

RECHERCHE

APPROCHE CLINIQUE EN SOINS INFIRMIERS PSYCHIATRIQUES : ÉTUDE DE CAS D'UNE PRATIQUE AVANCÉE

Johanne **GOUDREAU**, inf., PhD^{1,2}

Marie-Josée **POIRIER**, inf., M. Sc.³

Francine de **MONTIGNY**, inf., Ph.D.⁴

RESUMÉ

La majorité des personnes atteintes de maladies mentales sévères et persistantes reçoit maintenant des soins psychiatriques dans le cadre des services de soins ambulatoires. Ces soins sont de plus en plus dispensés par des équipes multidisciplinaires dont des infirmières font partie. Comment ces infirmières exercent-elles leur rôle et leurs fonctions dans ces milieux de soins ? L'élaboration d'une étude de cas à partir de la pratique clinique d'une infirmière a permis de répondre à cette question. Les résultats de cette étude de cas suggèrent que la pratique de ces infirmières correspond à une définition reconnue de la pratique avancée en soins infirmiers.

Mots clés : pratique avancée ; soins psychiatriques dans la communauté ; troubles sévères et persistants

ABSTRACT

Nowadays many people suffering from severe and persistent mental disorders are cared for in ambulatory settings by multidisciplinary teams. Nurses take an important part in these teams. What is nursing practice in this type of setting ? A case study was developed from a nurse's clinical practice in order to answer this question. The results suggest that these nursing services are of an advanced practice nature as defined by Hamric et al. (2000).

Keywords : advanced practice ; psychiatric nursing in the community ; severe and persistent problems

¹ Équipe de recherche en soins de première ligne, Centre de santé et de services sociaux de Laval, Québec, Canada

² Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Québec, Canada

³ Centre hospitalier Pierre Janet, Gatineau, Québec, Canada

⁴ Département des sciences infirmières, Université du Québec en Outaouais, Gatineau, Québec, Canada

INTRODUCTION

Les troubles sévères et persistants de santé mentale constituent un problème de santé majeur au Québec (Canada) et ailleurs dans le monde. À la lumière des statistiques du Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec^[1], on estime que 1 à 3 % de la population souffre de problèmes psychiatriques sévères, ce qui représente en chiffres absolus pour le Québec seulement, de 74 000 à 220 000 personnes. Or, depuis la mise en œuvre de la désinstitutionnalisation des personnes atteintes de maladies mentales, la majorité d'entre elles reçoit des soins psychiatriques dans le cadre des services de soins ambulatoires. Afin de répondre le plus adéquatement possible à cette nouvelle situation, des professionnels en santé mentale de différents milieux ont élaboré des modèles de « services d'accompagnement et de soutien communautaire » (SASC). Par exemple, le modèle PACT a été créé au Wisconsin autour des années 1970 et est décrit comme une méthode systématique visant, dans un premier temps, à aider le patient psychiatrique à choisir le milieu de vie où il souhaite vivre, à évaluer ce qu'il peut faire, de même qu'à décrire le soutien dont il a besoin pour se maintenir dans le milieu choisi ; dans un deuxième temps, cette méthode comporte l'enseignement de nouvelles habiletés ainsi que la mobilisation de ressources pour aider le patient à atteindre son objectif^[2]. Afin de mieux répondre aux besoins de leur clientèle, certains services communautaires ont adapté ce même modèle, en modifiant certains de ses paramètres. À la suite de l'évaluation de plusieurs programmes inspirés de ce modèle, l'Association des hôpitaux du Québec constate que les usagers et leurs familles ainsi que les intervenants estiment que le suivi intensif en équipe dans la communauté est plus bénéfique que la prise en charge par une clinique externe^[1].

Des infirmières sont impliquées dans tous ces SASC. Elles font partie d'équipes multidisciplinaires composées, selon les besoins du patient et de façon variable, de médecins psychiatres et généralistes, de travailleurs sociaux, de psychologues et d'éducateurs. Leur rôle n'a pas encore été documenté. Cependant, en 1997, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIIC)^[3] et d'autres observateurs en 2001 et 2002^[4, 5] évaluent que ce rôle va au-delà des pratiques infirmières traditionnelles et correspond à la définition de pratique avancée en soins infirmiers telle que proposée par Hamric, Spross & Hanson^[6]. De plus, en mai 1997^[3], dans un article intitulé « Enjeux et tendances dans la profession infirmière au Canada », l'AIIIC déclare : « *La pratique avancée en soins infirmiers repousse les frontières du champ d'exercice de la profession tout en contribuant au savoir infirmier, à l'épanouissement et au progrès de la profession.* » Afin d'étayer cette affirmation, il apparaît essentiel de documenter et d'analyser empiriquement les pratiques de ces infirmières.

