

VOL. 31 N° 2 - MAI 2017

VISION INFIRMIÈRE

EN SANTÉ MENTALE

ARTICLES

Expérience des infirmières qui travaillent
auprès de personnes atteintes trouble de
personnalité limite

Qu'est-ce que la personnalité ?

NOUVELLES

DOSSIER

AGA 2017



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

LA REVUE DE L'ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS EN SANTÉ MENTALE



03 **ÉDITORIAL**

22 **NOUVELLES**
Politique de reconnaissance et de soutien financier

07 **ARTICLE**
Expérience des infirmières qui travaillent auprès de personnes atteintes trouble de personnalité limite

Formation des infirmières spécialisées en santé mentale

23 **DOSSIER**
Assemblée générale annuelle 2017 de l'AQIISM

16 **ARTICLE**
Qu'est-ce que la personnalité ?

31 **5 FAÇONS DE VOUS FAIRE VOIR GRÂCE À L'AQIISM**

Cette revue est la propriété de :
l'Association Québécoise des Infirmières et Infirmiers en Santé Mentale

Les personnes qui désirent soumettre des idées d'articles ou proposer des sujets de dossiers sont invitées à communiquer avec nous au info@aqiism.ca
A/S Comité de rédaction.

Politique de diffusion
Les articles de la revue peuvent être utilisés à des fins d'enseignement et faire l'objet de reproductions.
Les droits de reproduction sont régis par Copibec (www.copibec.qc.ca).

La revue VISM est au service des infirmières et infirmiers en santé mentale, membres de l'association. Toute reproduction de textes ou d'extraits est permise sur autorisation et doit porter la mention :
Reproduction de la revue VISM
Bibliothèque Nationale du Québec
Dépôt légal 2^e 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



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



34^e
Colloque
AQISM



ÉDITORIAL

Nous voici bientôt à l'aube de notre 34^e colloque de l'AQISM qui se déroulera cette année dans la belle région d'Orford, plus précisément au Manoir des Sables.

Mais avant de vous entretenir sur le colloque qui sera des plus stimulants et intéressants, je désire prendre quelques lignes pour remercier chaleureusement Lise Laberge, qui a accepté d'assumer la présidence pendant mon absence et qui l'a fait, sans surprise, avec brio. Cela m'a permis de prendre soin de moi et de ma santé et j'en suis très reconnaissante. Je savais que l'Association était entre bonnes mains avec elle et également avec tous les membres du conseil d'administration qui l'ont soutenu tout au long de cette période. Donc, MERCI à vous tous, encore une fois.

Passons maintenant au thème du colloque de cette année.

« L'expertise de l'infirmière en santé mentale: Un engagement envers la personne et ses proches ».

Selon, l'institut de la statistique du Québec dans son rapport publié en 2015, « la maladie mentale, les troubles mentaux et les problèmes liés à la consommation d'alcool ou de drogues peuvent avoir de graves répercussions sur la santé et sur la qualité de vie des personnes touchées et de leurs proches, en plus d'engendrer des coûts sociaux importants ». Toujours dans ce rapport, l'Agence de la santé publique du Canada rapporte que parmi les sept principaux problèmes de santé au Canada, les troubles mentaux et les maladies mentales viennent en tête en ce qui concerne les coûts associés aux soins directs (Commission de la santé mentale du Canada [CSMC], 2012b). La promotion de la santé mentale et la prévention des

maladies mentales sont devenues des priorités à l'échelle mondiale.

Lorsque la maladie frappe, ce n'est pas seulement la personne atteinte qui en souffre, mais tous les membres de son entourage. L'infirmière en santé mentale côtoie quotidiennement ces réalités et peut faire la différence pour contrer la stigmatisation, apporter du soutien et favoriser le rétablissement.

La publication par l'OIIQ en 2016 des *Standards de pratique de l'infirmière dans le domaine de la santé mentale* constitue une référence importante pour situer l'action de l'infirmière dans cette spécialité. On y précise notamment les valeurs sur lesquelles repose la pratique de l'infirmière en santé mentale, lesquels sont en accord avec le Plan d'action en santé mentale 2015-2020, à savoir :

- **La primauté de la personne** : cela implique que l'infirmière respecte la personnalité de la personne atteinte, sa façon de vivre, ses différences et les liens qu'elle entretient avec son environnement, incluant la promotion, le respect et la protection des droits de la personne.
- **Le partenariat avec les membres de l'entourage** : il s'agit pour l'infirmière de reconnaître l'implication et la participation de la personne et de ses proches significatifs en tant que partenaires de soins dans la planification, l'organisation et la dispensation des soins et services ainsi que dans l'exercice de sa citoyenneté.
- **Le partage des responsabilités** : ce qui signifie que la santé mentale est l'affaire de tous et nécessite la mobilisation et l'implication de partenaires provenant de divers secteurs. (OIIQ, p. 13)

