



NORMES CANADIENNES POUR LA PRATIQUE INFIRMIÈRE EN SANTÉ MENTALE ET EN PSYCHIATRIE.

5^e édition — septembre 2023

*Fédération canadienne des infirmières
et infirmiers en santé mentale*

Normes Canadiennes Pour la Pratique Infirmière en Santé Mentale et en Psychiatrie - 5e Édition

Membres du comité de la 5^e édition des normes de la Fédération canadienne des infirmières et infirmiers en santé mentale (CFMHN).

Elaine Santa Mina, PhD, Inf. – Présidente, Ontario
Gloria McInnis-Perry, PhD, Inf., ICS, CSPSM(C) – Co-présidente, Île-du-Prince-Édouard
Margaret Gehrs, MScN, Inf., CSPSM(C) – Ontario
Arlene Kent-Wilkinson, PhD, Inf., CSPSM(C) – Saskatchewan
Katherine Wong, MEd, BScN, Inf., ne pratique pas – Ontario

Contributeurs

Sara Abrahms, MN, Inf. – Ontario
Christine Genest, PhD, Inf. – Québec
Marlee Groening, MSN, BSN, Inf., IAP – Colombie-Britannique
Carmen Hust, PhD, Inf., CSPSM(C) – Ontario
Sara Ling, PhD, Inf. – Ontario
Juliet Osie-Boateng, MN, Inf., – Ontario
Tanya Park, PhD, Inf. – Alberta
Reka Schaffer, Inf. – Ontario
Kristina Tsygun, Inf. – Ontario

Pairs réviseurs

Lorelei Gibson, MN, BSN, Inf., CSPSM(C) – Colombie-Britannique
Josephine Muxlow, MSc, Inf., CSPSM(C) – Nouvelle-Écosse
Cynthia Russell, MN, BSN, Inf. – Colombie-Britannique

Citation

Fédération canadienne des infirmières et infirmiers en santé mentale. (septembre 2023). *Normes canadiennes pour la pratique infirmière en santé mentale et en psychiatrie*. (5^e Éd.).

<https://www.cfmhn.ca/>

Reconnaissance du territoire

Au Canada, d'un océan à l'autre, nous reconnaissons les territoires ancestraux non cédés des Premières nations, des Inuits et des Métis qui ont été déplacés par la colonisation.

TOUTES LES MARQUES DE COMMERCE RECONNUES
PRODUIT PAR OPENCITY INC.



© 2023 CFMHN

Table des matières

Liste de tableau	3	NORMES	19
Introduction	4		
Évolution des Normes de Pratique de la FCIISM	6	NORME I : Fournir avec compétence des soins professionnels tout en développant une relation thérapeutique.	20
Développement de la 5 ^e Édition des Normes de Pratique de la FCIISM	9	NORME II : Effectuer/préciser les évaluations des clients par le biais de la fonction de diagnostic et de suivi	22
Transformation des Soins Infirmiers au Canada : Impact sur l'Élaboration des Normes	10	NORME III : Administrer et contrôler les interventions thérapeutiques	24
Objectif des Normes de Pratiques Spécialisées Les Questions Actuelles qui Façonnent le Contexte de la Pratique	11	NORME IV : Gérer efficacement les situations en évolution rapide	26
Valeurs et Croyances	17	NORME V : Intervenir dans le cadre de la fonction d'enseignement-encadrement	28
		NORME VI : Surveiller et assurer la qualité des pratiques de soins de santé	29
		NORME VII : Pratiques dans le cadre de la structure organisationnelle et des rôles professionnels	31
		Glossaire	33
		ANNEXE A : Réflexion sur le titre des Normes canadiennes pour la pratique infirmière en santé mentale et en psychiatrie, 5 ^e édition	50
		ANNEXE B : Contexte et considérations pour la révision des Normes de pratique	51
		Références	54

Tableau 1 Registre des modifications

Introduction

Au Canada, les infirmiers et infirmières travaillant en santé mentale et en psychiatrie forment un vaste groupe de praticiens agréés dans leurs provinces et territoires respectifs.

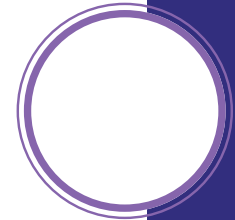
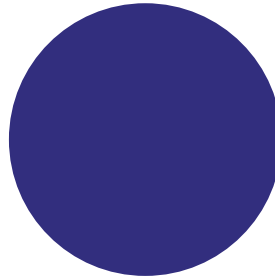
Ils comprennent les infirmières autorisées (IA), les infirmières autorisées en psychiatrie (IAP), les infirmières praticiennes (IP) et les infirmières auxiliaires autorisées (IAA). Ils fournissent des soins spécialisés aux individus, familles, groupes, communautés et populations dans un large éventail de contextes et d'environnements autant pour les troubles mentaux ainsi que les troubles liés à l'utilisation de substances et aux dépendances. Les soins infirmiers en santé mentale et en psychiatrie (SISMP) sont dispensés en personne et/ou virtuellement tout le long du continuum de soins en santé mentale et ce, pour tous groupes d'âges. Les milieux de pratique comprennent, et sans s'y limiter, les hôpitaux et les secteurs ambulatoires, les soins aigus et continus, les services en dépendances, la communauté, la médecine légale et la santé publique. Les soins infirmiers en santé mentale et en psychiatrie sont en constante évolution en réponse aux changements et besoins complexes de la population et des technologies alternatives de prestation de soins. Les infirmiers et infirmières en santé mentale et en psychiatrie s'adaptent au changement en élargissant leurs connaissances et leur compréhension de la santé mentale et des troubles mentaux, tout en dispensant de manière compétente aux Canadiens, des soins sécuritaires et éthiques basés sur des données probantes.

La santé mentale des Canadiens a été affectée par plusieurs événements nationaux et mondiaux sans précédent. La pandémie qui a débuté en 2020 a provoqué des changements qui dépassent l'imagination; isolement à la maison, éloignement physique, dépendance à l'égard des technologies

virtuelles et des médias sociaux, port du masque, facteurs de stress sur les lieux de soins et fermetures répétées d'entreprises, d'écoles et de lieux de culte. Les difficiles circonstances liées à la COVID-19 (maladie respiratoire aiguë 2019-nCoV) ont rendu les problèmes liés à la violence domestique/conjugale et à la crise des opioïdes plus visibles pour les Canadiens.

Au Canada, la redécouverte traumatisante de tombes anonymes de centaines d'enfants autochtones sur les anciens sites des pensionnats a attiré l'attention du pays sur l'impact du colonialisme. Les Canadiens doivent faire face à des événements très médiatisés d'abus sexuels systémiques ciblés sur des communautés et des individus, de racisme, de crimes haineux, de tueries de masse et d'autres formes de traumatisme et de violence. De nombreux appels sont lancés pour que des changements soient apportés localement au racisme structurel et systémique qui a un impact sur la santé mentale et le bien-être des Noirs, des Autochtones, des personnes présentant une diversité de couleur, de genre et des LGBTQIP2SSAA+ (lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres, queers, en questionnement, intersexuels, pansexuels, bispirituels, asexuels et alliés), afin d'assurer l'équité, la diversité et l'inclusion (EDI) pour tous. Les troubles politiques, sociaux et économiques évoluent rapidement à l'échelle mondiale et les conflits militaires, se poursuivent. Tous ces problèmes, y compris les migrations et l'immigration qui en résultent, exercent une pression sur les ressources de la société en matière de santé mentale.

En outre, les menaces existentielles du changement climatique et les impacts traumatiques des catastrophes



environnementales au Canada (p. ex. : sécheresses, feux de forêts, inondations, ouragans, etc.) ont accru l'éco-anxiété et d'autres problèmes de santé mentale au sein de notre population.

Au Canada, les soins de santé mentale sont régis au niveau fédéral/provincial et territorial par les législations respectives de chaque autorités provinciales et territoriales sur la santé mentale. Les infirmiers et infirmières canadiennes en santé mentale et en psychiatriques plaident depuis longtemps en faveur de changements du système et des politiques de soins de santé mentale du pays qui sont en constante évolution. Ils continuent de soutenir et de répondre à la Stratégie canadienne en matière de santé mentale (Commission de la santé mentale du Canada [CSMC], 2012), intitulée *Changer les orientations, changer des vies* et de donner suite aux appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation (CVR, 2015). La pratique des SISMP s'appuie également sur les *Déterminants sociaux de la santé* (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2022) et les 17 *Objectifs de développement durable* (Département des Affaires Économiques et Sociales, s. d.).

Les *Normes canadiennes pour la pratique infirmière en santé mentale et en psychiatrie* de la Fédération canadienne des infirmières et infirmiers en santé mentale (FCIISM) (appelées « les *Normes* » dans le présent document) sont des *Normes* de spécialité infirmière destinées à guider la pratique. La révision des *Normes* permet de s'assurer que la pratique des soins infirmiers en santé mentale et en psychiatrie reste fondée sur des données probantes, contemporaines, pertinentes et adaptées aux besoins des individus, des familles, des communautés et du système de soins de santé. La myriade de questions sociales, d'événements mondiaux et de changements dans la politique de santé mentale qui ont un impact sur la société canadienne, et qui sont décrits ci-dessus, ont fourni le contexte pour les révisions de la cinquième édition des *Normes*.

Cette cinquième édition des *Normes* canadiennes comprend une brève discussion sur l'évolution des éditions précédentes vers les *Normes* de pratique actuelle de la FCIISM, ainsi que les points saillants de la cinquième édition révisée des *Normes* de pratique. Cet aperçu historique de l'élaboration des *Normes* donne un aperçu de l'évolution des contextes de pratique canadiens qui ont façonné les valeurs des soins infirmiers spécialisés et les priorités en matière de soins au fil du temps. La 5^e édition comprend les objectifs des *Normes* pour la pratique spécialisée, les questions d'actualité, les valeurs et les croyances, les acronymes, le glossaire, les références et les annexes.

Évolution des normes de pratique de la FCIISM

Au cours des trois dernières décennies, l'élaboration et la révision des *Normes* (Association des infirmiers et infirmières du Canada [AIIC], 2002 ; Fritzsche, 2008 ; Kane, 2015 ; Martin et al., 2013) ont constitué un mandat pour la FCIISM. Au fur et à mesure de l'évolution des questions et tendances sociétales et des soins de santé, ainsi que des preuves empiriques, les *Normes* ont également suivi en subissant des révisions adaptées et substantielles. Le tableau 1 présente un résumé chronologique du titre et des points forts de chaque édition des *Normes*. En outre, l'annexe A présente une réflexion sur le titre de la 5^e édition.



Tableau 1
Registre des modifications

Édition des Normes	Points saillants
<p>5^e édition (2023)</p> <p><i>Normes canadiennes pour la pratique infirmière en santé mentale et en psychiatrie</i></p>	<p>Reconnaît les problèmes sociaux, politiques, économiques et environnementaux/changements climatiques sans précédent qui ont un impact sur la santé mentale des Canadiens en :</p> <ul style="list-style-type: none"> • mettant à jour l'analyse documentaire sur la santé mentale autochtone, les déterminants sociaux de la santé (DSS), la violence, l'antiracisme, l'intersectionnalité, les troubles liés aux substances et à la dépendance, la pandémie de COVID-19 et la santé mentale, ainsi que l'aide médicale à mourir (AMM) et la santé mentale ; • intégrant les résultats de deux enquêtes menées auprès des membres de la FCIISM (avant et après le début de la pandémie de COVID-19) à l'automne 2019 et de 2020, décrites à l'annexe B ; • soutenant la CVR (2015) et ses recommandations ; • incluant les avancées en matière de technologie et de soins virtuels ; • reconnaissant que les Normes sont pertinentes pour un éventail plus large d'infirmières réglementées fournissant des soins de santé mentale spécialisés, par exemple les IA, les IAP, les IAA et les IP ; • prenant acte de l'enquête nationale sur les violences faites aux femmes autochtones (<i>Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées</i>, 2019a, 2019b) ; • faisant référence à l'évolution des législations et des politiques, notamment la loi sur le cannabis (2018), l'exemption de la Colombie-Britannique à la décriminalisation de certaines drogues illégales à • augmentant la sensibilisation à la discrimination et au racisme systémique au Canada (Turpel-LaFond, 2020) ; et • organisant les Normes pour qu'elles passent du micro (individus) au macro (organisations et systèmes).
<p>4^e édition (2014)</p> <p><i>Canadian Standards for Psychiatric-Mental Health Nursing: Standards of Practice</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • l'accent est mis sur les principes des soins de santé primaires, le modèle de rétablissement, l'éthique, la relation thérapeutique, la réduction de la stigmatisation, et l'adoption et l'appréciation de la diversité. • soutient l'application de <i>Changer les orientations, changer des vies : La Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada</i> (CSMC, 2012). • les données empiriques ont été mises à jour pour soutenir les indicateurs des Normes. • a soulevé un appel à davantage de recherche en soins infirmiers spécifiquement axée sur les indicateurs qui manquaient de preuves empiriques solides. • a répondu aux demandes d'enquête visant à rendre les Normes plus accessibles aux différents groupes d'infirmiers experts en psychiatrie et santé mentale, qui exercent dans tous les secteurs, de l'université à la recherche en passant par la clinique (McInnis-Perry et al., 2015).

Édition des Normes	Points saillants
<p>3^e édition (2006)</p> <p><i>Canadian Standards for Psychiatric-Mental Health Nursing</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> le titre a été modifié pour devenir <i>Canadian Standards for Psychiatric-Mental Health Nursing</i>. prise en compte des commentaires de 31 utilisateurs de services de santé mentale à travers le Canada, qui ont participé à des groupes de discussion. Ils ont identifié les thèmes qui nécessitaient l'amélioration/le développement des indicateurs : relations thérapeutiques, éducation, environnement de travail, enseignement, stigmatisation des infirmières, sécurité et gestion des risques, soins centrés sur le patient, expérience des utilisateurs, et étiologie biologique/psychologique de la maladie mentale.
<p>2^e édition (1998)</p> <p><i>Canadian Standards of Psychiatric and Mental Health Nursing Practice</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> le titre a été modifié pour devenir <i>Canadian Standards of Psychiatric and Mental Health Nursing Practice</i>. la spécialité des soins infirmiers en santé mentale a été élargie au-delà des soins aigus et de longue durée en milieu hospitalier pour s'étendre aux modèles de soins communautaires. prise en compte des commentaires de praticiens de tout le pays.
<p>1^{ère} édition (1996)</p> <p><i>Standards of Psychiatric and Mental Health Nursing</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> les responsables des soins infirmiers en santé mentale à travers le Canada ont créé un document initial de Normes qui reconnaissait la spécialité des soins infirmiers en santé mentale. Il s'agissait du précurseur de la certification de la spécialité : Certification en soins infirmiers psychiatriques et de santé mentale (Canada). le cadre des domaines de pratique de Benner (1984) a été utilisé pour reconnaître la transition du novice à l'expert, caractérisée par des infirmières ayant deux ou trois ans d'expérience au sein de la spécialité de santé mentale.

Développement de la 5^e édition des normes de pratique de la FCIISM

Le Comité des Normes de la FCIISM est un sous-comité du Comité d'éducation de la FCIISM. Il est composé de représentants en provenance de tout le pays, de divers secteurs œuvrant en santé mentale et de différents professionnels infirmiers réglementés qui fournissent des soins en santé mentale.

Les « domaines de pratique » de Benner (1984) continuent d'être le cadre conceptuel des *Normes* et reconnaissent que l'infirmière évolue du statut de novice à celui d'experte dans le cadre de la pratique spécialisée des soins infirmiers en santé mentale. Les compétences sont classées en sept domaines : (1) relation thérapeutique, (2) évaluation systématique et prise de décision, (3) administration et suivi des interventions thérapeutiques, (4) gestion efficace de situations en évolution rapide, (5) fonction d'enseignement/coaching, (6) contrôle et garantie de la qualité des pratiques de soins de santé, et (7) compétences organisationnelles et du rôle professionnel.

Lors de chaque mise à jour des *Normes*, les membres de la FCIISM ont été consultés afin d'identifier les questions et les préoccupations actuelles. Pour cette 5^e édition, des sondages ont été menés en 2019 avant la pandémie de COVID-19 et à nouveau en octobre 2020 lors de l'émergence des différentes vagues ultérieures de COVID-19. Des présentations sur le processus de révision des *Normes* ont été faites aux membres lors d'ateliers tenus lors des conférences de la FCIISM en 2019 et 2021 et ont tenu compte des commentaires et des interactions des participants.

Transformation des soins infirmiers au Canada : impact sur l'élaboration des normes

Les éditions précédentes des *Normes* ont été élaborées pour les infirmières et infirmiers autorisés travaillant dans le domaine spécialisé des SISMP. Plus récemment, l'AIC s'est positionnée pour représenter tous les professionnels infirmiers, y compris l'ensemble des différents titres autorisant l'exercice de la profession au Canada. C'est pourquoi la FCIISM a emboîté le pas en soulignant la nécessité d'élargir la portée des *Normes* aux différentes infirmières réglementées, autres que les infirmières autorisées.

La famille professionnelle des infirmières réglementées de l'AIC

L'histoire de la profession infirmière au Canada a été transformée lors du congrès de l'AIC tenu le 18 juin 2018. Les infirmières et infirmiers autorisés ont voté massivement (135 contre 10) en faveur de l'ouverture de l'adhésion à l'AIC pour inviter tous les professionnels infirmiers réglementés au Canada (AIC, 2019). Cette modification de la structure de gouvernance de l'AIC (2019) accueille désormais une famille de professionnels infirmiers réglementés : Les infirmières et infirmiers autorisés, les infirmières et infirmiers autorisés en psychiatrie et les infirmières et infirmiers auxiliaires. Les infirmières travaillant en santé mentale et psychiatrie peuvent également occuper des postes de pratique avancée tels que ceux d'infirmière praticienne ou d'infirmière clinicienne spécialisée (ICS). Avant 2018, l'AIC était la voix nationale des infirmières et infirmiers autorisés au Canada. Aujourd'hui, l'AIC est la voix professionnelle nationale de toutes les infirmières et de tous les infirmiers canadiens. Ce changement de gouvernance était important, car certaines spécialités infirmières de l'AIC avaient déjà rapporté ces changements à leurs membres (c.-à-d. ajout des infirmières auxiliaires/infirmière praticienne) ou étaient sur le point de le faire. À partir de 2020,

le processus de certification de l'AIC pour la certification en soins infirmiers psychiatriques et de santé mentale (Canada) [CSPSM(C)] a été ouvert aux IAA.

En tant que professionnels de santé réglementés (Almost, 2021 ; Institut canadien d'information sur la santé, 2021), les infirmières sont autorisées à exercer en vertu de lois provinciales/territoriales qui définissent les exigences disciplinaires et de gouvernance ainsi que la délivrance du permis d'exercice afin de protéger le public. Ces lois exigent que les organismes provinciaux et territoriaux de réglementation des soins infirmiers établissent, contrôlent et appliquent des normes d'exercice qui, avec le code de déontologie, définissent les valeurs, les connaissances et les compétences d'une profession. Ces normes facilitent l'autogestion professionnelle car elles explicitent les attentes de la profession quant aux compétences et aux performances de ses membres (Austin, 2019).

Les *Normes* de pratique spécialisées du FCIISM s'adressent aux infirmières spécialisées en psychiatrie et en santé mentale au Canada. Ces *Normes* de pratique pourront être utiles aux infirmiers et infirmières possédant diverses désignations réglementaires.

Objectif des normes de pratiques spécialisées

« L'objectif principal des Normes est d'orienter la pratique professionnelle afin de promouvoir des services sécuritaires et éthiques offerts avec compétence aux clients » (AIIIC, 2017, p. 9).

Les normes permettent aux infirmières de formuler le niveau de performance souhaité et réalisable dans un domaine de spécialité particulier et d'en rendre compte (McInnis-Perry et al., 2015). Les Normes guident l'évaluation de la pratique des SISMP dans un cadre professionnel et éthique. Les Normes ont inspiré les compétences en matière de santé mentale et voir à toujours changer pour dépendance lors de l'entrée dans la pratique pour la formation infirmière de premier cycle, qui ont servi de guide pour les programmes d'études infirmières de niveau baccalauréat au Canada (Association canadienne des écoles de sciences infirmières [ACESI] et FCIISMP, 2015) et la CSPSM(C) de l'AIIIC (Austin et al., 1996).

