

# Vision

Volume 35 | N° 2 | Automne 2025

# infirmière

## en santé mentale



### Recherche

Repenser l'évaluation de la dangerosité lors du processus de garde (art. 8 de la LPP) : état des lieux et co-construction de recommandations en Montérégie (Québec, Canada)

### Portrait

Annie Savaria, infirmière clinicienne de proximité

### Aussi dans ce numéro

POLITIQUE ET ASPECTS LÉGAUX DE LA PROFESSION INFIRMIÈRE : L'intelligence artificielle

PROJET INNOVANT : Oser innover dans un contexte de pénurie : Clinique d'accès rapide en dépendance

La revue de l'Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale



Association québécoise  
des infirmières et infirmiers  
en santé mentale  
(AQISM)

# Sommaire

## 03 Éditorial de la présidente

## 04 Mot des rédactrices en chef

## 06 Recherche

Repenser l'évaluation de la dangerosité lors du processus de garde (art. 8 de la LPP) : état des lieux et co-construction de recommandations en Montérégie (Québec, Canada)

## 15 Portrait

Annie Savaria, infirmière clinicienne de proximité

## 19 Politique et aspects légaux de la profession infirmière

L'intelligence artificielle

## 22 Projet innovant

Oser innover dans un contexte de pénurie : Clinique d'accès rapide en dépendance

## 24 Colloque 2026

# Vision infirmière en santé mentale

Volume 35 | N° 2 | Automne 2025

### RÉDACTRICES EN CHEF

Clara Lessard-Deschênes, inf., Ph. D. (cand.)  
Amélie Ladouceur, inf., Ph. D.

### ÉDITRICES ASSOCIÉES

Christine Cassivi, inf., Ph.D. (cand.)  
Aziza Driouch, IPS santé mentale et psychothérapeute  
Katy Godbout, inf., M.Sc.  
Nathalie Maltais, inf. Ph.D

### CONCEPTION GRAPHIQUE

L'ASSOCIÉ

### PUBLICITÉ

L'ASSOCIÉ

### CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'AQIISM

Christine Genest, inf., PhD, présidente  
Dominique Boudreau, inf., M.Sc., vice-présidente  
Amélie Ladouceur, inf., PhD, trésorière  
Clara Lessard-Deschênes, inf., PhD (cand.), secrétaire  
Audrey Carrier, inf, M.Sc., D.E.S.S, IPSSM., administratrice  
Élise Salesse-Gauthier, inf., M.Sc., administratrice  
Elisabeth Toussaint, inf., M.Sc., administratrice  
Geneviève Beaudet-Hillman, inf., M.Sc., administratrice

### POLITIQUE ÉDITORIALE

La revue Vision infirmière en santé mentale est la publication officielle de l'Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale (AQIISM). Elle est diffusée en version électronique au moins une fois par année et est accessible gratuitement et en libre accès sur le site internet de l'AQIISM, sous licence Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0). Les opinions exprimées dans les textes n'engagent que les auteurs.trices et les publicités présentées n'engagent que les annonceurs.

Pour soumettre un texte : [revue@aqiism.org](mailto:revue@aqiism.org)

### DÉPÔT LÉGAL 2025

Dépôt légal, Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2025  
Dépôt légal 2e trimestre 2014 ISSN1717-6875 VISM

### AQIISM

CP 89022 - CSP Malec  
Ile-Bizard (Québec) H9C 2Z3  
Téléphone : 1-866-272-2856  
Fax : 1-888-276-1633  
Courriel : [info@aqiism.org](mailto:info@aqiism.org)

**Colloque 2026**  
28 et 29 mai 2026

# Éditorial de la présidente



Chers membres de l'AQIISM,

En cette fin d'année 2025 c'est le temps de prendre un moment pour réfléchir sur la dernière année, mais aussi sur comment nous souhaitons voir se développer la pratique infirmière en santé mentale pour la prochaine année à venir.

Dans un premier temps, je tiens à vous remercier, en tant que présidente de l'AQIISM, pour votre intérêt continu envers l'Association. Sans membres, notre Association n'aurait plus aucune raison d'être. Nous souhaitons au courant de la prochaine année continuer nos efforts afin de répondre à vos besoins, que ce soit en termes de formation continue, de réseautage ou de développement professionnel. Dans ce contexte si vous avez des thématiques particulières que vous aimeriez voir adresser par l'AQIISM, n'hésitez pas à nous écrire. De plus, dans les derniers mois nous avons mis sur pied un programme d'Ambassadeur afin de reconnaître l'implication de nos membres et vos efforts pour faire connaître l'AQIISM autour de vous. Je vous invite à consulter notre nouveau site web pour retrouver toute l'information entourant ce programme. C'est une façon pour nous de vous remercier tout en tentant d'augmenter la visibilité de l'AQIISM.

La dernière année a été remplie de défis et d'opportunités autant pour l'AQIISM que pour les infirmières œuvrant en santé mentale. Le contexte social actuel nous confronte de plus en plus à des enjeux de santé mentale et les infirmières sont souvent les professionnelles les mieux placées pour accompagner les individus et leurs proches dans ces périodes difficiles. En tant qu'association nous sommes de plus en plus sollicitées par diverses instances, dont l'OIIQ, afin de se positionner et faire valoir la pratique infirmière en santé mentale. Nous souhaitons poursuivre nos représentations afin de mettre de l'avant l'expertise de l'infirmière en santé mentale et son rôle au sein du système de santé.

Cette année encore nous planifions un colloque printanier qui se veut un lieu d'échange, de partage et de réseautage. Nous souhaitons, encore cette année, permettre aux chercheurs, gestionnaires et cliniciens.ennes de pouvoir se rencontrer afin de mettre en commun leurs expertises, de façon à faire avancer la pratique infirmière. Le thème de cette année est d'ailleurs tournée vers l'avenir puisqu'il vise à valoriser l'expertise et l'autonomie de l'infirmière. Nous vous invitons donc en grand nombre à nous rejoindre les 28 et 29 mai 2026 à Drummondville, que ce soit pour partager vos expériences ou connaissances ou en tant que participants.

Sur ce je vous souhaite à tous une belle fin d'année 2025!

**Christine Genest**, inf., PhD



## Mot des rédactrices en chef

---



Nous sommes heureuses de vous présenter ce nouveau numéro de *Vision infirmière en santé mentale*.

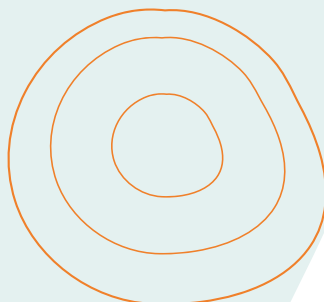
Cet automne, nous vous proposons des articles portant sur l'évaluation de la dangerosité dans le contexte des gardes en établissement, les enjeux soulevés par l'intégration de l'intelligence artificielle dans la pratique infirmière et le portrait d'une infirmière œuvrant auprès de personnes en situation d'itinérance et un projet innovant de clinique d'accès rapide en dépendance. Cette diversité reflète la richesse et la complexité des milieux où les infirmières en santé mentale interviennent chaque jour.

Notre équipe demeure déterminée à rendre cette revue accessible, pertinente et surtout utile pour les infirmières œuvrant en santé mentale. À travers la diffusion de résultats de recherche, d'innovations cliniques et de témoignages de pratique, la revue *Vision* souhaite mettre en lumière la contribution essentielle des infirmières et soutenir la réflexion professionnelle.

Nous vous invitons chaleureusement à partager vos idées, vos textes et vos initiatives. En contribuant à la revue, vous participez à faire rayonner la pratique infirmière en santé mentale et à nourrir un espace collectif d'apprentissage et de mobilisation. N'hésitez pas à nous partager vos idées, questions ou suggestions en nous écrivant à [revue@aqiism.org](mailto:revue@aqiism.org).

Bonne lecture!

**Clara Lessard-Deschênes**, inf., PhD (cand.)  
et **Amélie Ladouceur**, inf., PhD





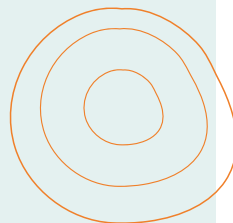
Association québécoise  
des infirmières et infirmiers  
en santé mentale  
(AQIISM)

# Recherche



# Repenser l'évaluation de la dangerosité lors du processus de garde (art. 8 de la LPP) :

## État des lieux et co-construction de recommandations en Montérégie (Québec, Canada)



*Par Caroline Piette, Alexie Kim, Marie-Hélène Goulet, Etienne Paradis-Gagné, Isabelle Duclos et Morgane Gabet.*

### Résumé

Cette étude qualitative descriptive examine les défis organisationnels liés à l'application de l'article 8 de la Loi sur la protection des personnes présentant un danger pour elle-même ou pour autrui (LPP) au sein d'un réseau territorial de services du Québec. L'objectif était de cartographier les enjeux liés à l'évaluation de la dangerosité lors du processus de garde puis de coconstruire des recommandations pour optimiser celle-ci. Les données d'entrevues semi-dirigées (n=3) et d'un atelier de discussion (n=17 participants) ont été analysées de manière thématique inductive. Les résultats révèlent des disparités significatives entre intervenants concernant l'application de l'article 8 et l'évaluation de la dangerosité, soulignant l'importance du respect des champs de compétences professionnels pour assurer des interventions sécuritaires. Les recommandations incluent l'établissement d'ententes de collaboration avec les services policiers, le développement de procédures standardisées et la mise en place de rencontres de concertation régulières pour améliorer l'efficacité des interventions sur le territoire.