Ce Colloque se veut une invitation à réfléchir sur nos pratiques et à développer une expertise

qui reconnaît l'importance de la primauté de la personne et du partenariat avec les membres de l'entourage. En lien avec la thématique du colloque, venez entendre particulièrement :

- Le panel ***Quand «être là» fait tout une différence***, réunissant des experts qui présenteront leurs réflexions sur la maladie mentale et les membres de l'entourage;
- La conférence sur ***Les standards de pratique en santé mentale*** : De la théorie à la pratique présentée par madame Audrey Meloche;
- La conférence de monsieur Sylvain D'Auteuil, intitulée ***Le rétablissement : périple individuel... responsabilité collective***.

La programmation riche et diversifiée met aussi en valeur différentes initiatives et réalisations de collègues infirmières œuvrant dans le domaine de la santé mentale et de la psychiatrie.

Le Colloque de l'AQIISM 2017, c'est donc aussi :

- Une journée pré-colloque avec trois choix de formations;
- Notre Assemblée Générale Annuelle (AGA);
- Un mini-quiz pour tester vos connaissances;
- 18 ateliers sur différents sujets en lien avec le thème du colloque;
- Un défi : On bouge pour la santé mentale!
- Une soirée festive aux couleurs de l'Arc-en-ciel;
- Et une conférence humoristique pour clore ce colloque.

Mais surtout d'excellentes occasions de créer des liens avec des personnes extraordinaires qui ont tous à cœur le bien-être des personnes atteintes de maladie mentale et de leur famille/proches.

Voici les membres du conseil d'administration et du comité organisateur 2016-2017

CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'AQIISM

Marie-Josée Poirier, présidente
Lise Laberge, vice-présidente
Johanne Doucet, trésorière
Élise Salesse-Gauthier, secrétaire
Dominique Boudreau, conseillère
Raynald Caron, conseiller

Christine Genest, conseillère
Gérard Lebel, conseiller
Karine Poirier, conseillère

COMITÉ ORGANISATEUR

Johanne Simard (présidente), CIUSSS de l'Estrie-CHUS
Kelly Brennan, CIUSSS de l'Estrie-CHUS
Luce Côté, Université de Sherbrooke
Karine Desfossés, Centre Jeunesse de Sherbrooke
Johanne Doucet, CIUSSS Mauricie-et-Centre-du-Québec
Ginette Henri, Pratique privée
Karine Poirier, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Merci à tous et bon colloque 2017!

Au plaisir de vous y rencontrer.

Marie-Josée Poirier, présidente



Référence pour l'Institut statistique du Québec:
Portrait statistique de la santé mentale des Québécois. Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Santé mentale 2012-Portrait chiffré http://www.bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01671FR_portrait_sante_mentale2015H00F00.pdf [consulté le 18 avril 2017]

OIIQ (2016) *Standards de pratique de l'infirmière dans le domaine de la santé mentale*. <https://www.oiiq.org/publications/repertoire/standards-de-pratique-en-sante-mentale>. [consulté le 21 avril 2017]



34^e
Colloque
AQISM

L'expertise de l'infirmière en santé mentale:

Un engagement envers la personne
et ses proches

**Rendez-vous du 31 mai au 2 juin 2017 au Manoir
des Sables à Orford!**

TARIFS ET INSCRIPTION

Retrouvez la programmation complète, ainsi que tout le détail
des tarifs et les modalités d'inscription sur le site internet
www.aqism.org rubrique COLLOQUE 2017.

ACCREDITATION

Le précolloque est accrédité pour 7 h de formation.
Le colloque est accrédité pour 7,25 h de formation :

- 3.5 h pour la journée du jeudi 1er juin
- 3.75 h pour la journée du vendredi 2 juin

HÉBERGEMENT

La réservation de l'hôtel est la responsabilité du
participant.

Réservations : 1-800-567-3514

MANOIR DES SABLES
90, avenue des Jardins
Orford (Québec) J1Z 6M6
<http://www.hotelsvillegia.com/fr/manoir-des-sables/>



POUR LE TRAITEMENT DE LA SCHIZOPHRÉNIE

Envisagez la possibilité d'utiliser Abilify Maintena^{MD} une fois par mois

Offert en tant que traitement de la phase aiguë de la schizophrénie
et le traitement d'entretien



Le SEUL antipsychotique administré UNE FOIS PAR MOIS ayant une activité agoniste partielle
sur les récepteurs dopaminergiques et sérotoninergiques^{1†}

- ▶ Activité agoniste partielle sur les récepteurs D₂ et 5-HT_{1A}
- ▶ Activité antagoniste sur les récepteurs 5-HT_{2A}

Le mode d'action des médicaments efficaces dans le traitement de la schizophrénie est inconnu.