Les questions actuelles qui façonnent le contexte de la pratique

Lorsque le Comité des Normes de la FCIISMP a entrepris le travail d'élaboration de cette 5^e édition, le monde était plongé dans la pandémie de COVID-19 déclarée par l'OMS le 11 mars 2020 (OMS, 2020). D'autres questions interdépendantes sont apparues en raison de la confluence de contextes politiques, économiques, culturels et sociaux en évolution au moment de la rédaction du présent document. Les principales questions sont énumérées ci-dessous, sans ordre de priorité particulier :

1. Impact de la pandémie de COVID-19 sur le bien-être

- L'augmentation du stress lié à la santé mentale en raison des séquelles de la pandémie de COVID-19, telles que l'impact physique de la maladie, l'isolement social et les perturbations des relations interpersonnelles (Arevian et al., 2020 ; Bedore, 2020 ; Centre de toxicomanie et de santé mentale [CAM-H], s. d.-a ; Gruber et al., 2021 ; Zelyck, 2020).
- Des circonstances angoissantes liées à la COVID-19 ont augmenté la prévalence de la violence domestique/conjugale entre partenaires intimes (DeJong et al., 2020 ; Nelson et al., 2022).
- Nécessité de soins intégrés pour les affections et comorbidités physiques et mentales aiguës/chroniques (Pan et al., 2021).
- Réponse à l'augmentation des taux de mortalité liés à la COVID-19 (COVID-19 Excess Mortality Collaborators, 2022).
- Maladies et facteurs de stress liés à la COVID-19 chez les travailleurs de la santé (Buselli et al., 2020 ; Elia et Vallelonga, 2020 ; Horesh et Brown, 2020).
- L'impact différentiel de la pandémie sur les populations vulnérables (Cénat et al., 2021 ; Doan et al., 2021 ; Friesen et al., 2021 ; Statistique Canada, 2020).
- Exacerbation de l'épidémie associée à la crise des opioïdes dans le contexte de la pandémie de COVID-19 (Government of British Columbia, 2022).
- L'impact systémique des restrictions et des interventions de santé publique en contexte de pandémie (Horesh et Brown, 2020 ; Moreno et al., 2020).

2. Bien-être et santé mentale autochtones

- Les modèles autochtone et mondiale du bien-être et de la santé mentale diffèrent des modèles eurocentriques (Douglas, 2020 ; Graham et Stamler, 2010 ; Kent-Wilkinson et Austin, 2023).
- Déclenchements émotionnels par des événements très médiatisés de racisme systémique, communautaire et individuel (Mezey et al., 2016 ; Turpel-LaFond, 2020), notamment la découverte troublante et traumatisante de tombes anonymes d'enfants autochtones sur les sites d'anciens pensionnats (Phillips-Beck et al., 2020 ; Quon et Issa, 2022).
- Le manque de connaissances et d'éducation sur l'histoire des peuples autochtones au

Canada (Schmalz et al., 2022) ; la nécessité d'intégrer les principes de sécurité culturelle et d'antiracisme dans les normes de pratique et les programmes d'études en soins infirmiers (ACESI, 2020 ; Kent-Wilkinson et Austin, 2023).

- Des lacunes inadéquates et inévitables en matière de soins et de ressources en santé mentale : santé mentale autochtone, troubles liés aux substances et à la dépendance, troubles concomitants, comorbidités médicales et double diagnostics (Kunyk, 2023a ; Pathways Indigenous Health Collaboration, 2021 ; Perdacher et al., 2019).
- La culture en tant que DSS (OMS et Fondation Calouste Gulbenkian, 2014 ; OMS, s. d.).
- Les traumatismes intergénérationnels (Franco, 2021 ; Graham et Austin, 2023).
- Les processus de colonisation actuels en tant que facteurs ayant un impact sur la santé mentale (Douglas, 2020).
- La surincarcération des autochtones dans le système de justice pénale et leur surreprésentation dans le système de placement familial (Cesaroni et al., 2019 ; Clark, 2019 ; Bureau de l'enquêteur correctionnel [BEC], 2020).
- Nécessité que les Normes reflètent les appels à l'action de la *Commission de vérité et réconciliation du Canada : Appels à l'action* (en particulier #19, #23iii, #24, et #40-48) qui concernent directement la santé mentale (c'est-à-dire le suicide, les dépendances, le syndrome d'alcoolisation fœtale et les maladies chroniques), la surincarcération des populations autochtones dans le système de justice pénale, les programmes d'études en soins infirmiers et la nécessité d'une formation sur les compétences culturelles pour tous les professionnels de la santé (CVR, 2015).

3. Impact de la stigmatisation, de la discrimination et du racisme sur la santé mentale.

- L'impact permanent de la stigmatisation, du racisme et des processus de colonisation sur la santé mentale d'aujourd'hui (AICC, 2020b ; CSMC, 2018 ; Turpel-LaFond, 2020).
- Nécessité pour les infirmières d'examiner leurs propres croyances et pratiques, qui peuvent être sources de stigmatisation et de racisme (CSMC, 2013a).
- Importance des interventions continues de déstigmatisation (Government of British Columbia, 2021 ; Turpel-LaFond, 2020).
- La stigmatisation structurelle; le racisme systémique et individuel (Beaulne-Stuebing, 2021).
- Sensibilisation accrue et signalement des crimes haineux (CBC News, 2021 ; McElroy, 2017 ; Zine, 2021).
- L'exposition permanente à la stigmatisation et au racisme par le biais des médias sociaux (Lowrie et Malone, 2020).
- Des problèmes de santé mentale contribuant davantage à aggraver la stigmatisation et la discrimination (Mezey et al., 2016).
- Une sensibilisation accrue à la discrimination envers les populations vulnérables (p. ex. : capacitisme, sans-abri, LGBTQIP2SSAA+ et les groupes de minorités culturelles ; Adam et Jiang, 2023).

4. Abus, violence et traumatismes

- Traumatisme (CAM-H, s. d.-b), historique (Aguilar et Halseth, 2015 ; Graham et Austin, 2023), intergénérationnel (Aguilar et Halseth, 2015 ; Brave Heart, 2003 ; Fossion et al., 2003 ; Franco, 2021) et intersectionnel (Ezell et al., 2021).
- Nécessité d'une offre de soins tenant compte des traumatismes (TIC ; Browne et Baker, 2016 ; Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2014) et/ou d'approches tenant compte des traumatismes et de la violence (Hirani et Varcoe, 2023 ; Ponice et al., 2016 ; Agence de la santé publique du Canada [ASPC], 2018).
- L'intimidation des populations vulnérables (p. ex. : la cyberintimidation ; Jones-Bonofiglio, 2023 ; Kunyk, 2023b).

- Les problèmes de maltraitance des populations LGBTQIP2SSAA+ (Adam et Jiang, 2023 ; Hirani et Varcoe, 2023).
- La maltraitance des partenaires intimes affectant la santé mentale (Nelson et al., 2022).
- Les problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés (O'Mahony et Clark, 2018 ; Salmani et al., s. d.).
- L'impact des violences de masse dans une communauté (CBC News, 2022 ; Graham et Austin, 2023 ; Lopez-Martinez, 2022).
- Les expériences défavorables vécues pendant l'enfance, ainsi que les vulnérabilités aux abus et aux traumatismes liées à l'âge, tout au long de la vie (c'est-à-dire les enfants, les jeunes, les adultes et les personnes âgées ; Centers for Disease Control and Prevention, 2021 ; Graham et Austin, 2023 ; Hall et al., 2021 ; Peternelj-Taylor, 2018).
- Le stress post-traumatique lié à la profession et les vulnérabilités en matière de santé mentale (p. ex. : le personnel de santé, le personnel militaire et les premiers intervenants ; Kunyk, 2023b ; CSMC, 2013b).
- La discrimination intersectionnelle (Adam et Jiang, 2023 ; Ezell et al., 2021).

5. Troubles liés à l'utilisation d'une substance, troubles de dépendance et troubles concomitants

- Prévalence accrue des troubles liés à l'utilisation de substances, de la dépendance et des troubles concomitants nécessitant un soutien pour un vaste continuum de soins intégré (CAM-H, s. d.-a ; Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, s. d. ; AICC, 2020a ; Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario [AIIAO], 2015a).
- L'escalade de la crise des surdoses d'opioïdes au Canada et la prédominance toujours actuelle des effets néfastes de la consommation d'alcool et de tabac dans tout le pays (Government of British Columbia, 2022).
- L'évolution du climat social et politique ayant un impact sur la prestation des soins (légalisation du cannabis, discussions sur la décriminalisation de la possession d'une petite quantité de substance et stratégies de réduction des risques ; Loi sur le cannabis, 2018 ; Government of British Columbia, 2022 ; Santé Canada et ASPC, 2019).
- Importance croissante des connaissances et compétences spécialisées pour la gestion du sevrage, la réduction des risques et les interventions pharmacologiques (Kunyk, 2023a).
- Le besoin croissant de ressources et de services pertinents pour répondre à l'acuité et à la complexité accrues des comorbidités liées aux problèmes de consommation de substances (Kunyk, 2023a).
- Tendance actuelle d'une planification de politiques et de programmes visant à intégrer les troubles liés à l'utilisation de substances et la dépendance aux soins de santé mentale (CAM-H, s. d.-c ; Service correctionnel Canada, 2012 ; Service correctionnel Canada, 2019).

6. Comorbidités médicales et les troubles mentaux

- Des soins médicaux et de santé mentale historiquement cloisonnés dans les établissements de soins de santé mentale en raison de barrières institutionnelles et systémiques (Douglas, 2020).
- Une demande sans précédent sur les ressources opérationnelles et humaines du système de soins de santé créant un besoin accru de soigner les individus atteints de troubles mentaux de manière holistique et in situ dans un cadre de santé mentale et/ou de santé non mentale (Canadian Mental Health Association Ontario, s. d.).
- Une susceptibilité croissante des individus atteints de troubles mentaux graves à souffrir également de maladies physiques chroniques et d'incapacités associées aux effets métaboliques secondaires des pharmacothérapies, au mode de vie et aux DSS.
- Les personnes atteintes de troubles mentaux risquent de voir leur espérance de vie considérablement raccourcie et leur état de santé se dégrader en raison de la stigmatisation, de la discrimination et d'autres obstacles à des soins de santé appropriés et respectueux (Douglas, 2020 ; Service correctionnel Canada, 2019).

7. Influences sur les rôles et responsabilités professionnels

- Sensibilisation accrue aux services de santé mentale et augmentation de la demande en la matière ; inégalité systémique exacerbée en matière d'allocation financière pour les ressources essentielles.
- L'évolution des technologies pour inclure la e-santé mentale et l'informatique clinique (Li et al., 2022 ; Steidtmann et al., 2020).
- Besoin croissant de clarté des rôles en raison de l'évolution des champs d'exercice au sein de la profession infirmière et parmi les professionnels de la santé travaillant en collaboration dans les établissements de santé mentale.
- Une vision élargie de l'équipe de soins de santé et les personnes significatives pour inclure le partenariat et la collaboration avec les clients et leurs réseaux de soutien naturels.
- Les expériences de stigmatisation par procuration des professionnels œuvrant dans le domaine de la santé mentale ont un impact sur la pratique et la collaboration collégiale.
- Assurer une formation continue pour mettre à jour les connaissances, les aptitudes et les compétences des infirmiers en santé mentale (p. ex. : changements législatifs, critères de diagnostic, interventions pharmacologiques, soins physiques pour les comorbidités complexes, prestation de soins virtuels et le soutien comportemental dans les soins de longue durée).
- Évolution du paradigme vers des soins holistiques pour se concentrer sur les DSS (OMS, s. d.).
- Les défis liés à l'offre de soins de santé mentale dans des contextes de soins non mentaux ; les débats en cours et les incohérences dans la formation infirmière de premier cycle vis-à-vis de la théorie et de la pratique clinique des soins infirmiers en santé mentale en tant que cours distincts par rapport à des programmes d'études intégrés.
- Obstacles à l'obtention de stages cliniques adéquats en santé mentale pour les étudiants; manque de temps et de contenu.
- Une demande croissante de professeurs, d'instructeurs cliniques et de précepteurs ayant une expertise en santé mentale et physique.
- Besoin permanent de recherche en soins infirmiers en santé mentale ainsi que de pratiques fondées sur des données probantes et/ou de meilleures pratiques en matière de soins en santé mentale.
- Une responsabilité accrue de s'orienter vers les questions politiques et professionnelles actuelles.

8. Déterminants sociaux de la santé

- Dans le cadre des déterminants de la santé au sens large, une sensibilisation accrue à l'impact des DSS sur la santé mentale (OMS, s. d. ; OMS et Fondation Calouste Gulbenkian, 2014).
- L'impact de problèmes sociaux, politiques, économiques et environnementaux/changements climatiques sans précédent sur les DSS (Adam et Jiang, 2023 ; Kent-Wilkinson et Austin, 2023).
- Nécessité de remédier aux inégalités systémiques en matière des DSS et d'accès aux services et ressources de santé mentale (Graham et Martin, 2016 ; Graham et Stamler, 2010 ; ASPC, 2022).
- Manque de services de soins de santé mentale en raison du peu d'attention aux données démographiques de la population et à la diversité culturelle (Graham et Stamler, 2010).
- L'accent mis sur la guérison, le rétablissement et le bien-être (Association canadienne pour la santé mentale [ACSM], 2021 ; CSMC, 2015).

9. Suicide et automutilation

- Montée du risque de suicide et des comportements d'automutilation liés aux facteurs de stress sociétaux associés à la pandémie et à l'augmentation de la consommation de substances (ACSM, 2021).
- Augmentation de la demande de services de santé mentale pour les personnes présentant un risque de suicide et d'automutilation (Jones-Bonofiglio, 2023).

10. Changements législatifs

- Changements législatifs récents ayant un impact sur les personnes vivant avec un trouble de santé mentale.
- Responsabilité des infirmiers et infirmières en santé mentale et psychiatrie de se tenir au courant des changements législatifs qui ont un impact sur la prestation des services de santé mentale, notamment :
 - La loi sur l'AMM de 2016 et l'objectif de 2023 pour l'inclusion des maladies mentales dans l'AMM (Santé Canada, 2022) ;
 - La loi sur le cannabis de 2018, qui légalise la consommation de cannabis à des fins récréatives au Canada (loi sur le cannabis, 2018) ;
 - Mises à jour 2019 des lois sur la protection de la vie privée et de la loi sur l'accès à l'information (Conseil des Arts du Canada, 2019) ;
 - L'exemption de 2022 décriminalisant la possession de certaines drogues illégales pour usage personnel en Colombie-Britannique (Government of British Columbia, 2022) ; et
 - Modifications et révisions continues des lois provinciales et territoriales sur la santé mentale, des lois sur le consentement aux soins de santé et des lois sur les décisions au nom d'autrui (Mental Health Act, 2023 ; Mental Health Services Act, 2020).

Valeurs et croyances

Les Normes sont fondées sur les sept principales valeurs infirmières énoncées dans le *Code de déontologie des infirmières et infirmiers autorisés* de l'AIC (2017) :

1. fournir des soins sécuritaires et éthiques, avec compétence et compassion ;
2. promouvoir la santé et le bien-être ;
3. promouvoir et respecter la prise de décision éclairée ;
4. honorer la dignité ;
5. respecter la vie privée et protéger la confidentialité ;
6. promouvoir la justice ; et
7. être imputable.

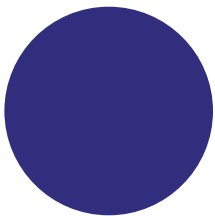
En plus de ces valeurs, les infirmiers et infirmières travaillant en santé mentale et en psychiatrie ont des croyances spécifiques à leur pratique, avec des hypothèses qu'elles considèrent comme vraies. Nos croyances sont pertinentes pour les soins centrés sur l'individu, la famille et la communauté. Elles sont importantes dans le contexte de notre pratique qui est façonnée par les facteurs sociaux, culturels, juridiques, économiques, environnementaux/climatiques et politiques ayant un impact sur les soins de santé mentale au Canada.

Les infirmiers et infirmières en santé mentale et en psychiatrie croient :

- que les relations thérapeutiques infirmière-client sont fondées sur la confiance et le respect mutuel et sont au cœur de la pratique (Forchuk, 2023) ;
- en la possibilité d'atténuer la stigmatisation et la discrimination (CSMC, 2018 ; Mezey et al., 2016) ;
- dans la mise en œuvre de stratégies antiracistes (Kent-Wilkinson et Austin, 2023) ;
- que les droits du genre humain doivent être protégés dans les décisions de soins (Austin et Kent-Wilkinson, 2023) ;
- que les déterminants de la santé doivent inspirer une approche de soins holistique qui reconnaît les expériences uniques et intersectionnelles des clients (Adam et Jiang, 2023) ;
- à l'importance de renforcer les relations de collaboration et de formation d'alliance avec les autres (p. ex. : individus, familles, groupes vulnérables, communautés, services et organismes communautaires et collègues ; Bishop, 2015 ; Dickenson, 2021 ; Swiftwolfe, 2019) ;
- que les soins basés sur la compétence culturelle, l'humilité culturelle et la sécurité culturelle sont fondamentaux pour les soins de santé mentale (Association canadienne de protection médicale [ACPM], 2021 ; AIC, s. d.-a, 2018 ; Curtis et al., 2019 ; de Peralta et al, 2019 ; First Nations Health Authority [FNHA], s. d.-b ; Foronda, 2020 ; Greene-Moton et Minkler, 2020 ; Luznar-Purdy et Kent-Wilkinson, 2021 ; MacKenzie et Hatala, 2019 ; Schmalz et al., 2022 ; Stubbe, 2020 ; CVR, 2015) ;
- dans le rétablissement et le bien-être des personnes de tous âges vivant avec des troubles de santé mentale (Hust et Peternej-Taylor, 2023 ; Marci et al., 2020 ; CSMC, 2015) ;
- dans l'importance de l'enseignement et de l'accompagnement pour aider à la prise de décision éclairée (Snow, 2023a) ;
- dans les pratiques et les approches qui favorisent l'EDI de nos clients et de chacun d'entre nous ;
- dans l'apprentissage continu pour faire progresser les connaissances, les compétences cliniques et les meilleures pratiques afin de répondre aux besoins cliniques émergents (p. ex. : addictions, soins de fin de vie et compétences infirmières en matière de comorbidité ; Kunyk et al, 2023 ; Pollard et Jakubec, 2022) ;

- dans des initiatives d'amélioration de la sécurité des patients (Snow, 2023a) ;
- dans l'initiation, la conduite et l'utilisation de la recherche pour améliorer les soins (Kunyk et al., 2023) ;
- dans le mentorat de la prochaine génération d'infirmières travaillant en santé mentale et psychiatrie (AIIIC, s. d.-b) ;
- dans la pratique collaborative inter/intra-professionnelle (Lasiuk, 2023) ;
- en des leaders et des chercheurs dédiés aux SISMP ayant des qualités morales et visionnaires ;
- la nécessité de faire la promotion de l'excellence dans l'accréditation, les compétences et les normes des SISMP (CMPA, 2021 ; ACESI, s. d. ; College of Registered Psychiatric Nurses of Alberta et al., 2019) ;
- en l'importance d'avoir des environnements de travail positifs, moraux et sains (Kunyk, 2023a) ; et
- dans l'importance de surveiller et de répondre aux problèmes actuels qui ont un impact sur la santé mentale des Canadiens (AIIIC, 2017 ; Kunyk et al., 2023 ; Pollard et Jakubec, 2022).





Certains des termes clés utilisés dans ce document et dans l'énoncé des *Normes* I à VII sont définis dans le glossaire. Les abréviations courantes des organisations professionnelles et des termes relatifs à la santé mentale et à la dépendance figurent également dans le glossaire.

Normes

Norme I

Fournir avec compétence des soins professionnels tout en développant une relation thérapeutique.

La relation thérapeutique est au cœur de la pratique des SISMP et constitue la principale intervention pour promouvoir la prise de conscience et la croissance, la santé mentale et le bien-être, et pour prévenir ou diminuer les troubles mentaux (AIIAO, 2002). La relation thérapeutique est la base à partir de laquelle les infirmières en santé mentale et psychiatrie établissent des partenariats avec les clients. C'est en utilisant les sciences humaines et l'art des soins que les infirmières en santé mentale et psychiatrie développent des relations d'aide (AIIAO, 2002, 2006).

Les infirmières et infirmiers en santé mentale et psychiatrie adhèrent à toutes les normes éthiques, juridiques et professionnelles en matière de relations thérapeutiques définies par leurs ordres professionnels provinciaux/territoriaux et conformément aux lois et législations sur la santé mentale en vigueur dans leur juridiction. Il existe des limites à la confidentialité dans le cadre de la relation thérapeutique, en raison des exigences législatives en matière de rapports sur les situations à haut risque. La confidentialité est conforme aux lois sur la protection de l'information en vigueur dans les différentes juridictions.