Dans le présent article, nous présentons les résultats d'une étude de cas visant à illustrer et analyser le rôle des infirmières dans un SASC. Cette recherche a été effectuée dans le cadre d'un cours de six crédits (90 heures), au niveau de la maîtrise professionnelle en sciences infirmières. Il s'agit également d'une auto-analyse étant donné que l'étudiante a choisi de documenter un cas de sa propre pratique professionnelle. Une professeure indépendante du SASC a supervisé le processus et les résultats de cette recherche. Cette étude de cas permet de décrire de manière approfondie les interventions complexes effectuées par une infirmière, auprès d'une cliente bénéficiant d'un SASC, tout en démontrant que ces interventions correspondent aux éléments de la pratique avancée proposés par Hamric et al.^[6] (Tableau 1 annexe 1).

MÉTHODOLOGIE

Objectifs de recherche

Cette étude de cas vise deux principaux objectifs : (1) documenter les pratiques infirmières en SASC; (2) analyser ces pratiques en fonction de la définition de pratique avancée en soins infirmiers.

Question de recherche

Dans quelle mesure les pratiques infirmières en SASC correspondent-elles à la définition de pratique avancée proposée par Hamric et al.^[6] ?

Devis

L'étude de cas nous apparaît une approche pertinente dans la mesure où elle nous permet de cerner un phénomène, tant dans sa globalité qu'en profondeur, tout en tenant compte du contexte de vie de la personne soignée et des services psychiatriques prodigués^[7]. Le cas choisi permet d'illustrer les diverses facettes du rôle de l'infirmière en SASC.

Contexte

Une équipe multidisciplinaire du SASC est typiquement composée d'une infirmière, d'un éducateur, d'un travailleur social, d'un conseiller en réadaptation et d'un médecin généraliste. Cette équipe intervient auprès de 50 à 70 personnes atteintes de troubles mentaux graves et persistants. Ce SASC existe depuis une dizaine d'années et il y a eu peu de changements au niveau de sa composition. Les infirmières possèdent un diplôme d'études collégiales ou de premier cycle universitaire, de même que plusieurs années d'expérience à titre d'infirmière psychiatrique dans divers services hospitaliers.

Leur rôle dans l'équipe a pris forme au fil des années selon les expériences cliniques et la formation continue informelle autant que formelle. Lorsqu'elle le juge nécessaire, l'équipe peut avoir accès à des consultations de médecins psychiatres.

Collecte et analyse des données

Les données proviennent de trois sources différentes : (1) le dossier médical de la cliente; (2) des entrevues informelles avec la travailleuse sociale et l'éducateur de l'équipe; (3) une entrevue avec la cliente. La consultation du dossier a été effectuée en deux temps. En premier lieu, une lecture exhaustive du dossier SASC de la cliente, qui comportait des notes relatives aux consultations psychiatriques et aux hospitalisations et d'autres notes ayant trait au suivi effectué au SASC, a permis de saisir la trajectoire de soins et d'établir un résumé chronologique. Dans un deuxième temps, nous avons pris connaissance du dossier antérieur de la cliente, soit de 1989-2001. La lecture de ce dossier a permis de retracer le début de ses problèmes psychiatriques et de répertorier les dates et le nombre de jours/année d'hospitalisation de la cliente depuis 1989. En menant des entrevues auprès des autres membres de l'équipe, nous avons pu obtenir des éclaircissements relativement à certaines notes du dossier, de même que des précisions sur certains événements critiques. Enfin, nous avons complété la collecte de données sur la famille immédiate de la cliente dans le cadre d'une entrevue. L'ensemble de ces données a permis d'effectuer une reconstitution historique des événements relatifs au suivi de la cliente et aux soins infirmiers dont elle a bénéficié.

Par ailleurs, une grille de catégories, basée sur la définition de la pratique avancée de Hamric et al.^[6] a été élaborée afin de procéder à l'analyse des données.

Éthique

La participation de la cliente était volontaire. Nous lui avons clairement expliqué les objectifs de l'étude et celle-ci a signé un formulaire de consentement afin de préserver son anonymat. Nous avons assigné un nom fictif ou un acronyme aux différents acteurs et toute information permettant d'identifier quelqu'un a été retirée des données.

RÉSULTATS

Les résultats de l'étude de cas se fondent sur une reconstitution historique des soins prodigués, doublée d'une analyse de cette reconstitution. L'article comporte deux volets correspondant aux résultats suivants : (1) la

reconstitution historique de la période précédant le suivi au SASC (1989-1994) ; (2) une analyse des soins infirmiers offerts au SASC en fonction de la définition de pratique avancée proposée par Hamric et al.^[6].