PrAbilify Maintena (aripiprazole à libération prolongée pour suspension injectable) est indiqué pour le traitement de la schizophrénie chez les patients adultes. Son efficacité a été établie dans le traitement de la phase aiguë de la schizophrénie et le traitement d'entretien. Au cours d'un essai clinique contrôlé portant sur le traitement de la schizophrénie en phase aiguë, Abilify Maintena s'est révélé supérieur au placebo pour ce qui est d'atténuer les symptômes tant positifs que négatifs de la schizophrénie. Lors d'essais cliniques contrôlés, on a constaté qu'Abilify Maintena permettait de prévenir les rechutes pendant une période pouvant atteindre 38 semaines après la stabilisation au moyen d'aripiprazole à prise orale.

Consultez la monographie de produit au www.abilifymaintenamonographie.ca pour obtenir des renseignements importants sur les sujets suivants :

- les mises en garde et précautions les plus importantes relativement aux patients âgés atteints de démence;
- d'autres mises en garde et précautions pertinentes ayant trait à la régulation de la température corporelle, à l'hypotension orthostatique, à l'allongement de l'intervalle QT, à l'hyperglycémie et au diabète de type 2, au gain de poids, au priapisme, à la leucopénie/neutropénie et agranulocytose, à la thromboembolie veineuse, au syndrome malin des neuroleptiques, à la dyskinésie tardive, aux symptômes extrapyramidaux, aux convulsions, au risque d'altération des fonctions cognitives et motrices, au suicide et à l'emploi chez les femmes enceintes et celles qui allaitent;
- les conditions d'utilisation clinique, les effets indésirables, les interactions médicamenteuses, les renseignements posologiques et les épreuves de surveillance.

La monographie est également offerte sur demande, en appelant au 1-877-341-9245.

† La portée clinique de cette comparaison et la pertinence clinique de ces interactions n'ont pas été établies.

Référence : 1. Monographie d'Abilify Maintena. Otsuka Pharmaceutical Co., Ltd., 15 septembre 2015.



Abilify Maintena est une marque de commerce d'Otsuka Pharmaceutical Co., Ltd., utilisée sous licence par Otsuka Canada Pharmaceutique.





EXPÉRIENCE DES INFIRMIÈRES QUI TRAVAILLENT AUPRÈS DE PERSONNES ATTEINTES TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE

Cathy Martineau, inf bsc, étudiante maîtrise en santé mentale en sc inf, UQAR Lévis
Danielle Boucher, PhD, professeure en sciences inf, UQAR, Lévis

PROBLÉMATIQUE

Le trouble de personnalité limite (TPL) est défini dans le DSM-V comme un modèle envahissant d'instabilité dans les relations personnelles, de l'identité, des affects et d'une impulsivité marquée qui débutent au début de l'âge adulte et qui se présentent dans différents contextes (American Psychiatric Association, 2013). La prévalence du TPL est de 10 % pour les patients suivis en clinique externe de psychiatrie et elle augmente à 20 % pour les patients hospitalisés sur les unités de soins (American Psychiatric Association, 2013).

Pour les personnes atteintes d'un TPL, vivre avec ce trouble signifie ressentir une grande détresse psychologique au quotidien. Pour soulager leur détresse, ces personnes peuvent avoir recours à certains moyens pour se soulager, en l'occurrence en adoptant des comportements autoagressifs comme l'automutilation et/ou les tentatives de suicide (American Psychiatric Association, 2013).

Face à des gestes d'automutilation ou des tentatives de suicide posés par une personne atteinte d'un TPL, les infirmières peuvent aussi se sentir démunies et impuissantes face aux



comportements des personnes souffrant d'un TPL (LaForge, 2007). Ces sentiments combinés à une certaine méconnaissance de la problématique et du contre-transfert possible, peuvent rendre les infirmières moins empathiques envers cette personne qu'envers d'autres personnes souffrant d'un autre problème de santé mentale (Fraser et Gallop, 2013). Également, il a été observé que les infirmières peuvent aussi rejeter ou se distancer socialement des personnes atteintes d'un TPL (Markham, 2003). De plus, les comportements de cette clientèle sont parfois perçus comme dangereux, impulsifs et dérangeants par les infirmières, ce qui a conduit des infirmières interrogées dans une étude à surnommer « tourbillon perturbateur » les personnes atteintes de cette maladie (Woollaston et Hixenbaugh, 2008). Au contact de cette clientèle, les infirmières peuvent aussi parfois se sentir démonisées, manipulées et menacées (Woollaston et Hixenbaugh, 2008).

