification, la portée et les limites ;
- ⦿ 45 heures sur la psychopharmacologie ;
- ⦿ 135 heures sur l'alliance thérapeutique et les interventions découlant d'approches thérapeutiques.

STAGE CLINIQUE : 540 HEURES

Un stage clinique supervisé de 540 heures en deux séquences visant principalement l'évaluation des troubles mentaux et l'intervention auprès de clientèles présentant un trouble mental en soins de première ligne, ou encore en soins spécialisés ou ultra-spécialisés. L'infirmière inscrite au programme d'études menant au certificat de spécialiste peut évaluer le trouble mental à la condition qu'elle exerce cette activité sous la supervision d'un professionnel habilité soit une infirmière, un conseiller d'orientation, un psychologue ou un médecin.

L'encadrement professionnel, soit la formation théorique, sera assurée par des professeurs experts dans le domaine de la santé mentale. Pour ce qui est de la supervision nécessaire pour l'apprentissage de l'activité portant sur l'évaluation des troubles mentaux, l'infirmière inscrite au programme d'études menant au certificat de spécialiste peut évaluer le trouble mental à la condition qu'elle exerce cette activité sous la supervision d'un professionnel habilité, soit une infirmière, un médecin, un psychologue ou un conseiller d'orientation.

LA FORMATION CONTINUE

Pour ce qui est de la formation continue, ces infirmières spécialisées devront se conformer à la norme professionnelle de l'Ordre en matière de formation continue (2011). Ainsi, elles devront cumuler 20 heures de formation continue par année dont 7 heures de formation accréditées et 13 heures consacrées soit à des lectures, des conférences, des colloques relatifs au domaine de la santé mentale et psychiatrie, un journal club ou la participation à des réseaux de transfert de connaissances.

Ces ICS-SM/PSY pourront poursuivre leur développement professionnel continu par le biais des programmes de conférences scientifiques et de formations actuellement dispensées par les instituts universitaires en santé mentale et les centres hospitaliers universitaires. Plus particulièrement, l'Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale (AQIISM) participe activement au transfert des connaissances, que ce soit par le biais de leur colloque annuel et l'organisation de formations pré-congrès, la tenue d'un site Web, la mise en place d'une communauté de pratique composée d'infirmières agissant à titre de cadre conseil et un regroupement de gestionnaires en santé mentale.

D'autres organismes seront interpellés et mettront en place des formations disponibles aux professionnels œuvrant en santé mentale, tels que les universités, les ordres professionnels, les associations professionnelles ou des instituts de formation privés. Les tendances actuelles favorisent le développement de formations interprofessionnelles.

L'ENCADREMENT PROFESSIONNEL

La certification de spécialiste permettra à l'Ordre d'adapter ses mécanismes de protection du public à la pratique infirmière spécialisée en santé mentale et psychiatrie, en tenant compte des normes applicables à cette pratique.

SECTION 3 – IMPACT SUR L’OFFRE DE SERVICES

1. Le nombre de spécialistes nécessaires pour assurer des services auprès des clientèles à risque

Avec la mise en place des principes d’approche populationnelle et de hiérarchisation des services mis de l’avant par le *Plan d’action en santé mentale*, l’expertise des ICS-SM/PSY sera mise à contribution au sein de différentes structures de services où l’autonomie professionnelle a une valeur ajoutée.

Selon le ratio 60/40 quant au nombre semblable de médecins généralistes comparativement aux médecins spécialistes, appliqué au nombre arrondi de 4 000 infirmières exerçant actuellement en santé mentale et psychiatrie, ce ratio indique un nombre de 1 600 infirmières spécialistes.

Considérant les besoins des médecins généralistes en première ligne (554 GMF et 808 cliniques médicales)¹³ en matière d’évaluation et de suivi de clientèles souffrant de troubles mentaux, nous envisageons l’intégration d’environ 1 200 ICS-SM/PSY soit une par installation de première ligne. Cette ressource permettrait de répondre aux besoins en matière d’évaluation et de suivi des clientèles présentant un trouble mental, en plus d’apporter du soutien à ses collègues. Ce qui permettrait aussi de dégager du temps pour le médecin généraliste qu’il pourrait consacrer aux priorités de services.

De plus, nous estimons que chaque CSSS devrait pouvoir compter au minimum sur trois de ces infirmières, soit une dans l’équipe de santé mentale jeunesse, une dans l’équipe de santé mentale adulte et une autre pour le centre hospitalier. D’autres ICS-SM/PSY auront à exercer des fonctions en centres hospitaliers universitaires, dans les instituts en santé mentale, les instituts en gériatrie, les institutions carcérales et d’autres centres hospitaliers ne faisant pas partie de CSSS ; ceux-ci auront aussi besoin de l’expertise de ces infirmières, notamment pour des fonctions d’évaluation-liaison-consultation. D’autres centres tels que les équipes de deuxième niveau en Centre jeunesse pourraient aussi avoir recours aux services d’ICS-SM/PSY. Pour combler ces besoins, nous débutons avec un nombre de 400 ICS-SM/PSY.

Au total, nous estimons qu’un nombre de 1 600 ICS-SM/PSY serait approprié pour répondre minimalement aux besoins de services dans ce domaine, puisqu’à terme, elles devraient toutes être spécialisées.

¹³ Données fournies par le Service du développement de l’information du MSSS. OIIQ [2012]

2. Le nombre de membres ou étudiants potentiels ayant manifesté un intérêt pour l'acquisition des compétences nécessaires à l'obtention du certificat de spécialiste

À partir des données provenant de l'inscription au Tableau de l'Ordre en date du 31 mars 2012, nous pouvons dresser un tableau de la situation des infirmières en santé mentale.

Actuellement, 3 929 infirmières déclarent travailler dans le secteur de la santé mentale et psychiatrie. Comparées à l'ensemble des infirmières, ces infirmières sont plus âgées. Cette donnée fait ressortir l'importance de développer les compétences des infirmières dans ce domaine, en prévision du départ éventuel à la retraite de nombre d'entre elles.

Le tableau suivant présente la répartition des infirmières dans ce secteur selon la classe d'âge.

TABLEAU NO 1 — NOMBRE D'INFIRMIÈRES EN SANTÉ MENTALE PAR CLASSE D'ÂGE

Catégorie d'âge	Nombre	Pourcentage (%)	Pourcentage de l'ensemble des infirmières exerçant au Québec (%)
24 ans et moins	76	1,9	4,5
25 à 29 ans	284	7,2	11,8
30 à 34 ans	361	9,2	12,3
35 à 39 ans	336	8,6	12,0
40 à 44 ans	397	10,1	11,9
45 à 49 ans	626	15,9	13,3
50 à 54 ans	829	21,1	14,8
55 à 59 ans	642	16,3	11,7
60 à 64 ans	260	6,6	5,4
65 ans et plus	118	3,0	2,4
TOTAL	3 929	100 %	100 %

Le tableau qui suit nous informe sur le plus haut degré de scolarité atteint par les infirmières qui travaillent en santé mentale.

TABLEAU NO 2 — LE PLUS HAUT NIVEAU DE SCOLARITÉ

	Nombre d'infirmières œuvrant en santé mentale	Pourcentage d'infirmières œuvrant en santé mentale	Pourcentage de l'ensemble des infirmières exerçant au Québec
DEC	1 887	48,0	51,9
CERTIFICAT	552	14,0	10,9
BACCALAURÉAT	1204	30,6	30,5
DESS	88	2,2	2,5
MAÎTRISE	181	4,6	4,0
DOCTORAT	17	0,4	0,3
TOTAL	3 929	100 %	100 %

Toujours selon les données d'inscription au Tableau, sur les infirmières déclarant travailler dans le secteur de la santé mentale, 1 508 déclarent occuper un emploi en soins de première ligne et 2 421 en soins spécialisés.

En ce qui a trait aux infirmières détenant un diplôme d'études supérieures (en sciences infirmières ou autres domaines d'études), 181 déclarent travailler directement auprès de la clientèle. Parmi celles-ci, 70 d'entre elles ont complété des études supérieures en sciences infirmières, 25 déclarent un diplôme en administration, 20 en psychologie et 14 en éducation. Pour les autres (51), les domaines des études supérieures ne sont pas précisés. Il faut souligner aussi que plusieurs d'entre elles déclarent avoir fait des études supérieures dans plus d'un domaine.

Parmi les 3 929 infirmières déclarant travailler en santé mentale, 38 indiquent exercer la fonction de psychothérapeute. Ce nombre est moindre que celui rapporté dans les années antérieures. Il est possible que les infirmières avisées que le titre serait éventuellement réservé, n'aient pas déclaré exercer la psychothérapie. D'autres infirmières qui n'exercent pas en santé mentale, soit 25 infirmières, déclarent exercer la psychothérapie. Donc, selon les données disponibles, au total 63 infirmières considèrent qu'elles exercent la psychothérapie. Nous ne sommes pas en mesure de confirmer si elles sont admissibles au titre de psychothérapeute.

Dans les faits, de nombreuses infirmières sont intéressées par ce programme de maîtrise en soins infirmiers avec spécialisation en santé mentale. Déjà, sans qu'il ait fait l'objet de beaucoup de publicité, 16 infirmières se sont inscrites au programme de maîtrise en sciences infirmières – concentration santé mentale et soins psychiatriques – à l'automne 2011 et 35 infirmières ont entrepris le même programme à l'automne 2012. Lorsqu'elles auront complété ce programme d'études, ces infirmières répondront vraisemblablement aux exigences pour devenir infirmière clinicienne spécialisée en santé mentale et psychiatrie.

TABLEAU NO 3 — NOMBRE D'INSCRIPTIONS À LA MAÎTRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES – SANTÉ MENTALE ET PSYCHIATRIE

	Nombre d'inscriptions M. Sc. inf. – Santé mentale/psychiatrie Automne 2011	Nombre d'inscriptions M. Sc. inf. – Santé mentale/psychiatrie Automne 2012
UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES	4	6
UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS	3	16
UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI	0	6
UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN ABITIBI- TÉMISCAMINGUE	2	0
UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À RIMOUSKI	7	7
TOTAL	16	35

Les infirmières qui exercent actuellement auprès de personnes présentant un trouble mental et qui ont terminé des études supérieures ou celles qui ont fait des études de baccalauréat auxquelles elles ont ajouté différentes formations telles que des formations en psychothérapie pourront vraisemblablement bénéficier des dispositions transitoires pour obtenir le titre de spécialiste.

Par ailleurs, la création d'un rôle infirmier spécialisé en santé mentale et psychiatrie avec une pratique reconnue saura sûrement intéresser d'autres infirmières. En effet, parmi les 1 204 infirmières qui détiennent actuellement un baccalauréat, certaines choisiront de poursuivre le développement de leur expertise clinique.

Il est souhaité que l'existence d'un continuum de formation spécialisée en soins infirmiers dans le domaine de la santé mentale constitue un attrait pour intéresser des étudiantes en soins infirmiers au domaine de la santé mentale, ce qui fera un contrepoids au stigma lié à ce domaine de pratique.

3. Les moyens entrepris par l'Ordre pour s'assurer que l'ensemble de la population ou les clientèles visées pourront bénéficier des services de spécialistes

La création d'un programme de formation universitaire offert sous la forme d'un consortium a pour effet d'accroître son accessibilité aux infirmières provenant de toutes les régions du Québec. Actuellement, l'Université du Québec offre ce programme de formation par le biais de chacune de ses constituantes, en plus de leurs pavillons implantés dans différentes régions. Les infirmières qui y sont inscrites, futures spécialistes en soins infirmiers en santé mentale et psychiatrie, voudront diffuser l'offre de service auprès de la population et des autres professionnels de la santé.

En plus, l'OIIQ utilisera différents moyens de communication pour informer la population de ce nouveau rôle et de son offre de service. À titre d'exemple, des conférences de presse permettront à relayer l'information aux principaux diffuseurs pour informer la population. De plus, les décideurs et les gestionnaires seront rejoints par des présentations ou des conférences sur ce sujet lors de colloques ou des congrès, sans compter, les articles et les publicités sur le site Web de l'OIIQ.

En ce qui concerne les ordres professionnels, les travaux menés avec ceux du domaine de la santé mentale et des relations humaines relativement à l'entrée en vigueur prochaine de la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines* ont permis de diffuser le rôle de ces futurs spécialistes en soins infirmiers dans le domaine de la santé mentale et psychiatrie. Pour les autres ordres professionnels, ils seront informés principalement grâce à un envoi par courrier électronique. Un envoi particulier sera fait aux médecins généralistes afin de leur faire connaître la contribution de ces infirmières.

4. Les mécanismes de reconnaissance prévus par l'Ordre pour reconnaître les compétences des professionnels formés hors Québec

La reconnaissance des compétences spécialisées acquises par les infirmières formées hors Québec qui demanderont un certificat de spécialiste en santé mentale et psychiatrie s'effectuera dans le cadre du mécanisme d'équivalence du diplôme ou de la formation spécialisée.

Actuellement, il n'existe pas de spécialité en pratique avancée dans le domaine de la santé mentale et de la psychiatrie au sein des organismes canadiens qui règlementent la profession infirmière. Toutefois, la certification d'infirmières spécialisées en pratique avancée existe aux États-Unis pour deux fonctions, soit infirmière clinicienne spécialisée et infirmière praticienne spécialisée dans le domaine de la santé mentale.

ÉQUIVALENCE DE DIPLÔME

En ce qui concerne l'équivalence de diplôme, le projet de *Règlement sur les conditions et modalités de délivrance du certificat de spécialiste d'infirmière clinicienne en santé mentale et psychiatrie* de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, au soutien duquel cet argumentaire est présenté, prévoit la reconnaissance d'un diplôme de deuxième cycle en sciences infirmières comportant les connaissances spécifiques dans le domaine de la santé mentale et de la psychiatrie précisées à l'Annexe A du règlement.

Par ailleurs, à la suite de notre analyse des programmes de formation canadiens, il s'avère que les infirmières qui ont obtenu un « Master of Psychiatric Nursing (MPN) », de l'Université de Brandon du Manitoba, à la personne titulaire, au préalable, d'un baccalauréat en nursing psychiatrique, délivré par une université canadienne en santé mentale, pourraient d'emblée bénéficier d'une équivalence de diplôme.