Histoire antérieure au SASC

Âgée de 54 ans, Madame Côté souffre de schizophrénie affective chronique (Axe 1 du DSM-IV-TR), doublée d'un trouble de la personnalité limite (Axe 2 du DSM-IV-TR) et de tabagisme. Elle bénéficie des soins du SASC depuis 1994. De 1989 à son admission au SASC, Madame Côté a été hospitalisée plusieurs fois pour des soins psychiatriques. La première hospitalisation était reliée à une surdose de médicaments. Durant son séjour à l'hôpital, elle a amorcé une thérapie de couple avec un thérapeute en interne. Lorsqu'on lui a donné son congé, elle a été intégrée au centre de jour où, avec l'aide d'infirmières et de psychothérapeutes, elle a bénéficié d'une thérapie (tantôt individuelle, tantôt en groupe). À la faveur de cette thérapie, elle a fait des progrès appréciables au plan de l'estime et de la confiance en soi; elle a également appris à poser des limites face à ses filles et certains membres de sa famille qui abusaient de sa bonté et lui soutiraient de l'argent. Durant cette période, elle a travaillé dans un organisme communautaire qui vise, entre autres, à aider les gens qui souffrent de problèmes de santé mentale à réintégrer le marché du travail.

De 1989 à 1991, elle a été hospitalisée à quatre reprises pour un total de 100 jours, soit une moyenne de 33,3 jours par année. Au cours de cette période, elle a été victime de violence conjugale et elle a décidé de divorcer de son conjoint. De plus, étant donné qu'en dépit de la médication prescrite, elle présentait toujours les mêmes symptômes, ses deux filles ont été placées en famille d'accueil par la Direction de la protection de la jeunesse, à la suite d'une intervention conjointe de la travailleuse sociale de l'hôpital et du Centre Jeunesse de la région.

Par la suite, de 1992 à 1994, elle a été hospitalisée huit fois pour un total de 528 jours, soit une moyenne de 176 jours par année. Entre les périodes d'hospitalisation, elle était suivie à la clinique externe du centre hospitalier où elle rencontrait une infirmière une fois par mois et un médecin psychiatre deux à quatre fois par année. Elle a également fréquenté un organisme communautaire où elle a été hébergée à certains moments; des travailleurs communautaires l'aidaient à gérer ses activités quotidiennes.

Troisième d'une famille de sept enfants, elle entretient des liens plutôt ténus avec ses deux frères et ses quatre sœurs, à l'exception d'une sœur qui habite la même ville qu'elle. Ses deux parents sont décédés; la mort de sa mère en 1981 a été suivie de celle de son père en 1989, soit neuf mois avant sa première hospitalisation en psychiatrie. Elle s'est mariée à l'âge de 25 ans avec un homme de cinq ans son cadet; leur relation de couple a duré 18 ans et ils ont eu deux filles. Avant 1989,

APPROCHE CLINIQUE EN SOINS INFIRMIERS PSYCHIATRIQUES : ÉTUDE DE CAS D'UNE PRATIQUE AVANCÉE

Madame Côté a occupé plusieurs types d'emplois (administration, informatique, entretien ménager et restauration) ; depuis lors, elle n'est plus sur le marché du travail. Toutefois, en dépit de sa maladie, de ses nombreuses hospitalisations et de son incapacité à travailler, celle-ci s'occupe adéquatement de ses ressources financières et réussit même à économiser un peu d'argent, malgré son budget limité.

Madame Côté a été référée au SASC en 1994 à la suite d'une hospitalisation et elle a bénéficié du suivi de deux infirmières. Dans la section qui suit, nous identifions et décrivons succinctement leurs interventions, en nous basant sur la reconstitution historique des soins infirmiers prodigués. Pour étayer l'étude de cas, nous avons choisi de nous référer aux éléments de la pratique avancée, tels qu'énoncés par Hamric et al.^[6] plutôt que de faire une présentation chronologique des soins et services dont la cliente a bénéficié.

Analyse du suivi infirmier au SASC relativement aux compétences de l'infirmière en pratique avancée

Selon Hamric et al.^[6], « *advanced nursing practice is the application of an expanded range of practical, theoretical, and research-based therapeutics to phenomena experienced by patients within a specialized clinical area of the larger discipline of nursing* ». p. 57. Pour ces auteurs, le terme « interventions » désigne toutes les activités cliniques de l'infirmière, notamment : l'évaluation de l'état du client et de sa famille, la planification du traitement, le traitement, de même que l'évaluation des interventions. La définition sous-entend une expérience clinique très importante et des connaissances académiques étendues, de même qu'un large éventail de compétences spécifiques. Nous avons tenté de retracer ces compétences spécifiques dans les interventions de l'infirmière du SASC impliquée dans le cas présenté ici.