**Mots clés :** Santé mentale ; Hospitalisation involontaire ; Évaluation du risque ; Collaboration interprofessionnelle ; Co-construction

### Contexte

Les hospitalisations involontaires en santé mentale soulèvent d'importants enjeux cliniques, éthiques et légaux (Luo et al., 2019). Au Québec, la contestation des traitements psychiatriques amorcée dans les années 1970 a conduit à l'adoption de législations encadrant ces pratiques, notamment la Loi sur la protection du malade mental (1972), remplacée en 1998 par la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger (LPP). Cette loi d'exception permet aux professionnels de la santé de priver une personne de sa liberté à des fins de protection, notamment en vertu de

l'article 8 (Gouvernement du Québec, 2024). Néanmoins, l'application de cette loi demeure hétérogène, justifiant une révision en cours prévue d'ici 2025 par l'Institut québécois de la réforme du droit et de la justice (Saint-Arnaud, 2023), annoncée à la suite d'événements tragiques récents (Bureau du Coroner, 2024). Un rapport d'enquête gouvernemental sur l'application de cette loi, datant de plus d'une décennie (Gouvernement du Québec, 2011), avait déjà identifié de nombreuses difficultés, particulièrement concernant l'évaluation de la dangerosité et la collaboration entre les acteurs impliqués dans l'application de la loi.

La subjectivité inhérente au concept de danger en santé mentale, ainsi que la nécessité de démontrer son caractère imminent pour justifier une intervention sans consentement, sont largement documentées dans la littérature (Institut québécois de réforme du droit et de la justice, 2024 ; Otero et al., 2005). De surcroît, les hospitalisations involontaires sont associées à des répercussions négatives sur le rétablissement, l'estime de soi et présentent un risque accru de suicide post-congé selon certains auteurs (Jordan et McNeil, 2020 ; Xu et al., 2019). Ces hospitalisations concernent principalement les usagers aux prises avec des troubles psychotiques, des troubles de l'humeur et des troubles liés aux substances psychoactives (Beysard et al., 2023). Les hommes y sont davantage exposés, notamment en présence d'une faible autocritique ou de comportements agressifs (Luo et al., 2019). Une étude réalisée en Colombie-Britannique a par exemple démontré une augmentation de 65,7% des hospitalisations involontaires pour la population âgée de 15 ans et plus de 2008-2009 à 2017-2018 (Loyal et al., 2023).

Au Québec comme à l'international, l'acceptabilité sociale de ces hospitalisations fait l'objet de débats, particulièrement lorsqu'elles visent la protection du public (Institut québécois de réforme du droit et de la justice, 2024 ; Steiger et al., 2021). L'appel à mémoires récemment effectué par l'Institut québécois de réforme du droit et de la justice (2025) fait état de cette disparité d'opinion publique où les différents comités de défense des droits militent en faveur d'une application plus restrictive de la loi P38 alors que plusieurs acteurs impliqués dans le processus d'application espèrent une intervention plus proactive afin d'aider les personnes en détresse. Les procédures

menant aux hospitalisations involontaires sont perçues comme complexes par les forces de l'ordre et engendrent des séjours prolongés aux urgences (Hudson et al., 2024; Kuehl et al., 2022).

Une collaboration renforcée entre les services de santé et les forces de l'ordre est recommandée pour atténuer les effets potentiellement délétères (perte d'autonomie, érosion de la confiance thérapeutique) de l'application de la loi (Shiina et al., 2024).

Dans le contexte québécois, l'article 8 de la LPP autorise les agents de la paix à conduire une personne dans un centre hospitalier, contre son gré et sans autorisation judiciaire préalable, lorsque l'état mental de celle-ci présente un danger grave et immédiat (Gouvernement du Québec, 2024). Son application, qui varie selon les régions et les établissements, présuppose généralement qu'un intervenant d'un service d'aide en situation de crise (SASC) estime le danger que représente la personne avant d'autoriser le transport assuré par les agents de la paix. Cette mesure vise, théoriquement, à accompagner l'utilisateur concerné, désamorcer la crise et explorer des mesures de remplacement (maintien à domicile, hospitalisation volontaire) avant de recourir au transport involontaire.

Toutefois, cette exigence de la loi de recourir à un SASC ne permet pas de considérer d'autres situations où les agents de la paix pourraient être sollicités, notamment lorsque le danger a initialement été évalué par un psychiatre ou un professionnel habilité en vertu de son champ de compétence et de son ordre professionnel (Gouvernement du Québec, 2011; Otero et al., 2005). Les médecins, psychologues et infirmières praticiennes spécialisées (IPS) peuvent ainsi évaluer les troubles mentaux, tandis que les infirmières évaluent la condition physique et mentale selon leur champ de compétence. Le Code des professions autorise par ailleurs plusieurs autres professionnels, dont les criminologues et travailleurs sociaux, à évaluer une personne atteinte d'un trouble mental (Office des professions, 2021).



Les enjeux organisationnels résultant de l'interprétation variable de la loi sont illustrés dans un réseau territorial de services (RTS) de la Montérégie (Québec, Canada). Dans ce territoire, le mandat du SASC désigné a été confié à un organisme communautaire agissant comme centre de crise. Lorsqu'un usager, en présence d'un psychiatre ou d'un professionnel des services ambulatoires en santé mentale, présente une dangerosité pour lui-même ou autrui, les agents de la paix sont contactés. En vertu de l'entente de collaboration en vigueur, ces derniers interpellent alors un intervenant SASC qui procède à l'estimation de la dangerosité, processus s'avérant sujet à de multiples interprétations dans la pratique (Action Autonomie, 2024). Bien que soutenu par les mêmes outils cliniques, ce dédoublement de l'évaluation et de l'estimation engendre fréquemment des divergences quant aux conclusions. De nombreux facteurs peuvent expliquer ces variations dont les mandats organisationnels différents, les formations académiques et l'imputabilité associée pour les professionnels, les méthodes d'évaluation (présentielle et téléphonique), la connaissance des usagers et l'information collatérale obtenue par les proches. Cet enjeu initial engendre ensuite plusieurs conséquences notamment des délais d'intervention, des recours injustifiés aux gardes provisoires, une augmentation des risques pour l'ensemble des personnes impliquées et de nombreuses insatisfactions professionnelles.

Dans ce contexte, cet article vise à présenter les résultats d'une démarche de co-construction de nouvelles directives pour la gestion des épisodes de dangerosité évalués par les professionnels des services ambulatoires de santé mentale adulte lorsque l'application de l'article 8 de la LPP s'avère requise. À notre connaissance, aucune directive ministérielle n'a été émise dans ce contexte spécifique, alors que dans la littérature consultée, seul Bousquet (2001) aborde la possibilité que l'expertise professionnelle soit considérée pour l'application de cette mesure d'admission involontaire.

## Méthodes

Cette étude qualitative descriptive, réalisée dans le cadre d'un travail dirigé de maîtrise, a suivi une démarche en deux étapes visant à analyser les pratiques entourant l'application de l'article 8 de la LPP. L'objectif général de l'étude était d'approfondir la compréhension des enjeux liés aux hospitalisations involontaires et à formuler des recommandations adaptées aux réalités organisationnelles et légales.

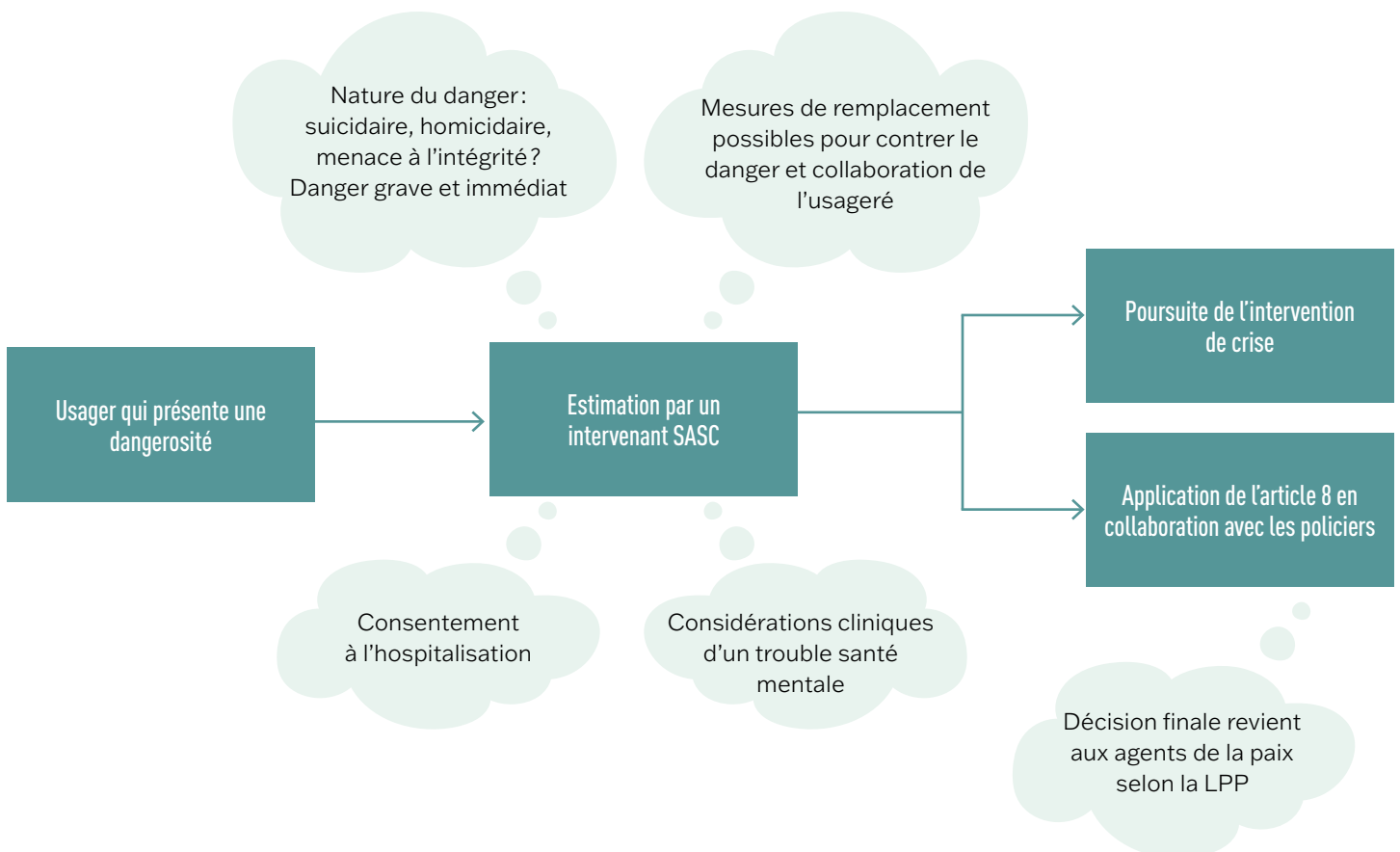
La première étape consistait en l'élaboration de cartographies détaillant les processus associés à l'application de la LPP dans le RTS, à partir d'entrevues individuelles semi-structurées avec les équipes de soins (n=3) ayant eu à intervenir dans une situation nécessitant l'application de l'article 8 de la LPP depuis le 1er janvier 2022. Ces cartographies (figure 1) avaient pour objectif de représenter visuellement les processus décisionnels impliqués dans la mise en œuvre de cette loi, en tenant compte des spécificités locales et des ententes de collaboration existantes. En identifiant les arbres décisionnels, les interactions entre les acteurs et les obstacles à une application efficace, cette démarche permettait de repérer les incohérences et les tensions susceptibles d'entraver l'intervention en situation de crise.