Les SISMP prodigués par les infirmières et infirmiers en santé mentale et en psychiatrie sont centrés sur le client et ce, tout au long de sa vie. Les infirmières en santé mentale et en psychiatrie jouent un rôle de premier plan dans l'établissement de relations thérapeutiques sécuritaires, fiables et cohérentes avec des clients qui peuvent souffrir d'une maladie chronique à long terme, d'une exposition prolongée à des crises environnementales et sociétales ou de l'impact d'une catastrophe.

L'infirmière en santé mentale et psychiatrie :

- 1.1. évalue l'influence de la stigmatisation associée à la santé mentale sur ses propres croyances, valeurs et expériences de vie ainsi que sur les relations thérapeutiques qu'elle développe ; procède à un examen de conscience pour réfléchir à ses propres préjugés et à leurs impacts potentiels sur la prestation de soins ;
- 1.2. établit des frontières professionnelles entre les relations sociales et thérapeutiques, y compris l'espace physique, la sous-implication et la sur-implication ;
- 1.3. identifie les problèmes de transfert et de contre-transfert ; s'engage dans une pratique réflexive et demande une supervision pour garantir des résultats sains dans la relation thérapeutique ;

1.4. utilise des techniques de communication thérapeutique expertes (verbales et non verbales) à toutes les phases de la relation thérapeutique pour assurer la sécurité, la confiance et l'engagement du client, y compris des clients qui peuvent être hésitants et/ou qui sont involontaires dans les soins ;

1.5. travaille en partenariat avec les clients pour déterminer leurs besoins en fonction de leurs objectifs et pour créer des environnements propices à la réalisation de ces objectifs ;

1.6. reconnaît l'intersectionnalité (c'est-à-dire la convergence de divers attributs du client et leur impact biopsychosocial respectif sur la relation et le processus thérapeutiques) et négocie et dispense des soins infirmiers pertinents avec une compétence culturelle qui tiennent compte des réactions et des comportements uniques du client déclenchés par des expériences de vie personnelles complexes ;

1.7. comprend l'impact des traumatismes sur la santé mentale et physique du client, avec des maladies chroniques ou aiguës ainsi que sur la communication et le comportement (c'est-à-dire les réactions humaines à la détresse, aux changements environnementaux/climatiques et aux crises sociétales, ainsi que la perte de contrôle qui peut s'exprimer par la colère, l'anxiété, la peur, le chagrin, l'impuissance, le désespoir et l'humour) ; reconnaît l'impact des traumatismes sur la relation et le processus thérapeutiques ; négocie et dispense des soins infirmiers pertinents et tenant compte des traumatismes ;

1.8. identifie le stade de préparation du client au changement ; adapte le rôle thérapeutique infirmier en fonction de la préparation du client au changement (p. ex. : consommation de substances et toxicomanies, observance thérapeutique, gestion du bien-être et de la maladie, logement) ; reconnaît et soutient la participation, la responsabilité et les choix du client en matière de soins ;

1.9. respecte l'expertise vécue et les connaissances uniques du client en matière de promotion de la santé mentale, de guérison et d'information sur le processus de rétablissement ; et

1.10. favorise l'humilité culturelle et la sécurité culturelle en procédant à une critique réflexive de l'efficacité thérapeutique par le biais des réponses et du retour d'information des clients, de la supervision clinique et de l'auto-évaluation.

Norme II

Effectue/précise les évaluations des clients en utilisant les diagnostics et le suivi

L'évaluation, le diagnostic, la formulation de plans de soins et le suivi clinique sont au cœur du rôle infirmier en santé mentale et psychiatrie et dépendent des connaissances spécialisées de l'infirmière ou l'infirmier en santé mentale et psychiatrie et de la compréhension de la signification de l'expérience de la santé ou de la maladie du point de vue du client. Le processus de soins infirmiers fournit un cadre pour la collecte de données avec le client et pour l'élaboration de plans de soins centrés sur le client. Les infirmières en santé mentale et psychiatrie émettent des jugements professionnels fondés sur des données probantes et reconnaissent et incluent le client comme un partenaire précieux. Les infirmières expliquent le processus d'évaluation au client et lui fournissent un retour d'information.

Le plan de soins centré sur le client comprend des interventions fondées sur des données probantes qui englobent les besoins biologiques, psychologiques, sociaux, culturels et spirituels identifiés en collaboration avec le client. Le plan de soins peut également inclure des interventions environnementales pour répondre aux besoins du client

L'infirmière en santé mentale et psychiatrie :

- 2.1. collabore avec le client et ses proches et personnes significatives, pour recueillir des évaluations holistiques centrées sur le client, en mettant l'accent sur la santé mentale et les troubles liés aux dépendances ou à l'alcoolisme par l'observation, l'engagement, l'examen, l'entretien (en utilisant un langage respectueux et axé sur le rétablissement) et la consultation ; reconnaît la variabilité de la capacité du client à participer au processus ;
- 2.2. sollicite activement les connaissances spécialisées du client sur ses expériences de vie et ses expériences des soins reçus dans le cadre du processus d'évaluation ;
- 2.3. documente les données de l'évaluation et les analyse pour déterminer la sécurité et le risque pour soi et pour les autres, l'état mental, l'état de santé biopsychosocial et spirituel, les meilleurs antécédents possibles en matière de médication, les expériences de vie (y compris les antécédents de traumatismes et/ou d'abus), les antécédents et l'impact de la consommation de substances et des dépendances, les inégalités au sein des déterminants de la santé, les forces et le potentiel de bien-être, ainsi que les objectifs du client et sa volonté de changement ;

2.4. formule et sélectionne les modalités thérapeutiques et le plan de soins les plus pertinents, fondés sur des données probantes, dans le continuum de la santé mentale (c'est-à-dire le maintien de la santé mentale, les interventions précoces, la réadaptation psychosociale pour les maladies mentales graves, les toxicomanies et les troubles fonctionnels qui favorisent le bien-être, le traitement, le rétablissement et la réintégration/l'inclusion sociale) ; documente le plan de soins en collaboration avec le client et l'équipe de santé mentale, les partenaires de la communauté et les gestionnaires de cas qui favorisent l'accès aux ressources nécessaires ;

2.5. procède à une réévaluation continue et compare les nouvelles données relatives au client avec les données de référence afin d'anticiper les nouveaux besoins et risques potentiels en matière de santé mentale et autres besoins holistiques, ainsi que les nouveaux objectifs du client et son degré de préparation ; révisé et documente la mise à jour du plan de soins ; et

2.6. planifie des transitions de soins sécuritaires et efficaces entre les établissements de santé mentale et les autres établissements du continuum de soins (p. ex. : de l'hôpital à l'ambulatoire, au domicile et aux soins communautaires) conformément aux directives de pratique fondées sur des données probantes.

Norme III

Administrer et contrôler les interventions thérapeutiques

La nature et la complexité des troubles mentaux et des affections comorbides soulèvent des questions pratiques spécifiques concernant l'administration et l'évaluation de l'efficacité des interventions psychothérapeutiques et autres interventions thérapeutiques. Il s'agit notamment de surveiller les résultats des interventions pour les clients et de réagir en temps opportun aux réactions indésirables et à l'évolution de l'état de santé mentale et physique. Les infirmières et infirmiers en santé mentale et psychiatrie prennent l'initiative et/ou collaborent avec d'autres pour mettre en œuvre des interventions axées sur les sphères biologiques, psychologiques, sociaux, culturels et spirituels. Les infirmières et infirmiers en santé mentale et psychiatrie concentrent également leurs interventions sur le milieu thérapeutique, ce qui inclut le maintien d'un environnement sécuritaire ainsi que la lutte contre les infections, les traumatismes, la violence, la prévention des risques, la prévention des chutes et d'autres vulnérabilités.

Les interventions thérapeutiques fondées sur des données probantes utilisées ou soutenues par les infirmiers en santé mentale et psychiatrie peuvent inclure des interventions qui sont :

- biologiques (p. ex. : électroconvulsivothérapie, pharmacologie, luminothérapie, réduction des risques et nutrition) ;
- psychologiques (p. ex. : thérapie cognitivo-comportementale, thérapie comportementale dialectique, entretien motivationnel, thérapie d'acceptation et d'engagement et thérapies de groupe) ;
- sociales (p. ex. : compétences sociales, gestion du stress, soins centrés sur la personne et la famille, approche axée sur les forces, TIC, étapes du changement, réduction des risques, rétablissement et théorie sociale critique) ;
- spirituel (p. ex. : la relation avec soi-même et les autres, l'espoir et la foi) ; et
- environnementale (p. ex. : la thérapie du milieu, la prévention et le contrôle des infections, les interventions de sécurité physique et la surveillance étroite ; Austin et al., 2019).

Les infirmières et infirmiers en santé mentale et psychiatrie peuvent avoir les connaissances et la formation nécessaires pour prendre l'initiative et/ou collaborer avec d'autres personnes pour mettre en œuvre les interventions. Les interventions thérapeutiques fondées sur des données probantes fournissent des SISMP avec une compétence culturelle et respectueux de la culture, sécuritaires, adaptés à la diversité, éthiques, holistiques, efficaces et efficaces, en accord avec les besoins du client.

Certains clients peuvent présenter un risque de suicide, d'autres un risque d'automutilation ou de préjudice à autrui, soit directement, soit par négligence (y compris la négligence de soi) et, dans certains cas, peuvent être considérés comme incapables de prendre soin d'eux-mêmes. Bien que tout soit mis en œuvre pour faire participer le client à tous les aspects de la prise de décision, les interventions des SISMP doivent donner la priorité à la sécurité du client et de son entourage lorsque le client est jugé incapable de prendre des décisions sécuritaires ou de s'occuper de lui-même. (Voir la norme IV Gérer efficacement les situations en évolution rapide).

Les infirmières et infirmiers en santé mentale et psychiatrie reconnaissent que la législation sur la santé mentale doit protéger et promouvoir le bien-être des Canadiens. Les interventions thérapeutiques doivent tenir compte de toutes les législations pertinentes qui peuvent avoir un impact sur les soins du client et qui exigent l'enseignement, la consultation et le consentement éclairé du client (p. ex. : les lois provinciales/territoriales sur la santé mentale, la législation sur la protection de la vie privée, la législation sur l'AMM et les législations sur le consentement aux soins de santé).

L'infirmière en santé mentale et psychiatrie :

- 3.1. met en œuvre et évalue en permanence les interventions fondées sur des données probantes afin de fournir, avec compétence culturelle, des soins infirmiers éthiques, sécuritaire, efficaces et efficients ;
- 3.2. est informée de la législation en vigueur et éduque et responsabilise les clients et/ou les mandataires dans la mise en œuvre de l'intervention du plan de soins (voir Norme V Intervient par le biais de la fonction d'enseignement-encadrement) ;
- 3.3. préconise auprès des clients une approche centrée sur les forces pour prendre soin d'eux-mêmes (p. ex. : activités de la vie quotidienne, mobilisation des ressources et promotion de la santé mentale) ;
- 3.4. utilise la e-santé mentale en ligne et les technologies pour effectuer des interventions sécuritaires et efficaces dans tous les aspects des soins holistiques (p. ex. : technologies d'observation et de surveillance des clients, administration de médicaments en boucle fermée, tests au point de service, surveillance de la santé physique, prévention des chutes et thérapies virtuelles en ligne) ;
- 3.5. applique ses connaissances et comprend les effets des interventions pharmacologiques sur divers groupes de clients souffrant de troubles psychiatriques, de toxicomanie et de comorbidité ;
- 3.6. administre les médicaments psychotropes et autres avec précision et en toute sécurité en surveillant les réponses thérapeutiques, les réactions, les effets indésirables, la toxicité et les incompatibilités potentielles avec d'autres médicaments ou substances ; dispense un enseignement au sujet de la médication avec un contenu pertinent pour divers groupes de clients ;
- 3.7. utilise des techniques thérapeutiques valables pour les groupes pour faciliter les interventions thérapeutiques de groupe dans le milieu hospitalier ou dans les milieux ambulatoires/communautaires ;
- 3.8. incorpore ses connaissances et s'engage dans des interventions de soins infirmiers centrés sur la famille pour gérer la santé mentale, les troubles liés aux substances et à la dépendance, et les conditions comorbides ;
- 3.9. collabore avec le client, les membres de l'équipe interdisciplinaires et les organismes communautaires pour l'accès et la coordination des ressources nécessaires au rétablissement du client (p. ex. : réseaux de soutien social, emploi, logement, éducation et bénévolat) ; et
- 3.10. recueille les réponses et les perceptions du client pour évaluer les soins infirmiers et les autres interventions thérapeutiques ; intègre le retour d'information dans la pratique pour améliorer continuellement le plan de soins.

Norme IV

Gérer efficacement les situations en évolution rapide

La gestion efficace de situations en évolution rapide est essentielle dans des circonstances critiques qui peuvent être qualifiées d'urgences psychiatriques, médicales, environnementales, pandémiques, catastrophiques ou autres. Les situations en évolution rapide nécessitent des soins de santé mentale de grande envergure qui répondent à l'escalade des facteurs de risque de suicide, d'automutilation, de comportements agressifs, de décompensations aiguës des états de santé mentale et physique, de crises médicales liées aux opioïdes ou à d'autres substances, de risques d'épidémies d'infections, de crises sociales, etc. Les infirmières et infirmiers en santé mentale et psychiatrie sont des experts capables d'anticiper des situations à risque de détérioration et en évolution rapide et de réagir en conséquence aux facteurs de risque qui en découlent. Les infirmières et infirmiers en santé mentale et psychiatrie fournissent des SST en appliquant les interventions les moins restrictives possibles.

L'infirmière en santé mentale et psychiatrie :

- 4.1. utilise la relation thérapeutique et maintient une distance physique sécuritaire tout au long de la gestion de situations en évolution rapide (voir Norme I - Fournir avec compétence des soins professionnels tout en développant une relation thérapeutique.) ;
- 4.2. évalue rapidement et efficacement le client et son environnement, en personne ou virtuellement, en utilisant une approche holistique globale incluant le concept de justice sociale et les déterminants de la santé pour anticiper les situations qui évoluent rapidement ;
- 4.3. applique les principes de sécurité et mobilise les ressources nécessaires pour gérer toute situation potentielle/actuelle évoluant rapidement ;
- 4.4. coordonne une communication et une intervention rapides pour assurer la sécurité du client ;
- 4.5. initie des réponses d'urgence vitales dans des situations qui évoluent rapidement, conformément aux protocoles cliniques de l'organisation ;
- 4.6. surveille les facteurs de risque pour la sécurité du client et du milieu ; utilise l'évaluation continue pour détecter les changements précoces dans l'état mental, physique ou psychosocial du client ; intervient en conséquence ;
- 4.7. met en œuvre et documente des interventions opportunes, adaptées à l'âge et spécifiques au client face à des situations en évolution rapide au niveau individuel, familial, communautaire ou sociétal ;

- 4.8. utilise les SST pour reconnaître les déclencheurs et gérer les situations qui évoluent rapidement afin de soutenir la confiance, la guérison et les objectifs de rétablissement ;
- 4.9. met en œuvre des protocoles d'événements critiques fondés sur des données probantes (c.-à-d. fondés sur les politiques et procédures actuelles de l'organisation et sur la législation provinciale pertinente) dans les situations qui évoluent rapidement ;
- 4.10. préconise une approche de soins la moins contraignante possible ; utilise les meilleures pratiques dans l'utilisation des mesures de contrôle environnementales/chimiques/physiques lorsqu'elles sont nécessaires ; participe au débriefing du client et de l'équipe après un épisode de recours aux mesures de contrôle ;
- 4.11. collabore avec le client pour identifier les éléments déclencheurs de l'évolution rapide de la situation ; élabore et documente un plan de crise et de sécurité pour minimiser le risque de récurrence ;
- 4.12. évalue l'efficacité des réponses rapides avec le client et modifie les interventions si nécessaire ;
- 4.13. participe au débriefing et à l'examen du processus d'incident avec le client, la famille, la direction clinique, l'équipe interdisciplinaire et autres intervenants concernés, le cas échéant ; et
- 4.14. contribue activement à l'amélioration continue de la qualité des soins en matière de sécurité, tant pour le client que l'équipe soignante dans le cadre de la pratique (voir Norme VI Surveiller et assurer la qualité des pratiques de soins de santé).

Norme V

Intervenir dans le cadre de la fonction d'enseignement-encadrement

Toutes les interactions sont potentiellement des situations d'enseignement/apprentissage tant pour les clients que pour les infirmières. Les infirmières et infirmiers en santé mentale et psychiatrie reconnaissent que le client est l'expert de ses propres expériences de vie. Les infirmières et infirmiers en santé mentale et psychiatrie évaluent les forces et les besoins actuels et potentiels dans le cadre des expériences vécues par le client et utilisent les constats de leur évaluation pour soutenir et promouvoir l'apprentissage lié à la santé et au développement personnel. Les infirmières et infirmiers en santé mentale et psychiatrie fournissent des informations sur la promotion de la santé, le traitement des maladies et le rétablissement à divers clients. L'enseignement et l'apprentissage avec les clients offrent aux infirmières et infirmiers en santé mentale et psychiatrie la possibilité de défendre leurs intérêts et de s'allier à des clients marginalisés et d'aider à atténuer les difficultés qu'ils peuvent rencontrer au sein du système.

L'infirmière en santé mentale et psychiatrie :

5.1. collabore avec le client pour évaluer ses besoins en matière d'apprentissage, y compris des mesures préventives et de l'intervention précoce, en mettant l'accent sur le potentiel de guérison et de rétablissement du client et en le soutenant ;

5.2. planifie et met en œuvre l'éducation aux saines habitudes de vie et au traitement de la maladie avec le client tout en tenant compte du contexte des déterminants de la santé du client, en particulier : l'état de préparation du client, sa culture, son niveau de littératie, sa capacité intellectuelle, sa langue, son style d'apprentissage préféré et les ressources disponibles en personne, en ligne ou virtuelles ;

5.3. intègre la connaissance de divers modèles et principes d'apprentissage (y compris la justice sociale et les déterminants de la santé, les principes des SST, les soins axés sur les forces, les soins centrés sur la personne, les étapes du changement et l'entretien motivationnel, la réduction des méfaits et le rétablissement) lorsqu'il crée des possibilités d'apprentissage pour les clients ;

5.4. explore les options et les ressources avec le client et les personnes qui le soutiennent afin d'acquérir les connaissances nécessaires pour faire des choix éclairés en ce qui concerne les besoins en matière de santé et l'accès aux soins et services de santé en cas de besoin ;

5.5. documente le processus d'enseignement/apprentissage (évaluation, mise en œuvre, participation du client et évaluation) ;

5.6. évalue avec le client l'efficacité du processus éducatif et le développe ou l'adapte en collaboration pour répondre aux besoins d'apprentissage ; et

5.7. préconise et s'engage dans des opportunités d'enseignement/apprentissage à un niveau systémique afin de garantir une culture d'inclusion et d'équité pour les clients.

Norme VI

Surveiller et assurer la qualité des pratiques de soins de santé

Les infirmières et infirmiers en santé mentale et psychiatrie garantissent des soins de santé de qualité grâce à des pratiques fondées sur des données probantes et des pratiques exemplaires qui favorisent la sécurité, l'efficacité, l'approche centrée sur la personne, la rapidité d'exécution, l'efficience et l'équité.

Les infirmières et infirmiers en santé mentale et psychiatrie font la promotion des connaissances scientifiques et des différents savoir afin d'améliorer les soins de santé et la qualité de ceux-ci. Les valeurs, attitudes et croyances des infirmières et infirmiers en santé mentale et psychiatrie valorisent une culture de la qualité et de la sécurité sur le lieu de travail (voir la norme VII Pratiques au sein de la structure organisationnelle et des rôles professionnels).

Les infirmières et infirmiers en santé mentale et psychiatrie ont la responsabilité de défendre et de respecter les droits des clients à recevoir les soins de santé les moins restrictifs et contraignants possible ainsi que leurs droits à l'autodétermination. Les infirmières et infirmiers en santé mentale et psychiatrie doivent se tenir informées de la législation pertinente, de son interprétation et de ses implications pour la pratique infirmière.

Les infirmières et infirmiers en santé mentale et psychiatrie reconnaissent l'importance de la recherche pour améliorer la compréhension des causes et des facteurs de risque des problèmes de santé mentale. En outre, la recherche soutient les initiatives de promotion et de prévention qui aident les gens à rester en bonne santé. Elle contribue au développement et à l'évaluation de nouvelles formes d'interventions et fournit des preuves pour soutenir la mise en place d'approches innovantes au sein du système de santé et dans des contextes plus larges.