Du côté des États-Unis, il en sera de même pour les infirmières qui auront obtenu une des certifications suivantes, à la suite d'un diplôme de deuxième cycle en sciences infirmières, ou d'un diplôme postmaîtrise en sciences infirmières délivré au terme d'un programme reconnu par l'American Nurses Credentialing Center (ANCC) :

- ▲ Adult Psychiatric and Mental Health Clinical Nurse Specialist ;
- ▲ Child-Adolescent Psychiatric and Mental Health Clinical Nurse Specialist ;
- ▲ Adult Psychiatric and Mental Health Nurse Practitioner ;
- ▲ Family Psychiatric and Mental Health Nurse Practitioner.

ÉQUIVALENCE DE FORMATION

Conformément au *Code des professions* et au projet de *Règlement sur les conditions et modalités de délivrance du certificat de spécialiste d'infirmière clinicienne en santé mentale et psychiatrie de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*, une infirmière bénéficie d'une équivalence de la formation aux fins de la délivrance du certificat de spécialiste si elle possède un niveau de connaissances et d'habiletés équivalent à celui acquis par le titulaire d'un diplôme donnant ouverture au certificat de spécialiste dont elle demande la délivrance.

Le règlement prévoit que dans l'appréciation de la formation invoquée au soutien d'une demande d'équivalence, les facteurs suivants seront considérés par l'Ordre :

- ✦ la nature et la durée de l'expérience clinique ;
- ✦ la nature et le contenu des cours suivis par l'infirmière ;
- ✦ les stages de formation effectués ;
- ✦ le nombre total d'années de scolarité ;
- ✦ le fait que l'infirmière soit titulaire d'un ou plusieurs diplômes¹⁴.

Ainsi, une infirmière qui ne détient pas un diplôme équivalent à celui donnant droit au certificat de spécialiste, pourrait se voir reconnaître une équivalence de formation, si l'ensemble de sa formation et de son expérience clinique permet à l'Ordre de conclure, qu'elle possède des compétences et habiletés équivalentes à celles acquises par une infirmière titulaire d'un diplôme donnant droit au certificat.

À cet effet, l'Ordre pourrait reconnaître une équivalence partielle et demander à l'infirmière de compléter une formation additionnelle pour l'obtention d'une équivalence complète¹⁵. Dans ce contexte, un diplôme de niveau baccalauréat, avec une forte concentration en santé mentale et psychiatrie, pourrait être considéré aux fins d'une reconnaissance partielle.

¹⁴ Articles 6 et 7 du projet de Règlement.

¹⁵ L'article 10 du projet de Règlement prévoit que : si le comité formé par le Conseil d'administration pour étudier la demande d'équivalence refuse de reconnaître l'équivalence demandée, il doit informer l'infirmière des conditions à remplir pour l'obtenir.

Actuellement, il existe en France un « Diplôme d'État d'infirmier de secteur psychiatrique », obtenu au terme d'une formation de niveau baccalauréat. Un tel diplôme pourrait être considéré dans le cadre d'une équivalence partielle de sorte que l'infirmière aurait à réussir une formation additionnelle prescrite par le comité d'examen des équivalences sans qu'il lui soit nécessaire de faire tout le parcours de formation menant au diplôme donnant droit au certificat de spécialiste. Dans le cadre d'une équivalence de formation, l'Ordre pourrait aussi tenir compte, en plus de la formation universitaire invoquée au soutien de la demande d'équivalence, d'autres formations et de l'expérience clinique de l'infirmière dans le domaine de la santé mentale et des soins psychiatriques. Cette avenue favoriserait certainement la reconnaissance d'infirmières françaises expertes en soins psychiatriques.

DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Pour favoriser la reconnaissance d'infirmières ayant déjà un bon bagage de formation et d'expertise dans le domaine, le projet de *Règlement sur les conditions et modalités de délivrance du certificat de spécialiste d'infirmière clinicienne en santé mentale et psychiatrie de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec* comporte des dispositions transitoires applicables durant les six mois qui suivront l'entrée en vigueur du règlement¹⁶.

Ces mesures transitoires permettront à des infirmières québécoises et canadiennes (ex. : Ontario, Nouveau-Brunswick) qui ont poursuivi leur formation et développé leurs compétences dans des rôles innovants visant à contribuer à l'évaluation du trouble mental, de se voir délivrer un certificat de spécialiste si elles se retrouvent dans l'une ou l'autre des situations suivantes :

1. L'infirmière qui est titulaire d'un diplôme universitaire de deuxième cycle délivré par une université canadienne en sciences de la santé, de l'éducation ou en sciences humaines dans un domaine connexe à la santé et aux relations humaines et qui a exercé, au cours des cinq années qui précèdent la demande, au moins 3 360 heures en soins infirmiers auprès des personnes présentant un trouble mental dans le cadre d'une pratique reliée à l'évaluation de la condition physique et mentale de ces personnes, et qui a complété une formation théorique de niveau universitaire composée d'un minimum de 15 crédits ou de 225 heures portant sur l'évaluation des troubles mentaux et les matières suivantes :

¹⁶ Article 13 du projet de Règlement.

- ⦿ théories de la personnalité et du développement ;
 - ⦿ facteurs biologiques, y compris les affectations médicales, les facteurs neurobiologiques et la psychopharmacologie ;
 - ⦿ psychopathologie, dont la symptomatologie et l'étiologie ;
 - ⦿ systèmes de classification des troubles mentaux ;
 - ⦿ méthodologie de la recherche ou des méthodes d'évaluation des troubles mentaux et l'apport de leurs résultats, dans l'élaboration du jugement clinique.
2. L'infirmière qui est titulaire d'un diplôme universitaire de deuxième cycle délivré par une université canadienne en sciences de la santé, de l'éducation ou en sciences humaines dans un domaine relié à la santé ou aux relations humaines, qui a exercé, au cours des cinq années qui précèdent sa demande, au moins 3 360 heures en soins infirmiers auprès de personnes présentant un trouble mental et qui a développé un minimum de 12 crédits universitaires dans un programme de formation qui mène à l'obtention d'un diplôme donnant ouverture au certificat de spécialiste d'infirmière clinicienne spécialisée en santé mentale et psychiatrie prévu au Règlement pris en application du premier alinéa de l'article 184 du *Code des professions*.
 3. L'infirmière qui est titulaire d'un baccalauréat en sciences infirmières délivré par une université canadienne ou d'un baccalauréat par cumul de certificats délivré par une université canadienne dans un domaine relié à la santé ou aux relations humaines comprenant au moins 30 crédits en sciences infirmières et qui a exercé, au cours des dix années qui précèdent sa demande, au moins 10 080 heures en soins infirmiers auprès de personnes présentant un trouble mental dans le cadre d'une pratique reliée à la contribution à l'évaluation du trouble mental, et ce, en plus de posséder la formation théorique de niveau universitaire citée précédemment.

CONCLUSION

L'évaluation des troubles mentaux et l'intervention appropriée pour répondre aux besoins et préoccupations des personnes selon les meilleures pratiques et le problème de santé mentale présenté, et ce, en divers lieux de services, exigent de posséder des connaissances approfondies et des habiletés confirmées par la supervision clinique.

Ces connaissances dépassent celles acquises par la formation initiale des infirmières. Déjà, des infirmières ont acquis une telle expertise. Toutefois, il n'est pas possible pour le public et les autres professionnels, de distinguer celles qui possèdent les compétences avancées. La spécialisation en santé mentale et psychiatrie permettra au public et aux gestionnaires de reconnaître ces infirmières.

Améliorer l'accès, la continuité et la qualité des services en santé mentale, réduire les iniquités et les coûts reliés à la morbidité en matière de santé mentale, voilà les principaux buts à atteindre avec la création du rôle de l'ICS-SM/PSY.

RÉFÉRENCES

Abad, C., et Hengen, D. (2012). *Perspectives de formation pour la psychiatrie*, [www.coordination-nationale-infirmiere.org/index.php/201205041550/Actualites/Perspectives-de-formation-pour-la-Psychiatrie.html].

American Nurses Association, American Psychiatric Nurses Association, et International Society of Psychiatric-Mental Health Nurses (2007). *Psychiatric-Mental Health Nursing: Scope and Standards of Practice*, Silver Spring (MD), ANA.

American Nurses Credentialing Center (2009). *American Nurses Credentialing Center: Nursing Certification / Magnet Recognition Program / Pathway to Excellence Program / Accreditation of Continuing Nursing Education*, Silver Spring (MD), ANCC, [www.nursecredentialing.org/FunctionalCategory/AboutANCC/ANCC-Overview-Brochure.pdf].

American Nurses Credentialing Center (2010). *Clinical Nurse Specialist in Adult Psychiatric and Mental Health Board Certification Test Content Outline - Effective Date: April 5, 2011*, Silver Spring (MD), ANCC, [www.nursecredentialing.org/Documents/Certification/TestContentOutlines/AdultPsychCNS-TCO_April2011.aspx].

American Nurses Credentialing Center (2012). *Validation of Advanced Practice Nursing Education Form*, Silver Spring (MD), ANCC, [www.nursecredentialing.org/APRN-Validation-Form.aspx].

American Psychiatric Nurses Association (2010). *Position Statement: Psychiatric Mental Health Advanced Practice Nurses*, Falls Church (VA), APNA, [www.apna.org/files/public/PMH_Advanced_Practice_Nurses_Position_Statement.pdf].

Association des psychiatres du Canada, et Collège des médecins de famille du Canada (2011). « L'évolution des soins de santé mentale en collaboration au Canada : une vision d'avenir partagée : Énoncé de principes », *Canadian Journal of Psychiatry / Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 56, n° 5 (encart).

Association of Advanced Nursing Practice Educators UK (s.d.). *Advanced Nursing Practice*, [www.aanpe.org/AdvancedNursingPractice/tabid/721/language/en-US/Default.aspx].

Australian College of Mental Health Nurses (s.d.). *Credentialing for Mental Health Nurses*, Deakin (West ACT, AU), ACMHN.

Australian College of Mental Health Nurses (2011a). *Mental Health Nurse Incentive Program: Achieving Through Collaboration, Creativity and Compromise*, Deakin (West ACT, AU), ACMHN.

Australian College of Mental Health Nurses (2011b). *Postgraduate Mental Health Nursing Courses (As at October 2011)*, Deakin (West ACT, AU), ACMHN.

Benton, T., Staab, J., et Evans, D.L. (2007). « Medical co-morbidity in depressive disorders », *Annals of Clinical Psychiatry*, vol. 19, n° 4, p. 289-303.

Centre Régional Information Jeunesse Nord-Pas de Calais (2011). *Études d'infirmier(e) en Belgique*, Lille, CRIJ-NPDC, [www.crij-npdc.fr/site/wp-content/uploads/2011/8.6111-1.pdf].

Code des professions, L.R.Q., c. C-26.

Comité d'experts sur la pratique infirmière en santé mentale et en soins psychiatriques (2009). *La pratique infirmière en santé mentale : Une contribution essentielle à consolider*, Westmount, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

Conseil du médicament (2011). *Portrait de l'usage des antidépresseurs chez les adultes assurés par le régime public d'assurance médicaments du Québec*, Québec, CDM.

Contrada, R.J., et Baum, A. (sous la dir. de) (2010). *The Handbook of Stress Science: Biology, Psychology, and Health*, New York, Springer.

Coventry, P.A., Hays, R., Dickens, C., Bundy, C., Garrett, C., Cherrington, A., et Chew-Graham, C. (2011). « Talking about depression: A qualitative study of barriers to managing depression in people with long term conditions in primary care », *BMC Family Practice*, vol. 12, 10. doi: 10.1186/1471-2296-12-10

Department of Health (2011). *No Health Without Mental Health: A Cross-Government Mental Health Outcomes Strategy for People of All Ages*, Londres, DH.

Department of Health, Social Services and Public Safety (2010). *Delivering Excellence Supporting Recovery: A Professional Framework for Mental Health Nursing in Northern Ireland (2011 - 2016)*, Belfast, DHSSPS.

Druss, B.G., Rosenheck, R.A., et Sledge, W.H. (2000). « Health and disability costs of depressive illness in a major U.S. corporation », *American Journal of Psychiatry*, vol. 157, n° 8, p. 1274-1278.

Fleury, M.J., et Grenier, G. (2012). « Primary mental healthcare and integrated services », dans L. L'Abate (sous la dir. de), *Mental Illnesses: Evaluation, Treatments and Implications*, Rijeka (Croatie), InTech, p. 357-390.

Fournier, L., Aubé, D., Roberge, P., Lessard, L., Duhoux, A., Caulet, M., et Poirier, L.R. (2008). *Vers une première ligne forte en santé mentale : messages clés de la littérature scientifique*, Québec, Institut national de santé publique du Québec.

Fournier, L., Poirier, L.R., Aubé, D., Chartrand, E., Duhoux, A., Roberge, P., ... Descôteaux, D. (2011). *Transformation de la première ligne en santé mentale au Québec : accompagnement et suivi*, Ottawa, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.

Fournier, L., Roberge, P., et Brouillet, H. (2012). *Faire face à la dépression au Québec : Protocole de soins à l'intention des intervenants de première ligne*, Montréal, Centre de recherche du Centre hospitalier universitaire de Montréal.

Hamric, A.B., Spross, J.A., et Hanson, C.M. (sous la dir. de) (2009). *Advanced Nursing Practice: An Integrative Approach*, 4^e éd., Philadelphie, Saunders Elsevier.

Hanrahan, N.P., Delaney, K.R., et Stuart, G.W. (2012). « Blueprint for development of the advanced practice psychiatric nurse workforce », *Nursing Outlook*, vol. 60, n° 2, p. 91-104.

Horatio European Psychiatric Nurses (2011). *Educational Preparation for Nurses Working with the Mentally Ill: The Case of Cyprus*, Arnhem (Pays-Bas), Horatio.

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2012). *Étude sur l'usage des antipsychotiques : Volet III : Personnes âgées de 25 ans ou plus, principalement celles de 65 ans ou plus avec un diagnostic de démence*, Québec, INESSS, coll. « ETMIS », vol. 8, n° 11.

bec (2008). *Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*, Québec, INSPQ.