D'entrée de jeu, soulignons que la compétence centrale de l'infirmière en pratique avancée est axée principalement sur la pratique clinique directe auprès des patients. Hamric et al.^[6] réfèrent au savoir, savoir-faire et savoir-être nécessaires pour évaluer une situation complexe en soins infirmiers et intervenir en conséquence. La pratique clinique de l'infirmière en pratique avancée comporte cinq caractéristiques : (1) une approche holistique ; (2) une relation de partenariat avec les patients ; (3) la référence à un raisonnement clinique d'expert ; (4) l'utilisation des résultats de la recherche pour guider ses interventions ; (5) la mise en œuvre de plusieurs approches de soins (interventions éclectiques).

Par définition, le SASC est un service de suivi intensif et non intensif offert à des personnes qui sont atteintes

de troubles mentaux sévères et persistants. Ces personnes présentent donc des situations complexes de soins et 80 % du travail de ces infirmières consiste à les rencontrer dans leur milieu de vie. L'extrait suivant, provenant de la reconstitution historique des soins offerts à Madame Côté, illustre l'intensité de la pratique clinique directe des infirmières du SASC, de même que l'utilisation de l'approche holistique.

En 1994, les interventions de l'infirmière du SASC débutent par des visites à la maison de la cliente; elle organise aussi des rencontres qui se déroulent dans les locaux de l'organisme communautaire fréquenté par la cliente, la spécificité de cet organisme étant d'offrir des services aux personnes souffrant de problèmes de santé mentale. Ces visites, de fréquence variable (jusqu'à quatre fois par semaine), peuvent être effectuées par l'infirmière, la travailleuse sociale ou l'éducateur; elles permettent à l'infirmière d'effectuer des interventions qui visent principalement à développer une relation de confiance, un préalable à toute intervention subséquente. Les types d'interventions privilégiées sont: l'écoute de l'histoire et des symptômes de la maladie, la participation à des activités de la vie quotidienne ainsi que le suivi de l'observance du traitement pharmacologique. Par ailleurs, conformément au plan de traitement médical, l'infirmière administre une médication injectable à action prolongée. De plus, à chaque visite, l'infirmière évalue : (1) les symptômes de la maladie, telles les hallucinations visuelles et auditives; (2) le risque d'une tentative suicidaire, lié dans la plupart des cas à l'intensité et à la fréquence des hallucinations; (3) l'observance et les effets du traitement pharmacologique ainsi que ses effets secondaires; (4) son fonctionnement global, c'est-à-dire son hygiène de vie (alimentation, sommeil, activités sociales, etc.). Nous soulignons qu'au cours des dernières années, en dépit de plusieurs essais avec différents médicaments, les symptômes de la maladie de la cliente demeurent toujours très présents. En 1996-1997, elle présentait des hallucinations visuelles très fréquentes, dont voici un exemple. Elle voyait des mains sortir du trottoir lorsqu'elle se rendait à l'épicerie; effrayée, elle marchait dans la rue et risquait d'être victime d'un accident.

Les différentes interventions, faites par l'infirmière du SASC au fil des années, ont permis de développer une connaissance approfondie des aspects biopsychosociaux de la vie quotidienne de la patiente et, plus spécifiquement, de sa façon de gérer sa maladie. Rappelons que les interventions infirmières visent autant le contrôle des symptômes que le contexte de vie de la cliente. À la suite des évaluations de la situation clinique de la cliente, l'infirmière a mis en place et effectué des interventions complexes ; la reconstitution historique de celles-ci nous permet de faire ressortir celles qui visaient à resserrer les liens de la cliente avec différents membres de sa famille. De 1995 à 1997, le principal objectif était d'améliorer la relation avec ses deux filles alors que de 1997 à 1999, il s'agissait plutôt

de bonifier la relation avec le frère de son ex-conjoint et son épouse. L'infirmière a supervisé plusieurs expériences de co-habitation avec ces personnes, ce qui exigeait non seulement une vaste expertise clinique, mais également un suivi étroit de l'évolution des symptômes de la maladie. En même temps, elle a intégré d'autres éléments de la pratique avancée, notamment : (1) des interventions d'enseignement et d'éducation auprès des membres de la famille; (2) des interventions de consultation auprès de l'équipe du SASC; (3) des ententes de collaboration entre l'équipe du SASC et les ressources communautaires; (4) l'exercice de son leadership.