L'infirmière en santé mentale et psychiatrie :

6.1. reconnaît les risques de sécurité potentiels et réels associés aux médicaments psychotropes, aux risques de suicide, aux risques d'agression, aux chutes, aux risques de fugue, aux blessures du personnel, aux effets de la consommation de substances et du sevrage, ainsi qu'à la modification de l'état mental et aux troubles cognitifs ;

6.2. garantit des résultats de qualité en fournissant les bons soins au bon moment (p. ex. : intervention précoce, accès aux services et aux ressources, moment de l'administration des médicaments, réponses rapides aux situations d'urgence et planification proactive de la transition des soins) ;

6.3. respecte le code de conduite et les politiques de l'organisation, la législation, les pratiques organisationnelles requises accréditées au niveau national, les normes de prévention et de contrôle des infections et les protocoles de sécurité en matière de santé et d'environnement afin de protéger les clients, elle-même et ses collègues ;

- 6.4. développe et intègre des pratiques innovantes en matière de qualité des soins, y compris la technologie, afin de garantir la sécurité, la confidentialité et l'efficacité des soins prodigués par les SISMP ;
- 6.5. est responsable de la documentation manuelle et électronique des accidents évités de justesse et des incidents, en vue d'un examen et d'une évaluation continue de la qualité des soins prodigués par les SISMP ;
- 6.6. participe aux revues de processus des incidents avec le client, la famille, la direction clinique, l'équipe de soins de santé et les autres prestataires de services afin d'assurer la sécurité et la qualité du plan général de soins ;
- 6.7. participe et met en œuvre des activités d'amélioration de la qualité qui assurent la sécurité des clients et de l'équipe de soins dans le cadre de la pratique ;
- 6.8. assure la qualité et l'efficacité des soins (p. ex. : communication verbale et écrite efficace et stratégies de rapport, utilisation pertinente de la technologie, dossier client intégré, processus de travail rationalisé, et attribution et délégation aux membres appropriés de l'équipe infirmière et de l'équipe interdisciplinaire) ;
- 6.9. comprend le cadre légal s'appliquant aux soins de santé mentale et ses implications pour la pratique (p. ex. : les populations médico-légales et les individus nécessitant des mandataires [enfants, personnes âgées et personnes souffrant de troubles cognitifs]) ;
- 6.10. plaide en faveur de la qualité des soins pour chaque client dans l'optique de la justice sociale et des déterminants de la santé ;
- 6.11. comprend les effets potentiels de la stigmatisation, de la discrimination et du racisme, ainsi que l'impact des déterminants de la santé sur la qualité des soins prodigués aux clients ;
- 6.12. participe à des mesures opportunes de qualité des soins pour faire face aux changements nationaux ou mondiaux qui ont un impact sur les soins de santé mentale au niveau local (p. ex. : les réponses des soins de santé mentale aux épidémies, aux pandémies et aux conflits mondiaux) ; et
- 6.13. comprend l'importance du processus de recherche visant à améliorer les soins de santé mentale, peut y participer ou le diriger.

Norme VII

Pratiques dans le cadre de la structure organisationnelle et des rôles professionnels

Les SISMP se déroulent à domicile ou dans la communauté ainsi que dans des établissements de soins ambulatoires ou hospitaliers. Les infirmières et infirmiers en santé mentale et psychiatrie peuvent occuper différents rôles au sein de ces environnements cliniques et de leurs structures organisationnelles. Ils sont cliniciens en soins directs, infirmières et infirmiers praticiens, infirmières et infirmiers auxiliaires, mentors/précepteurs, éducateurs, chercheurs/scientifiques, administrateurs, décideurs, responsables de la qualité et de la gestion des risques, etc. En tant que groupe professionnel, ils contribuent à la création d'un système de soins de santé efficace. Ils font la promotion et favorisent également l'avancement de la spécialité des SISMP.

L'infirmière en santé mentale et psychiatrie (quel que soit son rôle ou son cadre organisationnel) :

- 7.1. se tient au courant des progrès technologiques et de leur application dans les soins en santé mentale et psychiatrie et sur le lieu de travail ;
- 7.2. plaide en faveur d'une amélioration continue des structures organisationnelles/systémiques conformément aux principes éthiques et aux concepts de compétence culturelle, d'humilité culturelle et de sécurité culturelle ;
- 7.3. collabore avec les clients, les collègues et les autres parties prenantes pour favoriser un climat de travail mutuellement respectueux, psychologiquement sécuritaire et favorable à tous ;
- 7.4. plaide en faveur d'un soutien et de ressources pour les prestataires de soins de santé qui subissent un préjudice moral, une détresse et un épuisement sur le lieu de travail (p. ex. : pénurie de travailleurs de la santé, défis pandémiques, traumatismes sur le lieu de travail, législation de l'AMM, racisme et stigmatisation) ;
- 7.5. participe à des occasions de promotion de l'autogestion des soins participe à des occasions de promotion de l'autogestion des soins pour les familles des prestataires de soins, dans une optique de soins sensibles aux traumatismes;
- 7.6. fait la promotion d'une culture juste pour assurer le suivi des indicateurs de résultats de qualité (p. ex. : assurer une responsabilité adéquate pour les erreurs humaines face aux comportements à risque et aux comportements imprudents) ;
- 7.7. s'efforce d'utiliser des approches constructives et collaboratives pour résoudre les différends entre les membres de l'équipe qui peuvent avoir une incidence sur les soins ;
- 7.8. participe à l'élaboration, à la mise en œuvre et à la critique des politiques de soins en santé mentale ;

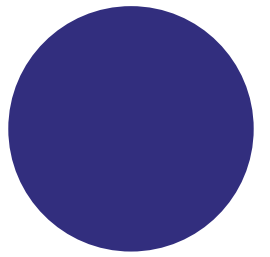
7.9. préconise et soutient diverses possibilités de leadership dans les rôles professionnels et les contextes organisationnels des SISMP ;

7.10. soutient, encadre et forme les étudiants en soins infirmiers, les infirmières et infirmiers nouvellement diplômés, ainsi que ceux formés à l'étranger et les étudiants s'orientant vers la pratique avancée ;

7.11. s'engage dans la formation continue (à la fois l'enseignement et l'apprentissage) liée à la pratique de la spécialité des SISMP, au leadership et à la recherche ; recherche une formation et une supervision supplémentaires dans des situations de soins complexes et des contextes cliniques à haut risque ;

7.12. cherche à réduire la stigmatisation, la discrimination et le racisme et à promouvoir la justice sociale, l'équité, l'inclusion sociale et l'intégration communautaire pour tous les clients (Adam et Jiang, 2023 ; CSMC, 2013a) ; répond aux appels à l'action de la Commission de vérité et de réconciliation (2015) dans la mesure où ils s'appliquent aux soins de santé mentale ; et

7.13. s'engage dans l'action sociale par le biais d'alliances (Atcheson, 2018 ; Thorne, 2022) ; plaide de manière proactive en faveur de soins équitables, de services de santé mentale et de l'intégration dans la communauté, et se mobilise en ce sens.



Glossaire

Termes et définitions

aide médicale à mourir (AMM)

L'AMM est un terme générique qui englobe l'aide à mourir administrée par le clinicien et l'aide à mourir auto-administrée. Ces pratiques comprennent ce que l'on appelle l'euthanasie (administrée par un clinicien) et le suicide assisté (auto-administré) dans d'autres juridictions (Santé Canada, 2022).

alliance

L'alliée est « une personne privilégiée qui travaille en solidarité et en partenariat avec un groupe de personnes marginalisées pour aider à démanteler les systèmes qui remettent en cause les droits fondamentaux de ce groupe, l'égalité d'accès et la capacité à prospérer dans notre société » (Nfonoyim-Hara, cité dans Dickenson, 2021, paragraphe 2). Être un allié, c'est perturber les espaces oppressifs en éduquant les autres sur les réalités et l'histoire des personnes marginalisées (Swiftwolfe, 2019). Les infirmières et infirmiers en santé mentale et psychiatrie reconnaissent leurs privilèges et s'engagent à progresser vers un monde plus juste en aidant à briser le cycle de l'oppression dans le système de soins de santé, en agissant comme des alliés (Bishop, 2015).

approche axée sur les forces

Une approche axée sur les forces « concentre les services sur les forces des individus en termes de ressources, d'aptitudes, de compétences et de capacités » (Manitoba Trauma Information and Education Centre, 2018, p. 1). « Une approche des soins infirmiers axée sur les forces, contrairement à une approche axée sur les déficits qui se concentre sur les problèmes et les obstacles à la santé d'une personne, se concentre sur les atouts d'une personne tels que les qualités personnelles (p. ex. : flexibilité, expérience, humour), les atouts interpersonnels (p. ex. : famille, appartenance à un groupe de soutien) et les ressources externes (p. ex. : institut local de soins de santé, services d'infirmières visiteuses, employeur accommodant) » (Hirani et Varcoe, 2023, p. 924).

approche centrée sur la personne/la famille

« Une approche des soins centrée sur la personne et la famille place la personne et les membres de sa famille au centre des soins de santé, de leur pratique et de leurs services, de manière à ce que les individus soient de véritables partenaires des prestataires de soins de santé pour leur santé » (AIIAO, 2015b ; Snow, 2023a, p. 230).

approches/soins tenant compte des traumatismes et de la violence

Les approches de soins tenant compte des traumatismes et de la violence sont des politiques et des pratiques qui reconnaissent les liens entre la violence, les traumatismes, les résultats négatifs pour la santé et les comportements. Ces approches renforcent la sécurité, le contrôle et la résilience des personnes qui recherchent des services en raison d'expériences de violence et/ou d'antécédents de violence (ASPC, 2018).

Les approches qui tiennent compte des traumatismes et de la violence exigent des changements fondamentaux dans la manière dont les systèmes sont conçus, dont les organisations fonctionnent et dont les praticiens s'engagent auprès des personnes, sur la base des principes clés suivants en matière de politique et de pratique :

1. Comprendre les traumatismes et la violence ainsi que leur impact sur la vie et les comportements des personnes.

2. Créer des environnements émotionnellement et physiquement sécuritaires.
3. Favoriser les possibilités de choix, de collaboration et connexion avec des individus ayant vécu des traumatismes.
4. Fournir une approche basée sur les forces et le renforcement des capacités pour soutenir l'adaptation et la résilience des clients (ASPC, 2018).

Les soins tenant compte des traumatismes et de la violence sont « une approche des soins fondée sur la compréhension de l'impact des traumatismes et de la violence sur la vie et les comportements des individus, située dans des environnements physiquement et émotionnellement sûrs, et offrant un soutien fondé sur la force et le renforcement des capacités qui favorise l'adaptation et la résilience » (Hirani et Varcoe, 2023, p. 922). (Voir Soins sensibles aux traumatismes.)

capacitisme

Le terme capacitisme « désigne la discrimination en faveur des personnes valides. Un exemple de capacitisme se produit lorsque les personnes handicapées sont victimes d'exclusion à l'école (p. ex. : ségrégation dans les classes), sur le lieu de travail (p. ex. : stigmatisation dans la recherche d'un emploi ; taux de chômage plus élevé) et dans des contextes sociaux (p. ex. : lieux inaccessibles) » (Oliver, 2009, Prince 2009, cité dans Adam et Jiang, 2023, p. 34). « Le revenu, l'éducation et l'emploi sont des déterminants sociaux clés de la santé (DSS) et les personnes handicapées ont souvent un accès limité à ces éléments » (Adam et Jiang, 2023, p. 34).

client

Individu (personne, patient, résident ou consommateur), décideur suppléant, utilisateur de services, famille, communauté et groupes de population qui ont accès aux services de santé mentale.

contention

La contention est l'intervention de sécurité la plus restrictive et n'est utilisée en dernier recours que dans les circonstances les plus extrêmes. La contention chimique est l'utilisation de médicaments pour gérer ou contrôler le comportement d'un client. Elle se distingue des médicaments utilisés pour traiter la maladie psychiatrique. « Une contention physique est une méthode humaine ou mécanique qui restreint la liberté de mouvement ou l'accès normal au corps, au matériel ou à l'équipement et qui ne peut pas être facilement enlevée » (Snow, 2023a, p. 244). (Voir soins les moins restrictifs.)

contre-transfert

Le contre-transfert est la « direction de tous les sentiments et attitudes de l'infirmier/thérapeute à l'égard du client/patient. Les sentiments et les perceptions causés par le contre-transfert peuvent interférer avec la capacité de l'infirmière/du thérapeute à comprendre le patient » (Austin, 2023, p. 161). « Il peut interférer de manière significative avec la relation infirmière-patient (client) » (Austin et al., 2019, p. 948).

culture

La culture est l'ensemble des « valeurs, croyances, normes et modes de vie acquis qui influencent la pensée, les décisions et les actions d'un individu de certaines manières » (AIIIC, 2017, p. 21). « La culture reflète les valeurs fondamentales et les préjugés à travers lesquels nous interprétons le monde qui nous entoure et prenons des décisions concernant notre propre comportement et nos relations avec les autres » (Kent-Wilkinson et Austin, 2023, p. 42).

compétence culturelle

Dans tous les domaines de la pratique, le personnel infirmier a la responsabilité professionnelle et éthique d'être attentif à la culture individuelle de chaque personne, de la respecter et de la valoriser dans chaque rencontre. Le personnel infirmier a l'obligation de prendre en compte la façon dont la culture peut influencer l'expérience d'une personne en matière de soins de santé et de guérison. Le personnel infirmier a l'obligation de prendre en compte la façon dont la culture peut avoir un impact sur l'expérience d'une personne en matière de soins de santé et de guérison. Le soutien à la compétence culturelle est un engagement partagé par le personnel infirmier, les dirigeants et les organisations autochtones, les employeurs, les éducateurs, les associations professionnelles, les organismes de réglementation, les syndicats, les organismes d'accréditation, le gouvernement et le public. Le client qui participe à la rencontre professionnelle avec un membre du personnel infirmier décide si celui-ci est culturellement approprié ou non (AIIIC, 2018, paragraphe 1).

culture axée sur la sécurité des patients

La culture fait référence aux valeurs partagées (ce qui est important) et aux croyances (ce qui est tenu pour vrai) qui interagissent avec les structures et les mécanismes de contrôle d'un système pour produire des normes comportementales. La culture influence la sécurité des patients directement en déterminant les pratiques acceptées et indirectement en agissant comme un obstacle ou une incitation à l'adoption de comportements qui favorisent la sécurité des patients. Il est essentiel de comprendre les composantes et les facteurs d'influence de la culture et d'évaluer la culture axée sur la sécurité pour élaborer des stratégies visant à créer une culture qui s'engage à fournir les soins les plus sécuritaires possibles aux patients (Excellence en santé Canada, s. d.).

culture juste

Une culture juste est définie comme « l'importance d'un juste équilibre entre la compréhension des défaillances du système et la responsabilité professionnelle » (Excellence en santé Canada, s. d.). La culture juste est un climat de confiance dans lequel les travailleurs de la santé sont soutenus et traités équitablement lorsque quelque chose ne va pas dans les soins aux patients. La culture juste est importante pour la sécurité des patients, car elle crée un environnement dans lequel les personnes (travailleurs de la santé et patients) se sentent en sécurité pour signaler les erreurs et les préoccupations concernant des éléments qui pourraient conduire à des événements indésirables pour les patients. Les signalements d'erreurs et de risques pour la sécurité des patients sont d'importantes sources d'information sur les faiblesses du système qui doivent être corrigées par une culture d'apprentissage afin d'améliorer la sécurité des patients (Health Quality Council of Alberta, s. d., paragraphe 1).

déterminants de la santé (DS)

« Les déterminants de la santé sont le large éventail de facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent la santé des individus et des populations » (ASPC, 2022, paragraphe 2). Les déterminants de la santé comprennent douze facteurs principaux : (1) le revenu et le statut social, (2) l'emploi et les conditions de travail, (3) l'éducation et l'alphabétisation, (4) les expériences de l'enfance, (5) les environnements physiques, (6) le soutien social et les capacités d'adaptation, (7) les comportements en matière de santé, (8) l'accès aux services de santé, (9) la biologie et les services génétiques, (10) le sexe, (11) la culture, et (12) la race/le racisme (ASPC, 2022). (Voir déterminants sociaux de la santé.)

déterminants sociaux de la santé (DSS)

Les DSS sont les facteurs non médicaux qui influencent les résultats en matière de santé. Il s'agit des conditions dans lesquelles les gens naissent, grandissent, travaillent, vivent et vieillissent, ainsi que de l'ensemble plus large de forces et de systèmes qui façonnent les conditions de la vie quotidienne. Ces forces et systèmes comprennent les politiques et systèmes économiques, les programmes de développement, les normes sociales, les politiques sociales et les systèmes politiques (OMS, s. d.). Les DSS ont une influence importante sur les inégalités en matière de santé, c'est-à-dire les différences injustes et évitables dans l'état de santé observées au sein d'un même pays et entre les pays. Dans les pays de tous niveaux de revenus, la santé et la maladie suivent un gradient social : plus la position socio-économique est basse, plus la santé est mauvaise (OMS, s. d.). Voici des exemples de DSS qui peuvent influencer l'équité en santé de manière positive ou négative :

- le revenu et la protection sociale ;
- l'éducation ;
- le chômage et la précarité de l'emploi ;
- les conditions de vie au travail ;
- l'insécurité alimentaire ;
- le logement, les fournitures de premières nécessité et l'environnement ;
- le développement de la petite enfance ;
- l'inclusion sociale et la non-discrimination ;
- les conflits structurels ; et
- l'accès à des services de santé abordables et de qualité décente (OMS, s. d.).
- (Voir déterminants de la santé.)

diagnostic infirmier

« Un diagnostic infirmier est un jugement clinique sur les réponses de l'individu, de la famille ou de la communauté à des problèmes/processus de vie réels ou potentiels » et implique de sélectionner des interventions infirmières pour atteindre les résultats souhaités (Carpenito, 2017, cité dans Snow et al., 2019, p. 196). « Le diagnostic infirmier, les interventions infirmières et les résultats individuels souhaités sont initialement dérivés des données d'évaluation » (Snow et al., 2019, p. 210).

diversité

La diversité est « la variation entre les personnes en fonction d'un éventail de facteurs tels que l'ethnicité, l'origine nationale, la race, le sexe, l'identité de genre, l'expression de genre, la capacité, l'âge, les caractéristiques physiques, la religion, les valeurs et les croyances, l'orientation sexuelle, la classe socio-économique ou les expériences de vie » (AIIC, 2017, p. 21 ; AIIAO, 2006) et est « considérée, par les Canadiens, comme un atout pour notre société » (Kent-Wilkinson et Austin, 2023, p. 43). Dans le présent document de *Normes*, la diversité fait référence à l'âge (enfants, jeunes, adultes et personnes âgées), à la culture, à l'ethnicité, à la race, à l'expérience autochtone, à l'expérience de l'immigration, aux rôles/expériences professionnels très stressants, à l'incarcération, à la classe sociale, à l'éducation, à l'orientation sexuelle, à l'identité de genre (LGBTQQIP2SSAA+) à la langue, à l'aptitude et à la capacité, à la stigmatisation et à l'exclusion sociale.

égalité

L'égalité signifie que chaque individu ou groupe de personnes bénéficie des mêmes ressources ou opportunités (Milken Institute School of Public Health, 2020). (Voir équité et inégalité.)