Institut supérieur d'enseignement infirmier (s.d.). *Spécialisation en santé mentale et psychiatrie*, Bruxelles, ISEI, [www.isei.be/specialisation_sante_mentale_psy.htm].

Institute of Medicine (2011). *The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health*, Washington (DC), National Academies Press.

Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, L.Q. 2002, c. 33.

Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines, L.Q. 2009, c. 28.

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

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens*, Québec, MSSS.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Institut national de santé publique du Québec, et Institut de la statistique du Québec (2011). *Pour guider l'action : Portrait de santé du Québec et de ses régions*, Cinquième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec, Québec, MSSS.

National Council of State Boards of Nursing (2008). *Consensus Model for APRN Regulation: Licensure, Accreditation, Certification & Education*, Chicago, NCSBN, [www.ncsbn.org/APRN_Consensus_Model_with_Appendix_A_updated.pdf].

National Council of State Boards of Nursing (2010). *Model for Uniform National Advanced Practice Registered Nurse (APRN) Regulation: A Handbook for Legislators*, Chicago, NCSBN.

Naylor, C., Parsonage, M., McDaid, D., Knapp, M., Fossey, M., et Galea, A. (2012). *Long-Term Conditions and Mental Health: The Cost of Co-Morbidities*, Londres, The King's Fund.

Office des professions du Québec (2005). *Modernisation de la pratique professionnelle en santé mentale et en relations humaines : Rapport du Comité d'experts*, Rapport Trudeau, Québec, OPQ.

Office des professions du Québec (2012, septembre). *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines : Guide explicatif*, éd. rev., Québec, OPQ.

Oleck, L.G., Retano, A., Tebaldi, C., McGuinness, T.M., Weiss, S., Carbray, J.,... McCoy, P. (2011). « Advanced practice psychiatric nurses legislative update: State of the States, 2010 », *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, vol. 17, n° 2, p. 171-188.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2010). « Gériatrie et gériatrie, santé mentale et soins de fin de vie : des secteurs en vedette au Congrès annuel », *Infostats*, vol. 2, n° 6, [www.oiiq.org/uploads/periodiques/infostats/vol02n06/index.html].

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2011). *La formation continue pour la profession infirmière au Québec : Norme professionnelle*, Westmount, OIIQ.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2012a). *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières*, éd. mise à jour, Westmount, OIIQ.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2012b). *La relève infirmière du Québec : Une profession, une formation*, Westmount, OIIQ.

Ordre national des infirmiers (2010a). *Psychiatrie et santé mentale : Enjeux et perspectives pour les pratiques infirmières : Rapport de synthèse*, Paris, ONI.

Ordre national des infirmiers (2010b). *Refonder l'exercice infirmier en psychiatrie pour relever les défis de santé publique en santé mentale*, Paris, ONI.

Organisation mondiale de la santé (2001). *Rapport sur la santé dans le monde 2001 : La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*, Genève, OMS.

Organisation mondiale de la santé (2007). *Atlas: Nurses in Mental Health 2007*, Genève, OMS.

Organisation mondiale de la santé (2008). *Rapport sur la santé dans le monde 2008 : Les soins de santé primaires : Maintenant plus que jamais*, Genève, OMS.

Organisation mondiale de la santé (2009a). *Improving Health Systems and Services for Mental Health*, Genève, OMS.

Organisation mondiale de la santé (2009b). *Pharmacological Treatment of Mental Disorders in Primary Health Care*, Genève, OMS.

Perese, E.F. (2012). *Psychiatric Advanced Practice Nursing: A Biopsychosocial Foundation for Practice*, Philadelphie, F.A. Davis.

Victorian Government Department of Health (2010). « Psychiatric / mental health nursing », dans *Nursing in Victoria: Specialty Areas of Practice*, [www.health.vic.gov.au/nursing/furthering/speciality/psychiatric].

Victorian Government Department of Health (2011). *Nurse Practitioners and Prescribing in Victoria*, Melbourne (AU), DoH, coll. « Make a Choice. Make a Difference. Nursing in Victoria », factsheet n° 8.

ANNEXE 1

**Programme québécois de formation donné par le réseau des
constituantes de l'Université du Québec : maîtrise en
sciences infirmières — concentration santé mentale et soins
psychiatriques**

Maîtrise en sciences infirmières

concentration santé mentale et soins psychiatriques

UQAR
Université du Québec
à Rimouski

UQO

UQAC
UNIVERSITÉ DU QUÉBEC
À CHICOUTIMI

UQTR



Université du Québec
en Abitibi-Témiscamingue



Maîtrise en sciences infirmières

concentration santé mentale et soins psychiatriques

La concentration santé mentale et soins psychiatriques de la maîtrise en sciences infirmières est offerte par quatre constituantes du réseau de l'Université du Québec, soit l'UQAR, l'UQO, l'UQTR et l'UQAC. Cette formation prépare l'infirmière ou l'infirmier à exercer une pratique clinique avancée auprès des personnes qui souffrent de troubles mentaux et de leurs proches, fondée tant sur des données scientifiques que sur une approche holistique. Les activités favorisent, chez l'étudiante ou l'étudiant, l'adoption d'une perspective de développement professionnel et son engagement en tant que leader dans l'amélioration de la pratique infirmière avancée en santé mentale et soins psychiatriques.

Cette formation spécialisée est élaborée à partir de considérations professionnelles bien circonscrites, issues d'un large consensus établi au niveau provincial par les partenaires de milieux universitaires, professionnels et cliniques, en concertation avec l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ).

Les 45 crédits du programme portent principalement sur l'évaluation des troubles mentaux et sur l'intervention auprès des personnes atteintes de troubles mentaux légers, modérés ou graves. À l'issue de cette formation, l'infirmière ou l'infirmier sera doté d'une expertise unique et cruciale quant au développement des services de première ligne en santé mentale. Cette expertise lui permettra également de contribuer au rehaussement de la qualité des soins infirmiers psychiatriques dans les services de deuxième et de troisième ligne.

Ce programme s'inscrit dans les travaux en cours de réalisation pour régler l'activité réservée par la PL 21 concernant l'évaluation de troubles mentaux et, éventuellement, vers la création d'un nouveau domaine de spécialisation donnant accès à un titre réservé selon l'évaluation de la réglementation gouvernementale et des exigences établies par l'OIIQ.

Objectifs du programme

Les objectifs communs pour le profil A avec mémoire et le profil B avec essai sont les suivants :

La personne diplômée du programme de la maîtrise en sciences infirmières sera capable :

- de faire preuve d'une vision globale et articulée de la discipline des sciences infirmières;
- d'exercer un bon jugement clinique dans toute situation de soins visant la promotion, le maintien ou l'amélioration de la santé de personnes;
- de conceptualiser, d'expérimenter et d'évaluer des approches novatrices pour répondre à des besoins de santé dans divers milieux de pratique;
- d'intégrer les résultats de recherche dans l'exercice de la pratique infirmière, et ce, dans un champ de spécialisation;
- d'assumer un rôle de leader dans les établissements de santé, dans la communauté, dans la société et, ce faisant, de contribuer activement au développement de la discipline des sciences infirmières;
- d'accéder aux études doctorales.

Conditions d'admission

Pour le cas particulier du programme de maîtrise en sciences infirmières, cela se traduit de la façon suivante :

La candidate ou le candidat doit être infirmière, infirmier, titulaire d'un baccalauréat ou l'équivalent en sciences infirmières ou dans un secteur connexe, obtenu avec une moyenne cumulative d'au moins 3,2 (sur 4,3) ou l'équivalent; ou posséder les connaissances requises, une formation appropriée et une expérience jugée pertinente.

La connaissance d'une méthodologie de recherche pertinente, de la statistique (ou de la biostatistique) pourra être vérifiée. De plus, la candidate ou le candidat doit posséder une connaissance suffisante

de l'anglais (c'est-à-dire en mesure de lire et de comprendre un texte scientifique rédigé en anglais). Le Comité d'admission et de coordination réseau se réserve le droit d'imposer des cours d'appoint à la candidate ou au candidat qui ne répond pas entièrement aux conditions d'admission.

La candidate ou le candidat doit accepter d'avoir un conseiller ou une conseillère désigné selon les règles des établissements et accepter le principe d'avoir une directrice, un directeur de projet d'intervention et d'essai ou de mémoire, désigné selon les règles des établissements concernés.

Diplôme

M.Sc. maître ès sciences (concentration santé mentale et soins psychiatriques)

Offre de cours

Ce programme est géré conjointement par l'UQAC, l'UQAR, l'UQO et l'UQTR.

Structure du programme⁽¹⁾

Le programme comprend trois modules.

Le premier module comprend quatre cours obligatoires de la maîtrise en sciences infirmières (12 crédits).

Le deuxième module comprend sept cours de spécialisation en santé mentale et en soins psychiatriques (21 crédits).

Le troisième module comprend deux stages et quatre séminaires. Le premier stage (4 crédits) et deux séminaires (2 crédits) portent sur l'évaluation des troubles mentaux. Le deuxième stage (4 crédits) et les deux derniers séminaires portent sur l'intervention auprès des personnes atteintes de troubles mentaux légers, modérés et graves.

Description des cours

MODULE DE BASE (12 CRÉDITS/180 HEURES)

MSI6001 Épistémologie et assises théoriques en sciences infirmières (3 cr.)

Perspectives historiques et évolution des sciences infirmières.

Clarification du langage des connaissances contemporaines dans la discipline infirmière. Avancement des connaissances spécifiques à la discipline. Analyse critique de modèles conceptuels et théories sélectionnés en lien avec la pratique et la recherche.

MSI6002 Méthodologie de la recherche en sciences infirmières (3 cr.)

Notions fondamentales des méthodes de recherche quantitative et qualitative.

Analyse critique du processus de la recherche : de la problématique à la collecte de données. Éthique et déontologie. Acquisition des connaissances nécessaires à l'utilisation des résultats de recherche en sciences infirmières dans la pratique professionnelle. Processus de dissémination des résultats de recherche.

MSI6003 Méthodologie de l'intervention (3 cr.)

Notions fondamentales se rapportant au processus d'intervention : conception, élaboration, réalisation et évaluation de projet.

Analyse des caractéristiques en présence dans l'organisation : culture, communication, acteurs. Planification du projet et des stratégies d'évaluation

appropriées à chaque étape. Stratégies d'implantation favorisant le changement. Éléments essentiels à la rédaction d'un programme d'intervention et d'une offre de service. Rôle de l'infirmière clinicienne spécialiste.

MSI6004 Méthodes d'analyse des données appliquées aux sciences infirmières (3 cr.)

Méthode et organisation des données de recherche quantitative : mesure du phénomène, propriétés psychométriques des instruments de mesure, analyses descriptives et inférentielles, interprétation et présentation des résultats.

Analyses statistiques à l'aide du logiciel SPSS-PC. Introduction aux méthodes, à l'organisation et à

l'interprétation des données en recherche qualitative. Critique des différentes méthodes d'analyse utilisées en sciences infirmières.

Préalable : MSI6002

MODULE DE SPÉCIALISATION (21 CRÉDITS/315 HEURES)

MSI6014 Soins infirmiers en santé mentale (3 cr.)

Définition et analyse des principaux enjeux et développements actuels en santé mentale.

Aspects multidimensionnels de la santé mentale. Étude de théories et concepts relatifs à la santé mentale. Modèles d'intervention : promotion, prévention, traitement et réadaptation. Approches novatrices des pratiques infirmières en situation de normalité, de risque et de maladie. Rôle de l'infirmière clinicienne spécialiste en santé mentale auprès de la personne et de sa famille.

MSI6201 Approche intégrée de la psychopathologie et de la santé mentale (3 cr.)

Maîtriser l'approche multidimensionnelle intégrative de la santé mentale et de la psychopathologie : dimensions biologiques, comportementales, psychologiques, familiales, sociales, culturelles et environnementales.

Psychologie du développement. Théories de la personnalité. Psychologie des émotions. Introduction aux neurosciences et à la psycho-neuro-immunologie. Influences génétiques. Modèles d'adaptation. Déterminants de la santé mentale. Conditions particulières : périnatalité, pauvreté, violence et abus, cataclysme ou guerre, itinérance, déficience intellectuelle, diversité culturelle, trouble envahissant du développement, criminalité. Analyse de la perspective multidimensionnelle appliquée à la pratique infirmière.

MSI6202 Psychopharmacologie et traitements biologiques (3 cr.)

Comprendre les traitements psychopharmacologiques et biologiques des personnes atteintes de troubles mentaux.

Système nerveux central. Système nerveux périphérique. Neurotransmetteurs et activités endocrines. Grandes classes de médicaments utilisés en santé mentale : mécanisme d'actions et pharmacocinétique. Indications selon les différents troubles mentaux, leur évolution et les conditions associées. Effets secondaires et surveillance des paramètres physiologiques. Interactions médicamenteuses ou avec d'autres substances : alcool, drogues et tabac. Toxicité. Partenariat et stratégies de soutien de la personne et de sa famille relativement à la prise de décision, à la gestion autonome de la médication, à la gestion des effets secondaires et des impacts sur la vie quotidienne. Observance. Automédication : produits naturels et autres substances. Luminothérapie. Sismothérapie. Enseignement à la personne et à la famille.

MSI6203 Évaluation des troubles mentaux, des forces et des ressources de la personne (3 cr.)

Évaluer initialement et en cours de suivi les troubles mentaux et les troubles concomitants. Évaluer les ressources de la personne (individuelles, familiales, sociales et environnementales), ses croyances, ses buts, ses forces et ses intérêts.

Habilités relationnelles, alliance thérapeutique, engagement, phénomène de résistance et entretien clinique. Évaluation systématique des troubles mentaux chez l'enfant, l'adolescent, l'adulte et la personne âgée, selon le DSM. Troubles concomitants : troubles mentaux et alcoolisme, toxicomanie, jeu pathologique ou tabagisme; troubles mentaux et

problèmes de santé physique. Dangerosité : risque suicidaire ou violence. Chronologie et interactions entre les pathologies. Circonstances précipitantes ou aggravantes. Évaluation du système familial. Forces, capacités et ressources présentes ou potentielles chez la personne, sa famille, son réseau de soutien et son environnement. Outils psychométriques : utilisation, validité, fiabilité et limites. Tests de laboratoire. Inaptitude, capacité de consentir aux soins et mesures de protection. Formulation d'une impression clinique. Aspects éthiques et légaux spécifiques à l'évaluation des troubles mentaux. Étendue et limite du rôle de l'infirmière ou de l'infirmier.

