

Titulaire d'un diplôme d'état infirmier obtenu en France en 2000. Je suis aussi titulaire d'un diplôme universitaire de technique en recherche clinique (2011) obtenu à la faculté de médecine d'Angers (Fr). Mon domaine d'expertise se situe au niveau de la santé mentale et plus précisément de la psychiatrie. J'ai eu une formation à l'entretien infirmier psychiatrique en 2002 et je me suis formé à la réhabilitation psychiatrique en 2003. Je suis arrivé au Québec en 2012, et ai commencé un DESS en santé mentale en décembre 2013 auprès de la TELUQ. 12 crédits obtenus en date de 2015 dont « psychopathologie », « pharmacothérapie » et « citoyenneté et santé mentale ». Je n'ai pas poursuivi ce diplôme : trop de temps, trop d'argent pour une reconnaissance finale plus que discutable.

En France, j'ai exercé dans le service universitaire de psychiatrie adulte de RENNES. Une particularité française fait que les infirmiers sont titulaires de leur statut et non pas de leur poste, par conséquent, mon expérience professionnelle a pu se dérouler dans différents lieux de soins intra et extra-hospitaliers : des pavillons d'admission, d'hospitalisation au long cours, dans un hôpital de jour, dans un Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel et enfin dans un Centre Médico Psychologique. Ce dernier poste (CMP) étant l'aboutissement de ce que peut être un exercice professionnel autonome et pour lequel les compétences étaient le plus reconnues : je faisais des entretiens infirmiers d'accueil d'évaluation et d'orientation (ce qui correspondrait aux évaluations APSS, mais de façon un peu plus poussée, des entretiens de suivi, des administrations de médication, des soins physiques ainsi qu'un suivi à domicile pour une trentaine de patients (avec des missions correspondant à celles exercées au QUÉBEC, par les équipes de suivi Ambulatoire, SIV, FACT, SI ou encore SBNI)).

Simultanément, j'ai exercé une fonction de « study drug manager » dans une recherche en double aveugle concernant une médication neuroleptique à action lente (ou retard), sous forme injectable, pendant 2 ans. Aussi, j'ai exercé un mandat dans une commission de réflexion et d'échanges entre professionnels de la santé mentale et de l'action sociale, à propos de situations anonymes pour lesquelles des problématiques sociales, psychologiques ou psychiatriques étaient associées, dans un but d'amorcer de nouvelles pratiques en santé mentale.

Dans le cadre de l'ARM, j'ai exercé à HMR, d'abord en gériatrie active puis en psychiatrie. Constatant que je faisais plus de soins infirmiers psychiatriques lorsque j'étais étudiant en France, que durant mon exercice infirmier à HMR, j'ai quitté. J'ai ensuite fait de l'agence pendant environ 2 ans, essentiellement en CHSLD. Puis j'ai été enseignant en santé mentale. D'abord au CÉGEP de St Jérôme pendant un an (stages : hôpital de St Jérôme), puis pendant 2 ans pour le Cégep André Laurendeau (cours + stage : IUSMM, DOUGLAS, LAKESHORE) et enfin j'ai été moniteur clinique de stage pour l'université de Sherbrooke.

J'ai été ASI par intérim, en Santé Mentale Adulte, pendant plus de deux ans. D'abord pendant un an dans le RLS de Sherbrooke, puis au RLS du Val St François. Depuis mi-mars je suis revenu sur mon poste d'infirmier clinicien au

sein de la trajectoire Modéré-Grave de santé mentale de Sherbrooke. J'ai dû quitter ces deux postes car je n'ai pu en devenir titulaire pour des questions d'ancienneté.

Ce qui me motive à participer à cette démarche, c'est que nous sommes dans une période qui voit se dessiner des orientations qui vont définir notre « réalité » sanitaire pour plusieurs décennies. L'OIIQ me semble la seule institution ayant la possibilité d'intervenir afin d'affirmer les compétences infirmières, et peut-être de faire rempart à d'autres dynamiques.

Le thème que j'ai choisi de traiter est celui des « Savoirs et compétences infirmières : mieux y recourir pour mieux soigner ». Plus particulièrement, j'ai décidé de m'intéresser au domaine des soins infirmiers spécialisés en santé mentale.