La deuxième étape consistait en la tenue d'un groupe de discussion réunissant 17 participants issus de divers milieux impliqués dans l'application de la LPP. Ce groupe comprenait des représentants de centres de crise et d'organismes communautaires (n=3), des professionnels de l'établissement

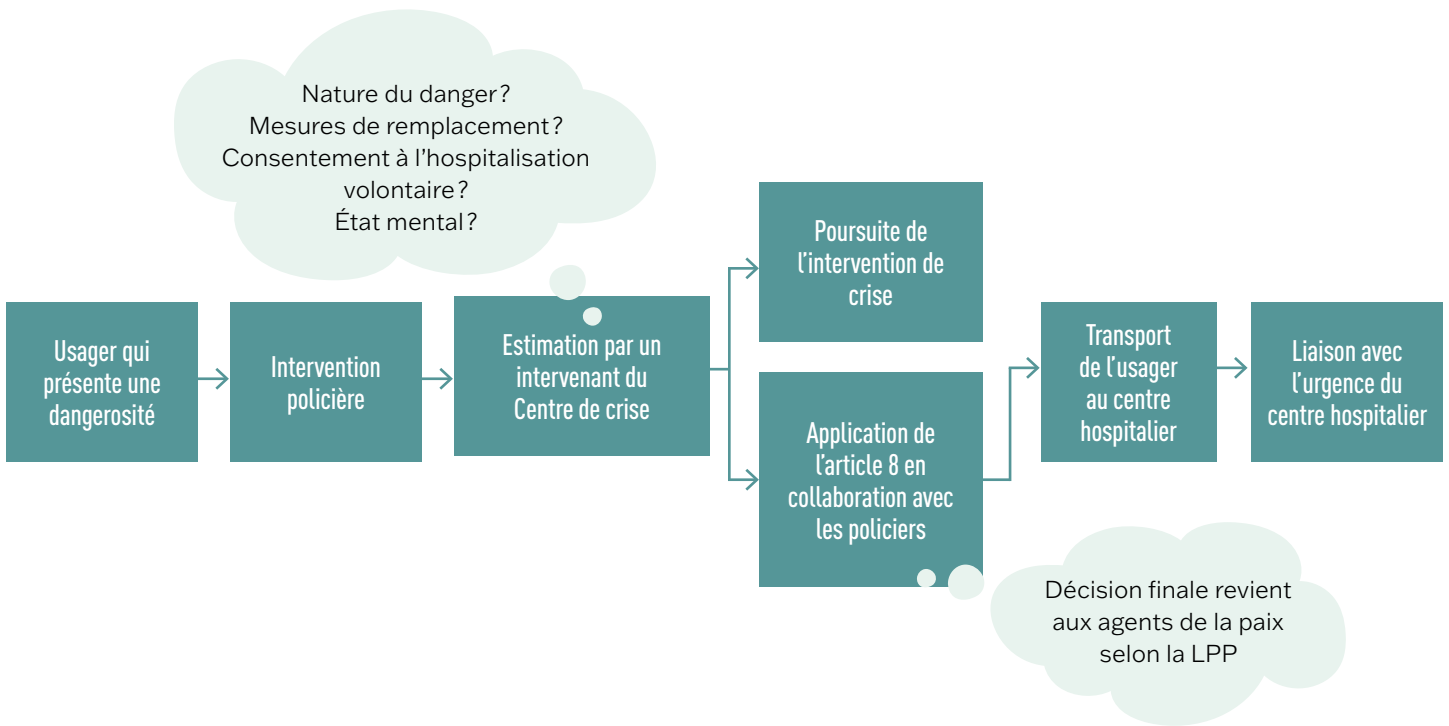
de santé (n=9), des policiers (n=3), un usager et un membre de famille. Cette rencontre en présentiel de deux heures a débuté par une présentation des participants, suivie d'une brève introduction basée sur une revue de la littérature scientifique et grise. L'objectif était de contextualiser les discussions en présentant les modalités d'application actuelles de l'article 8 de la LPP. Les participants ont ensuite été répartis en deux sous-groupes homogènes pour discuter de cas cliniques inspirés de situations problématiques survenues au cours des deux dernières années sur le RTS. Les participants ont été amenés à se prononcer sur des questions telle que: Quelles seraient vos suggestions d'amélioration sur les pratiques collaboratives en terme d'efficacité et de sécurité? Une analyse thématique inductive (Braun et Clarke, 2006) a par la suite été menée à partir des retranscriptions des échanges selon les six phases prescrites, soient (1) la familiarisation avec les données, (2) la génération des codes initiaux, (3) la recherche des thèmes, (4) l'examen des thèmes, (5) la définition et la dénomination des thèmes, et (6) la rédaction du rapport.

## Figure 1. Cartographies détaillant les processus associés à l'application de la LPP dans le RTS

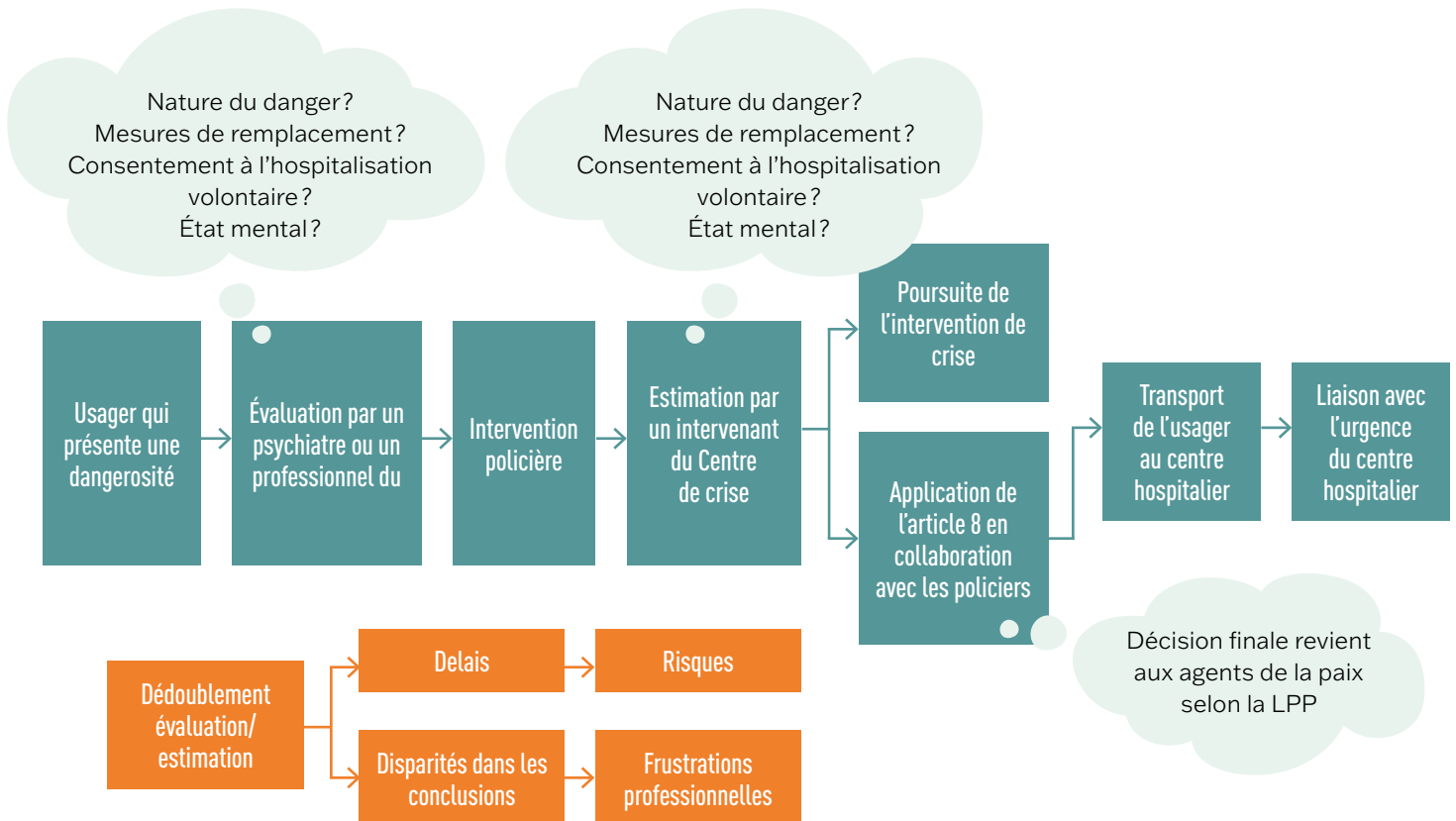
**CARTOGRAPHIE 1: Processus d'application de l'article 8 de la LPP**



CARTOGRAPHIE 2: Processus d'application de l'article 8 de la LPP pour le RTS en vertu des ententes de collaboration



CARTOGRAPHIE 3: Enjeux secondaires au processus d'application de l'article 8 de la LPP pour le RTS en vertu des ententes de collaboration



## Résultats

Les entrevues semi-structurées ont permis d'identifier les enjeux à partir de six situations nécessitant l'application de l'article 8 de la LPP selon l'évaluation professionnelle survenues depuis le 1er janvier 2022 dans le RTS. Le groupe de discussion a permis de a) déterminer un consensus sur l'identification des enjeux dans le processus d'application de l'article 8 de la LPP et b) co-construire des recommandations pour améliorer l'efficacité et la sécurité du processus.