Préalable : MSI6201 Approche intégrée de la psychopathologie et de la santé mentale.

MSI6204 Interventions psychothérapeutiques et troubles mentaux légers et modérés (3 cr.)

Effectuer le suivi en utilisant des approches psychothérapeutiques basées sur les données probantes pour traiter les troubles mentaux légers et modérés. Fondement de la psychothérapie. Implication et engagement. Meilleures pratiques selon les caractéristiques, les attentes ou les préférences de la personne, tenant compte des coûts sociaux. Gestion du stress. Approche psychodynamique : éléments relationnels. Thérapie cognitivo-comportementale individuelle et de groupe. Thérapie interpersonnelle. Approches autogérées avec soutien minimal. Approche systémique familiale. Approches en émergence. Éclectisme. Approches psychothérapeutiques et pratique infirmière.

Préalable : MSI6201 Approche intégrée de la psychopathologie et de la santé mentale.

MSI6205 Interventions thérapeutiques et troubles mentaux graves (3 cr.)

Effectuer le suivi en utilisant des approches orientées vers le rétablissement des personnes atteintes de troubles mentaux graves ou concomitants.

Théorie des systèmes et modèles systémiques appliqués au domaine de la santé mentale. Rétablissement. Approche systémique. Modèles d'intervention auprès des familles aux prises avec une problématique complexe liée à la santé mentale. Suivi dans la communauté. Activités psychoéducatives individuelles, familiales et de groupe. Intervention précoce. Programmes de réadaptation. Modèles de gestion de la maladie chronique. Coordination et liaison dans un réseau de services intégrés. Interventions thérapeutiques et pratique infirmière.

Préalable : MSI6201 Approche intégrée de la psychopathologie et de la santé mentale.

MSI6206 Laboratoire de pratique infirmière avancée en santé mentale (3 cr.)

Appliquer les fondements philosophiques, conceptuels et théoriques de la discipline infirmière dans l'évaluation et l'intervention auprès de personnes atteintes de troubles mentaux et de leur famille. Démontrer une attitude soignante de caring compatible avec la perspective du rétablissement de la personne. Instaurer une alliance thérapeutique et expérimenter le processus d'un travail thérapeutique dans le cadre de cette alliance. Diriger un entretien d'évaluation de la condition physique et mentale. Utiliser avec discernement les principaux outils psychométriques indiqués. Conduire un entretien dans le cadre d'une approche thérapeutique de soutien, de résolution de problèmes d'intervention en situation de crise et d'entretien motivationnel. Produire un plan thérapeutique infirmier.

Dans un contexte de laboratoire procéder à l'évaluation et intervenir auprès de personnes atteintes de troubles mentaux et de leur famille. Attitude de caring. Alliance thérapeutique. Évaluation de la condition physique et mentale. Utilisation et interprétation des tests psychométriques. Conduite de l'entretien. Plan

thérapeutique infirmier.

MODULE D'INTÉGRATION (12 CRÉDITS/540 HEURES)

MSI6207 Stage d'évaluation des troubles mentaux, des troubles concomitants, des forces et des ressources de la personne (4 cr.)

Évaluer les troubles mentaux et les troubles concomitants initialement et en cours de suivi chez l'enfant, l'adolescent, l'adulte et la personne âgée; évaluer les forces et les ressources individuelles, relationnelles, familiales, sociales et environnementales.

Réaliser une entrevue d'évaluation en tenant compte des caractéristiques propres à chacune des étapes de la vie. Conditions particulières : déficience intellectuelle, trouble envahissant du comportement, trouble du déficit de l'attention et troubles cognitifs. Situer les problèmes de santé selon leur chronologie et leurs interactions. Évaluer le système familial dans une perspective systémique. Utiliser avec discernement les outils psychométriques indiqués. En collaboration avec le médecin, compléter l'évaluation par des examens diagnostiques de laboratoire (ordonnances collectives ou individuelles) si indiqué. Consigner ses observations et impressions cliniques selon le DSM (dernière édition). Situer l'évaluation dans un cadre où la contribution infirmière dans l'équipe interdisciplinaire est définie et dans lequel les aspects éthiques et légaux sont reconnus et respectés. Élaborer un plan thérapeutique infirmier découlant des assises infirmières avancées. Collaboration interprofessionnelle et partenariat infirmière client. Entrevue d'évaluation. Aspects éthiques et légaux. Notes d'observation et plan thérapeutique infirmier.

Préalable : MSI6206 Laboratoire de pratique infirmière avancée en santé mentale.

MSI6208 Stage d'intervention en pratique infirmière avancée en santé mentale (4 cr.)

Intervenir auprès d'une clientèle diversifiée suite à l'évaluation des troubles mentaux : enfants, adolescents, adultes et personnes âgées, présentant des troubles mentaux légers, modérés et graves, des troubles concomitants ou une comorbidité. Établir une alliance thérapeutique et un partenariat avec le client et ses proches : suivi à différentes étapes de la maladie (situation de crise, épisode aigu et condition stabilisée). Conjointement, planifier, exécuter et évaluer les activités favorables au recouvrement de la santé et au rétablissement. Appliquer des approches thérapeutiques basées sur des données probantes : thérapie cognitivo-comportementale, thérapie interpersonnelle, intervention familiale systémique, réadaptation psychiatrique. Assurer le suivi pharmacologique. Ajuster le régime thérapeutique selon l'évolution de la condition de la personne et les besoins de la famille. Formuler et communiquer le plan thérapeutique infirmier à l'équipe interdisciplinaire. Collaborer en interdisciplinarité en tenant compte des enjeux d'ordre éthique, légal, disciplinaire, professionnel, organisationnel et culturel.

Collaboration interprofessionnelle et partenariat infirmière client. Alliance thérapeutique. Approche thérapeutique. Suivi pharmacologique. Enjeux éthiques et légaux. Notes d'observation et plan thérapeutique infirmier.

Préalable : MSI6207 Stage d'évaluation des troubles mentaux, des troubles concomitants, des forces et des ressources de la personne

MSI6209 Séminaire d'évaluation des troubles mentaux légers et modérés (1 cr.)

Approfondir la compréhension du processus d'évaluation des troubles mentaux légers et modérés; formuler des impressions cliniques avec rigueur;

développer des connaissances sur des problématiques particulières; développer la capacité de porter un regard critique sur son action professionnelle; développer l'habileté d'utiliser ses pairs pour se développer au plan professionnel.

Supervision de groupe consistant en la mise en commun de situations et problématiques spécifiques rencontrées en stage; étude de cas; concepts rattachés à la démarche d'évaluation en santé mentale; mise en commun de stratégies d'évaluation.

MSI6210 Séminaire d'évaluation des troubles mentaux graves (1 cr.)

Approfondir la compréhension du processus d'évaluation des troubles mentaux graves; formuler des impressions cliniques avec rigueur; développer des connaissances sur des problématiques particulières; développer la capacité de porter un regard critique

sur son action professionnelle; développer l'habileté d'utiliser ses pairs pour se développer au plan professionnel.

Supervision de groupe consistant en la mise en commun de situations et problématiques spécifiques rencontrées en stage; étude de cas; concepts rattachés à la démarche d'évaluation en santé mentale; mise en commun de stratégies d'évaluation.

Préalable : MSI6209 Séminaire d'évaluation des troubles mentaux légers et modérés.

MSI6211 Séminaire d'intervention auprès de clientèles souffrant de troubles mentaux légers et modérés (1 cr.)

Approfondir la compréhension du processus thérapeutique; formuler un plan thérapeutique infirmier avec rigueur; développer des connaissances sur des problématiques particulières; développer la capacité de porter un regard critique sur son action professionnelle; développer l'habileté d'utiliser ses pairs pour se développer au plan professionnel.

Supervision de groupe consistant en la mise en commun des situations et problématiques spécifi-

ques rencontrées en stage; étude de cas; concepts rattachés à la démarche thérapeutique; mise en commun de stratégies d'intervention.

MSI6212 Séminaire d'intervention auprès de clientèle souffrant de troubles mentaux graves (1 cr.)

Approfondir la compréhension du processus thérapeutique; formuler un plan thérapeutique infirmier avec rigueur; développer des connaissances sur des problématiques particulières; développer la capacité de porter un regard critique sur son action professionnelle; développer l'habileté d'utiliser ses pairs pour se développer au plan professionnel.

Supervision de groupe consistant en la mise en commun des situations et problématiques spécifiques rencontrées en stage; étude de cas; concepts rattachés à la démarche thérapeutique; mise en commun de stratégies d'intervention.

Préalable: MSI6211 Séminaire d'intervention auprès de clientèles souffrant de troubles mentaux légers et modérés.

RENSEIGNEMENTS : <http://www.uquebec.ca/mscinf>

Université du Québec à Rimouski*

Hélène Sylvain | 300, Allée des Ursulines, Rimouski (Québec) Canada G5L 3A1

helene_sylvain@uqar.ca | 418 723-1986, poste 1812 | 1 800 511-3382, poste 1812

*Le programme est offert aux campus de Rimouski et de Lévis.

Université du Québec en Outaouais*

Chantal St-Pierre | C.P. 1250 Succursale Hull, Gatineau (Québec) Canada J8X 3X7

Chantal.Saint-Pierre@uqo.ca | 819 595-3900, poste 2347 | 1 800 567-1283, poste 2347

*Le programme est offert aux campus de Gatineau et de Saint-Jérôme.

Université du Québec à Chicoutimi

Françoise Courville | 555 boulevard de l'Université, Chicoutimi (Québec) Canada G7H 2B1

francoise_courville@uqac.ca | 418 545-5011 poste 2374 | 1 800 463-9880

Université du Québec à Trois-Rivières

Éric Ahern | 3351, boul. des Forges, Casier postal 500, Trois-Rivières (Québec) Canada G9A 5H7

eric.ahern@uqtr.ca | 819 376-5011 poste 3469

Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

Sylvie Cardinal | 445 Blvd Université, Rouyn Noranda (Québec) Canada J9P 5E8

sylvie.cardinal@uqat.ca | 819 762-0971, poste 2220

ANNEXE 2

**Formation donnée par l'Université de Brandon, Manitoba :
Master of Psychiatric Nursing (MPN)**

Extrait

Brandon University

Graduate Calendar

2012 - 2013



Brandon, Manitoba, Canada R7A 6A9

Telephone: (204) 728-9520

FAX: (204) 726-4573

Web Site: www.brandonu.ca



5.1.5 ADMISSION, MASTER OF PSYCHIATRIC NURSING

Applications for September entry must be received by March 1st of the year in which admission is sought.

The application will include:

1. A curriculum vitae/resume that includes the following:
 - past educational preparation;
 - employment experience, indicating level of responsibility;
 - community service, including involvement in professional associations;
 - awards and honours;
 - research projects and publications;
 - continuing education;
 - innovation in clinical practice; and
 - any other supporting information,
2. Proof of registration as a psychiatric nurse or nurse in Canada;
3. A brief essay (500 - 750 words) outlining rationale for choosing the MPN program and a particular stream, as well as areas of interest for thesis consideration; and
4. Two confidential letters of reference, one of which must be an academic reference.



SECTION 8 GRADUATE HEALTH STUDIES

8.1 MASTER OF PSYCHIATRIC NURSING (MPN)

The Master of Psychiatric Nursing program at Brandon University is designed for students who are seeking advanced practice roles in psychiatric nursing. The program prepares graduates to be leaders in psychiatric nursing and health care. Graduates will have foundational academic preparation to facilitate advanced knowledge and skills in clinical practice, administration of education, with in-depth focus in one of these streams.

Graduates will combine this knowledge with research methodology to critically analyze current practices and contribute to innovation in service delivery and policy development. Graduates will serve as teachers, mentors and role models to promote excellence among students and practitioners. Graduates will demonstrate ability to engage in reflective practice; anticipate and respond to emerging health and mental health needs; engage in independent practice; and undertake doctoral study.

8.1.1 ELIGIBILITY FOR ADMISSIONS

Please see section 5.1.5 for full details.

8.1.2 PROGRAM REGULATIONS

The Master of Psychiatric Nursing program consists of 33 credit hours and includes completion of a thesis. Foundational courses in advanced practice are complemented by a focus on a selected stream. Streams are offered in advanced clinical practice, administration, and education. Each of the required courses in each stream includes a practicum experience to provide opportunities for application of course content to practice. The streams are also supported by research courses which, when combined with content from the selected stream, will enable graduates to evaluate current practice and contribute to innovation in service delivery and policy development.

8.1.3 PROGRAM ACCESS

Students may select full-time or part-time study. Courses are delivered largely online with periodic on-campus 2 - 3 day sessions. Students are encouraged to attend all on-campus sessions. All students are required to attend at least one on-campus session each year.

8.1.4 STUDENT ADVISING

Individuals considering application to the Master of Psychiatric Nursing (MPN) should contact the Program Coordinator before applying for entry to the MPN program to develop a preliminary plan for their course of studies and to identify potential thesis advisors.

Initial advising is provided by the Program Coordinator. The thesis advisor will assume responsibility for advisement once a thesis advisor has been confirmed by the Health Studies Graduate Steering Committee.

8.1.5 DEGREE COMPLETION

Active practicing registration as a psychiatric nurse or nurse in Canada is required for admission to the Master of Psychiatric Nursing program, and registration must be maintained for the duration of the program.

While full- or part-time study may be selected, students must enroll in at least one course per year (May 1 to April 30) in order to maintain student status. Students who will not be taking at least one course in a given year must apply for a Leave of Absence or withdraw from the MPN program.

Submission of an annual report is mandatory. The progress report is due by June 15. Registration in subsequent courses is contingent upon a satisfactory progress report.

Students must complete program requirements within six years of admission. Coursework must be completed within four years of admission to the program.