Nous attirons également l'attention sur le fait que les interventions de l'infirmière sont faites dans le cadre d'une relation de partenariat : ainsi, toutes les décisions relatives au plan de traitement sont discutées avec la cliente. En voici un exemple :

Plusieurs interventions permettent à Madame de continuer de se comporter, au meilleur de son potentiel actuel. À cet égard, l'infirmière a établi une collaboration avec le pharmacien communautaire qui prépare la médication en pilulier, pour une semaine. Dans un premier temps, la cliente désirait gérer elle-même son pilulier. Cependant, à la suite de plusieurs tentatives suicidaires, liées à une consommation excessive de médicaments (surdose), l'infirmière lui a proposé d'en confier la gestion au personnel d'une des résidences affiliées au centre hospitalier, située près de son domicile, ce qu'elle a finalement accepté. La cliente se rend donc à cette résidence deux fois par jour et prend ses médicaments en présence de l'infirmière ou d'un intervenant de la résidence, qui a reçu les informations relatives à sa problématique.

Par ailleurs, différentes informations mentionnées dans la reconstitution historique permettent de mettre en évidence que les interventions de l'infirmière du SASC se fondent sur un raisonnement clinique d'expert.

Ce jour-là, l'infirmière nourrissait de l'inquiétude à la suite d'une conversation téléphonique avec sa cliente. Le ton, les mots utilisés, le débit verbal, la durée de l'échange auquel la patiente avait mis fin plus brusquement qu'à l'habitude constituaient autant de signes avant-coureurs que celle-ci avait des idées suicidaires. L'infirmière décide donc de réorganiser sa journée afin de pouvoir visiter Madame à son domicile; lorsqu'elle se présente à la porte de l'appartement, elle l'entend manipuler des médicaments et décide de frapper afin de vérifier ce qu'elle faisait. La cliente nie qu'elle manipulait des médicaments mais, après quelques minutes d'entretien, celle-ci commence à parler de la récurrence et de l'intensité de ses idées suicidaires. Étant donné que Madame ne peut garantir à l'infirmière qu'elle « ne passera pas à l'acte », celle-ci communique sans tarder avec le centre de crise (24/7) afin de trouver un hébergement pour la nuit.

Ces informations donnent à penser que le raisonnement clinique de l'infirmière est basé sur une approche intuitive et cognitive. Dans un premier temps, l'infirmière réfère à son expertise globale (auprès de toute sa clientèle) pour planifier son intervention; dans un deuxième temps, elle se base sur son expérience particulière auprès de la patiente. De toute évidence, plusieurs éléments sont entrés en ligne de compte dans son raisonnement clinique, notamment, l'intégration de l'évaluation longitudinale de la cliente, de même que l'identification des données non concordantes (« non fitting datas »)^[6]. La prise en compte de ces différents facteurs a permis à l'infirmière, non seulement d'approfondir sa compréhension de la situation, mais aussi de prévoir les comportements qui nécessitaient son intervention urgente. Deux initiatives permettent à l'infirmière d'actualiser une expertise adéquate : une démarche de formation continue et des échanges interdisciplinaires. Ces moyens ont favorisé l'enrichissement de ses connaissances théoriques et pratiques dans le domaine psychiatrique.

Par ailleurs, deux éléments de la reconstitution historique illustrent la démarche de recherche de l'infirmière du SASC. Premièrement, l'infirmière possède des connaissances approfondies et à jour sur les psychotropes; ce savoir l'habilite à effectuer un suivi adéquat, tant au niveau des effets recherchés que des effets secondaires de ces médicaments sur la patiente. Elle est également en mesure d'établir des liens entre le gain pondéral et le traitement pharmacologique prescrit. Deuxièmement, l'infirmière a effectué une recension des écrits pour identifier les interventions les plus efficaces en regard du gain pondéral; cette recherche l'a guidée dans la mise en œuvre de plusieurs interventions, visant à faciliter le contrôle pondéral de la patiente.

Le plan d'intervention relatif à la prise pondérale illustre clairement la diversité des approches mises en application par l'infirmière. Ce plan vise principalement deux objectifs : l'observance du traitement pharmacologique et l'amélioration de la santé globale de la patiente. L'infirmière planifie et met en œuvre plusieurs types d'interventions pour réduire le gain de poids de la patiente de façon à rétablir, dans la mesure du possible, un poids santé; il s'agit notamment d'approches éducatives et comportementales, d'accompagnement et de soutien.