équité

L'équité est synonyme d'impartialité et de justice. L'équité reconnaît que chaque personne a des circonstances différentes qui font qu'elle alloue exactement les ressources et les opportunités nécessaires pour atteindre un résultat équivalent (Milken Institute School of Public Health, 2020). (Voir égalité et iniquité.)

e-santé mentale

« La santé mentale en ligne est l'offre de services de santé mentale par des moyens électroniques » (Snow, 2023b). Christensen et al. (2002) ont défini l'e-santé mentale comme « des services et des informations de santé mentale fournis ou améliorés par le biais d'Internet et des technologies connexes » (p. 3). La CSMC (2014) a élaboré un document d'information pour guider l'incorporation de la technologie dans la prestation de services de santé mentale.

examen de l'état mental (EEM)

L'EMS est une évaluation systématique de l'apparence, de l'affect, du comportement et des processus cognitifs d'une personne. « L'EMS fournit un « instantané » du rapport subjectif et des expériences du client, ainsi que des observations et impressions de l'examineur au moment de l'entretien » (Lasiuk, 2023, p. 219).

famille

La famille est constituée de tous ceux que le client appelle « famille ». « Une famille est un groupe de personnes engagées les unes envers les autres et impliquées relationnellement dans un processus complexe où l'économie, l'émotion, le contexte et les expériences sont entremêlés et multicouches » (Peternelj-Taylor et King, 2023, p. 322).

frontières

Les frontières sont utilisées pour décrire les limites des relations. Le terme implique des frontières claires à ne pas franchir, alors que dans la pratique, c'est plus compliqué. Le type le plus grave de violation des limites est le harcèlement sexuel et l'abus de patients. Les transgressions des limites sont le plus souvent considérées comme un excès d'implication. Une implication insuffisante peut également constituer un problème éthique (Austin et Kent-Wilkinson, 2023).

humilité culturelle

L'humilité culturelle est un processus d'auto-réflexion visant à comprendre les préjugés personnels et systémiques et à développer et maintenir des relations et processus respectueux fondés sur la confiance mutuelle. « L'humilité culturelle consiste à se reconnaître humblement comme un apprenant lorsqu'il s'agit de comprendre l'expérience d'autrui » (FNHA, s. d-a., diapositive 7 ; FNHA, s. d.-b, Cadre pour la sécurité culturelle et l'humilité).

inégalité

L'inégalité fait référence à un déséquilibre ou à un manque d'égalité. L'inégalité ne renvoie pas nécessairement à l'injustice (Writing Explained, s. d.). (Voir égalité.)

infirmiers psychiatriques autorisés (IPA)

Dans l'Ouest canadien (Manitoba, Saskatchewan, Alberta et Colombie-Britannique) et au Yukon, la profession distincte d'IPA est réglementée par des associations et des organismes de réglementation provinciaux/territoriaux spécifiques (Austin, 2019 ; Hust et Peternelj-Taylor, 2023). En 2019, les *Standards of Psychiatric Nursing Practice* ont été publiées en collaboration par le *College of Registered Psychiatric Nurses of Alberta*, le *British Columbia College of Nursing Professionals*, le *College of Registered Psychiatric Nurses of Manitoba* et le *Registered Psychiatric Nurses of Saskatchewan* (Hust et Peternelj-Taylor, 2023, p. 96).

iniquité

L'iniquité est définie comme un manque d'équité ou de justice. L'iniquité est un substantif et se définit comme une injustice, un manque d'équité ou un cas d'injustice ou de manque d'équité (Writing Explained, s. d.). (Voir équité.)

intersectionnalité

« L'intersectionnalité est un cadre qui révèle la manière dont les catégories sociales (p. ex. : race, sexe) appliquées à un individu ou à un groupe se croisent, créant des systèmes de discrimination ou de privilège » (Adam et Jiang, 2023, p. 30).

interventions infirmières

« Les interventions infirmières sont des activités ou des traitements fondés sur le jugement et les connaissances cliniques qui sont utilisés par les infirmières pour améliorer la réalisation des objectifs de soins d'une personne » (Butcher et al., 2018, cité dans Snow, 2023a, p. 234).

itinérance

L'itinérance décrit la situation d'une personne, d'une famille ou d'une communauté qui ne dispose pas d'un logement stable, sûr, permanent et approprié ou qui n'a pas la perspective, les moyens et la capacité immédiats de l'acquérir (Gaetz et al., 2012 ; Observatoire canadien sur l'itinérance, 2017).

lignes directrices sur les meilleures pratiques

« Les lignes directrices sur les meilleures pratiques (...), également appelées lignes directrices sur la pratique clinique (...), sont des recommandations générales ou spécifiques sur les soins de santé fondées sur les meilleures données probantes actuelles » (Snow et al., 2019, p. 195).

maladie mentale

« Les maladies mentales sont caractérisées par des altérations de la pensée, de l'humeur ou du comportement associées à une détresse importante et à une altération du fonctionnement » (ASPC, 2020b). (Voir santé mentale.)

meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP)

Un MSTP est un historique établi en utilisant 1) un processus systématique d'entretien avec le patient/la famille ; et 2) une revue d'au moins une autre source d'information fiable pour obtenir et vérifier l'utilisation de tous les médicaments du patient (prescrits et non prescrits). La documentation complète comprend le nom du médicament, la posologie, la voie d'administration et la fréquence. Le MSTP est plus complet qu'un bilan de médication primaire de routine, qui est souvent un bilan de médication préliminaire rapide qui n'inclut pas nécessairement plusieurs sources d'information (Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada, s. d.).

milieu thérapeutique (environnement thérapeutique)

Le milieu thérapeutique fournit une organisation sociale stable et cohérente pour faciliter le traitement d'un individu. (Les termes milieu thérapeutique et environnement thérapeutique sont souvent utilisés de façon interchangeable). Dans un milieu thérapeutique, la conception de l'environnement physique, la structure des activités du client et la promotion d'une structure sociale et d'un cadre culturel stables améliorent le potentiel thérapeutique du milieu (Snow, 2023a, p. 241).

modèle bio/psycho/social/spirituel

« Le modèle bio/psycho/social/spirituel se compose de domaines distincts mais en interaction qui peuvent être compris indépendamment mais qui sont mutuellement interdépendants avec les autres domaines » (Austin, 2019, p. 58).

modèle transthéorique (MTT) / Modèle des étapes du changement

Le MTT (également appelé modèle des étapes du changement), élaboré par Prochaska et DiClemente à la fin des années 1970, a évolué grâce à des études examinant les expériences des fumeurs qui arrêtaient de fumer par eux-mêmes et de ceux qui avaient besoin d'un traitement supplémentaire, afin de comprendre pourquoi certaines personnes étaient capables d'arrêter de fumer par elles-mêmes. Il a été établi que les gens arrêtent de fumer s'ils sont prêts à le faire. Le MTT se concentre donc sur la prise de décision de l'individu et constitue un modèle de changement intentionnel. Le MTT part du principe que les gens ne changent pas de comportement rapidement et de manière décisive. Au contraire, le changement de comportement, en particulier le comportement habituel, se produit continuellement par le biais d'un processus cyclique. Le MTT n'est pas une théorie mais un modèle ; différentes théories et constructions comportementales peuvent être appliquées à différents stades du modèle, là où elles sont le plus efficaces (Boston University School of Public Health, 2022).

Le MTT postule que les individus passent par six étapes de changement : la précontemplation, la contemplation, la préparation, l'action, le maintien et l'arrêt. La fin ne faisait pas partie du modèle original et est moins souvent utilisée dans l'application des étapes du changement aux comportements liés à la santé. Pour chaque stade de changement, différentes stratégies d'intervention sont plus efficaces pour faire passer la personne au stade de changement suivant et, par la suite, au maintien, le stade idéal du comportement (Boston University School of Public Health, 2022 ; Prochaska et DiClemente, 1983).

normes de pratique

Les normes de pratique sont « les responsabilités et les compétences explicites d'une profession » (Austin et al., 2019, p. 959).

personnes significatives

Comprend toutes les personnes directement impliquées dans l'offre de soins de santé à un client individuel (p. ex. : famille, personnes de soutien/ réseau, soins de santé et tous les autres prestataires de soins).

peuples autochtones au Canada

Le terme de « peuples autochtones », englobe les personnes originaires du territoire de l'Amérique du Nord et leurs descendants (Relations Couronne-Autochtones et Affaires du Nord Canada, 2021). Les peuples autochtones désignent trois groupes au Canada : Les Premières nations, les Métis et les Inuits, qui sont reconnus par la Loi constitutionnelle (Statistique Canada, 2022d). En 2021, le recensement de la population a dénombré plus de 1,8 million (1 807 250) d'autochtones au Canada, soit 5 % de la population totale. La population autochtone a augmenté de 9,4 % entre 2016 et 2021, ce qui en fait la population dont la croissance est la plus rapide et la plus jeune (Statistique Canada, 2022c).

plan de soins

Le plan de soins est le schéma des soins infirmiers indiquant tous les besoins du patient et les moyens d'y répondre (Mosby, 2022). (Voir plan de soins infirmiers.)

plan de soins infirmiers

Le plan de soins infirmiers est un plan de soins soigneusement préparé, indiquant tous les besoins du patient et les moyens d'y répondre. Le plan de soins infirmiers est un document dynamique mis en place à l'admission et soumis à une réévaluation et à une modification permanentes par le personnel infirmier qui s'occupe du patient. Il comprend généralement le diagnostic infirmier, les interventions infirmières et les résultats souhaités, assure la cohérence des soins et peut être normalisé ou préimprimé (Mosby, 2022). (Voir plan de soins.)

racisme

Le racisme est la croyance que certaines races de personnes sont, par naissance et par nature, supérieures aux autres. Pendant des années, le racisme a été défini comme une « forme de discrimination » ou de haine fondée sur la race (Merriam-Webster, s. d.). Plus récemment, le racisme est décrit comme différent des préjugés raciaux, de la haine ou de la discrimination. « Le racisme implique qu'un groupe a le pouvoir de pratiquer une discrimination systémique par le biais des politiques et pratiques institutionnelles de la société et en façonnant les croyances et valeurs culturelles qui soutiennent ces politiques et pratiques racistes » (Calgary Anti-Racism Education Collective, s. d., paragraphe 1). Une brève définition efficace du racisme, proposée pour la première fois par Patricia Bidol-Padva en 1972, est la suivante : « Racisme = préjugés raciaux + pouvoir institutionnel » (R=P+P ; Bidol, 1972).

racisme systémique

Le racisme systémique, également connu sous le nom de racisme institutionnel, fait référence aux « lois, coutumes ou pratiques établies qui sont systématiquement reflétées et qui produisent des inégalités raciales dans la société » (Phillips-Beck et al., 2020, p. 3). Le racisme systémique et le colonialisme contribuent tous deux à une myriade de conséquences, notamment des disparités sanitaires et économiques, des dangers, des environnements toxiques et des perceptions injustes (Phillips-Beck et al., 2020).

réduction des risques

« La réduction des risques est une approche essentielle, fondée sur des données probantes, qui permet de réduire les conséquences néfastes de l'abus de substances sur la santé, la société et l'économie, sans exiger l'abstinence » (AIIIC, 2018, paragraphe 1). « Les principes de la réduction des risques sont conformes aux valeurs fondamentales du code de déontologie des infirmières et infirmiers autorisés de l'AIIIC (2017), en particulier la responsabilité du personnel infirmier de fournir avec compétence des soins sécuritaires, empreints de compassion, et conformes à l'éthique. Le personnel infirmier devrait contribuer à faire progresser les politiques organisationnelles et gouvernementales de réduction des risques » (AIIIC, 2018, paragraphe 1). La réduction des risques est le plus souvent utilisée dans le cadre de programmes de santé publique destinés aux personnes qui consomment des substances psychoactives, mais elle peut également s'appliquer à des programmes portant sur la consommation d'alcool, les pratiques sexuelles, le cyclisme, la conduite automobile, les jeux, etc. (Association des infirmières et infirmiers du Canada et Association canadienne des infirmières et infirmiers en soins VIH/sida, 2018 ; Association des infirmiers et infirmières en réduction des méfaits, 2019).

relation infirmière-client

« La relation infirmière-client est un processus dynamique qui évolue avec le temps. Elle peut être considérée comme une succession de phases avec des comportements caractéristiques pour le client et l'infirmière » (Forchuk, 2023, p. 115).

résultats

« Les résultats sont la réponse de l'individu aux soins infirmiers à un moment donné. Un résultat est concis, énoncé en quelques mots et en termes neutres. Les résultats décrivent l'état, le comportement ou la perception d'un individu qui est variable et peut être mesuré » (Snow et al., 2019, p. 193).

rétablissement

Le rétablissement est le processus personnel par lequel les personnes atteintes d'une maladie mentale reprennent le contrôle, donnent un sens et un but à leur vie. Le rétablissement implique des choses différentes selon les personnes. Pour certains, le rétablissement signifie l'absence totale des symptômes de la maladie mentale. Pour d'autres, le rétablissement consiste à vivre pleinement au sein de la communauté tout en apprenant à vivre avec des symptômes persistants. L'objectif de nombreux services et traitements de santé mentale est désormais le rétablissement (Canadian Mental Health Association Toronto, s. d., paragraphe 1).

Les approches de rétablissement reposent sur deux piliers. Le premier pilier est la reconnaissance du fait que chaque personne est unique et a le droit de déterminer son propre chemin vers la santé mentale et le bien-être. Le deuxième pilier est la compréhension du fait que nous vivons tous dans des sociétés complexes où de nombreux facteurs croisés (biologiques, psychologiques, sociaux, économiques, culturels et spirituels) ont un impact sur la santé mentale et le bien-être (CSMC, 2015, p. 4).

santé mentale

« La santé mentale est l'état de votre bien-être psychologique et émotionnel. La santé mentale est une ressource nécessaire pour vivre une vie saine et un facteur principal de la santé globale. Il ne faut pas confondre santé mentale et maladie mentale. Toutefois, une mauvaise santé mentale peut entraîner des maladies mentales et physiques » (ASPC, 2020a). Un Canadien sur cinq (environ 6,7 millions) souffre d'une maladie mentale à un moment donné (CAM-H, s. d.-a). (Voir maladie mentale.)

sécurité culturelle

La sécurité culturelle est un résultat fondé sur un engagement respectueux qui reconnaît les déséquilibres de pouvoir inhérents au système de soins de santé et s'efforce d'y remédier. La sécurité culturelle « se traduit par un environnement exempt de racisme et de discrimination, où les gens se sentent en sécurité lorsqu'ils reçoivent des soins de santé » (FNHA, s. d.-a., diapositive 5 ; FNHA, s. d.-b, Cadre pour la sécurité culturelle et l'humilité).

situations en évolution rapide

Les situations en évolution rapide peuvent être qualifiées d'urgences psychiatriques, médicales, environnementales, pandémiques, catastrophiques ou autres. Les situations en évolution rapide nécessitent des soins de santé mentale de grande envergure qui répondent à l'escalade des facteurs de risque de suicide, d'automutilation, de comportements agressifs, de décompensations aiguës des états de santé mentale et physique, de crises médicales liées aux opioïdes ou à d'autres substances, de risques d'épidémies infectieuses, de crises sociales, etc. Les infirmières et infirmiers en santé mentale et psychiatrie sont conscients des facteurs de risque et anticipent les situations imprévisibles et en évolution rapide.

soins/environnement les moins restrictifs

Le terme « moins restrictif » désigne un traitement et des conditions de traitement qui, séparément et en combinaison, ne sont pas plus intrusifs ou restrictifs de la liberté que ce qui est raisonnablement nécessaire pour obtenir un bénéfice thérapeutique substantiel ou pour protéger le client d'un préjudice (Law Insider, s. d.). Le terme « moins restrictif » fait référence au processus par lequel les restrictions physiques, relationnelles et procédurales sont réduites au minimum et mises en œuvre uniquement lorsque cela est nécessaire (Sustere et Tarpey, 2019). « L'environnement le moins restrictif est celui qui restreint le moins les droits des patients tout en garantissant leur sécurité » (Jones-Bonofiglio, 2023, p. 434). (Voir contrainte.)

soins infirmiers centrés sur la famille

Les soins infirmiers centrés sur la famille font partie des soins primaires dispensés aux patients de tous âges, du nourrisson à la personne âgée. Le personnel infirmier évalue la santé de toute la famille afin d'identifier les problèmes de santé et les facteurs de risque, d'aider à développer des interventions pour répondre aux problèmes de santé et de mettre en œuvre les interventions pour améliorer la santé de l'individu et de la famille. Le personnel infirmier travaillant avec les familles le font souvent avec les patients tout au long de leur cycle de vie. Cela permet de favoriser une relation solide entre le prestataire de soins et le patient. Les soins infirmiers centrés sur la famille ne sont pas tant centrés sur le patient que sur la cellule familiale. Ils adoptent également une approche d'équipe des soins de santé (Nursing Theory, 2020, paragraphe 1).

soins infirmiers en santé mentale

(Voir soins infirmiers en santé mentale et psychiatrie.)

soins centrés sur la personne

Les soins centrés sur la personne (client/patient) font appel à la responsabilisation de la personne pour s'éloigner du modèle paternaliste des soins de santé au profit d'un modèle de pouvoir et de responsabilité partagés (AICC, 2018). Les soins centrés sur la personne signifient que l'infirmière établit des thérapies, préconise des soins de santé qui englobent la spiritualité et les croyances pertinentes pour les points de vue culturels de l'individu et du groupe. Les soins centrés sur la personne sont en collaboration avec les visions du monde, les valeurs et les besoins du client et des groupes de clients, tels qu'ils les expriment et les identifient.

soins de transition

Les de soins de transition sont définis comme un ensemble d'actions conçues pour assurer la coordination et la continuité sécuritaires et efficaces des soins lorsque les clients changent d'état de santé, de besoins en matière de soins, de prestataires de soins ou de lieu (à l'intérieur d'un même établissement, entre deux établissements ou d'un établissement à l'autre ; Coleman et Boulton, 2003). Agrément Canada (2013, 2014) identifie les de soins de transition comme étant (sans s'y limiter) l'un ou l'autre des éléments suivants : « les visites aux prestataires de soins primaires, l'orientation vers un spécialiste ou des services ou prestataires de santé, les transferts au moment du changement d'équipe, les transferts ou les congés, ou les déménagements dans un autre établissement de soins de santé » (cité dans AIIAO, 2014, p. 66). (Voir transitions de soins.)

soins infirmiers en santé mentale et psychiatrie (SISMP)

Les soins infirmiers en santé mentale et psychiatrie sont un domaine spécialisé des soins infirmiers qui se concentre sur la promotion de la santé mentale, la prévention des maladies mentales et les soins aux clients souffrant de problèmes de santé mentale et de troubles mentaux (Austin et Kent-Wilkinson, 2023). Le personnel infirmier en santé mentale et psychiatrie travaille avec des clients dans divers contextes, notamment en institution, en agence et dans la communauté. La vulnérabilité des clients peut être unique car, dans ce domaine de la pratique infirmière, ils peuvent être impliqués involontairement et peuvent être internés en vertu de la loi. En outre, les clients peuvent recevoir un traitement contre leur gré. Ce fait affecte la nature de la relation infirmière-client et peut soulever des dilemmes éthiques complexes (Austin et Kent-Wilkinson, 2023). Peut être désigné sous le nom d'infirmière en santé mentale.

soins sensibles aux traumatismes (SST)

Quatre principes structurent les SST : la sensibilisation aux traumatismes, l'accent mis sur la sécurité et la fiabilité, la possibilité de choisir, la collaboration et la connexion (SAMHSA, 2014).

L'approche organisationnelle des soins tenant compte des traumatismes repose sur quatre hypothèses :

- **réaliser** l'impact généralisé des traumatismes sur les individus, les groupes, les familles et les personnes ;
- **reconnaître** les signes d'un traumatisme ;
- **réagir** en intégrant les connaissances sur les traumatismes dans tous les domaines de fonctionnement (par exemple, les politiques, les procédures et les pratiques) ; et
- **résister** à la retraumatisation des clients et du personnel et éviter de déclencher des souvenirs douloureux (SAMHSA, 2014, pp. 9-10).

Les événements traumatisants vécus tout au long de la vie peuvent avoir des effets néfastes durables sur le fonctionnement bio/psycho/social/spirituel d'une personne. « Il est important que le traitement et la prise en charge de tout individu soient effectués en tenant compte du fait qu'une personne peut avoir un passé traumatique, dans le cadre de ce que l'on appelle les soins éclairés par les traumatismes » (Hust et Peternelj-Taylor, 2023, p. 97).

Les SST ont évolué dans les services de santé canadiens comme un moyen d'établir un environnement sécuritaire pour tous les patients touchés par la violence historique, comme les pensionnats (Browne et Baker, 2016). (Voir approches/soins tenant compte des traumatismes et de la violence.)

stigmatisation (personnelle, publique et structurelle)

La stigmatisation de la maladie mentale est évidente à travers l'histoire et existe toujours en tant que question importante et problématique. La stigmatisation est négative et discriminatoire ; elle rejette les attitudes et le comportement d'une caractéristique ou d'un élément présenté par un individu ou un groupe. Elle peut se manifester à trois niveaux : personnel, public et structurel (Austin et al., 2019).

« **L'autostigmatisation** se produit lorsqu'une personne atteinte d'une maladie mentale intériorise les opinions négatives des autres et a honte de sa maladie. Non seulement cela diminue sérieusement son estime de soi, mais cela peut l'empêcher de demander de l'aide » (Austin et al., 2019, Stereotyping, Prejudice, Discrimination, and Stigma).