### Identification des enjeux dans les processus actuels

L'analyse des situations susmentionnées a révélé des difficultés dans la collaboration entre les partenaires impliqués, notamment concernant un doublement de l'estimation et de l'évaluation de la dangerosité ainsi qu'une disparité dans les conclusions cliniques. Spécifiquement, dans le RTS, un arbre décisionnel pour l'application de l'article 8 a été défini, prenant en compte la nature du danger, les mesures de remplacement, la recherche du consentement et l'état mental. À la suite d'une évaluation professionnelle concluant à la nécessité d'appliquer l'article 8 de la LPP, les policiers sont contactés pour intervention. À leur arrivée, les policiers sollicitent le SASC afin qu'une estimation téléphonique du danger soit effectuée par un intervenant, conformément aux ententes de collaboration en vigueur.

Il importe de souligner que l'évaluation professionnelle et l'estimation de l'intervenant SASC sont sensés s'appuyer sur les mêmes outils cliniques, soit la Grille d'estimation d'un passage à l'acte suicidaire et l'outil d'estimation et de gestion du risque d'homicide. Les entrevues réalisées ont révélé que cette duplication de l'estimation par l'intervenant SASC, alors qu'une évaluation a déjà été réalisée par un psychiatre ou un professionnel de la santé, entraînait des délais d'intervention pouvant mener à la détérioration de l'état mental, l'intensification du niveau de violence et, conséquemment, une augmentation des risques pour l'ensemble des personnes impliquées dans la gestion de la situation de crise.

De surcroît, les conclusions du SASC orientent fréquemment les agents de la paix vers la non-application de l'article 8 de la LPP. Dans ces situations, lorsque les professionnels du RTS estiment que l'utilisateur présente un danger grave et immédiat et que les agents de la paix refusent de transporter l'individu vers le centre hospitalier conformément à la décision émise par le SASC, ils doivent recourir à une demande de garde provisoire auprès du tribunal. Cette procédure occasionne davantage de délais, une telle demande pouvant prendre plus de 48 heures avant d'être entendue par un juge.

D'autres enjeux ont été rapportés par les équipes traitantes, notamment l'effritement du lien de confiance de l'utilisateur envers l'équipe traitante, un sentiment d'impuissance au sein

de l'équipe, de la frustration envers l'organisation actuelle du système juridique, une préoccupation importante pour leur sécurité personnelle et celle de l'utilisateur, ainsi qu'une remise en question professionnelle de leurs compétences en matière d'évaluation.

Les données organisationnelles concernant la gestion des événements impliquant des usagers présentant un risque pour eux-mêmes ou autrui demeurent difficiles à répertorier. Depuis le 1er janvier 2023, seulement cinq déclarations ont été signalées au Service de prévention, promotion et mieux-être au travail pour des événements de violence vécus par les intervenants et professionnels des services ambulatoires en santé mentale. Aucun processus ni système d'information n'est disponible pour obtenir des données quantitatives concernant l'intervention auprès des personnes à risque suicidaire pour lesquelles l'article 8 de la LPP pourrait être appliqué.

### Co-construction de recommandations

Le groupe de discussion a permis d'identifier des pistes de solutions pour réduire les enjeux liés à l'application de l'article 8 de la LPP, en s'appuyant sur l'expérience et le contexte local. La recommandation prioritaire porte sur l'établissement d'un corridor, à la fois de service mais aussi de communication, entre les partenaires afin d'assurer un pouvoir décisionnel aux psychiatres et aux professionnels possédant des activités réservées d'évaluation dans leur champ de compétence pour l'application de l'article 8 de la LPP sans nécessairement avoir recours à un intervenant SASC. S'appuyant sur l'ensemble des éléments mentionnés précédemment, les participants ont en effet recommandé de reconnaître les titres d'emploi suivants pour la décision d'application de l'article 8 de la LPP en collaboration avec les agents de paix : médecin psychiatre, infirmière praticienne spécialisée en santé mentale (IPSSM), infirmière et infirmière clinicienne, psychologue, travailleuse sociale, criminologue, ergothérapeute et psychoéducateur. Cette reconnaissance devrait s'accompagner d'une assurance quant à la formation initiale et continue de ces professionnels sur les enjeux liés à la LPP et à son application. Considérant l'importance du mandat du SASC et sa contribution essentielle dans l'intervention auprès des personnes en crise sur le territoire desservi, l'entente de collaboration devrait être maintenue pour les appels de crise en l'absence d'évaluation réalisée par un professionnel habilité. Cette directive devrait ainsi s'appliquer exclusivement lorsqu'une évaluation professionnelle a été réalisée en personne auprès de l'utilisateur, et non à distance.

À l'issue du groupe de discussion, certains agents de la paix ont exprimé des préoccupations concernant l'imputabilité professionnelle. Il a donc été suggéré de mettre en place un formulaire à compléter par le psychiatre ou le professionnel demandeur. Ce document servirait à clarifier et expliciter la

responsabilité professionnelle associée à la décision d'appliquer l'article 8 de la LPP, faisant état des éléments de dangerosité évalués et évoquant formellement la demande d'application de l'article 8 par les agents de la paix. Par ailleurs, la mise en place d'une communauté de pratique, avec des rencontres régulières rassemblant l'ensemble des partenaires impliqués, est ressortie comme étant nécessaire. Ces moments d'échanges pourraient servir à soutenir les différents collaborateurs par une approche de codéveloppement basée sur l'analyse de cas complexes, tout en permettant la diffusion d'informations essentielles sur certains concepts légaux ou nouvelles orientations ministérielles. À titre de représentants de leurs organisations, les différents partenaires joueraient ainsi un rôle dans la transmission de ces informations à l'ensemble de leurs membres.

## Discussion

Basée sur la jurisprudence en matière de dangerosité, Me Jarry, avocate à la Commission des services juridiques, déclare que « la dangerosité doit s'apprécier au regard de l'état mental d'une personne et de tous les éléments qui figurent dans le dossier de la personne » (Gouvernement du Québec, 2011, p. 16). Selon cet avis juridique, les professionnels de la santé du RTS constituent un groupe indispensable pour assurer la rigueur que nécessite cette évaluation par leur formation académique, leur connaissance de l'usager et l'accessibilité aux données cliniques. Pourtant, les politiques organisationnelles se limitent actuellement aux meilleures pratiques en matière d'évaluation du risque suicidaire et homicidaire, alors qu'il existe un corpus substantiel sur l'évaluation des risques, incluant l'agressivité, telles que la DASA (Dynamic Appraisal of Situational Aggression, davantage utilisée en milieu hospitalier) ou le START (Short Term Assessment of Risk and Treatability, développée également pour le milieu communautaire). À cet égard, l'évaluation en personne effectuée par un professionnel permettrait une meilleure fiabilité que l'estimation effectuée à distance par l'intervenant SASC.

Par ailleurs, la connaissance de l'usager par les professionnels impliqués dans son suivi permettrait également de guider les agents de la paix concernant l'adaptation de leur approche auprès de la personne et d'assurer une intervention plus sécuritaire par la transmission d'informations pertinentes, dans les limites imposées par le respect de la confidentialité (Soares et al., 2019). Cette proximité relationnelle s'avère d'autant plus cruciale que les professionnels en santé mentale, particulièrement les infirmières psychiatriques, sont confrontés à des tensions éthiques et morales découlant de leur double rôle de soins et de contrôle. Ces tensions affectent considérablement le développement d'une relation thérapeutique entre les professionnels et les patients (Paradis-Gagné et al., 2024). De plus en plus d'études soulignent l'implication des infirmières dans l'application des mesures d'internement et des traitements psychiatriques involontaires. La violence sous-jacente à ces pratiques coercitives fait souvent l'objet

de débats, car elles constituent une violation des droits humains et ont des effets négatifs tant sur les patients que sur le personnel soignant (Pariseau-Legault et al., 2025). Les résultats de recherches récentes suggèrent que les questions cliniques liées à l'internement et aux traitements involontaires peuvent s'expliquer par la manière dont les soins sont conçus. La pratique infirmière en psychiatrie semble parfois se limiter à l'application de mesures coercitives, la détresse provoquée par l'internement et les traitements involontaires chez les patients étant ignorée au profit du respect des procédures légales. Cette situation se voit exacerber dans le contexte décrit par l'étude, lorsque les politiques organisationnelles semblent justement maintenir ou entretenir cette détresse du fait de leur inadéquation (Pariseau-Legault et al., 2025).

Malgré le mandat octroyé à l'intervenant SASC, le Code des professions stipule que l'évaluation d'une situation de crise, l'appréciation de la dangerosité qui en découle ainsi que l'estimation de l'état mental ne constituent pas des activités exclusives à certains professionnels (Office des professions, 2021). Ainsi, la recommandation de mieux reconnaître les champs de pratique de certains professionnels vise notamment à réduire les délais d'intervention tant pour les professionnels que pour les agents de la paix, induisant conséquemment une diminution des risques. Cardinal et Mercier (2004) soutiennent également que la réduction du temps d'intervention des policiers constitue une condition de succès lors de la mise en place d'un projet intersectoriel, répondant ainsi aux préoccupations des agents de la paix quant à l'impact sur le temps d'intervention et plus généralement leur pratique.