Je pense que les compétences infirmières en santé mentale, ne sont pas utilisées, quand elles ne sont pas, tout simplement, méconnues voir niées. Les organisations actuelles des services de santé et sociaux en psychiatrie ou en service de 1^{ère} ligne de santé mentale, ainsi que les transformations en cours, font craindre une exacerbation de cette « dynamique de restriction de notre domaine de compétences ».

Avant d'aborder les trois questions suggérées pour cette thématique, j'aimerais vous partager certaines idées transversales.

1/ la santé mentale versus la psychiatrie :

La volonté affichée dans cette démarche de tout regrouper sous le terme « santé mentale » était de « dé-stigmatiser » les personnes souffrant de pathologie mentale. Malheureusement cette dynamique a eu comme résultat la dilution de la clinique soignante dans la « solution » sociale. L'apragmatisme, ou l'aboulie ne sont plus, par exemple, traités comme des signes de pathologie, que l'on pourrait retrouver dans la dépression sévère ou dans la schizophrénie par exemple, mais peuvent devenir « un manque d'investissement ou de proactivité » dans les services rendus, et peuvent parfois amener à une fin de services.

2/ Les données probantes et les problèmes qu'elles soulèvent :

La légitimité des données scientifiques « internationales » au regard des données empiriques locales. La santé mentale a ceci de particulier qu'elle n'est pas abordée de la même façon, selon la réalité sociétale et culturelle de la société concernée. Il est donc problématique, à mon sens, de se référer à des modèles « extérieurs » et de tenter de les rejoindre. Ceci ne veut pas dire, bien évidemment, qu'il n'est pas intéressant de les prendre en compte pour réfléchir. Mais cela implique de parfaitement maîtriser les codes sociaux concernés, afin

d'être en mesure de bien percevoir ce qui se joue. Ceci n'est pas aussi simple qu'il pourrait y paraître.

3/ la spécificité du domaine :

Plus que toute autre spécialité, la santé mentale a cela de particulier, qu'il ne s'agit pas d'une science exacte : les modèles diagnostic varient régulièrement, ainsi que l'efficacité des traitements qu'ils soient médicamenteux ou non. Il importe donc de laisser la possibilité aux soignants d'exercer une réflexion clinique par étape et parfois de façon « différentielle ». De même, Il y a peu de domaine où de tels procès d'intention sont faits aux soignants (ne voir que la maladie, etc...)

A/ les facteurs :

- L'enseignement collégial : dans les 2 Cégeps dans lesquels j'ai enseigné, peu de mes collègues avait une expérience significative en santé mentale. La plupart n'avait aucune expérience professionnelle en santé mentale autre que celle exercée au travers de leur mandat d'enseignante, ce qui bien évidemment teintait l'enseignement dispensé. Tout le pan détection et observation des signes et symptômes était peu, voir pas, transmis. L'image renvoyée alors aux autres professionnels lors de collaboration ne rendait pas compte des réels apports que l'infirmière pourrait apporter dans l'organisation des soins. L'attribution des tâches d'enseignement, au sein des Cégeps, est sensée se faire selon 2 critères : l'ancienneté et l'expertise dans le domaine. La réalité c'est qu'elle se fait uniquement sur le premier critère, et il ne s'agit pas forcément d'une mauvaise volonté, mais le cadre syndicale « oblige » à donner des tâches aux personnes titulaires, et les choix se font par ordre d'ancienneté.
- Les formations (cégep et université) ne donnent pas une formation optimale sur le parcours de soin (avant, pendant et après l'hospitalisation), qui permettrait une lecture plus approfondie du parcours de soin. D'ailleurs l'OIIQ, au travers de sa formation en ligne sur les soins infirmiers d'urgence en santé mentale, n'aborde à aucun moment les services de 1^{ère} ligne...
- La multitude des « titres infirmiers », rend peu lisible nos compétences par les autres professionnels. La présence d'un certain nombre d'infirmières techniciennes, fait qu'un certain nombre d'autres professionnels avec un niveau de formation « bachelier », s'autorise à penser qu'ils sont plus aptes à réfléchir que les « techniciens ».
- Le remplacement des infirmiers au sein des équipes de psychiatrie, par d'autres professionnels (TS, psychoed, educ spé), reporte les actes de soins « somatiques » sur les infirmières restantes. Cela a

comme conséquence une diminution du temps alloué aux temps d'observation clinique, et une sorte de disqualification de ces mêmes infirmières pour tout un champ d'activité.