Les attitudes et les comportements négatifs que peuvent parfois avoir les infirmières envers les clients atteints d'un TPL sont opposés au concept de partenariat infirmière-client qui est pourtant un énoncé descriptif de la pratique infirmière au Québec (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2010). Cet énoncé descriptif explique l'importance de la création d'une alliance infirmière-client qui s'établit dans une relation de respect mutuel et dans le partage d'un but commun (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2010). Ce partenariat infirmière-client ne peut s'établir si une distance se crée entre l'infirmière et le client. De plus, le manque d'empathie de l'infirmière envers celui-ci peut nuire à l'établissement de ce partenariat, car il est possible que l'infirmière ne souhaite pas le créer ou ne sache pas comment y parvenir. L'impression qu'il est dangereux ou qu'il est un « tourbillon perturbateur » nuit également à la création de cette alliance avec ce dernier, car le client ne se sent pas respecté dans la relation. En conséquence, la qualité des soins infirmiers se trouve diminuée. Les auteurs Westwood et Baker (2010) arrivent à la même conclusion lorsqu'elles expliquent qu'avoir des perceptions négatives face à cette clientèle va sans aucun doute entraîner

une diminution de la qualité des soins infirmiers offerts aux individus atteints.



Pour mieux comprendre cette ambiguïté émotive (Boudreau, Boulianne, & Roigt, 2015) que peuvent vivre les infirmières face aux personnes atteintes d'un TPL, une recension des écrits sera effectuée à l'aide de bases de données, de livres de référence, de lignes directrices, de documents gouvernementaux et de guides de pratique clinique. Cette recension des écrits s'appuie sur le cadre théorique du Caring Caring de Jean Watson tel que décrit par Cara (2003). Les concepts à l'étude sont le TPL, la relation patient-infirmière, les attitudes des infirmières envers les personnes atteintes d'un TPL, les connaissances des infirmières sur le TPL et l'empathie des infirmières envers les personnes atteintes d'un TPL.

MÉTHODOLOGIE DE LA RECENSION DES ÉCRITS

Pour réaliser la recension des écrits de ce travail, une recherche documentaire a été effectuée principalement à partir de la base de données de *CINAHL* et de *ProQuest*. Pour trouver les articles les plus pertinents, différents mots-clés ont été utilisés soient *borderline personality disorder*, *DSM-V*, *nurse-patient relationship*, *mental illness*, *nurse* attitude* towards borderline personality disorder*, *nurse* AND knowledge AND borderline*



personality disorder, caring theory AND Jean Watson et finalement nurse AND stigma AND mental illness.* Pour faire la sélection, les articles qui évaluaient les attitudes des étudiantes infirmières ont été éliminés ainsi que ceux qui n'étaient pas spécifiques à la pratique infirmière en santé mentale. Au total, 52 articles ont été importés des bases de données. Également, la littérature grise a été explorée. Le DSM-V (2013) a été un ouvrage de référence essentiel. Il était aussi important de consulter le *Plan d'action en santé mentale 2015-2020* (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2015) ainsi que le document *La pratique infirmière en santé mentale* (Ricard, Page, & Laflamme, 2014). Finalement, la consultation des lignes directrices sur le TPL de la National Institute for Health and Clinical Excellence (2009) était incontournable. Pour faire l'analyse des articles, le tableau 6-1 à la page 99 du livre *The practice of nursing research* (Grove, Burns, & Gray, 2013) a été utilisé. Chaque article a été lu et annoté selon la présence des différentes phases du processus de recherche.

CADRE THÉORIQUE

Le cadre théorique utilisé pour guider cette recension des écrits est la théorie du Caring de Jean Watson telle que décrite par Cara (2003). Ce cadre a été choisi, car la relation patient-infirmière en est le fondement. Le concept de relation de soins transpersonnelle (Cara, 2003) a été élaboré par Jean Watson pour nommer cette relation. Pour Watson, la relation transpersonnelle se caractérise par une relation de soins qui repose sur l'engagement moral de l'infirmière dans la protection et l'amélioration de la dignité humaine, ainsi que la partie la plus profonde/haute du soi (Cara, 2003). Elle repose aussi sur la conscience bienveillante de l'infirmière qui cherche à préserver et à honorer l'esprit (Cara, 2003). Également, elle repose sur la conscience de l'infirmière attentionnée qui établit une connexion ayant le potentiel de guérir puisque l'expérience, la perception et la connexion intentionnelle ont lieu (Cara, 2003). De plus, selon ce cadre théorique,



le travail infirmier repose sur des dimensions humaines et met de l'avant la vie intérieure et l'expérience subjective des personnes soignées (Cara, 2003). Le choix de la théorie du Caring est très pertinent pour cette recension des écrits, car cette théorie met en lumière les différences observées entre la pratique infirmière qui peut parfois être complexe avec les personnes TPL et la pratique infirmière en santé mentale exemplaire. Cette théorie est également très utile, car elle explore l'expérience de l'infirmière dans sa relation avec la personne soignée ce qui est le but de cette étude.