Le problème le plus important se situe au plan de l'observance : Madame cesse de prendre la médication prescrite car elle prend du poids. En effet, au cours de cette période, soit de 1996 à 1999, elle présente un gain pondéral de plus de 28 kg. Ce gain pondéral devient alors un enjeu particulièrement important dans sa maladie. Celle-ci se pèse plusieurs fois par jour et souffre d'hallucinations auditives en lien avec son embonpoint; ses voix lui disent qu'elle est « grosse

APPROCHE CLINIQUE EN SOINS INFIRMIERS PSYCHIATRIQUES : ÉTUDE DE CAS D'UNE PRATIQUE AVANCÉE

et laide » et qu'elle doit se « faire du mal ». L'infirmière a observé que ces hallucinations entraînaient l'augmentation de la fréquence et de l'intensité des idées suicidaires et des passages à l'acte. Elle a aussitôt mis en place un plan d'intervention visant principalement l'acquisition d'habitudes alimentaires saines et l'autogestion des épisodes de passages à l'acte par la cliente. Dans le cadre de ce plan d'intervention, celle-ci a pu bénéficier de plusieurs séances d'information relatives à l'alimentation et de soutien pour faire son épicerie; l'infirmière lui a aussi enseigné comment tenir un journal alimentaire. De plus, elle a effectué plusieurs interventions éducatives auprès de Madame et de son réseau social afin que, lors d'un passage à l'acte, celle-ci puisse elle-même téléphoner aux ambulanciers ou qu'une personne désignée dans l'appartement supervisé où elle habite s'en charge. Bien que ce plan d'intervention ait permis une diminution du nombre de jours d'hospitalisation, il n'a toutefois pas réduit la fréquence et l'intensité de ses symptômes.

Compte tenu de la persistance, de la fréquence et de l'intensité des hallucinations, des idées suicidaires et des passages à l'acte, l'infirmière a finalement demandé la collaboration de l'équipe du SASC pour mettre en place le plan d'intervention suivant : (1) la consultation et l'accompagnement en clinique privée d'amaigrissement; (2) la vérification de la compréhension des consignes données, lors de ces consultations, par la composition des menus et la visite à l'épicerie; (3) le retrait du père-personne du domicile de Madame; (4) la signature d'un contrat de non-passage à l'acte suicidaire par la cliente; (5) l'encouragement à la pratique de l'exercice physique. Ce plan de traitement a exigé que l'infirmière fasse des démarches auprès de la clinique d'amaigrissement, afin d'obtenir un rabais sur les coûts jugés trop élevés en fonction du budget réduit de sa cliente. Elle a également mis sur pied une formation individuelle pour qu'elle puisse se familiariser avec les transports en commun et obtenir une subvention du ministère de la Sécurité du revenu pour bénéficier du service de transport adapté pour se rendre au gymnase.

En plus de faire ressortir les différentes caractéristiques de la pratique clinique de l'infirmière en pratique avancée, la reconstitution historique permet aussi d'illustrer les autres compétences de base du modèle de pratique avancée, à savoir : l'enseignement et le « coaching » ; la consultation ; le leadership ; la collaboration avec les autres professionnels ; la résolution de problèmes éthiques complexes ; la recherche.

L'enseignement et le « coaching » désignent les compétences de l'infirmière pour expliquer à différents auditoires la logique de l'évaluation et des interventions effectuées, en plus de celles qui visent à aider d'autres personnes à acquérir certaines habiletés. Ainsi, pour aider la patiente, l'infirmière a mobilisé la collaboration de plusieurs membres de l'équipe du SASC (médecin, travailleuse sociale, éducateur spécialisé) et de professionnels de la communauté (pharmacien, infir-

mières de l'urgence et d'une résidence affiliée au centre hospitalier), tout en leur expliquant sa démarche clinique et ses objectifs de soins.

L'infirmière a effectué une formation auprès des intervenants de la résidence, responsables d'administrer la médication, afin que ceux-ci adoptent une attitude et des comportements cohérents auprès de Madame et qu'ils communiquent avec l'infirmière, dans le cas où Madame ne se présenterait pas pour prendre sa médication. L'infirmière a également organisé des rencontres de formation auprès des intervenants de l'appartement supervisé où Madame demeurait.


Finalement, après plusieurs années d'efforts concertés, le travail éducatif auprès de la cliente a donné des résultats positifs, principalement en ce qui a trait à la gestion des symptômes de sa maladie.

Bien que Madame soit toujours aux prises avec des hallucinations auditives, les interventions éducatives répétées de l'infirmière, sur une période de plusieurs années, lui permettent maintenant de gérer ces épisodes et de continuer ses activités habituelles. Ces interventions ont consisté, et consistent encore aujourd'hui, à identifier et discuter avec la cliente des différentes stratégies qui peuvent l'aider à réduire et mieux contrôler ses idées suicidaires (e.g. écouter de la musique, jouer à l'ordinateur, tricoter).