« **La stigmatisation publique** est influencée par des croyances culturelles erronées concernant les personnes atteintes de maladie mentale : elles ne se rétabliront jamais ; elles sont dangereuses, imprévisibles et violentes ; elles ne devraient pas être en contact avec d'autres personnes ; elles sont imparfaites en tant qu'êtres humains. Cette stigmatisation est oppressive et aliénante. Elle peut constituer un obstacle dans tous les aspects [y compris l'accès, la prévention et les résultats] de la vie : logement, éducation, emploi et soins de santé » (Austin et al., 2019, Stereotyping, Prejudice, Discrimination, and Stigma). De nombreux clients déclarent que cette stigmatisation est pire que les symptômes des troubles mentaux eux-mêmes (CSMC, 2013a). « La stigmatisation de la maladie mentale peut également affecter les familles des personnes atteintes de maladie mentale. Leur statut au sein de la communauté peut être affecté ; ils peuvent être blâmés pour la maladie du membre de leur famille » (Austin et al., 2019, Stereotyping, Prejudice, Discrimination, and Stigma). La stigmatisation peut affecter les professionnels de la santé qui choisissent d'exercer dans des établissements psychiatriques et de santé mentale (Harrison et al., 2017). « Un tel choix de carrière peut être silencieusement remis en question : Manque de « vraies » compétences ? Problèmes psychologiques personnels ? Les effets sur le recrutement et la rétention dans ce domaine clinique sont évidents » (Austin et al., 2019, Stereotyping, Prejudice, Discrimination, and Stigma).

« **La stigmatisation structurelle** au niveau institutionnel est évidente lorsque les personnes atteintes de maladie mentale se voient refuser leurs droits fondamentaux. Les préjugés à l'égard de la maladie mentale peuvent également affecter le financement des services de santé et de la recherche » (Kent-Wilkinson et Austin, 2023, p. 52).

surincarcération des autochtones

Bien qu'ils ne représentent que 5 % de la population adulte au Canada, les peuples autochtones continuent d'être largement surreprésentés dans le système correctionnel fédéral, puisqu'ils constituent 28 % de l'ensemble des personnes condamnées à une peine fédérale et 32 % de l'ensemble des personnes en détention (BEC, 2020 ; Zinger, 2022). Cette surreprésentation est en grande partie le résultat de préjugés et de racisme systémiques, notamment d'outils d'évaluation du risque discriminatoires, d'une gestion de cas inefficace, ainsi que de retards et d'inerties bureaucratiques (Zinger, 2022).

thérapeutique (communication, environnement, relation)

Le terme thérapeutique se rapporte au traitement de maladies ou de troubles par des agents ou des méthodes correctives : un effet curatif, médicinal ou de guérison.

La communication thérapeutique est « le processus continu d'interaction par lequel le sens émerge » (Forchuk, 2023, p. 107). La relation entre l'infirmière et le client repose sur la communication thérapeutique, y compris les interactions verbales et non verbales entre l'infirmière et le client. Parmi les compétences en matière de communication thérapeutique figurent « l'écoute active, un langage corporel positif, des réponses verbales appropriées et la capacité de l'infirmière à interpréter correctement et à analyser les comportements verbaux et non verbaux du client » (Forchuk, 2019, p. 94-95 ; 2023, p. 106).

Environnement thérapeutique (voir thérapie du milieu)

Le développement de la **relation thérapeutique** est la base à partir de laquelle les infirmières et infirmiers en santé mentale et psychiatrie établissent des partenariats avec les clients. C'est en utilisant les sciences humaines et l'art de soigner que les relations d'aide sont développées (AIIAO, 2002, 2006).

transfert

« L'attribution inconsciente à d'autres personnes de sentiments et d'attitudes qui étaient à l'origine associés à des figures importantes telles que les parents ou les frères et sœurs » (Forchuk, 2023, p. 117).

transitions de soins (TDS)

« Les transitions de soins désignent les différents points où un patient se rend ou revient d'un lieu physique particulier, ou entre en contact avec un professionnel de santé dans le but de recevoir des soins de santé » (OMS, 2016, p. 3). Cela inclut les transitions entre le domicile, l'hôpital, les établissements de soins résidentiels et les consultations avec différents prestataires de soins de santé dans les établissements de soins ambulatoires. (Voir transitions de soins.)

traumatisme (historique, intergénérationnel, intersectionnel)

Le traumatisme est la réaction émotionnelle durable qui résulte souvent d'un événement pénible. L'expérience d'un événement traumatisant peut nuire au sentiment de sécurité, à l'image de soi, à la capacité de réguler ses émotions et à la capacité de gérer ses relations. Longtemps après l'événement traumatique, les personnes qui vivent un traumatisme peuvent souvent ressentir de la honte, de l'impuissance et une peur intense (CAM-H, s. d.-c, par. 1).

Le traumatisme historique est le processus par lequel un groupe social est affecté par les conséquences de multiples adversités vécues collectivement au fil du temps, qui l'emportent sur les facteurs de résilience du groupe, deviennent cumulatives et sont transmises aux générations suivantes, de sorte que le traumatisme peut s'inscrire dans une trajectoire unique (Graham et Austin, 2023, p. 370).

Le traumatisme intergénérationnel (parfois appelé traumatisme transgénérationnel ou multigénérationnel) est défini comme un traumatisme qui se transmet des personnes qui vivent directement un incident aux générations suivantes. Le traumatisme intergénérationnel peut commencer par un événement traumatique touchant un individu, des événements traumatiques touchant plusieurs membres de la famille ou un traumatisme collectif touchant une communauté, une culture, une race, une ethnie ou d'autres groupes/populations plus larges (traumatisme historique ; Franco, 2021). Le traumatisme intergénérationnel a été identifié pour la première fois chez les enfants des survivants de l'Holocauste (Fossion et al., 2003), mais des recherches récentes ont identifié le traumatisme intergénérationnel chez d'autres groupes tels que les populations autochtones d'Amérique du Nord et d'Australie (Aguar et Halseth, 2015 ; Brave Heart, 2003).

Le traumatisme intersectionnel fait référence à « la marginalisation psychosociale des individus à travers de multiples axes d'identité, y compris la race, l'ethnicité, le sexe, le statut de nativité, la religion, l'orientation sexuelle, l'état de santé mentale, et ainsi de suite » (Di-Capua, 2015, cité dans l'article Ezell et al., 2021, p. 79), y compris la manière dont d'autres phénomènes fondamentalement sociaux, tels que les catastrophes de santé publique, influencent de manière formative le bien-être, le lieu et l'identité d'une personne et remodelent effectivement son capital culturel en matière de santé (Ezell et al., 2021).

trouble mental

Le DSM-5-TR stipule qu'un « trouble mental est un syndrome caractérisé par une perturbation cliniquement significative de la cognition, de la régulation des émotions ou du comportement d'un individu, qui reflète un dysfonctionnement des processus psychologiques, biologiques ou de développement qui sous-tendent le fonctionnement mental » (American Psychiatric Association, 2022). Le terme « trouble mental » est utilisé dans de nombreuses lois provinciales sur la santé mentale et dans les deux principaux systèmes de classification diagnostique utilisés dans la pratique psychiatrique canadienne : le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) de l'American Psychiatric Association et la Classification internationale des maladies (CIM) de l'OMS (Santé Canada, 2022).

valeurs et croyances

« La principale différence entre les valeurs et les croyances est que les valeurs sont des principes, des idéaux ou des normes de comportement, tandis que les croyances sont des convictions que nous acceptons généralement comme étant vraies. Ce sont ces croyances enracinées qui influencent nos valeurs, nos attitudes et notre comportement » (Hasa, 2016, paragraphe 1).

vieillesse de la population et les personnes âgées au Canada

Au Canada, les personnes âgées sont définies comme étant âgées de 65 ans. Une population vieillissante est définie comme une population où la proportion de personnes âgées augmente (Statistique Canada, 2022b). Au 1er juillet 2022, le pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus au Canada était de 19 %, soit 7 329 910 personnes sur une population totale de 38 454 327 personnes ; ce pourcentage devrait atteindre 50 % d'ici 2051 (Statistique Canada, 2022b). Bien que les femmes soient toujours plus nombreuses que les hommes, le ratio femmes/hommes parmi les personnes âgées de 85 ans et plus diminue (Statistique Canada, 2022a).

Liste des abréviations

Abréviations	Terme
ACESI	Association canadienne des écoles en sciences infirmières
ACSM	Association canadienne pour la santé mentale
AIIAO	Association des infirmiers et infirmières autorisés de l'Ontario
AIIC	Association des infirmiers et infirmières du Canada
AMM	aide médicale à mourir
ASASSM	Administration des services en abus de substances et santé mentale
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
ASPN	Autorité de la santé des Premières Nations
BCM	bilan comparatif des médicaments
BEC	Bureau de l'enquêteur correctionnel
CAM-H	Centre de toxicomanie et de santé mentale
COVID-19	maladie respiratoire aiguë à Coronavirus 2019
CSMC	Commission de la santé mentale du Canada
CSPSM(C)	Certifié(e) en soins psychiatriques et santé mentale (C) Canada
CVR	Commission de vérité et réconciliation
DSS	déterminants sociaux de la santé
EDI	équité, diversité et inclusion
EEM	examen de l'état mental
FCIISM	Fédération canadienne des infirmières et infirmiers en santé mentale
IA	infirmière autorisée

Abréviations	Terme
IAA	infirmière auxiliaire autorisée
IAP	infirmière autorisée en psychiatrie
ICS	infirmière clinicienne spécialisée
inf.	infirmière
inf. aux.	infirmière auxiliaire
IP	infirmière praticienne
LGBTQQIP2SSAA+	lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres, queers, en questionnement, intersexuels, pansexuels, bispirituels, asexuels et alliés
MTT	modèle transthéorique
NU	Nations Unies
OMS	Organisation mondiale de la santé
SISMP	soins infirmiers en santé mentale et psychiatrie
SST	soins sensibles aux traumatismes

Annexe A

Réflexion sur le titre des Normes canadiennes pour la pratique infirmière en santé mentale et en psychiatrie, 5^e édition

Pour la 5^e édition, le Comité des Normes de la FCIISMP a réfléchi à la représentativité du titre du document des *Normes* pour les infirmières et infirmiers du Canada qui pratiquent auprès des personnes, des familles et des communautés confrontées à des problèmes de santé mentale. L'édition précédente, la 4^e, s'intitule *The Canadian Standards for Psychiatric-Mental Health Nursing*.

Le terme « psychiatrique » fait référence à la « psychiatrie », définie comme une branche de la médecine qui s'occupe des troubles mentaux, émotionnels ou comportementaux (American Psychiatric Association), et s'applique spécifiquement au modèle médical de soins. La pratique des soins infirmiers en santé mentale, y compris le modèle médical, est plus large. Les présentes *Normes* complètent les compétences en matière de pratique infirmière et définissent le niveau de pratique dans le domaine spécialisé des soins infirmiers en santé mentale.

Pour la 5^e édition, notre Comité des Normes de la FCIISMP s'est interrogé et a débattu de la nécessité de réviser le titre de ce document pour en faire les *Normes canadiennes des soins infirmiers en santé mentale* (5^e éd.). Ce changement serait conforme au nom de la fédération : Fédération canadienne des infirmières et infirmiers en santé mentale. Cependant, la certification de la spécialité est *Certification en Soins Infirmiers en Psychiatrie et en Santé Mentale (C)anada*. Il s'agit donc également de débattre pour savoir si les Normes, la certification de spécialité et l'abréviation doivent être modifiées ou non, afin d'être cohérentes avec le nom de la fédération. De plus, on se demande souvent si 1) il devrait y avoir un « trait d'union », un « et » ou un « & » entre Psychiatrie et Santé mentale, ou rien du tout, et 2) s'il s'agit de « Normes de » ou de « Normes pour ». Nous pensons que cette discussion et ce débat doivent être soumis au conseil d'administration de la FCIISMP et à ses membres actuels. Il s'agit peut-être d'une décision à laquelle nous devons réfléchir au cours des prochaines années, au fur et à mesure que nous progresserons.

Annexe B

Contexte et considérations pour la révision des Normes de pratique

En novembre 2021, le comité des *Normes* a organisé une présentation virtuelle et une discussion de groupe pour les membres de la FCIISMP afin d'explorer les domaines généraux du contexte pour le document des *Normes*. Le comité a demandé l'avis des membres sur les opportunités et les défis spécifiques à chacun des domaines contextuels. Un résumé des perspectives et des idées des membres est présenté.

Novembre 2021 Discussion virtuelle des membres de la FCIISMP : Contexte des *Normes*, opportunités et défis

1

Questions :

- S'agit-il d'un document national ? De normes ? De domaines ? De référence ? D'une politique de haut niveau ?
- S'agit-il de normes ou de domaines de pratique ?

Opportunités :

- OUI, cela apporterait une unité dans la compréhension de la pratique des SISMP
- Donner une voix venant du Canada
- Positionner la FCIISMP comme une voix nationale
- Le rechercherait au niveau international comme notre document national
- L'AIC s'est positionnée comme la voix, donc la FCIISMP s'est aligné sur l'AIC
- Certification nationale basée sur des normes
- Paysage infirmier/favoriser l'inclusivité
- Donner aux clients et au public une compréhension cohérente de la pratique des SISMP.

Défis :

- Différences régionales
- Cela représente-t-il une voix nationale ?
- Différentes désignations professionnelles infirmières à travers le pays et les régions avec différentes exigences réglementaires
- Autorité provinciale
- Il faudrait réécrire le document en l'adaptant pour décrire la scène nationale afin d'expliquer l'interprétation régionale et juridictionnelle
- Il faudrait respecter la diversité et la complexité de la pratique infirmière professionnelle provinciale/territoriale
- Différentes licences pour la pratique

Implications :

- Doit être mentionné dans l'introduction.

Novembre 2021 Discussion virtuelle des membres de la FCIISMP : Contexte des Normes, opportunités et défis

2

Questions :

- Ce document est-il inclusif pour les infirmières autorisées, les infirmières psychiatriques autorisées, les infirmières auxiliaires autorisées et les infirmières auxiliaires autorisées exerçant dans un cadre de santé mentale ?
- S'agit-il de normes ou de domaines de pratique ?
- Niveau juridictionnel ?

Opportunités :

- Il existe déjà de multiples documents sur la pratique
- Possibilité de regrouper et d'articuler le tout pour créer un profil national de la pratique des SISMP
- Alimenter ou informer les exigences d'autorisation d'exercer
- Les éducateurs l'utilisent dans les programmes d'études pour l'accréditation.

Défis :

- Il faudrait respecter la diversité et la complexité provinciales et territoriales de la pratique infirmière intra-professionnelle
- Un décalage entre les quatre types d'exigences d'autorisation d'exercer et les normes nationales globales
- De la confusion pour les collèges d'infirmières et les infirmières de première ligne.

Implications :

- s/o

3

Questions :

- Qui sont les parties prenantes de ce document ?

Opportunités :

- Les éducateurs : universitaires et cliniques.
- Formation à la pratique fondée sur des données probantes en milieu clinique
- Responsable des soins infirmiers du ACESI
- Leadership des organisations de soins de santé
- Ministre fédéral de la Santé mentale et des Dépendances.

Défis :

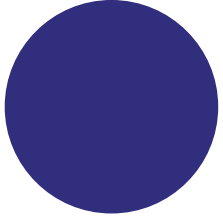
- Les infirmières font partie de la solution.

Implications :

- s/o
-

Novembre 2021 Discussion virtuelle des membres de la FCIISMP : Contexte des Normes, opportunités et défis

- 4
- Questions :**
- En ce qui concerne les normes de pratique provinciales, quelle est la terminologie correcte pour ce document (y compris les définitions des normes, des domaines de pratique, des compétences) ?
- Opportunités :**
- Une définition plus claire
 - Un glossaire qui décrit le champ de pratique
- Défis :**
- Il existe un conflit entre ces Normes de pratiques et les normes réglementaires provinciales/territoriales
 - Les gens comprennent-ils les domaines de pratique
 - Historiquement, les domaines de pratique avec les compétences (utilisent maintenant des indicateurs)
- Implications :**
- Terme complexe et notre compréhension des normes.
-
- 5
- Questions :**
- À quel niveau ce document doit-il être rédigé ?
 - Concept :
 - Important que tous ces éléments correspondent à la langue/terminologie pertinente
- Opportunités :**
- n/normes
- Défis :**
- Au niveau politique, en tant que document de plaidoyer pour les infirmières et infirmiers en santé mentale et psychiatrie et de santé mentale à délivrer dans les contextes : (en arrière-plan/en guise d'introduction)
- Implications :**
- Clarifier dans l'introduction pour les SISMP.
-



Références

Références

- Adam, S., et Jiang, C. (2023). Identity, inclusion, and society. Dans D. Kunyk, C. A. Peternelj-Taylor, et W. Austin (éd.), *Psychiatric & mental health nursing for Canadian practice* (5e éd., p. 29–41). Wolters Kluwer.
- Agence de la santé publique du Canada. (2018, 2 février). Approches tenant compte des traumatismes et de la violence : politiques et pratiques. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/securite-et-risque-pour-sante/approches-traumatismes-violence-politiques-pratiques.html>
- Agence de la santé publique du Canada. (2020a, 22 juin). À propos de la santé mentale. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/sante-mentale.html>
- Agence de la santé publique du Canada. (2020b, 31 août). Maladie mentale. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-chroniques/maladie-mentale.html>
- Agence de la santé publique du Canada. (2022, 14 juin). Déterminants sociaux de la santé et inégalités en santé. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/est-determine-sante.html>
- Agrément Canada. (2013). *Qmentum accreditation program: Standards: Mental health services*.
- Agrément Canada. (2014). *Qmentum accreditation program: Standards: Mental health services*.
- Aguiar, W., et Halseth, R. (2015, avril). *Les Peuples autochtones et le traumatisme historique : le processus de transmission intergénérationnelle*. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. <https://www.cnsa.ca/fr/publicationsview.aspx?sortcode=1.8.21.0&id=142>
- Almost, J. (2021, février). *Les soins infirmiers réglementés au Canada : le portrait de 2021*. Association des infirmières et infirmiers du Canada. <https://www.cna-aiic.ca/fr/soins-infirmiers/les-soins-infirmiers-reglementes-au-canada>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5-TR : 5^e éd.)*. American Psychiatric Publishing. <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
- Arevian, A. C., Jones, F., Moore, E. M., Goodsmith, N., Aguilar-Gaxiola, S., Ewing, T., Siddiq, H., Lester, P., Cheung, E., Ijadi-Maghsoudi, R., Gabrielian, S., Sugarman, O. K., Bonds, C., Benitez, C., Innes-Gomberg, D., Springgate, B., Haywood, C., Meyers, D., Sherin, J. E., et Wells, K. B. (2020, automne). Mental health community and health system issues in COVID-19: Lessons from academic, community, provider, and policy stakeholders. *Ethnicity & Disease*, 30(4), 695–700. <https://doi.org/10.18865/ed.30.4.695>
- Association canadienne des écoles de sciences infirmières. (s. d.). *Accredited Canadian nursing educational programs*. <https://www.casn.ca/accreditation/accredited-canadian-nursing-education-programs/>
- Association canadienne des écoles de sciences infirmières. (2020). *Cadre stratégique en matière de formation infirmière, en réponse aux appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation du Canada*. <https://www.casn.ca/fr/2020/11/cadre-strategique-en-matiere-de-formation-infirmiere-en-reponse-aux-appels-a-laction-de-la-commission-de-verite-et-reconciliation-du-canada/>
- Association canadienne de protection médicale. (2021, mai). Culture juste : Promouvoir la sécurité des soins par une culture de responsabilisation juste et cohérente. <https://www.cmpa-acpm.ca/fr/education-events/good-practices/the-healthcare-system/just-culture>