ÉTATS DES CONNAISSANCES

Le TPL

Pour établir le diagnostic d'un trouble de personnalité limite, la personne évaluée doit présenter cinq des neuf critères diagnostiques du TPL présents dans le DSM-V (American Psychiatric Association, 2013). Le DSM-V est un ouvrage de référence intéressant, car il permet d'évaluer objectivement, à l'aide de critères diagnostiques, la présence d'un trouble mental chez une personne. Toutefois, pour le TPL, le DSM-V ne s'intéresse pas à l'aspect psychologique du trouble. En effet, il ne fait pas mention de la présence élevée d'abus physiques et sexuels durant l'enfance (Hong, Ilardi, & Lishner, 2011) chez les personnes diagnostiquées TPL.

La relation infirmière-patient

Les auteurs Repper and Peacham (1991) soutiennent que la relation thérapeutique entre l'infirmière et le patient aide le client à développer ses habiletés de résolution de problèmes et à considérer des possibilités alternatives afin d'éviter des actions impulsives. De cette façon, ils sont plus en mesure de contrôler leurs comportements hétéroagressifs et perturbateurs ce qui éventuellement pourrait être bénéfique pour la relation. Une étude s'est intéressée à cette relation, mais elle n'est pas spécifique aux personnes souffrant d'un trouble de personnalité. Les participants de l'étude étaient des personnes atteintes d'un problème de santé mentale sévère

qui décrivaient leur expérience auprès de leurs infirmières en santé mentale communautaire (O'Brien, 2001). Sentir qu'une personne était présente, travailler en collaboration avec l'infirmière et être compris sont les principaux résultats qui sont ressortis de cette étude (O'Brien, 2001). Ces résultats contrastent avec la relation conflictuelle qui peut exister entre les personnes souffrant d'un TPL et certaines infirmières, relation présentée dans ce travail. La recherche de O'Brien (2001) est très rigoureuse dans toutes les phases du processus de recherche. Toutefois, puisque son étude est une des premières sur le sujet et que son échantillon est petit (n=5) et que les participants ne sont pas spécifiquement des personnes TPL, les résultats ne peuvent être généralisés, mais nous donne tout de même un aperçu de ce qui être facilitant dans le développement d'une relation thérapeutique de qualité en contexte de santé mentale.

Les attitudes des infirmières envers les personnes atteintes d'un TPL

Cette recension des écrits a permis de constater que quelques recherches (environ 10) se sont intéressées aux attitudes et aux perceptions des infirmières envers les personnes diagnostiquées TPL. Dans un premier temps, une étude de Markham (2003) a permis de faire ressortir que les infirmières sur les unités de soins psychiatriques affichent une distance sociale plus élevée envers les personnes souffrant d'un TPL que les autres personnes atteintes d'une autre maladie mentale. Les comportements d'évitement peuvent créer une expérience négative pour les personnes diagnostiquées TPL. Dans une étude phénoménologique, des patients admis sur une unité de soins pour une courte hospitalisation (moins de trois jours) qui n'avaient eu aucune conversation avec les infirmières du département avaient rapporté des sentiments de tension, d'abandon, de rejet, de perte et de colère (Helleman, Goossens, Kaasenbrood, & Achterberg, 2014). Quelques théories ont été formulées pour tenter d'expliquer les émotions négatives des infirmières envers les clients souffrant d'un TPL. Markham et Trower (2003) ainsi que Forsyth (2007) suggèrent que les infirmières croient que les clients atteints d'un TPL ont un plus grand degré de contrôle sur



sur leurs comportements négatifs que les clients atteints d'un autre trouble de santé mentale. Cette croyance amène les infirmières à se distancer de ces patients, car elles croient que leurs comportements sont volontaires plutôt que des composantes du TPL.

Par ailleurs, les comportements des personnes atteintes d'un TPL influencent les perceptions des infirmières qui travaillent auprès d'eux. Selon Westwood et Baker (2010), la synthèse de la littérature suggère que les infirmières perçoivent les clients atteints d'un TPL dangereux et manipulateurs, car elles croient qu'ils ont des comportements malhonnêtes plutôt que voir ces comportements comme une composante de leur maladie. Une recherche phénoménologique faite auprès de 30 femmes atteintes d'un TPL révèle que ces femmes trouvent blessant que les intervenants perçoivent leurs gestes d'automutilation comme hostiles et manipulateurs (Nehls, 1999). D'ailleurs il semblerait que les infirmières qui travaillent auprès de personnes atteintes d'un TPL, et qui doivent composer avec leurs différents comportements plus négatifs, ont des expériences plus négatives auprès de cette clientèle que les personnes atteintes d'une autre maladie mentale ce qui conduirait à un plus faible niveau d'optimisme (Markham, 2003 ; Markham et Trower, 2003). Bland & Rossen (2005) expliquent également dans leur recherche que les infirmières perçoivent qu'elles ne peuvent pas toujours aider les personnes atteintes d'un TPL à se rétablir et qu'en conséquence, elles perçoivent leur rôle de soignante diminué.