Selon le modèle développé par Hamric et al.^[6], la consultation, le leadership et la collaboration avec les autres professionnels de la santé sont trois compétences distinctes de la pratique avancée en soins infirmiers. Cependant, ces trois compétences sont particulièrement reliées dans le cas que nous venons d'exposer et ont trait, plus précisément, aux interventions relatives à la pratique de l'interdisciplinarité. Plusieurs épisodes de soins, dont certains sont décrits précédemment, en constituent des exemples patents. Ainsi, lorsque la patiente a eu besoin d'apprendre à obtenir les services de la Sécurité du revenu ou à utiliser les transports en commun, l'infirmière a demandé la collaboration de la travailleuse sociale et de l'éducateur.

Au début du travail avec cette cliente (1994), celle-ci n'avait plus d'emploi et éprouvait d'importantes difficultés financières. L'infirmière a demandé à la travailleuse sociale d'aider Madame à effectuer les démarches nécessaires pour bénéficier de la Sécurité du Revenu. Celle-ci a alors rencontré la cliente à trois reprises pour compléter les formulaires nécessaires et l'accompagner à l'agence gouvernementale. Par la suite, Madame a repris l'autogestion de ses finances et a pu même réaliser des économies !

Enfin, l'infirmière du SASC est fréquemment confrontée à la résolution de problèmes éthiques complexes. À cet égard, nous avons pu identifier un exemple.



À plusieurs reprises Madame a acheté des produits amaigrissants publicisés à la télévision ou dans les journaux. L'infirmière arrivait à la maison et trouvait ces produits au milieu de la table de cuisine avec la facture. Elle reprenait alors les explications concernant le contrôle du poids ainsi que la tendance de sa cliente à poser certains gestes de façon irréfléchie, en raison de sa maladie. Compte tenu de la précarité de sa situation financière, elles ont décidé d'un commun accord que l'infirmière appuierait sa demande de remboursement en présentant un certificat médical.

Depuis l'an 2000, Madame n'a pas été réhospitalisée au centre hospitalier psychiatrique et nous avons constaté une diminution importante du nombre des passages à l'acte. L'infirmière a également pu observer une stabilité plus grande au niveau des symptômes de la maladie, une diminution de la récurrence de ses hallucinations et une amélioration de sa qualité de sommeil. Au cours de la dernière année (2003), Madame a présenté quatre passages à l'acte, ce qui est nettement inférieur aux années antérieures. Elle demeure toujours seule dans son appartement, dont elle assume elle-même l'entretien, et ce, en dépit de la possibilité d'obtenir de l'aide. Elle planifie de façon autonome son budget, fait son épicerie, etc. Elle a réussi à cesser de fumer pendant environ huit mois mais a fait une rechute. Bénéficiant des services du transport adapté, elle continue de se rendre à ses activités physiques quatre fois par semaine et demeure fidèle à son rendez-vous pour une ponction veineuse bimensuelle. Elle se déplace deux fois par jour pour aller chercher sa médication. Toutefois, lorsqu'elle visite sa fille pendant le week-end, il lui arrive parfois d'oublier de le faire.

Au cours des derniers mois, elle a rencontré ses filles de façon beaucoup plus régulière; celles-ci nous disent qu'elle se porte « très bien » et en sont très contentes. Elles offrent une meilleure collaboration à l'infirmière qu'auparavant, ce qui permet à cette dernière d'effectuer des interventions éducatives visant à leur rappeler l'importance de l'observance de la médication et du suivi sanguin.

DISCUSSION

L'analyse des soins infirmiers offerts à Madame Côté démontre que la pratique infirmière au SASC intègre plusieurs éléments des compétences décrites par Hamric et al.^[6]. Un double constat s'impose : on note l'intensité de la pratique clinique auprès des clients et les caractéristiques de celle-ci, notamment l'approche holistique, la relation de partenariat et le raisonnement clinique d'expert, sans lesquels ce type de travail serait impossible, ainsi que le large éventail d'interventions basées sur les résultats de la recherche.

Les éléments qui diffèrent le plus entre la pratique décrite et analysée ici et celle proposée par Hamric et al.^[6] se situent au plan de la formation académique. En effet, ces auteurs soutiennent qu'au cœur de la pratique avancée, il y a des assises conceptuelles solides qui sont acquises au cours des études de deuxième cycle en sciences infirmières. Nous adhérons à cette position et nous considérons les infirmières qui travaillent actuellement au SASC comme des pionnières. Leur pratique a émergé de leur expérience sur le terrain et a évolué en fonction des besoins de la clientèle et de ceux de l'équipe. Ces infirmières ressentent toutefois le besoin d'approfondir leurs connaissances; certaines d'entre elles ont commencé des études universitaires en sciences infirmières et les autres participent à des sessions de formation continue à chaque année et à des conférences multidisciplinaires nationales et internationales portant sur le suivi intensif dans la communauté.