- L'organisation hospitalière des soins, qui fait que le « patient » est vu par le psychiatre, par le résident, par le pharmacien, par l'étudiant en pharmacie, par l'ergothérapeute, par la travailleuse sociale, etc... tout ceci a pour conséquence de diminuer le temps « disponible » du patient, alors même que l'on est dans un endroit de soins aigus de santé dans lequel la part des soins infirmiers devrait être la plus importante.
- L'organisation au sein des CLSC. De par l'historique des CLSC en santé mentale, la place de l'infirmière est la place que l'on nous a laissée au lieu d'être celle que logiquement nous aurions dû occuper. Très souvent, les chefs de service ne sont pas des infirmières. Les postes de SAC (spécialiste en activité clinique) ne sont que rarement, voir exceptionnellement accessibles aux Infirmières car les exigences de poste nécessitent d'être travailleuse sociale. De fait, la nécessité de la présence de l'infirmière, a été définie par des non-infirmières, par conséquent cela s'est limité à regarder le traitement, accompagner l'utilisateur chez le médecin, « couvrir » les soins physiques, faire lien avec la pharmacie, etc, etc. Mais en aucun cas l'infirmière n'a été identifiée comme capable d'accompagner l'utilisateur dans ses désirs et rôles sociaux. Dans certains GASMAD, il y a des non-infirmières qui font des évaluations. La dynamique d'un GASMAD est d'évaluer un ou des besoins, mais ne serait-il pas pertinent, lors d'évaluation dans un contexte de santé mentale, de justement pouvoir faire, systématiquement, une évaluation de l'état de santé mentale que seules les infirmières sont habilitées à faire?
- L'absence de définition claire et précise du rôle de l'ASI ou de l'AIC, ce qui conduit à faire du poste ce que les supérieurs décident d'en faire, alors que ce poste devrait surtout permettre un support clinique de soins infirmiers, et faire la part belle à l'expertise infirmière.
- Toujours sur ce sujet de l'ASI ou de l'AIC, les syndicats empêchent, de par leurs exigences concernant ces postes, la nécessité que ces postes soient occupés par des experts dans leur domaine. Dans certains CIUSSS, les syndicats ont fait en sorte que les postes d'ASI soient accessibles aux Infirmières détenant un DEC, ce qui met ces mêmes infirmières, en position de devoir faire du support pour des cliniciens (TS et INF CLIN), ce qui pose forcément des problèmes de légitimité, et donc les conduit à se limiter aux tâches connexes (administration et coordination). De plus, en diminuant parfois, les critères d'expérience professionnelle spécifique à 2 ans, ils contredisent les critères que l'on peut retrouver dans la littérature concernant l'accession à l'expertise.

- Le développement des compétences et de la place des IPS, alors même que le champ de compétences des infirmières n'est pas totalement investi. Lorsque l'OIIQ communique par exemple sur l'apport des IPS en santé mentale, si c'est une infirmière qui reçoit cette information, elle identifie clairement ce que cela apportera en plus de ce qui peut ou pourrait exister. Mais lorsque c'est un autre professionnel qui se trouve en position de récepteur, elle en déduira tout autre chose, et parfois cela confortera ce qu'il pense savoir de ce que peut faire l'infirmière, ce qui très souvent est très en deçà de la réalité.
- Le CNESM (centre national d'expertise en santé mentale), qui vient récemment d'être intégré au ministère : je ne saurais dire si c'est un facteur ou une conséquence, mais cet organisme qui diffuse « les bonnes pratiques » en santé mentale, qui fait les formations SIV, PEP, etc...qui définit les critères d'excellence pour toute la trajectoire de santé mentale, sur lesquels se réfèrent les décideurs nationaux et locaux, ne compte qu'1 seul infirmier clinicien infirmier pour 3 psychoéducateurs, 3 Travailleurs sociaux, 1 psychologue, 3 autres professionnels, soit 9% de l'effectif, alors même que l'on parle très souvent de personnes usagères avec des pathologies mentales avérées.
- La rareté de l'effectif infirmier : ce déficit conduit à garder les infirmières aux postes qui ne peuvent être occupés par d'autres, et essentiellement dans le milieu hospitalier. Au sein même de l'hôpital, cette denrée étant rare elle est parfois remplacée par des infirmières auxiliaires (ce titre pose aussi problème, il aurait certainement mieux valu, que ce titre ne comprenne pas le mot « infirmière »). Ceci a pour conséquence que les lieux extra-hospitalier (CLSC, hôpitaux de jour, clinique spécialisée de santé mentale, PEP, etc...), n'ont pu être investis pour « montrer à voir » les compétences existantes et pour développer de nouvelles compétences, par conséquent la scène a été occupée par d'autre.