Dans le même ordre d'idées, une étude récente (Bodner et al., 2015) a conclu que les infirmières qui travaillent en santé mentale sont celles qui ont des attitudes les plus inappropriées envers les personnes diagnostiquées TPL comparativement à l'ensemble des professionnels en santé mentale. De plus, l'ensemble du personnel soignant est considéré par les patients comme contribuant grandement à leur stigmatisation (Sartorius, 2007). Afin d'améliorer la satisfaction des usagers face aux soins reçus et afin de définir comment les infirmières devraient interagir avec leurs patients pour qu'ils soient satisfaits, une recherche a été effectuée en Australie auprès de patients hospitalisés et d'infirmières expérimentées en santé mentale (Gunasekara, Pentland, Rodgers, & Patterson, 2014). Les qualités personnelles des infirmières (ex. attitude d'espoir, acceptation, passion pour la santé mentale), la culture et la pratique des soins infirmiers (ex. travail d'équipe, utilisation adéquate de la supervision), la définition de l'excellente infirmière en santé mentale (ex. elle engage des conversations quotidiennes, elle pose des questions et elle écoute les réponses) et les souhaits des usagers (ex. il se sent en sécurité, il se sent valorisé comme personne) sont les facteurs qui ont été identifiés pour favoriser le rétablissement (Gunasekara et al., 2014) des usagers en santé mentale. Cette étude est très intéressante, car elle apporte un éclairage nouveau sur la pratique infirmière exemplaire en santé mentale. Toutefois, il faut être prudent avec cette étude, car la question posée aux participants « *Qu'est-ce qui fait une excellente infirmière en santé mentale ?* » les dirige nécessairement vers des réponses positives.

Les connaissances des infirmières sur le TPL

Une revue systématique sur les attitudes et les perceptions des infirmières envers les personnes hospitalisées atteintes d'un TPL (Westwood & Baker, 2010) a mis en évidence un besoin d'enseignement des infirmières sur le TPL. Plusieurs études ont proposé différentes solutions comme l'apprentissage de la thérapie cognitivo-comportementale (Woollaston & Hixenbaugh, 2008). De plus, quelques recherches (Cleary et al.



2002 ; Markham, 2003, Marham et Trower 2003) mentionnent la présence d'un besoin d'assurer une meilleure supervision du travail des infirmières en contact avec les clients atteints d'un TPL. Une revue de la littérature a été effectuée dernièrement pour synthétiser les connaissances sur les interventions qui ont été réalisées pour améliorer les habiletés, les attitudes et les connaissances des infirmières en santé mentale envers les personnes atteintes d'un TPL (Dickens, Hallett, & Lamont, 2016). Cette revue de la littérature a permis d'identifier toutes les études empiriques sur le sujet et de mettre en évidence le manque de recherches de qualité sur les interventions qui ont pour but d'améliorer cette problématique (Dickens et al., 2016). Le travail de recension des écrits de Dickens et al. (2016) est complet et extrêmement rigoureux. Tous toutes les études ont été évalués à partir du *Quality Assessment Tool for Quantitative Studies* (Thomas, Ciliska, Dobbins, & Micucci, 2004). La démarche de sélection des études est

très bien expliquée (ex. présentation des mots-clés).

CONCLUSION

En conclusion, la revue des écrits réalisée dans ce travail permet d'avoir une vision plus élargie de la complexité du rôle de l'infirmière auprès de la clientèle TPL. Pour accroître l'état des connaissances, un projet de recherche qui s'intéresserait à l'évaluation des interventions pour améliorer les habiletés, les attitudes et les connaissances des infirmières envers les personnes atteintes d'un TPL serait pertinent. Toutefois, il est important, avant, de pouvoir décrire adéquatement la situation et c'est ce qu'à permis de faire cette recension des écrits. En conséquence, le but d'un éventuel projet de recherche consiste à décrire l'expérience vécue par les infirmières dans la relation soignant-soigné avec les personnes atteintes d'un TPL.

RÉFÉRENCES

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders fifth edition*. American psychiatric publishing.