De surcroît, la collaboration entre les professionnels des services ambulatoires en santé mentale adulte et les services de crise demeure fortement encouragée pour le soutien à la décision et la mise en place de mesures de remplacement, tel que préconisé par le Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 (Gouvernement du Québec, 2022). Considérant la faible volumétrie des situations de crise traitées dans les services ambulatoires en santé mentale et le nombre élevé de professionnels et de policiers visés par la co-intervention, le déploiement d'une procédure claire et concertée s'avère incontournable pour faciliter l'efficacité de ce travail collaboratif. Cette procédure devrait établir le rôle et les responsabilités de chacun des partenaires lors des situations de crise pour lesquelles une évaluation psychiatrique ou professionnelle permettrait d'autoriser l'article 8 de la LPP. Nos résultats démontrent également qu'il paraît difficile d'appliquer cet article sur la seule base d'informations cliniques collatérales obtenues de tiers, en l'absence de la personne. Pour assurer l'imputabilité décisionnelle et le respect de la loi, le développement d'une nouvelle approche, définie à partir d'une co-construction, s'avère donc cruciale pour assurer l'unicité et à la cohérence dans les pratiques. La planification de rencontres formelles entre partenaires aurait alors pour objectifs d'accroître les opportunités d'échange

et de résolution de problèmes par le codéveloppement dans un contexte de partenariat, afin de développer une confiance mutuelle. L'analyse ethnographique réalisée par Choinière-Tran (2021) auprès d'une équipe mixte d'intervention confirme que la collaboration interprofessionnelle est plus efficiente lorsque la confiance s'établit à la suite d'interactions professionnelles régulières. Cette recommandation s'inscrit dans la culture de partenariat déjà présente dans les services de santé mentale du RTS, qui se traduit par l'existence de tables de concertation en santé mentale et en itinérance impliquant l'ensemble des partenaires publics et communautaires.

Dans l'éventualité de changements dans les pratiques collaboratives, il sera essentiel de bien mesurer certains indicateurs notamment le nombre d'application de l'article 8 de la LPP initié par un psychiatre ou un professionnel de la santé. De plus, afin d'assurer la qualité des évaluations effectuées, l'analyse rigoureuse des situations cliniques ayant menées à des applications d'un article 8 de la LPP devra être effectuée. Ces initiatives permettront d'objectiver le recours à cette mesure coercitive d'exception et d'assurer une vigie sur le respect des droits des usagers.

## Références

Braun, V., et Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.

Action Autonomie. (2024). J'méritais pas ça - Portrait de l'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui par les établissements de santé de l'Île de Montréal. Repéré à <https://www.actionautonomie.qc.ca/portrait-de-situation-recherche/jmeritais-pas-ca/>

Beysard, N., Jaquerod, X., Morandi, S., Gasser, J. et Carron P-N. (2023). Involuntary admissions to the emergency department: a retrospective observational study.

## Conclusion

Cette étude visait à repenser l'évaluation de la dangerosité lors du processus de garde (art. 8 de la LPP) à partir du cas d'un RTS en Montérégie. Le contenu de notre analyse et les recommandations issues de ce projet pourraient être généralisés aux établissements vivant des enjeux similaires en termes d'organisation de services en santé mentale. Il importe également de mentionner que les travaux menés par l'Institut québécois de réforme du droit et de la justice pourraient bientôt induire des changements quant à la responsabilité des professionnels concernant la protection des personnes en contexte de vulnérabilité, leur entourage et la société dans laquelle ils évoluent.

## Les autrices et auteurs

**Caroline Piette**, inf., MSc., Conseillère-cadre, service de psychiatrie légale, Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) Montérégie-Centre, Direction des programmes santé mentale, dépendance et itinérance

**Alexie Kim**, MSc., étudiante au doctorat professionnel en santé publique à l'École de santé publique de l'Université de Montréal (ESPUM) ; étudiante au Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (CR-IUSMM)

**Marie-Hélène Goulet**, inf., Ph.D., professeure agrégée, faculté des sciences infirmières (FSI), Université de Montréal ; chercheure régulière au CR-IUSMM

**Etienne Paradis-Gagné**, inf., Ph.D., professeur agrégé, faculté des sciences infirmières (FSI), Université de Montréal ; chercheur associé au CR-IUSMM

**Isabelle Duclos**, Directrice adjointe des programmes de santé mentale, dépendance et itinérance, CISSS Montérégie-Centre

**Morgane Gabet**, Ph.D., professeure adjointe, département de gestion évaluation et politique de santé à l'ESPUM ; chercheure régulière au CR-IUSMM

Swiss medical weekly. Repéré à <https://smw.ch/index.php/smw/article/view/3324/5659>

Bousquet, S. (2001). « L'intervention policière auprès d'une personne présentant un danger pour elle-même ou pour autrui, partie I » Le conseiller juridique, Division des affaires juridiques, SPCUM, 8 p.

Bureau du coroner du Québec (2024) Rapport d'enquête, Loi sur les coroners, Pour la protection de la vie humaine concernant les décès d'Isaac Brouillard Lessard et Maureen Breau. Repéré à [coroner.gouv.qc.ca](https://coroner.gouv.qc.ca)

Cardinal, C. et Mercier, C. (2004). Les systèmes judiciaires et de santé :

Obstacles et points d'appui pour des actions intersectorielles. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 23(1), 19-35.

Choinière-Tran, K. (2021). La mise en scène de l'intervention psychosociale en contexte de crise : Ethnographie d'un partenariat « policier-travailleur social ». Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures et postdoctorales de l'Université de Montréal. Repéré à <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/22468>

Gouvernement du Québec. (2011). Rapport d'enquête sur les difficultés d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes

ou pour autrui. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-914-08.pdf>

Gouvernement du Québec. (2022). S'unir pour un mieux-être collectif, Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-914-14W.pdf>

Gouvernement du Québec (2024). Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, P-38.001 Repéré à <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/P-38.001>

Hudson, E., Pariseau-Legault, P., Cassivi, C., Chouinard, C., et Goulet, M. H. (2024). Mental health crisis: An evolutionary concept analysis. *International journal of mental health nursing*, 33(6), 1908-1920.

Institut québécois de réforme du droit et de la justice (2025). Appel à mémoires portant sur les enjeux entourant la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (P-38). Repéré à <https://iqrjd.ca/cpt-posts/consultations-memoires/>.

Institut québécois de réforme du droit et de la justice (2024). La Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui - Rapport 1: Portrait général et revue de littérature, 165 p. Repéré à [https://www.iqrjd.ca/docs/etude\\_p\\_38\\_rapport\\_1\\_portrait\\_general\\_et\\_revue\\_de\\_litterature.pdf](https://www.iqrjd.ca/docs/etude_p_38_rapport_1_portrait_general_et_revue_de_litterature.pdf)

Jordan, J.T. et McNiel, D.E. (2020). Perceived Coercion During Admission Into Psychiatric Hospitalization Increases Risk of Suicide Attempts After Discharge, *The Official Journal of the American Association of Suicidology*, 50(1), 180-188. doi: 10.1111/sltb.12560.

Kuehl, S., Min Kim, A.H. et Every-Palmer, S. (2022). "An accident waiting to happen" – experience of police officers, paramedics, and mental health clinicians involved in 911-mental health

crises: a cross-sectional survey, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 30, 822-835. doi: 10.1111/jpm.12916.

Loyal, J.P., Lavergne, M.R., Shirmaleki, M., Fischer, B., Kaoser, R., Makolewski, J. et Small, W. (2023). Trends in Involuntary Psychiatric Hospitalization in British Columbia: Descriptive Analysis of Population Based-Linked Administrative Data from 2008-2018, *The Canadian Journal of Psychiatry*, 68(4), 257-268. doi: 10.1177/07067437221128477.

Luo, C., Chen, H., Zhong, S., Guo, H., Li, Q., Cai, W., De Girolamo, G., Zhou, J. et Wang, X. (2019). Manic episode, aggressive behavior and poor insight are significantly associated with involuntary admission in patients with bipolar disorders, *PeerJ*. doi: 10.7717/peerj.7339.

Office des professions (2021). Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines: Guide explicatif. Gouvernement du Québec. Repéré à [https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Publications/Guides/2020-21\\_020\\_Guide-explicatif-sante-rh-28-04-2021.pdf](https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Publications/Guides/2020-21_020_Guide-explicatif-sante-rh-28-04-2021.pdf)

Otero, M., P. Landreville, D. Morin et G. Thomas (2005). À la recherche de la dangerosité « mentale » – Stratégies d'intervention et profils de populations dans le contexte de l'implantation de la Loi sur la protection des personnes par l'UPS-J, Collectif de recherche sur l'itinérance, la pauvreté et l'exclusion sociale, Montréal, 217 p. Repéré à [http://www.antonioacasella.eu/archipsy/Quebec\\_2005.pdf](http://www.antonioacasella.eu/archipsy/Quebec_2005.pdf)

Paradis-Gagné, E., Cader, M., Holmes, D., Bernheim, E., et Filion, J. (2024). Exploring Social Interactions in the Context of Justice System Involvement: Perspectives of Patients and Psychiatric Nurses. *Clinical Nursing Research*, 33(7), 571-580. doi:10.1177/10547738241253882

Pariseau-Legault, P., Pelosse, D., Bernheim, E., Goulet, M. H., Ouellet, G., Labrecque-Lebeau, L., Jacob, J. D., et Holmes, D. (2025). When Psychiatric Services Become a Waiting Room: Situational Analysis of Involuntary Commitment and Treatment as Experienced by Patients and Nurses. *Clinical nursing research*, 34(3-4), 168-178. <https://doi.org/10.1177/10547738251321067>

Saint-Arnaud, P. (2023). La Loi sur les personnes dangereuses en raison de leur santé mentale sera revue, *La Presse canadienne*, Repéré à <https://www.ledevoir.com/politique/quebec/791213/lancement-de-travaux-sur-la-loi-visant-a-protoger-ceux-dont-l-etat-mental-est-dangereux>

Shiina, A., Niitsu, T., Tomoto, A., Iyo, M., Shimizu, E. et Fujii, C. (2024). Police officer's perception of mentally disordered people: a national survey in Japan, *The Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*. doi: 10.1080/14789949.2024.2386437.