8.1.6 TRANSFER CREDIT AND PRIOR LEARNING ASSESSMENT AND RECOGNITION

Graduate-level courses taken at other institutions prior to program entry will be evaluated for transfer credit. Prior learning assessment credit may also be available on a case-by-case basis for students whose expertise in a particular area is of sufficient range and depth to demonstrate achievement of course outcomes. A maximum of six credit hours may be obtained through Prior Learning Assessment and Recognition (PLAR).

Brandon University is a signatory to the Western Dean's Agreement and the Canadian Graduate Student Research Mobility Agreement. These agreements provide an opportunity for students with approval from the Health Studies Graduate Steering Committee, to study and conduct research at other Western Canada institutions as part of their program of studies at Brandon University.

8.1.7 RESIDENCY REQUIREMENTS

A minimum of 21 credit hours must be awarded by Brandon University in order to satisfy the MPN program requirements. Course credit obtained through other universities and/or through Prior Learning Assessment may not exceed 12 credit hours. All students are required to attend at least one on-campus session each year.

8.1.8 ACADEMIC PERFORMANCE REQUIREMENT

Please see section 5.4.4 for full details.

8.1.9 PRACTICUM REQUIREMENTS

A practicum experience is incorporated into each of the required courses in each stream in order to provide an opportunity for application of course content to practice. The selection of the practicum experience sites will be negotiated between the student and the course instructor. Criminal Records Check, Child Abuse Registry, CPR and current immunization may be required for specific clinical placements in the program.

8.1.10 PROFESSIONAL CONDUCT

Students in the School of Health Studies are required to conduct themselves in a safe and ethical manner in all program-related situations. Failure to adhere to expected standards of safe and ethical conduct will result in disciplinary consequences that may include expulsion from the Master of Psychiatric Nursing program. As licensed health professionals, all students are responsible to adhere to the standards of practice and code of ethics for their profession. Students are also responsible to adhere to standards and codes existent in the program of study at Brandon University. The School of Health Studies reserves the right to require any student to be removed from a practicum or the program, based on consideration of competence, professional conduct or health. Under any of these circumstances the student's right to withdraw from the course may be withheld (or in exceptional circumstances revoked).

8.1.11 THESIS REGULATIONS

Students should contact the Program Coordinator for full details.

8.1.12 CURRICULUM OUTLINE

Students in the Master of Psychiatric Nursing program will complete 33 credit hours including:

Required Core Courses		18
75:651	Foundations for Advanced Psychiatric Nursing Practice	3
75:652	Philosophical Basis for Advanced Practice	3
75:653	Qualitative Health Research Methods	3
75:654	Quantitative Health Research Methods	3
75:655	Seminar Topics in Psychiatric Nursing	3
Elective		



75:656	Advanced Readings in Psychiatric Nursing	3
Required Courses in Stream		6
1. Psychiatric Nursing Practice Stream		6
75:657	Advanced Clinical Practice I	3
75:6XX	Advanced Clinical Practice II	3
2. Administrative Stream		6
75:659	Health Services Leadership and Administration I	3
75:660	Health Services Leadership and Administration II	3
3. Education Stream		6
75:6XX	Advanced Nursing Education I	3
75:6XX	Advanced Nursing Education II	3
Coursework Total		24
75:7XX	Thesis	9
Total:		33

Note: Courses 75:6XX are currently under development.

COURSE DESCRIPTIONS

75:651 FOUNDATIONS FOR ADVANCED PSYCHIATRIC NURSING PRACTICE

(3)

Prerequisite: Admission to the Master of Psychiatric Nursing Program.

In this course, students will explore the roles, competencies and responsibilities inherent in advanced psychiatric nursing practice related to: leadership; management; clinical practice; nursing education; and research. Ethical issues related to advanced practice will be explored. Theory and principles of transformative change will be discussed within the context of nursing, psychiatric nursing and health care. The dynamics of: roles, responsibilities and practice policy development; and the health care delivery system will be explored. Strategies for transition to advanced practice will be investigated.

Online course, one term.

75:652 PHILOSOPHICAL BASIS FOR ADVANCED PRACTICE

(3)

Prerequisite: Admission to the Master of Psychiatric Nursing Program.

The focus of this course is critical inquiry into the nature, scope and purpose of nursing and psychiatric nursing knowledge and the distinct contributions of nursing art, philosophy, and science. Major philosophical positions and their contributions to the development, evolution, and evaluation of nursing and psychiatric nursing knowledge theory will be explored. Critical analysis of various paradigms conceptual frameworks, and nursing theories will lead students to conceptualize and articulate the philosophical perspectives guide theory practice. Critical links between knowledge creation and practice including administration, teaching, research, and clinical relevance will be examined. The contribution of self, within philosophy and theory development, to inform practice will be explored.

Online course, one term.

75:653 QUALITATIVE HEALTH RESEARCH METHODS

(3)

Prerequisite: Admission to the Psychiatric Nursing Program.

The focus of this course is to provide students with the theoretical background, methodological, and practical skills to engage in qualitative research. In this course, students will develop knowledge and skills in the processes of qualitative research from question development to analysis of findings. Ethical guidelines for qualitative research will be discussed. Students will explore qualitative research methods to understand and apply approaches to specific research questions. Students will be introduced to methods for analyzing and presenting qualitative findings, including the use of software programs.

Online course, one term.



75:654 QUANTITATIVE HEALTH RESEARCH METHODS**(3)**

Prerequisite: Admission to the Psychiatric Nursing Program.

The focus of this course is to provide students with the theoretical background, methodological, and practical skills to engage in qualitative research. In this course, students will develop knowledge and skills in the processes of qualitative research from question development to analysis of findings. Ethical guidelines for qualitative research will be discussed. Students will explore qualitative research methods to understand and apply approaches to specific research questions. Students will be demonstrating capacity to use analysis software to conduct data analysis and interpret results. Methods for presentations of quantitative findings will also be discussed.

Online course, one term.

75:655 SEMINAR TOPICS IN PSYCHIATRIC NURSING**(3)**

Prerequisite: NIL and/or Completion of at least 3 credit hours of core courses in the MPN program.

The focus of this course is on emerging issues and circumstances that influence health, mental health, and psychiatric nursing practice. Social, political, and economic trends will be examined. Program development, implementation and evaluation will be discussed. Resources and supports for assuming a leadership role in relation to health issues will be explored. Students will develop strategies for shaping health policy and practice, as well as strategies for responding to trends in education, leadership, and practice.

Online course, one term.

75:656 ADVANCED READINGS IN PSYCHIATRIC NURSING (3)

Prerequisite: Completion of 75:651, 75:653 and 75:654

In this course students will be provided with a structure to facilitate individualized learning and thesis development. Students will work with their thesis advisors to prepare a course outline that describe the overall purpose of the course, desired learning objectives, a tentative reading list, learning activities, contact schedule, and course requirements. The course will involve directed readings and will normally be evaluated through such requirements as major papers, or extensive annotated bibliographies. Public presentation may also be required.

Online course, one term.

75:657 ADVANCED CLINICAL PRACTICE IN PSYCHIATRIC NURSING I**(3)**

Prerequisite: Completion of 6 credit hours of core courses including 75:651.

In this course students will draw upon the fields of neuroscience, human development, attachment theory and trauma to equip the student in the development of a conceptual framework to guide his/her advanced practice. The student will develop enhanced case conceptualization, goal setting and intervention strategies in relation to complex clinical phenomena. Necessary elements of treatment planning, including a broad range of therapeutic interventions and DSM diagnoses will be covered.

Online course, 6-8 clinical practice hours per week, one term.

75:659 HEALTH SERVICES LEADERSHIP AND ADMINISTRATION I (3)

Prerequisite: Completion of 6 credit hours of core courses, including 75:651.

The focus of this course is on the administrative aspect of health services delivery and psychiatric nursing practice. The emphasis will be on administrative theory, organizational structure and processes, interdisciplinary collaboration, and the administration of health care at the unit and organizational levels. Theoretical concepts and evidence relevant to administrative roles in the health care system will be explored as a basis for leadership roles in advanced psychiatric nursing practice. Students will apply theory to selected practice settings.

Online course, 6-8 clinical practice hours per week, one term.

75:660 HEALTH SERVICES LEADERSHIP AND ADMINISTRATION II**(3)**

Prerequisite: Completion of 6 credit hours of core courses including 75:651.

This course involves the synthesis, application, and further acquisition of knowledge, skills, and attitudes related to health services leadership and administration. Theoretical concepts and evidence relevant to leadership in the health care system will be explored as a basis for senior leadership roles in advanced psychiatric nursing practice. Students will apply and integrate theory in selected practice settings.

Online course, 6-8 clinical hours per week, one term.

ANNEXE 3

**American Nurses Credentialing Center (ANCC), États-Unis :
processus de certification des infirmières en pratique
avancée en santé mentale et psychiatrie**

Extrait



NURSING EXCELLENCE. YOUR JOURNEY. OUR PASSION.

American Nurses Credentialing Center

NURSING CERTIFICATION
MAGNET RECOGNITION PROGRAM®
PATHWAY TO EXCELLENCE® PROGRAM
ACCREDITATION OF CONTINUING NURSING EDUCATION



Nursing Certification

The American Nurses Credentialing Center (ANCC) is the largest and most prestigious nurse certification organization in the world, recognizing individuals whose nursing skills and knowledge meet pre-determined standards of excellence. Since 1990, more than a quarter million nurses have been certified by ANCC.

Nursing professionals know that ANCC certification is widely accepted evidence to the public and the profession of the quality of their nursing skills. Not only does it validate the strength of their nursing abilities and boost their professional confidence, but certification also contributes to better patient outcomes. In fact, certification has been linked to fewer medical errors and increased job satisfaction and confidence.¹

What's more, ANCC certification opens the door to career opportunities and higher salaries. Nurse managers overwhelmingly say they prefer to hire board certified nurses because they believe that certification demonstrates an individual's proven knowledge base and documented experience in a given specialty.² Nurses who are board certified in a specialty area earn an average of \$9,000 more than their counterparts who are not board certified.³

Another advantage of ANCC certification is our rigorous and extensive in-house test development process, which ensures that certification exams are fair and accurate measures of professional competency. Test questions are written by a representative sample group of ANCC board certified nurses, under the guidance of measurement professionals who address the psychometric soundness and legal defensibility of all tests.

ANCC certification is recognized by all state boards of nursing and the U.S. military, is highly regarded by national and local agencies, and is gaining momentum at the international level. Most ANCC certifications are accredited by both ABNS and NOCA; and the Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS), as well as a majority of third-party reimbursers, accept ANCC certification.

ANCC's Institute for Credentialing Innovation® offers a variety of affordable, flexible resources to support you on your path to certification. These include manuals, seminars, and on-line courses that serve not only as study guides in preparation for specific certification exams, but also as valuable clinical practice resources and convenient sources of continuing nursing education contact hours.

"Being ANCC-certified has given me confidence to claim expertise in my specialty and in the delivery of quality patient care. Certification has expanded my opportunities in nursing."

Mintie Indar-Maraj, MA, RN-BC
RN/Nurse Educator
Teachers College, Columbia University
New York City, New York

[Access My Account](#)[Apply for Your Specialty](#)[Renew Certification](#)[Verify Certification](#)[Certification Policies](#)[APRN Consensus Model](#)[Faculty Resources](#)[Content Expert Opportunities](#)[Certified Nurses Day™](#)[Buy Certification Products](#)[Order Promotional Materials](#)[Announcements](#)[List Rentals](#)[Sign Up for Mailing List](#)

Choose a Specialty

- ✦ [Nurse Practitioners](#)
- ✦ [Clinical Nurse Specialists](#)
- ✦ [Specialties](#)

General Requirements for Initial Certification

1. You must meet all of the eligibility requirements for the certification exam you are seeking to take. If you do not meet the eligibility requirements when you apply, you will be considered not eligible to take a certification examination.
2. Academic degrees for advanced practice nursing exams must be awarded from an institution of higher learning accredited by either Commission on Collegiate Nursing Education (CCNE) or National League for Nursing Accrediting Commission (NLNAC). Graduate transcript(s), in a sealed envelope, can be included with your application or mailed or emailed separately and must show the date and degree conferred. If your master's or graduate program was not USbased, please contact ANCC for additional information before you submit your application.
3. The baccalaureate or higher degree in nursing is required for these certification exams: Nurse Executive; Nurse Executive, Advanced; and Nursing Professional Development. For the Informatics Nursing certification examination, your baccalaureate can be in nursing or in a field related to informatics. Transcripts, in a sealed envelope from your school, must be either included with your application or mailed separately by the school. Transcripts must show the date of graduation and degree conferred. If the bachelor's degree was awarded from a college or university outside of the United States, a course-by-course evaluation must be completed by a foreign credential evaluation service showing equivalence to a U.S. bachelor's degree for nursing. The report must be included with the application.
4. All practice requirements must have been met while holding an active registered nurse license in a US state or territory, or the professional, legally recognized equivalent in another country. Any hours of practice as a licensed practical nurse OR a licensed vocational nurse OR working outside of the nursing field do not qualify as part of the practice hour requirement. Practice hours may be either part of your employment or voluntary.

Validation of Advanced Practice Nursing Education Form

Candidate: Please print, complete section 1, and give this form to the Program Director of the program from which you graduated, to complete the balance of the form.

Return this form by mail to:

American Nurses Credentialing Center
Attn: Certification Registration
P.O. Box 8785
Silver Spring, MD 20907-8785

Or sign electronically and email it to: APRNValidation@ana.org

Applicant Last Name _____ First Name _____ MI _____

Address _____

City _____ State _____ Zip/Postal _____

Social Security Number (optional) _____ E-mail _____

Name of University _____ City _____ State _____

Faculty Phone Number _____ Faculty E-mail _____

Check the area of concentration completed:

Nurse Practitioner Population(s)

- Acute Care NP
- Adult NP
- Adult Psychiatric Mental Health NP
- Family NP
- Family Psychiatric Mental Health NP
- Gerontological NP
- Pediatric NP

Clinical Nurse Specialist Population(s)

- Adult Health CNS
- Adult Psychiatric Mental Health CNS
- Child/Adolescent Psychiatric Mental CNS
- Gerontological CNS
- Pediatric CNS
- Public/Community Health CNS

Master's Doctorate Post-Graduate Certificate* Indicate the date degree was conferred: _____
 (*If a Post-Master's program was completed, please attach a detailed description of the courses/clinical hours accepted from previous graduate program(s) and list all courses/clinical hours in the post-graduate certificate program that support eligibility. Please use letterhead and sign the attachment.)