Bland, A. R., & Rossen, E. K. (2005). Clinical supervision of nurses working with patients with borderline personality disorder. *Issues in Mental Health Nursing*, 26(5), 507-517. Repéré à <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=106507564&lang=fr&site=ehost-live>

Bodner, E., Cohen-Fridel, S., Mashiah, M., Segal, M., Grinshpoon, A., Fischel, T., & Iancu, I. (2015). The attitudes of psychiatric hospital staff toward hospitalization and treatment of patients with borderline personality disorder. *BMC Psychiatry*, 15(1), 20-41. doi: 10.1186/s12888-014-0380-y

Boudreau, D., Boulianne, V., & Roigt, D. (2015). Personnalités difficiles et troubles relationnels? Un défi pour l'équipe soignante. *Perspective Infirmiere*, 12(4).

Cara, C. (2003). A pragmatic view of Jean Watson's caring theory. *International Journal for Human Caring*, 7(3). Repéré à <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=106730511&lang=fr&site=ehost-live>

Clark, A. J. (2007). *Empathy in counseling and psychotherapy: Perspectives and practices*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Cleary, M., Siegfried, N., & Walter, G. (2002). Experience, knowledge and attitudes of mental health staff regarding clients with a borderline personality disorder. *International Journal of Mental Health Nursing*, 11(3), 186-191. Repéré à <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=106835681&lang=fr&site=ehost-live>

Cossette, S. (2006). Échelle d'interactions Infirmière-patient EIIP-70 EIIP-23. Repéré à <https://independant.academia.edu/CathyMartineau>



RÉFÉRENCES

- Dickens, G., Hallett, N., & Lamont, E. (2016). Interventions to improve mental health nurses' skills, attitudes, and knowledge related to people with a diagnosis of borderline personality disorder: Systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 56, 114-127 doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.10.019
- Forsyth, A. (2007). The effects of diagnosis and non-compliance attributions on therapeutic alliance processes in adult acute psychiatric settings *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 14(1), 33-40 Repéré à <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=106278061&lang=fr&site=ehost-live>
- Fraser, K., & Gallop, R. (1993). Nurses' confirming/disconfirming responses to patients diagnosed with borderline personality disorder. *Archives of Psychiatric Nursing*, 7(6), 336-341 Repéré à <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=107436331&lang=fr&site=ehost-live>
- Gunasekara, I., Pentland, T., Rodgers, T., & Patterson, S. (2014). What makes an excellent mental health nurse? A pragmatic inquiry initiated and conducted by people with lived experience of service use. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(2), 101-109 doi: 10.1111/inm.12027
- Helleman, M., Goossens, P. J. J., Kaasenbrood, A., & Achterberg, T. (2014). Experiences of patients with borderline personality disorder with the brief admission intervention: A phenomenological study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(5), 442-450. doi: 10.1111/inm.12074
- Hong, P. Y., Ilardi, S. S., & Lishner, D. A. (2011). The aftermath of trauma: The impact of perceived and anticipated invalidation of childhood sexual abuse on borderline symptomatology. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 3(4), 360-368.
- James, P. D., & Cowman, S. (2007). Psychiatric nurses' knowledge, experience and attitudes towards clients with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 14(7), 670-678 doi: 10.1111/j.1365-2850.2007.01157.x
- LaForge, E. (2007). The patient with borderline personality disorder. *JAAPA: Official Journal Of The American Academy Of Physician Assistants*, 20(4), 46-50. Repéré à <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=17484331&lang=fr&site=ehost-live>
- Lawn, S., & McMahon, J. (2015). Experiences of care by Australians with a diagnosis of borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 22(7), 510-521 512p. doi: 10.1111/jpm.12226
- Lussier, E. (2015). *Étude sur le contre-transfert et l'empathie des thérapeutes travaillant avec une clientèle présentant un trouble de la personnalité limite ou narcissique*. Université de Sherbrooke. Repéré à http://savoirs.usherbrooke.ca/bitstream/handle/11143/6805/Lussier_Eugenie_DPs_2015.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- Ma, W., Shih, F., Hsiao, S., Shih, S., & Hayter, M. (2009). 'Caring across thorns' -- different care outcomes for borderline personality disorder patients in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 18(3), 440-450 doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02557.
- Markham, D. (2003). Attitudes towards patients with a diagnosis of 'borderline personality disorder': social rejection and dangerousness. *Journal of Mental Health*, 12(6), 595-612 Repéré à <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=106751378&lang=fr&site=ehost-live>
- Markham, D., & Trower, P. (2003). The effects of the psychiatric label 'borderline personality disorder' on nursing staff's perceptions and causal attributions for challenging behaviours. *British Journal of Clinical Psychology*, 42(3), 243-256 Repéré à <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=106783298&lang=fr&site=ehost-live>



Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2015). Faire ensemble et autrement Plan d'action en santé mentale 2015-2020. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-914-04W.pdf>