- Association canadienne des écoles de sciences infirmières et Canadian Federation of Mental Health Nurses. (2015). *Compétences en santé mentale et en toxicomanie pour accéder à la pratique dans le cadre de la formation de premier cycle en sciences infirmières au Canada*. <https://www.casn.ca/fr/2015/11/competences-en-sante-mentale-et-en-toxicomanie-pour-acceder-a-la-pratique-dans-le-cadre-de-la-formation-de-premier-cycle-en-sciences-infirmieres-au-canada/>
- Association canadienne pour la santé mentale. (2021, 19 juillet). *Faits saillants sur la santé mentale et la maladie mentale*. <https://cmha.ca/fr/brochure/faits-saillants-sur-la-maladie-mentale/>
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2002, juillet). *Nursing best practice guideline, shaping the future of nursing: Establishing therapeutic relationships*. <https://rnao.ca/bpg/guidelines/establishing-therapeutic-relationships>
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2006, mars). *Nursing best practice guideline, shaping the future of nursing: Establishing therapeutic relationships supplement*. <https://rnao.ca/bpg/guidelines/establishing-therapeutic-relationships>
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2014, mars). *Lignes directrices sur les pratiques cliniques exemplaires : Transitions des soins*. <https://rnao.ca/bpg/guidelines/care-transitions>
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2015a, mars). *Lignes directrices sur les pratiques cliniques exemplaires : Établissement d'un dialogue avec les clients qui utilisent des substances*. <https://rnao.ca/bpg/guidelines/engaging-clients-who-use-substances>
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2015b, mai). *Lignes directrices sur les pratiques cliniques exemplaires : Soins axés sur les besoins de la personne et de la famille*. <https://rnao.ca/bpg/guidelines/person-and-family-centred-care>
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (s. d.-a). *Nurses' professional responsibilities in partnering with Indigenous Peoples in improving health outcomes: Cultural competence and cultural safety*. https://hl-prod-ca-oc-download.s3-ca-central-1.amazonaws.com/CNA/2f975e7e-4a40-45ca-863c-5ebf0a138d5e/UploadedImages/documents/Cultural_competence_and_safety_competencies.pdf
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (s. d.-b). *Programme de mentorat*. <https://www.cna-aiic.ca/fr/certification/preparation-a-lexamen/programme-de-mentorat>
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2002). *Achieving excellence in professional practice: A guide to developing and revising standards*.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2004, octobre). *Achieving excellence in professional practice: A guide to preceptorship and mentoring*. <https://saskpreceptors.ca/documents/CNA%20Preceptor%20guide.pdf>
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2017). *Code de déontologie des infirmières et infirmiers autorisés*. <https://www.cna-aiic.ca/fr/soins-infirmiers/les-soins-infirmiers-reglementes-au-canada/ethique-infirmiere>
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2018, March). *Énoncé de position : Encourager la compétence culturelle dans les soins infirmiers*. <https://www.cna-aiic.ca/fr/representation-et-politiques/outils-daide-aux-politiques/enonces-de-position>
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2019). *Charting our course forward: Transforming the Canadian Nurses Association for the 21st century*. (Presentation by Michael Villeneuve, Chief Executive Officer, CNA) [40: 46 minutes]. <https://usask.cloud.panopto.eu/Panopto/Pages/Viewer.aspx?id=0cd9af92-f756-413d-bf1e-aaab01521ada>

- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2020a). *Lorsque je rencontre des personnes utilisatrices de substances, j'adopte un pratique*. https://hl-prod-ca-oc-download.s3-central-1.amazonaws.com/CNA/66561cd1-45c8-41be-92f6-e34b74e5ef99/UploadedImages/documents/policy-advocacy/CNA-substance-use-poster_f.pdf
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2020b, 8 septembre). *Messages clés de l'AICC sur le racisme à l'égard des personnes noires dans les soins infirmiers et la santé*. <https://www.cna-aiic.ca/fr/representation-et-politiques/priorites-en-matiere-de-representation/racisme-dans-les-soins-de-sante>
- Association des infirmières et infirmiers du Canada, Association canadienne des infirmières et infirmiers en VIH/sida et Association des infirmiers et infirmières en réduction des méfaits. (2018, mars). *Énoncé de position commun : Réduction des méfaits et consommation de substances*. <https://www.cna-aiic.ca/fr/representation-et-politiques/outils-daide-aux-politiques/enonces-de-position>
- Association des infirmiers et infirmières en réduction des méfaits. (2019, 15 septembre). *Position statement: Harm reduction nursing education in baccalaureate nursing programs*. https://www.hrna-aiirm.ca/wp-content/uploads/2019/09/HRNA_PS_Baccalaureate_EN_190917.pdf
- Atcheson, S. (2018, 30 novembre). Allyship: The key to unlocking the power of diversity. *Forbes*. <https://www.forbes.com/sites/shereeatcheson/2018/11/30/allyship-the-key-to-unlocking-the-power-of-diversity/?sh=25e9b19649c6>
- Austin, W. (2019). Theoretical basis of practice. Dans W. Austin, D. Kunyk, C. A. Peternelj-Taylor, et M. A. Boyd (éd.), *Psychiatric & mental health nursing for Canadian practice* (4^e éd., p. 121–139). Wolters Kluwer.
- Austin, W. (2023). Theoretical basis of practice. Dans D. Kunyk, C. A. Peternelj-Taylor, et W. Austin (éd.), *Psychiatric & mental health nursing for Canadian practice* (5^e éd., p. 153–172). Wolters Kluwer.
- Austin, W., Gallop, R., Harris, D., et Spencer, E. (1996, avril). A 'domains of practice' approach to the standards of psychiatric and mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 3(2), 111–115. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.1996.tb00071.x>
- Austin, W., et Kent-Wilkinson, A. (2023). Legal and ethical aspects of practice. Dans D. Kunyk, C. A. Peternelj-Taylor, et W. Austin (éd.), *Psychiatric & mental health nursing for Canadian practice* (5^e éd., p. 125–152). Wolters Kluwer.
- Austin, W., Kunyk, D., Peternelj-Taylor, C. A., et Boyd, M. A. (éd.). (2019). Glossary. *Psychiatric & mental health nursing for Canadian practice* (4^e canadienne éd.). Wolters Kluwer.
- Beaulne-Stuebing, L. (2021, 15 janvier). Canada's Nursing Programs Address Racial Prejudice in the Profession. University Affairs. <https://www.universityaffairs.ca/news/news-article/canadas-nursing-programs-address-racial-prejudice-in-the-profession/>
- Bedore, C. (2020, 17 novembre). 'A pandemic of its own': How COVID-19 is impacting mental health. Global News. <https://globalnews.ca/news/7467226/covid-19-pandemic-mental-health-2/>
- Benner, P. (1984). *From novice to expert, excellence, and power in clinical nursing practice*. Addison-Wesley Publishing Company.
- Bidol, P. C. (1972). *Developing new perspectives on race: An innovative multi-media social studies curriculum in racism awareness for the secondary level*. New Perspectives on Race.
- Bishop, A. (2015, juin). *Becoming an ally: Breaking the cycle of oppression in people* (3^e éd.). Fernwood Publishing.

- Boston University School of Public Health. (2022, 3 novembre). The Transtheoretical Model (Stages of Change). <https://sphweb.bumc.bu.edu/otlt/mph-modules/sb/behavioralchangetheories/behavioralchangetheories6.html>
- Brave Heart, M. Y. H. (2003). The historical trauma response among Natives and its relationship to substance abuse: A Lakota illustration. *Journal of Psychoactive Drugs*, 35(1), 7–13. <https://doi.org/10.1080/02791072.2003.10399988>
- Browne, S. M., et Baker, C. N. (2016, printemps). Measuring trauma-informed care: The Attitudes Related to Trauma-Informed Care (ARTIC) Scale. *Trauma Psychology News*, 11(1), 11–13. https://traumapsychnews.com/wp-content/uploads/2016/08/Spring-2016-TPN_Final.pdf
- Bureau de l'enquêteur correctionnel. (2020, 21 janvier). Les Autochtones sous garde fédérale dépassent les 30 % : Énoncé des enjeux et défi de l'enquêteur correctionnel.
- Buselli, R., Corsi, M., Baldanzi, S., Chiumiento, M., Del Lupo, E., Dell'Oste, V., Bertelloni, C. A., Massimetti, G., Dell'Osso, L., Cristaudo, A., et Carmassi, C. (2020, 1er septembre). Professional quality of life and mental health outcomes among healthcare workers exposed to SARS-CoV-2 (COVID-19). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(17), article 6180. <http://doi.org/10.3390/ijerph17176180>
- Calgary Anti-Racism Education Collective. (s. d.). Racism. <http://www.aclrc.com/racism>
- Canadian Mental Health Association Ontario. (s. d.). The Relationship Between Mental Health, Mental Illness and Chronic Physical Conditions. https://ontario.cmha.ca/public_policy/the-relationship-between-mental-health-mental-illness-and-chronic-physical-conditions/
- Canadian Mental Health Association Toronto. (s. d.). Recovery. <https://toronto.cmha.ca/documents/recovery/>
- CBC News. (2021, 7 juin). 'Mass murder' of Muslim family in London, Ont., condemned by community groups, politicians. Radio-Canada. <https://www.cbc.ca/news/canada/london/london-hit-and-run-politicians-react-1.6056785>
- CBC News. (2022, 8 septembre). What we know about the Saskatchewan communities devastated by mass stabbings. Radio-Canada. <https://www.cbc.ca/news/canada/saskatchewan-stabbings-questions-1.6572990>
- Cénat, J. M., Noorishad, P-G., Kokou-Kpolou, C. K., Dalexis, R. D., Hajizadeh, S., Guerrier, M., Clorméus, L. A., Bukaka, J., Birangui, J-P., Adansikou, K., Ndengeyingoma, A., Sezibera, V., Derivois, D., et Rousseau, C. (2021, mars). Prevalence and correlates of depression during the COVID-19 pandemic and the major role of stigmatization in low- and middle-income countries: A multinational cross-sectional study. *Psychiatry Research*, 297, article 113714. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113714>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2021, 2 avril). Adverse Childhood Experiences (ACEs). U.S. Department of Health and Human Services. <https://cdc.gov/violenceprevention/aces/index.html>
- Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. (s. d.). Comprendre les compétences. <https://www.ccsa.ca/fr/comprendre-les-competences>
- Centre de toxicomanie et de santé mentale. (s. d.-a). La santé mentale et la pandémie de COVID-19. <https://www.camh.ca/fr/info-sante/mental-health-and-covid-19>
- Centre de toxicomanie et de santé mentale. (s. d.-b). Les traumatismes psychiques. <https://www.camh.ca/fr/info-sante/index-sur-la-sante-mentale-et-la-dependance/les-traumatismes-psychiques>

- Centre de toxicomanie et de santé mentale. (s. d.-c). Mental Illness and Addiction: Facts and Statistics. <https://www.camh.ca/en/driving-change/the-crisis-is-real/mental-health-statistics>.
- Cesaroni, C., Grol, C., et Fredericks, K. (2019, mars). Overrepresentation of Indigenous youth in Canada's criminal justice system: Perspectives of Indigenous young people. *Journal of Criminology*, 52(1), 111–128. <https://doi.org/10.1177/0004865818778746>
- Christensen, H., Griffiths, K. M., et Evans, K. (2002, mai). *E-mental health in Australia: Implications of the internet and related technologies for policy* (Information Strategy Committee Discussion Paper No. 3). Commonwealth Department of Health and Ageing. https://www.researchgate.net/publication/237249653_e-Mental_Health_in_Australia_Implications_of_the_Internet_and_Related_Technologies_for_Policy
- Clark, S. (2019). *Surreprésentation des Autochtones dans le système de justice pénale canadien : Causes et réponses*. Ministère de la Justice Canada, Division de la recherche et de la statistique. <https://www.justice.gc.ca/fra/pr-rp/jr/cjs-oip/index.html>
- Coleman, E. A., et Boulton, C. (2003, avril). Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(4), 556–557. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2003.51186.x>
- College of Registered Psychiatric Nurses of Alberta, British Columbia College of Nursing Professionals, College of Registered Psychiatric Nurses of Manitoba, et Registered Psychiatric Nurses Association of Saskatchewan. (2019). *Standards for psychiatric nursing practice, 2019*. <https://www.rpnas.com/wp-content/uploads/2021/01/Standards-of-Psychiatric-Nursing-Practice.pdf>
- Commission de la santé mentale du Canada. (2012). *Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*. https://commissionsantementale.ca/ressource/strategie-en-matiere-de-sante-mentale-pour-le-canada/?_ga=2.173859809.376009784.1683745409-1388555883.1683745409
- Commission de la santé mentale du Canada. (2013a, 18 novembre). *Opening minds: Interim report*. https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/opening_minds_interim_report_0.pdf
- Commission de la santé mentale du Canada. (2013b, janvier). *Santé et sécurité psychologiques en milieu de travail : Prévention, promotion et lignes directrices pour une mise en œuvre par étapes*. Groupe CSA CAN/CSA-Z1003-13 et Bureau de normalisation du Québec BNQ 9700-803/2013. Confirmée en 2018. <https://commissionsantementale.ca/norme-nationale>
- Commission de la santé mentale du Canada. (2014). *E-mental health in Canada: Transforming the mental health system using technology: A briefing document*. <https://mentalhealthcommission.ca/ressource/e-mental-health-in-canada-transforming-the-mental-health-system-using-technology-a-briefing-document/>
- Commission de la santé mentale du Canada. (2015). *Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement*. <https://commissionsantementale.ca/ressource/guide-de-reference-pour-des-pratiques-axees-sur-le-retablissement>
- Commission de la santé mentale du Canada. (2018, 14 février). Les fournisseurs de soins de santé et leur rôle dans la compréhension de la stigmatisation. <https://commissionsantementale.ca/communiqués/23130-les-fournisseurs-de-soins-de-sante-et-leur-role-dans-la-comprehension-de-la-stigmatisation>

- Commission de vérité et réconciliation du Canada. (2015). *Commission de vérité et réconciliation du Canada : Appels à l'action*. https://publications.gc.ca/collections/collection_2015/trc/IR4-8-2015-fra.pdf
- Conseil des arts du Canada. (2019, octobre). Loi sur l'accès à l'information et Loi sur la protection des renseignements personnels. <https://conseildesarts.ca/a-propos/responsabilite-publique/acces-a-l-information-et-la-protection-des-renseignements-personnels>
- COVID-19 Excess Mortality Collaborators. (2022, avril 16). Estimating excess mortality due to the COVID-19 pandemic: A systematic analysis of COVID-19-related mortality, 2020–21. *The Lancet*, 399(10334), 1513–1536. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02796-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02796-3)
- Curtis, E., Jones, R., Tipene-Leach, D., Walker, C., Loring, B., Paine, S.-J., et Reid, P. (2019, 14 novembre). Why cultural safety rather than cultural competency is required to achieve health equity: A literature review and recommended definition. *International Journal for Equity in Health*, 18, article 174. <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1082-3>
- DeJong, C. A. J., DeJong Verhagen, J. G., Pols, R., Verbrugge, C., et Baldacchino, A. (2020, mars/avril). Psychological impact of the acute COVID-19 period on patients with substance use disorders: We are all in this together. *Basic and Clinical Neuroscience*, 11(2), 207–216. <https://doi.org/10.32598/bcn.11.covid19.2543.1>
- Département des Affaires Économiques et Sociales. (s. d.). Développement durable : Les 17 objectifs. Nations Unies. <https://sdgs.un.org/fr/goals>
- de Peralta, A. M., Gillispie, M., Mobley, C., et Gibson, L. M. (2019, août). It's all about trust and respect: Cultural competence and cultural humility in mobile health clinic services for underserved minority populations. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 30(3), 1103–1118. <https://doi.org/10.1353/hpu.2019.0076>
- Dickenson, S.-R. (2021, janvier 28). What Is Allyship? <https://www.edi.nih.gov/blog/communities/what-allyship>
- Doan, B. T., Yang, Y. B., Roamanchych, E., Grewal, S., Monga, S., Pignatiello, T., Bryden, P., et Kulkarni, C. (2021, mars). From pandemic to progression: An educational framework for the implementation of virtual mental healthcare for children and youth as a response to COVID-19. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 51(1), 1–7. <https://doi.org/10.1007/s10879-020-09478-0>
- Douglas, V. (2020, octobre). *An introduction to Indigenous health and healthcare in Canada: Bridging health and healing* (2^e éd.). Springer Publishing Company. <https://doi.org/10.1891/9780826164131>
- Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées. (2019a). *Réclamer notre pouvoir et notre place : le rapport final de l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées* (Volume 1a). <https://www.mmiwg-ffada.ca/fr/final-report/>
- Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées. (2019b). *Réclamer notre pouvoir et notre place : le rapport final de l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées* (Volume 1b). <https://www.mmiwg-ffada.ca/fr/final-report/>
- Excellence en santé Canada. (s. d.). Culture de sécurité des patients. <https://www.healthcareexcellence.ca/fr/ressources/boite-a-outils-pour-la-securite-des-patients-et-la-gestion-des-incident/gestion-de-la-securite-des-patients/culture-de-securite-des-patients/>

- Elia, F., et Vallelonga, F. (2020, decembre). "Pandemic fatigue" or something worse? *Recenti Progressi in Medicina*, 111(12), 788–789. <https://doi.org/10.1701/3509.34972>
- Ezell, J. M., Salari, S., Rooker, C., et Chase, E. C. (2021, mars). Intersectional trauma: COVID-19, the psychosocial contract, and America's racialized public health lineage. *Traumatology*, 27(1), 78–85. <https://doi.org/10.1037/trm0000302>
- First Nations Health Authority. (s. d.-a). *Creating a climate for change*. <https://www.fnha.ca/Documents/FNHA-Creating-a-Climate-For-Change-Cultural-Humility-Resource-Booklet.pdf>
- First Nations Health Authority. (s. d.-b). Cultural Safety and Humility. <https://www.fnha.ca/wellness/wellness-and-the-first-nations-health-authority/cultural-safety-and-humility>
- Forchuk, C. (2019). Communication and the therapeutic relationship. Dans W. Austin, D. Kunyk, C. A. Peternelj-Taylor, et M. A. Boyd (éd.), *Psychiatric & mental health nursing for Canadian practice* (4^e éd., p. 77–96). Wolters Kluwer.
- Forchuk, C. (2023). Communication and the therapeutic relationship. Dans D. Kunyk, C. A. Peternelj-Taylor, et W. Austin (éd.), *Psychiatric & mental health nursing for Canadian practice* (5^e éd., p. 105–124). Wolters Kluwer.
- Foronda, C. (2020, janvier). A theory of cultural humility. *Journal of Transcultural Nursing*, 31(1), 7–12. <https://doi.org/10.1177/1043659619875184>
- Fossion, P., Rejas, M.-C., Servais, L., Pelc, I., et Hirsch, S. (2003, octobre). Family approach with grandchildren of Holocaust survivors. *American Journal of Psychotherapy*, 57(4), 519–527. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2003.57.4.519>
- Franco, F. (2021, 8 janvier). Understanding Intergenerational Trauma: An Introduction for Clinicians. Good Therapy. https://www.goodtherapy.org/blog/Understanding_Intergenerational_Trauma
- Friesen, E. L., Kurdyak, P. A., Gomes, T., Kolla, G., Leece, P., Zhu, L., Toombs, E., O'Neill, B., Stall, N. M., Jüni, P., Mushquash, C. J., et Mah, L. (2021, 8 septembre). The impact of the COVID-19 pandemic on opioid-related harm in Ontario (version 1.0). Ontario COVID-19 Science Advisory Table. <https://doi.org/10.47326/ocsat.2021.02.42.1.0>
- Fritzsche, S. (2008, janvier). Standards of care and professionalism: Why it matters. *Plastic Surgical Nursing*, 28(1), 5–9. <https://doi.org/10.1097/01.PSN.0000313940.59658.48>
- Gaetz, S., Barr, C., Friesen, A., Harris, B., Hill, C., Kovacs-Burnes, K., Pauly, B., Pearce, B., Turner, A., et Marsolais, A. (2012). *Canadian definition of homelessness*. Canadian Observatory on Homelessness Press. <https://www.homelesshub.ca/sites/default/files/COHhomelessdefinition.pdf>
- Government of British Columbia. (2021, 4 février). *United Nations declaration on the rights of Indigenous peoples and In plain sight: Addressing Indigenous-specific racism and discrimination in B.C. health care*. <https://engage.gov.bc.ca/addressingracism/>
- Government of British Columbia. (2022, 31 mai). La Colombie-Britannique reçoit une exemption pour décriminaliser la possession de certaines drogues illégales pour usage personnel. Ministère de la Santé mentale et des Dépendances. https://bcgovnews.azureedge.net/translations/releases/2022MMHA0029-000850/Decriminalization_French.pdf
- Gouvernement du Canada. <https://www.oci-bec.gc.ca/cnt/comm/press/press20200121-fra.aspx>
- Graham, H., et Austin, W. (2023). Stress, trauma, crisis and disaster. Dans D. Kunyk, C. A. Peternelj-Taylor, et W. Austin (éd.), *Psychiatric & mental health nursing for Canadian practice* (5^e éd., p. 358–393). Wolters Kluwer.