Designate the organization which accredit(s) your program: CCNE NLNAC

Did the candidate complete a dual program? No Yes (If yes, please specify the role and population of the programs, and attach a detailed description of the content for each role and population. Please use letterhead and sign the attachment.)

TOTAL Faculty Supervised Clinical Hours: _____

List the separate course numbers for the following courses:

Advanced Physical or Health Assessment Course	Course #:	Appropriate Role Course(s) (i.e. NP, CNS)	Course #:	For Nurse Practitioners: Appropriate Health Promotion/ Disease Prevention Course(s)	Course #:
Advanced Pharmacology Course	Course #:	Appropriate Practicum Course(s)	Course #:	For Nurse Practitioners: Appropriate Differential Diagnoses/Disease Management Course(s)	Course #:
Advanced Pathophysiology Course	Course #:	Appropriate Population-focused Course(s) (i.e. adult, family)	Course #:	For Psychiatric/ Mental Health Clinicians: list at least 2 Psychotherapeutic Treatment Modalities Courses	Course #:

Program Director (Print Name) _____ Program Director Signature _____ Date _____



8515 Georgia Avenue, Suite 400
Silver Spring, MD 20910-3492

1.800.284.2378
301.628.5000 *tel*
301.628.5004 *fax*

www.nursecredentialing.org

Clinical Nurse Specialist in Adult Psychiatric and Mental Health Board Certification

Test Content Outline - effective date: April 5, 2011

There are 175 questions on this examination. Of these, 150 are scored questions and 25 are pretest questions that are not scored. Pretest questions are used to determine how well these questions will perform before they are used on the scored portion of the examination. The pretest questions cannot be distinguished from those that will be scored, so it is important for a candidate to answer all questions. A candidate's score, however, is based solely on the 150 scored questions. Performance on pretest questions does not affect a candidate's score.

This Test Content Outline identifies the areas that are included on the examination. The percentage and number of questions in each of the major categories of the scored portion of the examination are also shown.

Category	Domains of Practice	No. of Questions	Percent
I	Direct Care	88	58.67%
II	Professional Practice	46	30.67%
III	Organizational/System	16	10.67%
	Total	150	100%

CNS in Adult Psychiatric and Mental Health Board Certification Test Content Outline - effective date: April 5, 2011

Please note that the entire test content outline is associated with clinical practice that focuses on adult individuals or populations (ages 18 years and above) at risk of or diagnosed with psychiatric and/or mental health disorders.

I. Direct Care (58.67%)

A. Assessment/Analysis

Knowledge of:

1. Biological considerations (e.g., advanced pathophysiology, genomics, neurophysiology/anatomy)
2. Regulatory and legislative standards related to risk of harm to self and others
3. Developmental norms across the life span
4. Communication theories

Skills in:

5. Establishing and maintaining a therapeutic alliance
6. Differentiating between cultural/spiritual norms and psychopathology
7. Identifying and interpreting laboratory and diagnostic tests appropriate to the client (e.g., CBC, Thyroid Stimulating Hormone [TSH], complete metabolic profile, MRI)
8. Formulating a multi-axial differential diagnosis using DSM criteria
9. Performing an advanced comprehensive biopsychosocial assessment (including review of systems, risk assessment, functional assessment, cultural/spiritual assessment)
10. Performing an ongoing psychiatric assessment
11. Performing a mental status examination appropriate to the client presentation and setting
12. Identifying and interpreting mental health screening tools appropriate to the client

B. Planning

Knowledge of:

1. Access to care issues

Skills in:

2. Identifying appropriate outcomes in collaboration with the client and other health care providers
3. Prioritizing interventions based on the severity and complexity of physical and behavioral health issues
4. Developing an individualized plan of care in collaboration with the client and other health care providers
5. Selecting appropriate community resources in collaboration with the client and other health care providers

CNS in Adult Psychiatric and Mental Health Board Certification Test Content Outline - effective date: April 5, 2011

C. Intervention

Knowledge of:

1. Concepts related with hospitalization criteria (e.g., voluntary, involuntary)
2. Legal and ethical issues related with seclusion and restraint
3. Complementary/alternative modalities
4. Psychotherapeutic theories (e.g., psychodynamic, psychoanalytic, cognitive, behavioral)
5. Pharmacology and advanced psychopharmacology
6. Grieving, death and dying
7. Models of mental health and mental illness along the continuum
8. Theories of nursing science
9. Teaching and learning theories

Skills in:

10. Selecting appropriate psychopharmacologic intervention based on client needs and resources
11. Selecting appropriate non-pharmacologic intervention based on client needs and resources (e.g., therapeutic communication, stress management, sleep hygiene)
12. Selecting and conducting appropriate psychotherapy
13. Managing psychiatric conditions using appropriate least restrictive alternatives
14. Managing crises and psychiatric emergencies (e.g., medication, biologic, behavioral)
15. Coordinating care across the continuum of wellness
16. Providing education to promote the client/family/community knowledge and understand of pertinent health issues
17. Evaluating client response to treatment and modifying plan of care
18. Providing anticipatory guidance for patients, family and communities

D. Health Promotion

Knowledge of:

1. Primary, secondary, and tertiary prevention strategies
2. Concepts related to trauma and recovery (e.g., recovery model, resiliency, trauma informed care)
3. Principles of epidemiology

Skills in:

4. Selecting the appropriate prevention strategies based on client needs and resources
5. Performing a wellness assessment
6. Evaluating client's progress in health promotion and disease prevention activities
7. Interpreting risk analysis findings to facilitate health promotion activities

CNS in Adult Psychiatric and Mental Health Board Certification Test Content Outline - effective date: April 5, 2011

II. Professional Practice (30.67%)

A. Legal/Ethical Issues

Skills in:

1. Advocating for the protection of patient and community (e.g., client determination, access to care, confidentiality, HIPAA, informed consent)
2. Using ethical principles to identify and resolve ethical dilemmas

B. Professional Issues

Knowledge of:

1. Scope and standards of practice (e.g., ANA, NACNS, APNA, legislative)

Skills in:

2. Maintaining professional boundaries
3. Referring clients whose complex issues are beyond the individual's scope of expertise
4. Providing official/legal documentation for client needs for services and/or accommodations

C. Evidence-Based Practice

Knowledge of:

1. Research process and evidence-based practice principles

Skills in:

2. Analyzing research findings and other evidence for their potential application to clinical practice
3. Integrating evidence-based findings and/or clinical guidelines into professional practice

III. Organizational/System (10.67%)

A. Theories and Models

Knowledge of:

1. Change theory
2. Leadership theory
3. Systems
4. Consultation

B. Systems Improvement

Knowledge of:

1. Models of performance improvement (e.g., TQI, CQI)
2. Project management techniques

Skills in:

3. Identifying opportunities for quality improvement across the spheres of influence
4. Advocating for quality improvement initiatives
5. Evaluating the effectiveness of quality improvement initiatives
6. Facilitating change within quality improvement initiatives

**CNS in Adult Psychiatric and Mental Health Board Certification
Test Content Outline - effective date: April 5, 2011**

C. Information Management

Skills in:

1. Documenting client information in accordance with regulations and standards
2. Using technological and other resources to enhance clinical practice (e.g., Web references, algorithms, patient education resources, Internet resources, electronic medical records)

Last Updated: 1/8/2010

Copyright © 2010 by American Nurses Credentialing Center. All rights reserved. No part of this publication may be reproduced or transmitted in any form or by any means, electronic or mechanical, including photocopy, recording, or by any information storage or retrieval system.



CAMPAIGN FOR
APRN
CONSENSUS

**Model for Uniform National Advanced
Practice Registered Nurse (APRN) Regulation:
A Handbook for Legislators**

Introduction

This legislative resource was developed in response to requests for information about advanced practice registered nurse (APRN) regulatory issues. It outlines the **Consensus Model for APRN Regulation: Licensure, Accreditation, Certification and Education**, which formulates national standards for uniform regulation of APRNs.

Model APRN regulation is aimed at public protection by ensuring uniformity across all jurisdictions. Uniformity of national standards and regulation not only allows for the mobility of nurses, it also serves the public by increasing access to care. Currently, each jurisdiction devises its own standards in regard to APRNs. This has resulted in a huge diversity of rules and regulations between jurisdictions. The lack of uniformity between jurisdictions leads to confusion on the part of the public, profession and related fields, given that even APRN titles differ from one jurisdiction to the next. The need for standardization also affects the livelihood of practicing APRNs and their ability to relocate to areas experiencing health care shortages. An APRN may have extensive experience in one jurisdiction, but is limited in mobility because moving to another jurisdiction would mean being subject to different qualifications or standards of practice.

The recommendations offered in this booklet present an APRN regulatory model that is a collaborative effort among APRN educators, accreditors, certifiers and licensure bodies. The recommendations reflect a collaboration among regulatory bodies to achieve a sound model and continued communication, with the goal of increasing the clarity and uniformity of APRN regulation. This document defines APRN practice, describes the APRN regulatory model, identifies the titles to be used, defines specialties, describes the roles and population foci, and presents strategies for implementation.

The model for APRN regulation is the product of substantial work conducted by the Advanced Practice Nursing Consensus Work Group and the National Council of State Boards of Nursing (NCSBN®), which came together to form the APRN Joint Dialogue Group, representing 144 organizations. Together, this group designed a framework whereby jurisdictions can implement and oversee the uniform licensure, accreditation, certification and education of APRNs.

We hope you use the information provided to guide your decisions with regard to APRN practice, licensure, education and certification.

Advanced Practice Registered Nurses (APRNs)

APRNs include certified registered nurse anesthetists (CRNAs), certified nurse-midwives (CNMs), clinical nurse specialists (CNSs) and certified nurse practitioners (CNPs). There are currently over 250,000 APRNs in the U.S. (U.S. Department of Health and Human Services Health Resources and Services Administration, 2010). Over the past several decades, the number of APRNs has increased and their capabilities have expanded, becoming a highly valued and an integral part of the health care system. APRNs provide care in a wide array of practice settings, including hospitals, physician offices, home care, nursing homes, schools and various types of clinics. Because of the importance of APRNs in caring for the current and future health needs of patients, the education, accreditation, certification and licensure of APRNs needs to be effectively aligned in order to continue to ensure patient safety while at the same time, expanding patient access to care.

APRN Definition

An APRN is a nurse with a graduate degree who has been licensed in an advanced role that builds on the competencies of registered nurses (RNs). Licensure as an APRN is contingent upon completion of an accredited graduate-level education program and passage of a national certification examination. An APRN must have extensive clinical experience, and have acquired advanced clinical knowledge and skills preparing him/her to provide direct care to patients. An APRN accepts responsibility and accountability for health promotion and/or maintenance, as well as the assessment, diagnosis and management of patient problems, which includes the administration and prescription of pharmacologic and nonpharmacologic interventions.

APRNs are licensed independent practitioners who are expected to practice within standards established or recognized by a licensing body. Each APRN is accountable to patients, the nursing profession and the licensing board to comply with the requirements of the jurisdiction's nursing law and to assure that quality advanced nursing care is rendered; to recognize limits of knowledge and experience; to plan for the management of situations beyond the APRN's expertise; and to consult with or refer patients to other health care providers, as appropriate.

APRN Roles

All APRNs are educationally prepared to provide a variety of services across the health wellness-illness continuum to at least one of six population foci: family/individual across the lifespan, adult-gerontology, pediatrics, neonatal, women's health/gender-related or psych/mental health; however, the emphasis and implementation within each

APRN role varies. The services or care provided by APRNs is not defined or limited by setting, but rather by patient care needs. Although all APRNs are educationally prepared to provide care to patients across the health wellness-illness continuum, the emphasis and implementation within each APRN role varies. Licensure and scope of practice are based on graduate education in one of the four roles and in one of the defined population foci.

Certified Registered Nurse Anesthetist (CRNA)

A CRNA is prepared to provide the full spectrum of patients' anesthesia care and anesthesia-related care to individuals across the lifespan, whose health status may range from healthy through all recognized levels of acuity, including persons with immediate, severe, or life-threatening illnesses or injury. This care is provided in diverse settings, including hospital surgical suites; obstetrical delivery rooms; critical access hospitals; acute care; pain management centers; ambulatory surgical centers; and the offices of dentists, podiatrists, ophthalmologists and plastic surgeons.

Certified Nurse-Midwife (CNM)

A CNM provides a full range of primary health care services to women throughout the lifespan, including gynecologic care, family planning services, preconception care, prenatal and postpartum care, child birth, and care of a newborn. The practice includes treating the male partner of their female clients for sexually transmitted disease and reproductive health. This care is provided in diverse settings, which may include home, hospital, birth center and a variety of ambulatory care settings, including private offices, and community and public health clinics.

Clinical Nurse Specialist (CNS)

A CNS is a unique APRN role that integrates care across the continuum and through three spheres of influence: patient, nurse and system. The three spheres are overlapping and interrelated, but each sphere possesses a distinctive focus. The primary goal of a CNS is continuous improvement of patient outcomes and nursing care. Key elements of CNS practice are to create environments through mentoring and system changes that empower nurses to develop caring, evidence-based practices to alleviate patient distress; and facilitate ethical decision making. A CNS is responsible and accountable for diagnosis and treatment of health/illness states, disease management, health promotion, and prevention of illness and risk behaviors among individuals, families, groups and communities.

Certified Nurse Practitioner (CNP)

For a CNP, care along the wellness-illness continuum is a dynamic process in which direct primary and acute care is provided across settings. CNPs are members of the health delivery system, practicing autonomously in areas as diverse as family practice, pediatrics, internal medicine, geriatrics and women's health care. CNPs are prepared to diagnose and treat patients with undifferentiated symptoms, as well as those with established diagnoses. Both primary and acute care CNPs provide initial, ongoing, and comprehensive care, including taking comprehensive histories, providing physical examinations, and other health assessment and screening activities, and diagnosing, treating, and managing patients with acute and chronic illnesses and diseases. This includes ordering, performing, supervising, and interpreting laboratory and imaging studies; prescribing medication and durable medical equipment; and making appropriate referrals for patients and families. Clinical CNP care includes health promotion, disease prevention, health education and counseling, as well as the diagnosis and management of acute and chronic diseases. CNPs are prepared to practice as primary care CNPs and/or acute care CNPs, which have separate national consensus-based competencies and separate certification processes.