L'acquisition de ces différents aspects du savoir (savoir, savoir-être et savoir-faire), qui sont essentiels à la pratique professionnelle des infirmières du SASC, constitue actuellement un enjeu important. En effet, les gestionnaires éprouvent de plus en plus de difficultés à trouver des infirmières qui possèdent les compétences nécessaires pour remplacer les infirmières du SASC, lorsqu'elles sont absentes ou désirent changer de poste. Désormais, le fonctionnement du SASC n'est plus un processus en émergence et la clientèle ne cesse de s'accroître. Les nouvelles infirmières qui joignent les rangs des « services d'accompagnement et de soutien communautaire » doivent pouvoir intervenir adéquatement, et ce, dès leur entrée en fonction. Or, Hamric et al.^[6] sont formels à ce sujet : la formation de deuxième cycle est nécessaire à l'acquisition de ces compétences. Les milieux cliniques sont-ils prêts à exiger un tel niveau de formation pour assurer la qualité des interventions infirmières requises ?

Cette question se pose avec beaucoup d'acuité, d'autant plus que certaines pratiques professionnelles qui n'ont pas été abordées dans cet article, telle la gestion du traitement pharmacologique des clients, est en grande partie assumée par les infirmières. Étant donné qu'il s'agit d'un acte exclusif aux médecins, des actions devront être entreprises à très court terme afin de régulariser ces pratiques. Jusqu'à quel point sera-t-il possible pour une infirmière d'appuyer ses décisions cliniques, relatives à la pharmacothérapie, sans posséder les connaissances nécessaires ? La nouvelle Loi sur les infirmières et infirmiers stipule explicitement que les connaissances sont une condition dans l'utilisation des ordonnances collectives^[8].

En dépit de certaines limites, cette étude permet de soulever la question de la formation dans toute sa complexité. Comme il s'agit d'une étude de cas, on ne peut

APPROCHE CLINIQUE EN SOINS INFIRMIERS PSYCHIATRIQUES : ÉTUDE DE CAS D'UNE PRATIQUE AVANCÉE

présumer que les interventions mentionnées sont effectuées auprès de l'ensemble de la clientèle des infirmières du SASC. Cependant, le cas présenté relève d'une sélection judicieuse et nous semble représentatif. De plus, pour élaborer la reconstitution historique, nous avons mené une recherche archivistique exhaustive. Par ailleurs, l'analyse des résultats, c'est-à-dire les liens effectués entre les faits cités dans cette reconstitution historique et les caractéristiques de la pratique avancée, ont été discutés et validés par la professeure responsable du cours. Il n'en demeure pas moins qu'il s'agit d'une seule étude de cas; nous prévoyons que d'autres études semblables pourraient éventuellement enrichir ces résultats ou, à l'inverse, les contredire.

BIBLIOGRAPHIE

1. Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec. Suivi intensif dans la communauté pour personnes atteintes de troubles mentaux graves, rapport CETS 99-1 RF. 1999.
2. Farkas M. La réadaptation et la santé mentale. Montréal : Colloque de l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM). 1986.
3. Association des infirmières et infirmiers du Canada. La pratique infirmière de niveau avancée au premier plan. ZOOM sur les soins infirmiers, Enjeux et tendances dans la profession infirmière au Canada 1997; (2): 1-6.
4. Dubé MJ, Letarte L, Poirier MJ, Yelle S. Au-delà des assises conceptuelles. Communication présentée au Colloque international des infirmières. Copenhague, Danemark. 2001:
5. Dubé MJ, Letarte L, Poirier MJ, Yelle S. Les soins communautaires, au delà des assises conceptuelles. Soins Psychiatrie 2002: 31-34.
6. Hamric AB, Spross JA, Hanson CH. Advanced nursing practice: an integrative approach. Philadelphie: W.B. Saunders Company, 2000.
7. Yin RK. Case study research : Design and methods. 2nd edition. Newbury Park: Sage Publications, 1994.
8. Gouvernement du Québec. Loi sur les infirmières et infirmiers L.R.Q. chapitre I-8 [version électronique consultée le 9 août 2004], <http://publicationsduquebec.gouv.qc.ca/home.php#>. 2004:

ANNEXE

Critères primaires	Formation académique de 2 ^e cycle Certification Pratique clinique centrée sur le patient/famille
Compétence principale	Pratique clinique directe <ul style="list-style-type: none"> • Perspective holistique • Partenariat avec les patients • Raisonnement clinique expert • Pratiques cliniques basées sur résultats de la recherche • Interventions éclectiques
Compétences complémentaires	Enseignement et « coaching » Consultation Habilités de recherche Leadership clinique et professionnel Collaboration Habilités de prise de décisions éthiques

Tableau 1 Composantes de la pratique avancée^[6]