Soares, R. et Pinto da Costa. (2019). Experiences and Perceptions of Police Officers Concerning Their Interactions With People With Serious Mental Disorders for Compulsory Treatment, *Frontiers in Psychiatry*, 10 (187). doi: 10.3389/fpsy.2019.00187

Steiger, S., Moeller, J., Sowislo, J.F., Lieb, R., Lang, U.E. et Huber, C.G. (2022). Approval of Coercion in Psychiatry in Public Perception and the Role of Stigmatization, *Frontiers in Psychiatry*, 12 (819573). doi: 10.3389/fpsy.2021.819573

Xu, Z., Lay, B., Oexle, N., Drack, T., Bleiker, M., Lengler, S., Blank, C., Müller, M., Mayer, B., Rössler, W. et Rüscher, N. (2019). Involuntary psychiatric hospitalisation, stigma stress and recovery: a 2-year study, *Cambridge University Press*, 28, 458-465. doi: 10.1017/S2045796018000021.



Association québécoise  
des infirmières et infirmiers  
en santé mentale  
(AQISM)

# Portrait



# Annie Savaria, infirmière clinicienne de proximité

Par Amélie Ladouceur

Année d'expérience comme infirmière: **17 ans**

Milieu de travail: **CEMTL, CLSC Hochelaga-Maisonneuve**

Année d'expérience dans ce milieu de travail: **7 ans, avec interruption**

Titre d'emploi dans ce milieu de travail: **Infirmière clinicienne de proximité**



PORTRAIT

## Annie Savaria

infirmière clinicienne de proximité

## Pratique infirmière

**Amélie:** Pourrais-tu nous parler de ton milieu de travail? (les particularités, les responsabilités professionnelles)

**Annie:** Je suis infirmière clinicienne dans le quartier Hochelaga-Maisonneuve à Montréal, où j'interviens auprès de personnes en situation d'itinérance. Mon rôle m'amène à fréquenter les refuges et les organismes communautaires du quartier pour offrir des soins de santé à une clientèle souvent méfiante envers le système, ayant vécu des expériences de rejet ou de discrimination. Travailler en CLSC, c'est exercer au cœur de la communauté, en proximité avec les milieux de vie et en partenariat avec les ressources locales. Je fais partie d'une équipe interdisciplinaire composée d'intervenants psychosociaux, médicaux, infirmiers, travailleurs sociaux et éducateurs spécialisés, avec qui je collabore étroitement pour répondre aux besoins complexes et variés de cette population.

**Amélie:** Pourrais-tu nous donner un exemple d'une journée typique, à quoi elle ressemblerait?

**Annie:** Aucune journée ne se ressemble vraiment. En général, je débute par une rencontre informelle avec mes collègues afin de faire le point sur les suivis en cours et les priorités du jour. La communication est essentielle, surtout dans un contexte où la clientèle est souvent en mouvement entre différents milieux. Ensuite, je peux rester au CLSC pour accueillir les personnes avec ou sans rendez-vous, ou me rendre sur le terrain — dans les refuges, les centres de jour ou autres lieux communautaires — pour offrir des soins: évaluation de l'état de santé, soins de plaies, accompagnement vers des ressources, ou simplement une présence bienveillante. L'adaptabilité est au cœur de cette pratique, car les besoins évoluent constamment et chaque rencontre est unique.

**Amélie:** Quelle est ta clientèle spécifique?

**Annie:** Je travaille auprès d'une clientèle désaffiliée, en situation d'itinérance — qu'elle soit récente ou chronique. Il s'agit d'une population hétérogène, de tous âges et de diverses origines, souvent confrontée à l'exclusion sociale et institutionnelle. Plusieurs vivent avec des enjeux de santé mentale ou de dépendance. Depuis que j'exerce ce rôle, j'ai observé une augmentation notable de personnes âgées vivant un premier épisode d'itinérance, des personnes ayant des déficits physiques ou ayant des suivis de soins actifs et complexes, ainsi que de personnes issues de l'immigration. Cette évolution nous pousse à constamment enrichir nos connaissances des ressources disponibles et à adapter nos compétences infirmières.

## Réflexion sur l'auto-exclusion

**Annie:** Un phénomène marquant dans ma pratique est celui de l'auto-exclusion. Plusieurs personnes ne s'identifient plus comme des « citoyens » et me perçoivent comme une représentante d'un système dont ils se sentent exclus. Cette distance symbolique peut nuire à la relation de soins. Il devient alors essentiel de reconnaître cette dynamique et de travailler à la réduire, en valorisant la personne dans son entièreté, en reconnaissant son vécu et en lui redonnant une place — même symbolique — dans la société, à travers le lien de confiance que nous construisons.

## Réflexion sur la citoyenneté sociale

**Annie:** La citoyenneté sociale dépasse le simple statut légal: elle inclut l'accès réel aux droits sociaux, aux services publics, à la reconnaissance et à la participation à la vie collective. Dans le contexte de l'itinérance, cette citoyenneté est souvent fragilisée. Les personnes désaffiliées se retrouvent exclues non seulement des structures institutionnelles, mais aussi du tissu social qui confère un sentiment d'appartenance.

*«Plusieurs personnes ne s'identifient plus comme des « citoyens » et me perçoivent comme une représentante d'un système dont ils se sentent exclus. Cette distance symbolique peut nuire à la relation de soins. Il devient alors essentiel de reconnaître cette dynamique et de travailler à la réduire, en valorisant la personne dans son entièreté, en reconnaissant son vécu et en lui redonnant une place — même symbolique — dans la société, à travers le lien de confiance que nous construisons.»*

– Annie

Dans ma pratique, je constate que plusieurs usagers ne se perçoivent plus comme des citoyens. Ils se sentent en marge, invisibles, parfois même indignes de recevoir des soins. Cette auto-exclusion est le résultat d'un long processus d'exclusion sociale, institutionnelle et familiale. Elle se manifeste dans les interactions: refus de services, doute quant à leur légitimité à recevoir de l'aide, méfiance envers les intervenants. Reconnaître cette réalité, c'est comprendre que le soin ne se limite pas à un acte technique. Il devient un acte de reconnaissance, une manière de réaffirmer à la personne qu'elle a une valeur, une place et des droits. Pour cette raison, l'accompagnement de la personne passe par la défense des droits, ou Advocacy, afin que les services offerts soient équitables et justes. Chaque interaction peut ainsi contribuer à reconstruire un lien avec la citoyenneté sociale — en redonnant à la personne un espace où elle est vue, entendue et considérée comme membre à part entière de la société.

Nous avons une expertise professionnelle à offrir, mais il est tout aussi crucial de reconnaître que la personne devant nous détient l'expertise de sa propre situation. Cette reconnaissance mutuelle est fondamentale pour établir une relation de soins égalitaire et respectueuse.

**Amélie:** *Qu'est-ce qui te passionne et t'intéresse le plus dans ta profession actuelle?*

**Annie:** Ce qui me passionne, c'est la richesse des rencontres humaines et la possibilité d'offrir des soins personnalisés. J'accorde une grande importance à l'accompagnement dans le cheminement des soins, en respectant le rythme et les choix de chacun. La bienveillance chapeaute nos interventions et les approches utilisées tiennent compte des traumatismes vécus tout en relevant les forces mobilisées par les personnes accompagnées. Les usagers de nos services répondent très bien à l'authenticité, ce qui rend chaque interaction précieuse. Pouvoir contribuer à restaurer un peu de confiance envers le système de santé est profondément gratifiant. De plus l'autonomie professionnelle est immense et me permet d'exploiter une grande partie de mon champ d'exercice et de mes activités réservées. De l'évaluation de la condition physique et mentale à la vaccination en passant par le dépistage ITSS, mon éventail de compétences peut parfois éviter la décompensation de l'état de la personne devant moi.

**Amélie:** *Entre les attentes que tu avais lors de ta formation et la pratique clinique que tu vis en ce moment, y a-t-il des différences?*

*Si oui, pourrais-tu nous en dire plus? (Exemples, impacts sur ta pratique, sur la clientèle, etc.)*

**Annie:** La réalité du terrain en itinérance diffère considérablement de ce que l'on apprend en formation. Le jugement clinique est primordial car l'application stricte des protocoles

est difficile, les situations souvent imprévisibles et les contextes de soins rarement idéaux. Certaines rencontres peuvent venir bousculer nos repères, nos valeurs personnelles et professionnelles. Pour exercer dans ce milieu, il est essentiel de développer une solide connaissance de soi, de reconnaître ses biais cognitifs et de s'assurer qu'ils ne viennent teinter la relation de soins. Cette introspection constante permet de maintenir une posture professionnelle respectueuse et adaptée aux besoins réels des personnes rencontrées.

**Amélie:** *Aurais-tu un bon coup à nous partager? Une situation qui t'a rendue particulièrement fière de ton travail?*

**Annie:** Les bons coups dans ce milieu sont souvent discrets et s'inscrivent dans une logique de «un pas à la fois». Par exemple, le simple fait qu'une personne rencontrée dans un refuge ou dans la rue décide de venir consulter l'équipe au CLSC représente une avancée significative. Ce geste, qui peut sembler anodin, témoigne d'un début de confiance et d'un engagement vers une démarche de soins. Ces petites victoires sont précieuses et porteuses d'espoir.

**Amélie:** *Quels conseils donnerais-tu à une infirmière ou un infirmier qui souhaiterait débuter une carrière dans le même milieu que toi en ce moment?*

*Y a-t-il des compétences ou des connaissances spécifiques à aller chercher?*

**Annie:** Il faut pratiquer les soins avec ouverture, écoute et humilité. Des compétences en santé mentale, en réduction des méfaits, en relation d'aide et en intervention communautaire sont essentielles. Il faut aussi connaître le réseau communautaire et respecter le rythme de la personne.