Quality of APRN Care

The recent report published by the Institute of Medicine (IOM) stated "a number of barriers prevent nurses from being able to respond effectively to rapidly changing health care settings and an evolving health care system." The report continues to state that "The United States has the opportunity to transform the health care system, and nurses can and should play a fundamental role in this transformation." And that "Nurses should practice to the full extent of their education and training" (IOM, 2010).

The ability of APRNs to provide safe, cost-effective, high quality care that is comparable to care provided by physicians is well documented in many studies conducted over the past 30 years. The landmark study published in the *Journal of the American Medical Association* (JAMA) in 2000 provided definitive results demonstrating the quality of care provided by CNPs. In this study, the researchers evaluated the health status of patients receiving care from physicians or CNPs; however, the CNPs practiced independently without a mandatory relationship with a physician. The patients were assigned to a provider for primary care following an urgent care or emergency room visit. Researchers found the status of the CNP patients and the physician patients were comparable at the initial, six and 12 month visits. In a follow-up study two years later by some of the same researchers, the outcome was the same. The researchers determined that CNP care was comparable to that of a physician in all areas,

including health status, satisfaction and use of specialists (Lenz, Mundinger, Kane, Hopkins, & Lin, 2004).

In a review of studies comparing nurses and doctors in providing primary care services, the authors concluded, "[t]he findings suggest that appropriately trained nurses can produce as high quality care as primary care doctors and achieve good health outcomes for patients. Indeed nurses providing first care for patients needing urgent attention tend to provide more health advice and achieve higher levels of patient satisfaction compared with doctors" (Laurant, Reeves, Hermens, Braspenning, Grol, & Sibbald, 2009).

Beyond patient satisfaction, a 2009 study related to CNPs showed that the safety ratio of CNPs was significantly higher when compared to the safety ratios of medical doctors (MDs) and doctors of osteopathic medicine (DOs). The National Practitioner Data Bank ratio of malpractice and adverse actions for NPs was 1:173 compared to 1:4 for MDs and DOs (Pearson, 2009).

Studies showed that CNPs had more complete records, gave more advice to patients, and had longer consultations with patients (Horrocks, Anderson, & Salisbury, 2002). The difference in APRN approach to care is attributed to nursing education, which focuses on prevention, wellness and health maintenance (Gordon, 2010). This approach "results in better patient management with fewer visits to emergency rooms and hospitals" (Gordon, 2010). Overall, "nurse practitioners seemed to provide a quality of care that is at least as good, and in some ways better, than doctors" (Horrocks, Anderson, & Salisbury, 2002).

A study published in the *American Journal of Public Health* (1997) compared differences in obstetric care provided by obstetricians, family physicians and CNMs to low-risk patients. Researchers concluded that patients of the CNMs had lower cesarean rates than the other providers (8.8 percent for CNMs compared to 13.6 percent for obstetricians and 15.1 percent for family physicians). Overall, CNMs used 12.2 percent fewer expensive hospital resources than the other providers (Rosenblatt, Dobie, et al., 1997).

In 2006 findings of a study were published comparing perinatal outcomes in care provided by a physician or a CNM in a large inner city obstetric care setting. There were 375 patients studied and the researchers found no differences in neonatal (first six weeks after birth) outcomes and fewer interventions were used by the CNM group (Cragin & Kennedy, 2006).

A study published in 2003 compared surgical patients' safety with anesthesia services provided by a CRNA or an

anesthesiologist (Pine, Holt, & Lou, 2003). Over 400,000 cases were studied in 22 states. Researchers found no statistically significant difference between mortality rates of patients treated by CRNAs independently versus those in which the CRNA collaborated with the anesthesiologist. In addition, the findings indicated that hospitals where CRNAs were the sole providers of anesthesia services (without anesthesiologists on staff) had results similar to those in hospitals in which anesthesiologists provided or directed anesthesia services (Pine, Holt, & Lou, 2003).

In 2001, the Center for Medicare & Medicaid Services allowed states to opt-out of the requirement for physician oversight of CRNAs provision of anesthesia care to patients. A new study of data from opt-out and non-opt-out states was published in *Health Affairs* in 2010. The researchers compared outcomes of care provided by CRNAs and anesthesiologists, each practicing independently and as a team. The Medicare A/B data were collected over seven years and the results indicated that in opt-out states, the CRNA solo group mortality rates were lower than that of the solo anesthesiologist group, both before and after the implementation of the opt-out. In addition, researchers found comparable surgical complication rates among the three provider groups leading them to conclude that removal of the supervision requirement for CRNAs does not increase surgical risks to patients (Dulisse & Cromwell, 2010).

Outcomes of care by CNSs on prenatal, maternal and infant health and cost through one year after delivery were published in the *American Journal of Managed Care* in 2001. The complex group of patients studied was women with a high risk of delivering low-birth weight babies. The patients received home care provided by CNSs or traditional care in the office setting. The group receiving care from CNSs experienced a lower infant mortality rate, fewer preterm babies, more twin pregnancies carried to term, fewer prenatal hospitalizations and fewer infant rehospitalizations with a cost savings of more than 750 hospital days and more than 2.8 million dollars. (Brooten, Youngblut, Brown, et al., 2001).

A 1994 study reviewed the effects of a discharge planning protocol implemented by CNSs as compared to the standard hospital discharge protocols. The researchers found from initial discharge to six weeks after discharge, patients who were in the medical intervention group had fewer readmissions to the hospital, fewer total days if rehospitalized, lower readmission charges and lower charges for health care services following discharge from the hospital. The researchers concluded the interventions by CNSs improved patient outcomes after hospitalization and decreased costs (Naylor, Brooten, Jones, et al., 1994).

It stands to reason that one way to improve access to patient-centered care would be to allow nurses to make more decisions at the point of care. Yet in many cases, outdated regulations, biases and policies prevent nurses, particularly APRNs, from practicing to the full extent of their education, skills and competencies (Hansen-Turton, et al., 2008; Ritter & Hansen-Turton, 2008; Safriet, 2010).

Need for Uniform APRN Regulation

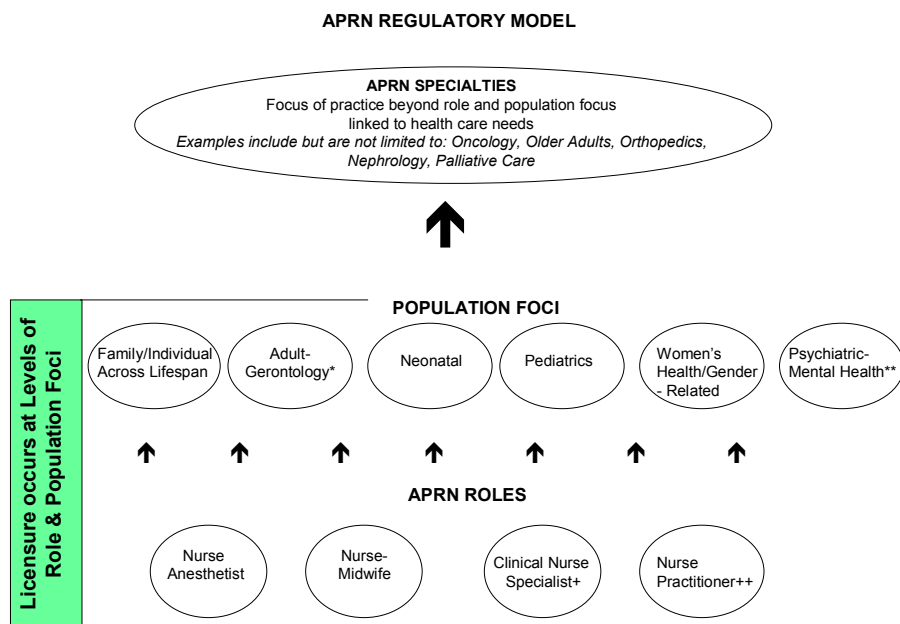
With the passage of the Affordable Care Act, the need for experienced nurses is more important than ever. Expansion of coverage will simultaneously create a demand for qualified care providers. APRNs are in a position to competently fill the gaps in access to care that will result when an estimated 32 million Americans become newly insured (Croft, 2010).

Currently, there is no uniform model of regulation of APRNs across the jurisdictions. Each jurisdiction independently determines the APRN legal scope of practice, the roles that are recognized, the level of prescriptive authority, the degree of collaboration, the criteria for entry into advanced practice and the certification examinations accepted for entry-level competence assessment. This has created a significant barrier for APRNs to easily move from jurisdiction to jurisdiction and also directly affects patients through decreased access to care.

Model APRN National Standards

The goal of the Consensus Model for APRN Regulation is to create consensus among the jurisdictions in their efforts to establish a common understanding in the APRN regulatory community that will continue to promote quality APRN education and practice; design a vision for APRN regulation, including education, accreditation, certification and licensure; set standards that protect the public; improve mobility and improve access to safe, quality APRN care.

The following section outlines the major components of the regulatory model developed by the Joint Dialogue Group. It identifies the title to be used, licensure requirements, and accreditation and education standards. Also included is a diagram that illustrates the structure and relation of the model entities.



* The population focus adult-gerontology encompasses the young adult to the older adult, including the elderly. APRNs educated and certified in the adult-gerontology population are educated and certified across both areas of practice and will be titled Adult-Gerontology CNP or CNS. In addition, all APRNs in any of the four roles providing care to the adult population, e.g., family or gender specific, must be prepared to meet the growing needs of the older adult population. Therefore, the education program should include didactic and clinical education experiences necessary to prepare APRNs with these enhanced skills and knowledge.

** The population focus, psychiatric/mental health, encompasses education and practice across the lifespan.

+ The CNS is educated and assessed through national certification processes across the continuum from wellness through acute care.

++The CNP is prepared with the acute care CNP competencies and/or the primary care CNP competencies. At this point in time the acute care and primary care CNP delineation applies only to the pediatric and adult-gerontology CNP population foci. Scope of practice of the primary care or acute care CNP is not setting specific, but is based on patient care needs. Programs may prepare individuals across both the primary care and acute care CNP competencies. If programs prepare graduates across both sets of roles, the graduate must be prepared with the consensus-based competencies for both roles and must successfully obtain certification in both the acute and primary care CNP roles. CNP certification in the acute care or primary care roles must match the educational preparation for CNPs in these roles.

New National Standards for APRN Regulation

Title

The title “advanced practice registered nurse (APRN)” is the licensing title to be used for this subset of nurses who are prepared with advanced, graduate-level nursing knowledge to provide direct patient care in one of the four APRN roles. At a minimum, an individual must legally represent themselves, including in a legal signature, as an APRN and by the role. Only those who are licensed to practice as an APRN may use the APRN title or any of the APRN role titles. An APRN may also indicate the population and specialty title in which they are professionally recognized, in addition to the legal title of APRN and role.

Licensure

APRNs will be regulated via an APRN license. APRNs will be licensed as independent practitioners for practice at the level of one of the four APRN roles within at least one of the six identified population foci.

Boards of nursing have the responsibility to:

1. License APRNs (except in states where state boards of nurse-midwifery regulate nurse-midwives);
2. Ensure APRNs have completed the congruent education requirements and national certification examination;
3. Allow for mutual recognition of APRN licenses through the APRN Compact;
4. Have at least one APRN representative position on the board of nursing and utilize an APRN advisory committee that includes representatives of all four APRN roles; and
5. Institute a grandfathering clause that will exempt those APRNs already practicing in the state from new eligibility requirements.

Accreditation

All developing APRN education programs or tracks must be preapproved, have preaccreditation, or be accredited prior to admitting students. APRN education programs must be housed within graduate programs that are nationally accredited and their graduates must be eligible for national certification used for state licensure. Accreditation must be completed by a nursing accrediting organization that is recognized by the U.S. Department of Education (USDE) and/or the Council for Higher Education Accreditation (CHEA).

Accreditors have the responsibility to:

1. Evaluate and assess APRN education programs in light of the APRN core, role core and population core competencies;
2. Assess developing APRN education programs and tracks using established accreditation standards and granting preapproval, preaccreditation or accreditation prior to student enrollment;
3. Include an APRN on the visiting team when an APRN program/track is being reviewed; and
4. Monitor APRN educational programs throughout the accreditation period.

Certification

Individuals who have the appropriate education will sit for a certification examination to assess national competencies of the APRN core, role and at least one population focus area of practice for regulatory purposes.

Certification programs have the responsibility to:

1. Follow established certification testing and psychometrically sound, legally defensible standards for APRN examinations for licensure;
2. Assess the APRN core and role competencies across at least one population focus of practice;
3. Assess specialty competencies, if appropriate, separately from the APRN core, role and population-focused competencies;
4. Be nationally accredited by the American Board of Nursing Specialties (ABNS) or the National Commission for Certifying Agencies (NCCA);
5. Enforce congruence between education and certification examination;
6. Provide a mechanism to ensure ongoing competence and maintenance of certification; and
7. Participate in a mutually agreeable mechanism to ensure communication with boards of nursing and schools of nursing.

Education

APRN education consists of an extensive broad-based education, which includes appropriate clinical experiences, as well as coursework in graduate-level courses in advanced physiology/pathophysiology, advanced health assessment and advanced pharmacology, including pharmacodynamics, pharmacokinetics and pharmacotherapeutics.

APRN education programs/tracks leading to APRN licensure, including graduate degree granting and postgraduate certificate programs, have the responsibility to:

1. Follow established educational standards and ensure attainment of the APRN core, role core and population core competencies;
2. Be accredited by a nursing accrediting organization that is recognized by the USDE and/or CHEA;
3. Be preapproved, preaccredited or accredited prior to the acceptance of students, including all developing APRN education programs and tracks;
4. Ensure that graduates of the program are eligible for national certification and state licensure; and
5. Ensure that official documentation (e.g., transcripts) specifies the role and population focus of the graduate.