B/ Les bénéfiques :

- Apporter des réponses pertinentes et efficaces à certaines problématiques, ce qui permettrait de redéfinir les balises et requis de services.
- Apporter des éléments cliniques lors des suivis, qui permettent de se poser les bonnes questions lorsqu'il n'y a aucun médecin au dossier et permettent de prioriser certaines prises en charges.
- Améliorer et affiner les prises en charge médicales en apportant des éléments cliniques aux médecins qui bien souvent ont peu de connaissances sur la symptomatologie présente dans la vie quotidienne du patient, notamment en termes d'habiletés sociales

et/ou instrumentales. Donc, plus de qualité et, si une partie du travail clinique est déjà fait, augmenter la quantité de patients que le médecin pourra voir. Éviter ou limiter les complications de certaines situations de santé, donc participer à l'allègement des hospitalisations, et par conséquent participer au désengorgement de l'hôpital. Et in fine diminuer les coûts.

- Développer des collaborations avec les médecins, pour permettre d'innover. À l'heure actuelle, peu de médecins ont conscience de nos savoirs et compétences dans le domaine de la santé mentale.
- Occuper une place prépondérante dans les évolutions à venir.

C/ Les moyens :

- Revoir le parcours de formation, en faisant en sorte que les étudiantes aient toutes une expérience de stage en extra-hospitalier et en intra-hospitalier. Au niveau collégial et universitaire, organiser les stages de façon à faire expérimenter « obligatoirement » aux étudiantes, la réalité en dehors des murs de l'hôpital, car c'est cela le futur, soigner la maladie mentale en dehors de l'hôpital.
- Affirmer nos compétences en ayant recours à un discours professionnel et clinique pertinent : s'autoriser, s'imposer l'utilisation de termes spécifiques, issus de la psychopathologie.
- Exiger des infirmières expertes pour l'enseignement dans les CEGEPS.
- Avoir des discussions avec les organismes syndicaux afin de réfléchir aux répercussions de certains de leurs choix : diminuer les critères pour des postes d'AIC ou d'ASI est contre-productif. Pour les usagers qui sont tout de même en droit d'avoir les meilleurs soins possibles mais aussi pour les infirmières qui, sur le long terme, risquent de voir renier leurs compétences. Tenter de faire accepter par ces mêmes syndicats la nécessité de favoriser l'accès à ces postes clés, pour les personnes les plus compétentes et non pas les plus « anciennes » sur le plan de l'employeur concerné. Faire en sorte qu'en cas d'égalité la personne la plus ancienne puisse être favorisée est une chose, que l'ancienneté prime sur la compétence en est une autre.
- Définir très précisément le rôle et les missions de l'ASI ou AIC, afin de ne pas voir toute la partie support clinique être totalement remplacée par les tâches connexes. Le mémoire de Mme Anne-Marie Turmel Courchesne en 2015 dans le cadre de sa M.Sc. à l'université LAVAL, « **Activités et compétences liées à la fonction de l'assistante infirmière-chef (AIC) en milieu**

hospitalier : une étude descriptive » donne des éléments très intéressants.

- Augmenter les effectifs infirmiers ainsi que la part de clinicienne dans l'effectif infirmier ceci pour ne pas être restreint dans notre champ de compétence, en nous limitant « au plus urgent ».
- Investir les organismes d'excellence : il devrait y avoir plus d'infirmiers au CNESM.
- Simplifier et favoriser, des démarches de recherche accessible aux infirmières de terrain, pour permettre de développer nos propres données probantes. La logique actuelle, diminue le nombre de personnes en capacité de le faire (temps, argent) et enferme la réflexion.

Cette dernière année a été « éprouvante » en termes de travail dans ce contexte sanitaire que nous connaissons. Mes fonctions d'ASI m'ont laissées peu de temps libre disponible pour ce type de réflexion.

Je n'ai pas respecté totalement le cadre de l'exercice, notamment en ce qui concerne le nombre de pages, j'espère néanmoins que vous ne m'en tiendrez pas rigueur.