## Réflexion sur la posture professionnelle

**Annie:** Les personnes que nous rencontrons ont toutes une histoire de vie qui teinte leur vision du système de santé, des services ainsi que des intervenants. Ces expériences, souvent marquées par des traumatismes,

des exclusions ou des incompréhensions, influencent profondément leur manière d'interagir avec les professionnels de la santé.

Une infirmière qui pratique auprès de cette clientèle doit faire preuve d'une grande ouverture. Elle doit être capable d'accueillir la personne avec tout son bagage, sans jugement, avec respect et sensibilité. Cela implique de reconnaître les impacts de ces parcours de vie sur la relation de soins, d'adapter son approche, et de créer un espace sécurisant où la personne peut se sentir entendue et considérée.

Cette posture professionnelle demande une capacité d'introspection, une conscience de ses propres biais, et une volonté constante de se remettre en question pour mieux répondre aux besoins de la personne. C'est dans cette humanité et cette authenticité que se construit une relation de confiance, essentielle pour favoriser l'accès aux soins et le mieux-être des personnes en situation d'itinérance.

**Amélie:** *Pourrais-tu nous parler du travail interdisciplinaire dans ta pratique, comment il existe, comment il s'articule?*

**Annie:** Le travail interdisciplinaire est au cœur de notre pratique. Chaque professionnel — intervenants psychosociaux, travailleurs sociaux, éducateurs spécialisés, IPS première ligne, IPS santé mentale, médecins — apporte une expertise complémentaire qui enrichit notre approche. La collaboration et la communication sont essentielles pour offrir un accompagnement cohérent, respectueux et adapté aux besoins des personnes.

Nous travaillons souvent en dyade, c'est-à-dire en pairage infirmier et intervenant social, pour aller à la rencontre des personnes dans les ressources communautaires. Cette approche permet de croiser les regards et d'intervenir de manière plus globale. De plus, nous n'hésitons pas à solliciter un autre professionnel lorsque nous atteignons les limites de nos compétences. Cela implique aussi de mettre de côté notre ego professionnel et d'accepter que nous n'ayons pas toutes les connaissances. Par exemple, une personne qui consulte pour un soin de plaie peut également être accompagnée par une travailleuse sociale pour des démarches liées à l'aide sociale. Cette complémentarité est essentielle pour répondre à la complexité des situations rencontrées.

**Amélie:** *Aimerais-tu partager autre chose avec nous dans cet article?*

**Annie:** Travailler en itinérance, c'est accepter d'être transformée par les rencontres. C'est un milieu exigeant, mais profondément humain. On y apprend l'humilité, la résilience, et la puissance de la présence. Je suis fière de faire partie de cette équipe qui tente, chaque jour, de redonner un peu de dignité à ceux qui en ont été privés.

## L'autrice

**Amélie Ladouceur**, inf., PhD, Professeure adjointe au Département des sciences infirmières à l'Université du Québec à Trois-Rivières



Association québécoise  
des infirmières et infirmiers  
en santé mentale  
(AQIISM)

# Politique et aspects légaux de la profession infirmière



# L'intelligence artificielle

Par Elizabeth Mandeville

C'est avec grand plaisir que je m'adresse à vous. Ayant travaillé pendant plusieurs années avec des infirmières en psychiatrie légale, j'ai toujours admiré leur travail auprès d'une clientèle présentant de multiples défis. Lorsque des succès thérapeutiques surviennent, ils deviennent une source de fierté immense pour les équipes cliniques. Je l'avoue: j'étais fière des usagers ayant surmonté leur montagne, mais aussi de vous, qui les accompagnez dans leur quotidien. Je tenterai de vous entretenir de manière ludique et humoristique sur des sujets un peu plus arides: les technologies de l'information.

Depuis quelques années, l'intelligence artificielle et les technologies de l'information sont de plus en plus présentes dans nos vies. Seriez-vous fonctionnels sans votre cellulaire? Sans votre ordinateur? Sans les commandes Amazon? Les liens de dépendance à la technologie pourraient être, possiblement, plus forts que certaines dépendances aux substances illicites.

J'aimerais vous présenter un état des lieux de l'intelligence artificielle en 2025. Les différents concepts et technologies que je vous présenterai risquent d'être désuets en moins de deux ans, en raison de l'accélération des innovations technologiques. Il est important de noter que, malheureusement, le Réseau de la santé n'évolue pas au même rythme que les grandes compagnies (MAGA), telles qu'Amazon, Microsoft ou Google. Cependant, la transformation numérique est bel et bien présente, et l'intelligence artificielle ponctuera votre quotidien d'infirmières et d'infirmiers en santé mentale.

## Qu'est-ce que l'IA?

L'intelligence artificielle est un domaine de l'informatique visant à concevoir des systèmes capables d'exécuter des tâches nécessitant normalement l'intelligence humaine. Selon John McCarthy, l'un des pionniers du domaine, l'IA est définie comme « la science et l'ingénierie de la fabrication de machines intelligentes ». Elle englobe une variété de technologies, allant des algorithmes de recommandation aux systèmes complexes comme les voitures autonomes.<sup>1</sup>

Aujourd'hui, les outils d'intelligence artificielle sont devenus plus accessibles grâce aux appareils mobiles (cellulaires, tablettes, ordinateurs portables) et à l'omniprésence d'Internet dans le monde. De plus, les compétences en codage ne sont plus aussi indispensables qu'auparavant. Embaucher une personne parlant le langage informatique n'est plus une nécessité grâce aux outils *low code* ou *no code*<sup>2</sup>. Ces technologies permettent de créer des solutions innovantes pour répondre à des besoins spécifiques, et cette démocratisation accélère le cycle de l'innovation. Nous assistons aujourd'hui à une révolution digitale, soit l'équivalent de la révolution industrielle de notre temps.



## Comment l'IA s'insère dans le RSSS?

Cette technologie s'insère tant dans les volets cliniques qu'administratifs du réseau de la santé et des services sociaux. Actuellement, le RSSS se dote de plusieurs outils d'intelligence artificielle pour automatiser ou optimiser des tâches spécifiques. Les applications aujourd'hui acquises risquent dans les prochaines années de se développer pour mieux répondre aux besoins du RSSS, mais surtout des usagers. Il faut comprendre que maintenant, l'usager aura aussi une interaction avec nos logiciels et pourra même aider à les peupler.

Des exemples de ce que l'IA fait dans le RSSS actuellement:

- **Orientation clientèle:** des outils orientant des usagers de la première ligne vers le bon niveau de service ou de professionnel. L'usager décrit sa problématique dans la langue de son choix et l'outil d'IA émet une recommandation sur la bonne trajectoire à emprunter et le professionnel à rejoindre;
- **Détection automatisée de pathologie:** L'infirmière rencontre l'usager et complète un questionnaire de dépistage avec l'usager. Par exemple, un usager se soumet à un cliché de la rétine. L'usager retourne chez lui. L'IA effectue une lecture du cliché pour détecter des rétinopathies du diabétique. L'ophtalmologiste relit l'orientation et le cliché permettant l'orientation finale de l'usager. Ainsi, le médecin ne rencontrera pas 100% des usagers, mais qu'une portion triée à l'aide de l'IA et de l'infirmière.



- **Traduction simultanée :** outil permettant la traduction instantanée facilitant sa prise en charge et diminuant l'attente et les coûts des interprètes. Bémol sur l'utilisation de ce type de technologie dans les processus médicolégaux où il pourrait y avoir des enjeux légaux et de responsabilité professionnelle à valider dans chaque établissement de santé ;
- **Rédaction de note générative :** outil permettant la génération automatisée des notes évolutives pour les professionnels et cliniciens en captant le discours ambiant lors d'une intervention avec l'utilisateur ;
- **Automatisation ou robotisation de tâches :** avec l'IA plusieurs tâches administratives pourraient être automatisées ou robotisées. Par exemple, des robots ouvrants et traitant des courriels ou des processus de transfert d'utilisateur où l'information est automatiquement transmise à la prochaine équipe traitante ;
- **Assistant personnel :** Via un outil d'IA, avoir un assistant corrigeant les courriels, rédigeant des comptes-rendus automatiquement ou bien faisant des résumés de différents textes.

Ultimement, des grandes plateformes avec différents outils d'intelligence artificielle seront implantées où plusieurs processus ayant des complémentarités

pourront être automatisés ou orientés par l'IA. Le but ultime de ce type de technologie est d'améliorer la santé et la sécurité des soins pour l'utilisateur, mais aussi d'optimiser les trajectoires ou l'utilisation de service des usagers, de répondre au manque de personnel, de réduire la portion administrative des tâches des cliniciens et des professionnels pour augmenter leur prise en charge.

### Impacts sur la tâche infirmière

L'impact final est difficile à prévoir actuellement surtout pour les infirmières en santé mentale. Il serait souhaitable que les tâches administratives reliées au travail infirmier soient diminuées considérablement via des automatisations. Les objets connectés devraient aussi avoir une incidence positive sur votre travail quotidien.

Ainsi, chères infirmières, une prescription de signes vitaux aux 15 minutes, inscrite par le médecin dans le logiciel prévu à cet effet, activerait automatiquement l'outil connecté à l'utilisateur. Les données recueillies seraient ensuite intégrées directement à sa documentation clinique. Vous auriez possiblement à mettre l'objet connecté sur l'utilisateur et surveiller les résultats générés à l'écran. Les tâches répétitives amenant du travail clérical risquent d'être les premières tâches automatisées, les gains en temps seront importants.

Il est donc primordial que les installations et les outils informatiques du RSSS se modernisent et que les hôpitaux 4.0 arrivent au Québec et ne soit pas des exceptions. Nous pourrions donc nous attendre à des investissements majeurs dans les infrastructures tant physiques que virtuelles.