For entry into APRN practice and for regulatory purposes, APRN education must:

1. Be formal, comprehensive education with a graduate degree or postgraduate certificate;
2. Prepare the graduate to practice in one of the four identified APRN roles across at least one of the six population foci;
3. Provide a basic understanding of the principles for decision making in the identified role; and
4. Prepare the graduate to assume responsibility and accountability for health promotion and/or maintenance, as well as the assessment, diagnosis and management of patient problems, which includes the administration and prescription of pharmacologic and non-pharmacologic interventions.

APRN Specialization

Preparation in a specialty area of practice is optional, but if included, must build on the APRN role/population-focused competencies. APRNs cannot be licensed solely within a specialty area. Specialty practice represents a much more focused area of preparation and practice than does the APRN role/population focus level. Specialization does not expand an APRN's scope of practice. A specialty evolves out of an APRN role/population focus and indicates that an APRN has additional knowledge and expertise in a more discrete area of specialty practice. Competence at the specialty level will not be assessed or regulated by boards of nursing, but rather by the professional organizations. Competency in the specialty areas could be acquired either by educational preparation or experience and assessed in a variety of ways through professional credentialing mechanisms. Professional certification in the specialty area of practice is strongly recommended.

Emergence of New APRN Roles and Population-foci

As nursing practice evolves and health care needs of the population change, new APRN roles or population-foci may evolve over time. An APRN role would encompass a unique or significantly differentiated set of competencies from any of the other APRN roles. For licensure, there must be clear guidance for national recognition of a new APRN role or population-focus.

Conclusion

Establishing uniform APRN regulations across all states is an ongoing collaborative process that is fluid and dynamic. As health care evolves and new standards and needs emerge, the Consensus Model for APRN Regulation will advance accordingly to allow APRNs to care for patients in a safe environment to the full potential of their nursing knowledge and skill.

A target date for full uniformity across all states is the year 2015. Because this model was developed through a consensus process with participation of APRN certifiers, accreditors, public regulators, educators and employers, it is expected that the recommendations will inform decisions made by each of these entities as they fully implement the Consensus Model for APRN Regulation.

Organizations Represented at the Joint Dialogue Group Meetings

American Academy of Nurse Practitioners Certification Program
American Association of Colleges of Nursing
American Association of Nurse Anesthetists
American College of Nurse-Midwives
American Nurses Association
American Organization of Nurse Executives
Compact Administrators
National Association of Clinical Nurse Specialists
National League for Nursing Accrediting Commission
National Organization of Nurse Practitioner Faculties
National Council of State Boards of Nursing
NCSBN APRN Advisory Committee Representatives (5)

Organizations Participating in APRN Consensus Process

Academy of Medical-Surgical Nurses
American College of Nurse-midwives
Division of Accreditation
American Academy of Nurse Practitioners
American Academy of Nurse Practitioners
Certification Program
American Association of Colleges of Nursing
American Association of Critical Care Nurses Certification
American Association of Neuroscience Nurses
American Association of Nurse Anesthetists
American Association of Occupational Health Nurses
American Board for Occupational Health Nurses
American Board of Nursing Specialties
American College of Nurse-Midwives
American College of Nurse-Midwives Division
of Accreditation
American College of Nurse Practitioners
American Holistic Nurses Association
American Nephrology Nurses Association
American Nurses Association
American Nurses Credentialing Center
American Organization of Nurse Executives
American Psychiatric Nurses Association
American Society of PeriAnesthesia Nurses
American Society for Pain Management Nursing
Association of Community Health Nursing Educators
Association of Faculties of Pediatric Nurse Practitioners
Association of Nurses in AIDS Care
Association of PeriOperative Registered Nurses
Association of Rehabilitation Nurses
Association of State and Territorial Directors of Nursing
Association of Women's Health, Obstetric and
Neonatal Nurses
Board of Certification for Emergency Nursing
Council on Accreditation of Nurse Anesthesia
Educational Programs
Commission on Collegiate Nursing Education
Commission on Graduates of Foreign Nursing Schools
District of Columbia Board of Nursing
Department of Health
Dermatology Nurses Association
Division of Nursing, DHHS, HRSA
Emergency Nurses Association
George Washington University
Health Resources and Services Administration
Infusion Nurses Society

International Nurses Society on Addictions
International Society of Psychiatric-Mental Health Nurses
Kentucky Board of Nursing
National Association of Clinical Nurse Specialists
National Association of Neonatal Nurses
National Association of Nurse Practitioners in Women's Health, Council on Accreditation
National Association of Pediatric Nurse Practitioners
National Association of School of Nurses
National Association of Orthopedic Nurses
National Certification Corporation for the Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing Specialties
National Conference of Gerontological Nurse Practitioners
National Council of State Boards of Nursing
National League for Nursing
National League for Nursing Accrediting Commission
National Organization of Nurse Practitioner Faculties
Nephrology Nursing Certification Commission
North American Nursing Diagnosis Association International
Nurses Organization of Veterans Affairs
Oncology Nursing Certification Corporation
Oncology Nursing Society
Pediatric Nursing Certification Board
Pennsylvania State Board of Nursing
Public Health Nursing Section of the American Public Health Association.
Rehabilitation Nursing Certification Board
Society for Vascular Nursing
Texas Nurses Association
Texas State Board of Nursing
Utah State Board of Nursing
Women's Health, Obstetric & Neonatal Nurses
Wound, Ostomy, & Continence Nurses Society
Wound, Ostomy, & Continence Nursing Certification

References

- American Association of Colleges of Nursing. (1996). *The essentials of master's education for advanced practice nursing education*. Washington, DC: Author.
- American Association of Colleges of Nursing. (2004). Position statement on the practice doctorate in nursing. Retrieved January 7, 2011, from <http://www.aacn.nche.edu/DNP/DNPPositionStatement.htm>
- American Association of Colleges of Nursing. (2006). *The essentials of doctoral education for advanced nursing practice*. Washington, DC: Author.
- American College of Nurse-Midwives. (2002). *Core competencies for basic midwifery practice*. Silver Spring, MD: Author.
- American Educational Research Association, American Psychological Association and National Council on Measurement in Education. (2002). *Professional and occupational licensure and certification: Standards for educational and psychological testing*. Washington, DC: American Psychological Association, Inc.
- American Nurses Association. (2004). *Nursing: Scope and standards of practice*. Washington, DC: Author.
- Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses & National Association of Nurse Practitioners Women's Health. (2002). *The women's health nurse practitioner: Guidelines for practice and education*, (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Atkinson, D. J. (2000). Legal issues in licensure policy. In C. Schoon & I.L. Smith (eds.), *The licensure and certification mission: Legal, social, and political foundations*. Professional Examination Service. New York: Forbes Custom Publishing.
- Bauer, J. (1998). *Not what the doctor ordered: How to end the medical monopoly in the pursuit of managed care*, (2nd ed.). New York: McGraw-Hill Companies.
- Brooten, D., Youngblut, J., Brown, L., et al. (2010). A randomized trial of nurse specialist home care for women with high-risk pregnancies: Outcomes and costs. *American Journal of Managed Care*, 7(8), 793-803. Retrieved January 7, 2010, from <http://www.ajmc.com/issue/managed-care/2001/2001-08-vol7-n8/Aug01-333p793-803>
- Citizen Advocacy Center. (2004). *Maintaining and improving health professional competence: Roadway to continuing competency assurance*. Washington, DC: Author.
- Council on Accreditation of Nurse Anesthesia Educational Programs. (2004). *Standards for accreditation of nurse anesthesia educational programs*. Chicago: Author.
- Cragin, L., & Kennedy, H.P. (2006). Linking obstetric and midwifery practice with optimal outcomes. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 35(6), 779-785.
- Croft, C. (2010). Health reform by the numbers. Retrieved December 30, 2010, from <http://www.whitehouse.gov/health-care-meeting/by-the-numbers>
- Dulisse, B., & Cromwell, J. (2010). No harm found when nurse anesthetists work without supervision by physicians. *Health Affairs*, 29(8), 1469-1475.
- Finocchio, L.J., Dower, C.M., Blick N.T., Gragnola, C.M., & The Taskforce on Health Care Workforce Regulation. (1998). *Strengthening consumer protection: Priorities for health care workforce regulation*. San Francisco, CA: Pew Health Professions Commission.

- Gordon, S. (2010, April 25). Take advantage, New York, of our nurse practitioners. *Times Union*. Retrieved May 4, 2010, from <http://albarchive.merlinone.net/mweb/wmsql.wm.request?oneimage&imageid=10366351>
- Hamric, A.B., & Hanson, C. (2003). Educating advanced practice nurses for practice reality. *Journal of Professional Nursing*, 19(5), 262-268.
- Hansen-Turton, T., Ritter, A., & Torgan, R. (2008). Insurers' contracting policies on nurse practitioners as primary care providers: Two years later. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 9(4), 241-248.
- Hanson, C. & Hamric, A. (2003). Reflections on the continuing evolution of advanced practice nursing. *Nursing Outlook*, 51(5), 203-211.
- Horrocks, S., Anderson, E., & Salisbury, C. (2002). Systemic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *British Medical Journal*, 324, 821.
- Institute of Medicine. (2010). *The future of nursing: Leading change, advancing health*. Washington, DC: National Academies Press.
- Institute of Medicine. (2003). *Health professions education: A bridge to quality*. Washington, DC: National Academies Press.
- Kaplan, L., & Brown, M. (2004). Prescriptive authority and barriers to NP practice. *The Nurse Practitioner*, 29(33), 28-35.
- Laurant, M., Reeves, D., Hermens, R., Braspenning, J., Grol, R., & Sibbald, B. (2005). *Substitution of doctors by nurses in primary care*. Cochrane Database System Review, 18(2). Retrieved January 7, 2010, from <http://www2.cochrane.org/reviews/en/ab001271.html>
- Lenz, E.R., Mundinger, M.O., Kane, R.L., Hopkins, S.C., & Lin, S.X. (2004). Primary care outcomes in patients treated by nurse practitioners or physicians: Two-year follow-up. *Medical Care Research Review*, 61(3), 332-351..
- Marion, L., Viens, D., O'Sullivan, A., Crabtree, K., Fontana, S., et al. (2003). The practice doctorate in nursing: Future or fringe. *Topics in Advanced Practice Nursing eJournal*, 3(2).
- Mundinger, M.O., Kane, R.L., Lenz, E.R., Totten, A.M., Wei-Yann, T., et al. (2000). Primary care outcomes in patients treated by nurse practitioners or physicians. *Journal of American Medical Association*, 283(1), 59-68.
- National Association of Clinical Nurse Specialists. (2003). *Statement on clinical nurse specialist practice*. Philadelphia, PA: Author.
- National Council of State Boards of Nursing. (1993). *Regulation of advanced practice nursing: 1993 National Council of State Boards of Nursing position paper*. Chicago: Author.
- National Council of State Boards of Nursing. (1997). *The National Council of State Boards of Nursing position paper on approval and accreditation: Definition and usage*. Chicago: Author.
- National Council of State Boards of Nursing. (1998). *Using nurse practitioner certification for state nursing regulation: A historical perspective*. Chicago: Author.
- National Council of State Boards of Nursing. (2001). *Advanced practice registered nurse compact*. Chicago: Author.
- National Council of State Boards of Nursing. (2002). *Regulation of advanced practice nursing: 2002 National Council of State Boards of Nursing position paper*. Chicago: Author.

- National Council of State Boards of Nursing. (2002). *Uniform advanced practice registered nurse licensure/authority to practice requirements*. Chicago: Author.
- National Council of State Boards of Nursing. (2002). *Regulation of advanced practice nursing*. Chicago: Author.
- National Organization of Nurse Practitioner Faculties. (2000). *Domains and competencies of nurse practitioner practice*. Washington, DC: Author.
- National Panel for Acute Care Nurse Practitioner Competencies. (2004). *Acute care nurse practitioner competencies*. Washington, DC: Author.
- National Panel for Psychiatric-Mental Health NP Competencies. (2003). *Psychiatric-mental health nurse practitioner competencies*. Washington, DC: Author.
- National Task Force on Quality Nurse Practitioner Education. (2002). *Criteria for evaluation of nurse practitioner programs*. Washington, DC: Author.
- Naylor M., Brooten D., Jones R., Lavizzo-Mourey, R., Mezey, M., & Pauley, M. (1994). Comprehensive discharge planning for the hospitalized elderly. *Annals of Internal Medicine*, 120, 999-1006.
- Pearson, L.J. (2009). The pearson report: A national overview of nurse practitioner legislation and healthcare issues. *American Journal for Nurse Practitioners*, 13(2), 9.
- Pew Health Professions Commission. (1995). *Critical challenges: Revitalizing the health professions for the twenty-first century*. Washington, DC: National Academies Press.
- Pine, M., Holt, K. D., & Lou, Y. B. (2003). Surgical mortality and type of anesthesia provider. *AANA Journal*, 71(2), 109-116.
- Ritter, A., & Hansen-Turton, T. (2008). The primary care paradigm shift: an overview of the state-level legal framework governing nurse practitioner practice. *Health Lawyer*, 20 (4), 20-28.
- Rosenblatt, R.A, Dobie, S.A, Hart, L.G., Schneeweiss, R., Gould, D., Raine, T.R., et al. (1997). Interspecialty differences in the obstetric care of low-risk women. *American Journal of Public Health*, 87(3), 344–351
- Safriet, B.J. (2010). *Federal options for maximizing the value of advanced practice nurses in providing quality, cost-effective healthcare*. Washington, DC: National Academies Press.
- Safriet, B.J. (1992). Health care dollars & regulatory sense: The role of advanced practice nursing. *Yale Journal on Regulation*, 9, 417-488.
- U.S. Department of Health and Human Services Health Resources and Services Administration. (2010). *The registered nurse population: 2008 national sample survey of registered nurses*. Washington, DC: Author.
- World Health Organization. (2006). *WHO health promotion glossary: New terms*. Oxford University Press: Author.



NCSBN

National Council of State Boards of Nursing

111 E. Wacker Drive, Ste. 2900, Chicago, IL 60601 ■ 312.525.3600 ■ www.ncsbn.org

ANNEXE 4

Lettres d'appui

*Les lettres d'appui ont été retirées du document,
dû au droit de reproduction*