- Graham, H., et Martin, S. (2016, 21 septembre). Narrative descriptions of miyo-mahcihoyān (physical, emotional, mental, and spiritual well-being) from a contemporary néhiyawak (Plains Cree) perspective. *International Journal of Mental Health Systems*, 10, article 58. <https://doi.org/10.1186/s13033-016-0086-2>
- Graham, H., et Stamler, L. L. (2010, janvier). Contemporary perceptions of health from an Indigenous (Plains Cree) perspective. *International Journal of Indigenous Health*, 6(1), 6–17. <https://doi.org/10.18357/ijih61201012341>
- Greene-Moton, E., et Minkler, M. (2020, janvier). Cultural competence or cultural humility? Moving beyond the debate. *Health Promotion Practice*, 21(1), 142–145. <https://doi.org/10.1177/1524839919884912>
- Gruber, J., Prinstein, M. J., Clark, L. A., Rottenberg, J., Abramowitz, J. S., Albano, A. M., Aldao, A., Borelli, J. L., Chung, T., Davila, J., Forbes, E. E., Gee, D. G., Hall, G. C. N., Hallion, L. S., Hinshaw, S. P., Hofmann, S. G., Hollon, S. D., Joormann, J., Kazdin, A. E., Klein, D. N., ... Weinstock, L. M. (2021, avril). Mental health and clinical psychological science in the time of COVID-19: Challenges, opportunities, and a call to action. *American Psychologist*, 76(3), 409–426. <https://doi.org/10.1037/amp0000707>
- Hall, S., White, A., Ballas, J., Saxton, S. N., Dempsey, A., et Saxer, K. (2021, mai). Education in trauma-informed care in maternity settings can promote mental health during the COVID-19 pandemic. *Journal of Obstetrics and Gynecological Neonatal Nursing*, 50(3), 340–351. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2020.12.005>
- Harrison, C. A., Hauck, Y., et Ashby R. (2017, septembre). Breaking down the stigma of mental health nursing: A qualitative study reflecting opinions from western Australian nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24(7), 513–522. <https://doi.org/10.1111/jpm.12392>
- Hasa. (2016, 14 juillet). Difference Between Values and Beliefs. PEDIAA. <https://pediaa.com/difference-between-values-and-beliefs/#:~:text=The%20main%20difference%20between%20values,values%2C%20attitudes%2C%20and%20behavior>
- Health Quality Council of Alberta. (s. d.). About Just Culture. <https://hqca.ca/resources-for-improvement/just-culture/resources/>
- Hirani, S., et Varcoe, C. (2023). Care of persons with experiences of abuse. Dans D. Kunyk, C. A. Peternelj-Taylor, et W. Austin (éd.), *Psychiatric & mental health nursing for Canadian practice* (5^e éd., p. 915–932). Wolters Kluwer.
- Horesh, D., et Brown, A. D. (2020, mai). Traumatic stress in the age of COVID-19: A call to close critical gaps and adapt to new realities. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(4), 331–335. <https://doi.org/10.1037/tra0000592>
- Hust, C., et Peternelj-Taylor, C. (2023). Contemporary psychiatric and mental health nursing practice. Dans D. Kunyk, C. A. Peternelj-Taylor, et W. Austin (éd.), *Psychiatric & mental health nursing for Canadian practice* (5^e éd., p. 82–104). Wolters Kluwer.
- Institut canadien d'information sur la santé. (2021, août 19). Infirmières autorisées. <https://www.cihi.ca/fr/infirmieres-autorisees>
- Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada. (s. d.). Bilan comparatif des médicaments (BCM). <https://www.ismp-canada.org/fr/BCM.htm>
- Jones-Bonofiglio, K. (2023). Self-harm and suicidal behaviours. Dans D. Kunyk, C. A. Peternelj-Taylor, & W. Austin (éd.), *Psychiatric & mental health nursing for Canadian practice* (5^e éd., p. 420–446). Wolters Kluwer.

- Kane, C. F. (2015, 31 janvier). The 2014 scope and standards of practice for psychiatric mental health nursing: Key updates. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 20(1). <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol20No01Man01>
- Kent-Wilkinson, A., et Austin, W. (2023). The context of mental health care: Cultural, socioeconomic, and geographic. Dans D. Kunyk, C. A. Peternelj-Taylor, et W. Austin (éd.), *Psychiatric & mental health nursing for Canadian practice* (5^e éd., p. 42–65). Wolters Kluwer.
- Kunyk, D. (2023a). Psychological health and safety in the workplace. Dans D. Kunyk, C. A. Peternelj-Taylor, et W. Austin (éd.), *Psychiatric & mental health nursing for Canadian practice* (5^e éd., p. 341–356). Wolters Kluwer.
- Kunyk, D. (2023b). Substance-related and addictive disorders. Dans D. Kunyk, C. A. Peternelj-Taylor, et W. Austin (éd.), *Psychiatric & mental health nursing for Canadian practice* (5^e éd., p. 653–686). Wolters Kluwer.
- Kunyk, D., Peternelj-Taylor, C. A., et Austin, W. (éd.). (2023). *Psychiatric & mental health nursing for Canadian practice* (5^e canadienne éd.). Wolters Kluwer.
- Lasiuk, G. C. (2023). The assessment process. Dans D. Kunyk, C. A. Peternelj-Taylor, et W. Austin (éd.), *Psychiatric & mental health nursing for Canadian practice* (5^e éd., p. 208–228). Wolters Kluwer.
- Law Insider. (s. d.). Least restrictive definition. <https://www.lawinsider.com/dictionary/least-restrictive>
- Li, H., Glecia, A., Kent-Wilkinson, A., Leidl, D., Kleib, M., et Risling, T. (2022, mars). Transition of mental health service delivery to telepsychiatry in response to COVID-19: A literature review. *Psychiatry Quarterly*, 93(1), 181–197. <https://doi.org/10.1007/s11126-021-09926-7>
- Loi sur le cannabis (L.C. 2018, ch. 16). Gouvernement du Canada. <https://www.laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/c-24.5/>
- Lopez-Martinez, M. (2022, 8 septembre). *Mental health resources needed for First Nations communities grieving from 'collective trauma' following Sask. attacks: Expert*. CTV News. <https://www.ctvnews.ca/canada/mental-health-resources-needed-for-first-nations-communities-grieving-from-collective-trauma-following-sask-attacks-expert-1.6059966>
- Lowrie, M., et Malone, K. G. (2020, 4 octobre). *Joyce Echaquan's death highlights systemic racism in health care, experts say*. CTV News. <https://www.ctvnews.ca/health/joyce-echaquan-s-death-highlights-systemic-racism-in-health-care-experts-say-1.5132146?cache=>
- Luznar-Purdy, N., et Kent-Wilkinson, A. (2021, 15 mai). A Japanese Canadian nurse reflects on cultural competency, humility, and safety in caring for an Indigenous patient. *International Journal of Nursing Student Scholarship*, 8, article 55. <https://journalhosting.ucalgary.ca/index.php/ijnss/article/view/72642>
- MacKenzie, L., et Hatala, A. (2019, 14 mars). Addressing culture within healthcare settings: The limits of cultural competence and the power of humility. *Canadian Medical Education Journal*, 10(1), e124–e127. <https://doi.org/10.36834/cmej.52966>
- Manitoba Trauma Information and Education Centre. (2018). Strength Based and Person Centered Approach.
- Marci, R., Wagner, F., et Stuckley, M. I. (2020, juillet). Values-based analysis of recovery-oriented practice in mental health care and medical assistance in dying. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 39(2), 1–10. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2020-009>

- Martin, T., Maguire, T., Quinn, C., Ryan, J., Bawden, L., et Summers, M. (2013, juillet/septembre). Standards of practice for forensic mental health nurses: Identifying contemporary practice. *Journal of Forensic Nursing*, 9(3), 171–178. <http://dx.doi.org/10.1097/JFN.0b013e31827a593a>
- McElroy, A. M. (2017, 15 août). Defining Hate Crimes in Canada. McElroy Law. <https://www.mcelroylaw.ca/news-notes-ready/2022/8/31/defining-hate-crimes-in-canada>
- McInnis-Perry, G., Greene, A., et Santa Mina, E. (2015, septembre). Achieving excellence through contemporary and relevant psychiatric-mental health nursing standards of practice. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 53(9), 32–37. <https://www.proquest.com/docview/1708626621?accountid=14739>
- Mental Health Act. (2023). Government of British Columbia. https://www.bclaws.gov.bc.ca/civix/document/id/complete/statreg/96288_01
- Mental Health Services Act (M-13.1). (2020). Government of Saskatchewan. <https://publications.saskatchewan.ca/#/products/626>
- Merriam-Webster. (s. d.). Racism. Dans Merriam-Webster.com dictionary. Repéré le 16 février 2023 de <https://www.merriam-webster.com/dictionary/racism>
- Mezey, G., Youngman, H., Kretzschmar, I., et White, S. (2016). Stigma and discrimination in mentally disordered offender patients: A comparison with a non-forensic population. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 27(4), 517–529. <https://doi.org/10.1080/14789949.2016.1172658>
- Milken Institute School of Public Health. (2020, 5 novembre). Equity vs. Equality: What's the Difference? George Washington University, Online Public Health. <https://onlinepublichealth.gwu.edu/resources/equity-vs-equality/>
- Ministère de la Justice Canada. <https://www.justice.gc.ca/fra/pr-rp/jp-cj/victim/index.html>
- Moreno, C., Wykes, T., Golderisi, S., Nordentoft, M., Crossley, N., Jones, N., Cannon, M., Correll, C. U., Byrne, L., Carr, S., Chen, E. Y. H., Gorwood, P., Johnson, S., Kärkkäinen, H., Krystal, J. H., Lee, J., Lieberman, J., López-Jaramillo, C., Männikkö, M., Phillips, M. R., ... Arango, C. (2020, septembre). How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(9), 813–824. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30307-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30307-2)
- Mosby. (2022). *Mosby's dictionary of medicine, nursing & health professionals* (11e éd.).
- Nelson, T., Kent-Wilkinson, A., et Li, H. (2022, printemps). La violence entre partenaires intimes pendant la pandémie de COVID-19 : Une analyse documentaire. *Journal Canadien des Infirmières d'Urgence*, 45(1), 36–45. <https://doi.org/10.29173/cjen148>
- Nursing Theory. (2020). Family Nursing. <https://nursing-theory.org/theories-and-models/family-nursing.php>
- Observatoire canadien sur l'itinérance. (2017). *La définition canadienne de l'itinérance*. <https://homelesshub.ca/sites/default/files/COHhomelessdefinitionFR.pdf>
- Organisation mondiale de la Santé. (s. d.). *Social determinants of health*. https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1
- Organisation mondiale de la Santé. (2016). *Transitions of care: Technical series on safer primary care*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252272/97892415111599-eng.pdf;sequence=1>
- Organisation mondiale de la Santé. (2020, 29 juin). Chronologie de l'action de l'OMS face à la COVID-19. <https://www.who.int/fr/news/item/29-06-2020-covidtimeline>

- Organisation mondiale de la Santé et Calouste Gulbenkian Foundation. (2014). *Social determinants of mental health*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506809>
- O'Mahony, J., et Clark, N. (2018). Immigrant women and mental health care: Findings from an environmental scan. *Issues in Mental Health Nursing*, 39(11), 924–934. <https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1479903>
- Pan, K.-Y., Kok, A. A. L., Eikelenboom, M., Horsfall, M., Jorg, F., Luteijn, R. A., Rhebergen, D., van Oppen, P., Giltay, E. J., et Penninx, B. W. J. H. (2021, février). The mental health impact of the COVID-19 pandemic on people with and without depressive, anxiety, or obsessive-compulsive disorders: A longitudinal study of three Dutch case-control cohorts. *The Lancet Psychiatry*, 8(2), 121–129. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30491-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30491-0)
- Pathways Indigenous Health Collaboration. (2021, juillet 15). Innovative Health Projects Impact Thousands of Indigenous Peoples in Canada. Bimaadzwin et Boehringer Ingelheim Canada Ltd. <https://www.indigenoushealthpathways.ca/pathway-media>
- Perdacher, E., Kavanagh, D., et Sheffield, J. (2019, novembre). Well-being and mental health interventions for Indigenous people in prison: Systemic review. *British Journal of Psychiatry Open*, 5(6), article e95. <https://doi.org/10.1192/bjo.2019.80>
- Peternelj-Taylor, C. (2018, octobre/décembre). Trauma-informed care: Responding to the call for action. *Journal of Forensic Nursing*, 14(4), 185–186. <https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000224>
- Peternelj-Taylor, C., et King, P. M. (2023). Family assessment and interventions. Dans D. Kunyk, C. A. Peternelj-Taylor, et W. Austin (éd.), *Psychiatric & mental health nursing for Canadian practice* (5^e éd., p. 319–340). Wolters Kluwer.
- Phillips-Beck, W., Eni, R., Lavoie, J. G., Kinew, K. A., Achan, G. K., et Katz, A. (2020, 11 novembre). Confronting racism within the Canadian healthcare system: Systemic exclusion of First Nations from quality and consistent care. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22), article 8343. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228343>
- Pollard, C. L., et Jakubec, S. L. (2022). *Varcarolis's Canadian psychiatric mental health nursing: A clinical approach*. (3^e éd.). Elsevier.
- Ponic, P., Varcoe, C., et Smutylo, T. (2016). Approches tenant compte des traumatismes et de la violence pour le soutien des victimes de violence : dimensions stratégiques et pratiques. *Recueil des recherches sur les victimes d'actes criminels*, no 9.
- Prochaska, J. O., et DiClemente, C. C. (1983, juin). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390–395. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.3.390>
- Quon, A., et Issa, O. (2022, 27 juin). *A year of pain and healing since 751 unmarked graves announced at Cowessess First Nation*. Radio-Canada. <https://www.cbc.ca/news/canada/saskatchewan/cowessess-graves-first-anniversary-1.6495126>
- Relations Couronne-Autochtones et Affaires du Nord Canada. (2021, juin 11). Peuples et communautés autochtones. <https://www.rcaanc-cirnac.gc.ca/fra/1100100013785/1529102490303>
- Salmani, B., Hegadoren, K., Bautista, L., Ben-Shlomo, Y., Diaz, E., Rammohan, A., Meherali, S., Chiu, Y., Nsaliwa, C., et Yaskina, M. (s. d.). *Mental health of immigrants and non-immigrants in Canada: Evidence from the Canadian health measures survey and service provider interviews in Alberta*. PolicyWise for Children and Families et University of Alberta. <https://policywise.com/wp-content/uploads/resources/2017/04/2017-04APR-27-Scientific-Report-15SM-SalamiHegadoren.pdf>

- Santé Canada. (2022, 13 mai). *Rapport final du Groupe d'experts sur l'AMM et la maladie mentale*. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/a-propos-sante-canada/mobilisation-publique/organismes-consultatifs-externes/groupe-experts-amm-maladie-mentale/rapport-final-groupe-experts-amm-maladie-mentale.html>
- Santé Canada et Agence de la santé publique du Canada. (2019, 8 juillet). *Stratégie canadienne sur les drogues et autres substances*. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/dependance-aux-drogues/strategie-canadienne-drogues-substances.html>
- Schmalz, D., Graham, H., et Kent-Wilkinson, A. (2022, 15 novembre). Le cheminement d'une infirmière vers l'humilité culturelle : reconnaître le racisme systémique involontaire envers les Autochtones dans un contexte personnel et professionnel. *Avancées en formation infirmière*, 8(3), article 4. <https://qane-afi.casn.ca/journal/vol8/iss3/4/>
- Service correctionnel Canada. (2012). *Stratégie sur la santé mentale en milieu correctionnel au Canada : Un partenariat fédéral-provincial-territorial*. https://publications.gc.ca/collections/collection_2013/scc-csc/PS84-26-2012-fra.pdf
- Service correctionnel Canada. (2019, 10 mai). *Stratégie en matière de santé mentale*. <https://www.csc-scc.gc.ca/publications/005007-3043-fr.shtml>
- Snow, N. (2023a). Care planning and implementation in psychiatric mental health nursing. Dans D. Kunyk, C. A. Peternelj-Taylor, et W. Austin (éd.), *Psychiatric & mental health nursing for Canadian practice* (5^e éd., p. 229–247). Wolters Kluwer.
- Snow, N. (2023b). The continuum of Canadian mental health care. Dans D. Kunyk, C. A. Peternelj-Taylor, et W. Austin (éd.), *Psychiatric & mental health nursing for Canadian practice* (5^e éd., p. 66–80). Wolters Kluwer.
- Snow, N., Davis, C., et Austin, W. (2019). Diagnosis, intervention, and outcomes in psychiatric and mental health nursing. Dans W. Austin, D. Kunyk, C. A. Peternelj-Taylor, et M. A. Boyd (éd.), *Psychiatric & mental health nursing for Canadian practice* (4^e éd., p. 193–212). Wolters Kluwer.
- Statistique Canada. (2020, 23 juin). *Les Autochtones et la santé mentale pendant la pandémie de COVID-19* (No au catalogue 45280001). <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/catalogue/45280001202000100035>
- Statistique Canada. (2022a, 27 avril). *Recensement en bref : Portrait de la population croissante des personnes âgées de 85 ans et plus au Canada selon le recensement de 2021*. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/as-sa/98-200-X/2021004/98-200-x2021004-fra.cfm>
- Statistique Canada. (2022b, juillet 1). *Statistiques sur les adultes âgés et le vieillissement démographique*. https://www.statcan.gc.ca/fr/sujets-debut/adultes_ages_et_vieillissement_demographique
- Statistique Canada. (2022c, 21 septembre). *Premières Nations, Métis et Inuit au Canada*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-627-m/11-627-m2022057-fra.htm>
- Statistique Canada. (2022d, octobre 3). *Statistiques sur les peuples Autochtones*. https://www.statcan.gc.ca/fr/sujets-debut/peuples_autochtones
- Steidtmann, D., McBride, S., et Mishkind, M. C. (2020, juillet). Experiences of mental health clinicians and staff in rapidly converting to full-time telemental health and work from home during the COVID-19 pandemic. *Telemedicine and e-Health*, 27(7), 785–791. <https://doi.org/10.1089/tmj.2020.0305>
- Stubbe, D. E. (2020, hiver). Practicing cultural competence and cultural humility in the care of diverse patients. *Focus, The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, 18(1), 49–51. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20190041>

- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2014, juillet). *SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach* (Publication no. SMA 14-4884). U.S. Department of Health and Human Services. <https://store.samhsa.gov/product/SAMHSA-s-Concept-of-Trauma-and-Guidance-for-a-Trauma-Informed-Approach/SMA14-4884>
- Sustere, E., et Tarpey, E. (2019). Least restrictive practice: Its role in patient independence and recovery. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 30(4), 614-629. <https://doi.org/10.1080/14789949.2019.1566489>
- Swiftwolfe, D. (2019, mars) Trousse d'outils pour les alliés-es aux luttes autochtones. <https://reseaumtlnetwork.com/publication/trousse-alliees/>
- Thorne, S. (2022, janvier). Moving beyond performative allyship. *Nursing Inquiry*, 29(1), article e12483. <https://doi.org/10.1111/nin.12483>
- Turpel-LaFond, M. E. (2020, novembre). *In plain sight: Addressing Indigenous-specific racism and discrimination in B.C. health care* (Summary Report). Government of British Columbia, Ministry of Health. <https://engage.gov.bc.ca/app/uploads/sites/613/2020/11/In-Plain-Sight-Summary-Report.pdf>
- Writing Explained. (s. d.). Inequity vs. Inequality: What's the Difference? <https://writingexplained.org/inequity-vs-inequality-difference>
- Zelyck, K. (2020, 26 juin). L'éthique infirmière : un compas pendant la pandémie. Association des infirmières et infirmiers du Canada. <https://www.infirmiere-canadienne.com/blogs/ic-contenu/2020/06/26/lethique-infirmiere-un-compas-pendant-la-pandemie>
- Zine, J. (2021, 8 juin). *Muslim family killed in terror attack in London, Ontario: Islamophobic violence surfaces once again in Canada*. The Conversation. <https://theconversation.com/muslim-family-killed-in-terror-attack-in-london-ontario-islamophobic-violence-surfaces-once-again-in-canada-162400>
- Zinger, I. (2022, 30 juin). *Bureau de l'enquêteur correctionnel : Rapport annuel 2021-2022*. Gouvernement du Canada, Bureau de l'enquêteur correctionnel. <https://www.oci-bec.gc.ca/cnt/rpt/annrpt/annrpt20212022-fra.aspx>



*Fédération canadienne des infirmières
et infirmiers en santé mentale*

www.cfmhn.ca

MISSION

Offrir un forum national aux infirmières travaillant en santé mentale pour qu'elles apprennent, se développent, s'unissent, influencent les politiques de santé et participent en tant que décideuses à des changements positifs durables dans le domaine de la santé mentale pour tous.

VISION

Les soins en santé mentale font partie intégrante de la pratique de toutes les infirmières.