### Rôles et responsabilités face à l'IA

Tant l'employeur que l'utilisateur de la technologie ont des responsabilités en lien avec l'intelligence artificielle. Voici des exemples de responsabilités à assurer par l'employeur pour intégrer cette technologie :

- Fournir aux employés les outils requis pour leur travail et une formation adéquate pour que vous les utilisiez de manière optimale ;
- Développer et maintenir des mécanismes de formation continue et de gestion applicative pour assurer son bon fonctionnement ;
- Doter l'organisation de gens compétents pour manipuler et faire évoluer les outils d'IA ;
- Établir des mécanismes et un plan de continuité des activités lorsque l'application ne fonctionne plus ;

- Établir des mécanismes pour offrir des alternatives lorsque l'utilisateur ne souhaite pas qu'on utilise de l'IA dans son parcours de soins ;
- Établir des mécanismes pour offrir le même niveau de service à la clientèle vivant des fractures numériques.

Pour les utilisateurs ou les employés, ils doivent être en mesure de :

- Bien comprendre la technologie, soit son fonctionnement et les données qu'elle utilise ;
- Respecter les interdictions de mettre des données confidentielles et sensibles dans ce type d'outil selon les consignes de votre organisation. Il y a un risque de perte de données important avec ce type d'outil qui sont habituellement connecté à l'infonuagique. Limiter les données entrées dans ce type d'outil demeure la meilleure stratégie pour éviter que des données d'un usager se retrouve accessible sur le net comme les informations nominatives de nos identifiant et compte de banque de Desjardins ;
- Demander le consentement aux usagers est présentement requis selon la technologie utilisée auprès de ceux-ci. L'employeur a l'obligation de prévoir cela ;
- Valider ce que l'IA génère comme résultat et le modifier selon ses compétences et connaissances. La responsabilité professionnelle demeure même si vous utilisez des outils d'IA. Le résultat vous semble farfelu de l'orientation que l'IA vous suggère, questionnez les sources que l'IA a utilisé, demandez-lui comment il obtient ce type de résultat... en gros si c'est bizarre, l'IA l'a peut-être inventé.

*Actuellement, ChatGPT est aux prises avec des poursuites parce qu'un de ses algorithmes inventaient des données et encourageaient des personnes à croire des faussetés. Ceci a mené même à une psychose chez un québécois amenant une poursuite envers cet outil d'IA. «Tu n'es pas fou» : comment ChatGPT a mené ce Québécois sans histoire à l'hôpital psychiatrique | JDM*

### Sommes-nous à l'ère des coupures de postes comme Amazon qui licencie massivement ses employés à travers le monde ?

Non. Le RSSS, actuellement en pleine transformation avec l'avènement de Santé Québec, doit d'abord se réorganiser. À l'inverse, les départements de recherche et développement d'Amazon — qui investissent près de la moitié de leurs profits dans ce secteur — ont intégré des bases de données de qualité, des intelligences artificielles de différentes générations et poursuivent une quête constante d'innovation. Nous n'en sommes pas là, ni dans le réseau de la santé ni au sein du gouvernement. La gestion se fait encore par petites cases et par centres d'activité. Une stratégie gouvernementale quant au développement de plateforme d'IA et de données, des outils à

utiliser et la mise en œuvre de ce projet colossale du RSSS 4.0 est en planification et verra le jour dans un avenir rapproché.

### Conclusion

L'intelligence artificielle ne remplacera pas les infirmières et les infirmiers en santé mentale, mais elle transformera l'environnement dans lequel vous évoluez. La transformation numérique amorcée entraînera des refontes progressives des logiciels que vous utilisez quotidiennement, améliorera certains processus existants et en remplacera d'autres par des solutions plus adaptées.

L'état de changement deviendra perpétuel, et le statu quo n'est plus une option si nous souhaitons que l'ensemble de la population bénéficie de soins de santé et de services sociaux de qualité et sécuritaire. Les processus administratifs doivent être automatisés dans la mesure du possible, afin de permettre aux cliniciens de se consacrer pleinement à l'accompagnement des usagers.

Envoyer des télécopies devrait appartenir au passé, et non constituer une pratique courante. Je pourrais vous en jaser lors d'un prochain numéro.

### Bibliographie

Bancal, D. (2025, 27 février) Trump dynamite la protection des données: vers un open bar numérique? – DATA SECURITY BREACH, Repéré en ligne le 1er novembre 2025 à [Trump dynamite la protection des données: vers un open bar numérique? – DATA SECURITY BREACH](#)

Data Sciencetest (2024, 3 septembre), Intelligence Artificielle: Définition, histoire, enjeux, Repéré en ligne le 1er novembre 2025 à [Intelligence Artificielle: Définition, histoire, enjeux](#)

Déclaration de l'IA responsable (2025), La Déclaration de Montréal IA responsable, Repéré en ligne le 1er novembre 2025 à [La Déclaration de Montréal IA responsable](#)

Digitiz (2024, 24 avril) Les outils No-Code incontournables en 2025 (+ liste de 170 outils), Repéré en ligne le 31 octobre à [Les outils No-Code incontournables en 2025 \(+ liste de 170 outils\)](#)

Ross, C. et Aguilar, M., Courrier international (2021, 25 mai), IBM et la santé, récit d'un fiasco, Repéré en ligne le 31 octobre 2025 à [IBM et la santé, récit d'un fiasco](#)

### L'autrice

**Elizabeth Mandeville**, BAA, DESS en gouvernance des technologies de l'information

# Projet innovant



# Oser innover dans un contexte de pénurie : Clinique d'accès rapide en dépendance

Par Marie Guétie Vieux et Pauline Barrier

Face à une population vulnérable et dans un contexte où les ressources en santé mentale sont confrontées à de nombreux défis, le Service des toxicomanies et de médecine urbaine (STMU) de l'Hôpital Notre-Dame situé à Montréal a lancé, en juin 2024, une initiative audacieuse : la Clinique d'Accès Rapide en Dépendance (CARD). Inspirée du modèle RAAM (Rapid Access Addiction Medicine), cette clinique propose une réponse immédiate, humaine et sans rendez-vous aux personnes aux prises avec une problématique de consommation.

## Une réponse rapide et adaptée

La CARD offre une prise en charge rapide et accessible, visant à améliorer l'expérience des usagers et du personnel, tout en favorisant la réadaptation et la réinsertion sociale. Destinée aux adultes de 18 ans et plus présentant un trouble lié à l'utilisation de substances, elle propose des soins médicaux non urgents et des services adaptés aux situations nécessitant une attention immédiate, sans être critiques. Ces services incluent l'évaluation, le soutien, l'orientation, ainsi que, si nécessaire, la mise en place d'un suivi médical ou psychosocial. Cette approche facilite une intégration harmonieuse dans le quotidien des usagers, répondant à un besoin réel de proximité et de simplicité.

## Un pari sur la relation humaine

Dans un système de santé parfois perçu comme complexe ou éloigné, la CARD incarne une initiative audacieuse, née du terrain. L'équipe du STMU, forte de son expertise et de sa connaissance du milieu, porte cette volonté de rendre les soins plus accessibles, plus attentifs, et profondément ancrés dans les réalités des communautés.

## Une équipe interdisciplinaire

La CARD est composée d'infirmières, d'un éducateur spécialisé, d'une éducatrice pair-aidante, d'intervenantes sociales, de médecins et de collaborateurs externes. L'équipe travaille en synergie pour offrir des soins adaptés et bienveillants, dans un cadre souple et réactif.

## Fonctionnement et accessibilité

La clinique est ouverte trois demi-journées par semaine. Les usagers peuvent s'y présenter avec ou sans référence, y compris par autoréférence ou via l'urgence. L'approche repose sur la réduction des méfaits,

la communication, la confiance et le travail d'équipe. Les soins y sont accessibles et offerts dans un cadre sécurisant.

## Bénéfices et apprentissages

La CARD a contribué à désengorger les urgences, à renforcer la réaffiliation au système de santé et à améliorer l'accessibilité aux soins. Comme toute initiative novatrice, elle a aussi nécessité des ajustements, notamment en matière de coordination et d'outils informatiques, qui ont permis à l'équipe de consolider ses pratiques et d'adapter le service aux besoins du terrain.

## Conclusion

La CARD incarne une innovation concrète dans un contexte de pénurie, en misant sur la proximité, la simplicité et la réactivité. Elle démontre qu'il est possible de rejoindre les personnes là où elles sont, et de bâtir avec elles un chemin vers le mieux-être.

## Coordonnées et horaire

Clinique d'accès rapide en dépendance (CARD) – Clinique du STMU, Hôpital Notre-Dame

1560 Sherbrook Est Montréal  
[stmu.hnd.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:stmu.hnd.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca)  
514 413-8736

Mardi matin : 8h45 à 11h30  
Mercredi après-midi : 12h45 à 15h30  
Vendredi matin : 8h45 à 11h30

## Les autrices

**Marie Guétie Vieux**, Chef de réadaptation au STMU à l'hôpital Notre-Dame, direction santé mentale et dépendance

**Pauline Barrier**, ICACI Au STMU à L'hôpital Notre-Dame, direction santé mentale et dépendance

# Colloque 2026

## L'EXPERTISE INFIRMIÈRE EN SANTÉ MENTALE

Affirmer notre **autonomie**  
et notre **rôle**  
pour **mieux soigner**

28 | 29  
MAI  
2026

HÔTEL  
UNIVERSEL DE  
DUMMONDVILLE



Association québécoise  
des infirmières et infirmiers  
en santé mentale  
(AQIISM)



Association québécoise  
des infirmières et infirmiers  
en santé mentale  
(AQIISM)

CP 89022 - CSP Malec  
Ile-Bizard (Québec)  
H9C 2Z3

Téléphone : 1-866-272-2856  
Fax : 1-888-276-1633  
Courriel : [info@aqiism.org](mailto:info@aqiism.org)