O'Brien, L. (2001). The relationship between community psychiatric nurses and clients with severe and persistent mental illness: the client's experience. *Australian & New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 10(3), 176-186 Repéré à <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=106900988&lang=fr&site=ehost-live>

Nehls, N. (1999). Borderline personality disorder: the voice of patients. *Research in Nursing & Health*, 22(4), 285-293 289p. Repéré à <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=107216841&lang=fr&site=ehost-live>

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2010). Perspectives de l'exercice de la profession infirmière. Repéré à https://www.oiiq.org/sites/default/files/263NS_doc.pdf

Ricard, N., Page, C., & Laflamme, F. (2014). La pratique infirmière avancée : un choix qui s'impose pour la qualité des soins et services en santé mentale. *Santé Mentale au Québec*, 39(1), 137-157. Repéré à <http://www.erudit.org/revue/smq/2014/v39/n1/1025911ar.pdf>

Sartorius, N. (2007). Stigma and mental health. *The Lancet*, 370, 810-811.

Thomas, B. H., Ciliska, D., Dobbins, M., & Micucci, S. (2004). A process for systematically reviewing the literature: providing the research evidence for public health nursing interventions. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 1(3), 176-184 Repéré à <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=106603208&lang=fr&site=ehost-live>

Vachon, N., & Leclerc, C. (2012). Réagir aux comportements déstabilisants. *Perspective Infirmière*, 9(6), 28-30. Repéré à <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=108094498&lang=fr&site=ehost-live>

Westwood, L., & Baker, J. (2010). Attitudes and perceptions of mental health nurses towards borderline personality disorder clients in acute mental health settings: a review of the literature. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 17(7), 657-662 doi: 10.1111/j.1365-2850.2010.01579.x

Woollaston, K., & Hixenbaugh, P. (2008). 'Destructive whirlwind': nurses' perceptions of patients diagnosed with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 15(9), . doi: 10.1111/j.1365-2850.2008.01275.x



CLOZARIL^{MD} (CLOZAPINE) ET RASC^{MD} – CÉLÉBRONS PLUS DE 25 ANNÉES DE SERVICES ET DE SOUTIEN



Un soutien exceptionnellement complet pour un médicament exceptionnellement efficace¹

EXPÉRIENCE

- Plus de 38 472 patients inscrits²

UNE ÉQUIPE SPÉCIALISÉE

- Un hématologue, un cardiologue-conseil ainsi que deux psychiatres spécialisés en schizophrénie réfractaire et experts en CLOZARIL^{MD}

L'INNOCUITÉ AVANT TOUT

- Plus de 95 % des patients inscrits respectent le régime d'analyses hématologiques et le service est offert tous les jours 24 heures sur 24, 365 jours par année²



Références : 1. Lee J *et al.* Subtyping schizophrenia by treatment response: Antipsychotic development and the central role of positive symptoms. *Can J Psychiatry* 2015;60:515-22. 2. Données internes.

CLOZARIL et RASC + Conception sont des marques déposées de Novartis AG.
© Droits d'auteur 2017 HLS Therapeutics Inc.
Mai 2017

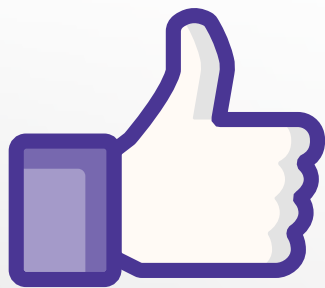
CLOZARIL^{MD} et RASC^{MD} : Le soutien et l'expérience sur lesquels vous pouvez compter



HLS Therapeutics Inc.
10 Carlson Court, Bureau 410
Etobicoke, Ontario M9W 6L2
www.hls therapeutics.com
Tél. RASC^{MD} : 1-800-267-2726
Téléc. RASC^{MD} : 1-800-465-1312
MLR20170532

Restez connecté avec l'AQIISM!

Rejoignez notre communauté de plus de 750 personnes sur Facebook



facebook.com/aqiism/



Pour leur bien, la personne atteinte de maladie mentale, son entourage et les intervenants ont avantage à se parler.

LA COMMUNICATION... C'EST PAYANT!

- Les membres de l'entourage qui bénéficient d'un soutien adéquat facilitent le cheminement vers le rétablissement de leur proche.
- L'opinion des personnes utilisatrices de services pave la voie à leur rétablissement et au plein exercice de leur citoyenneté.
- L'expertise professionnelle des intervenants est indispensable au cheminement de la personne et à l'implication des membres de son entourage.

Merci à tous ceux et celles qui font l'effort de s'investir à améliorer leurs modes de communication permettant des rapports égaux entre les membres de l'entourage, leur proche atteint de maladie mentale et les intervenants.

Parlons-

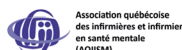
nous

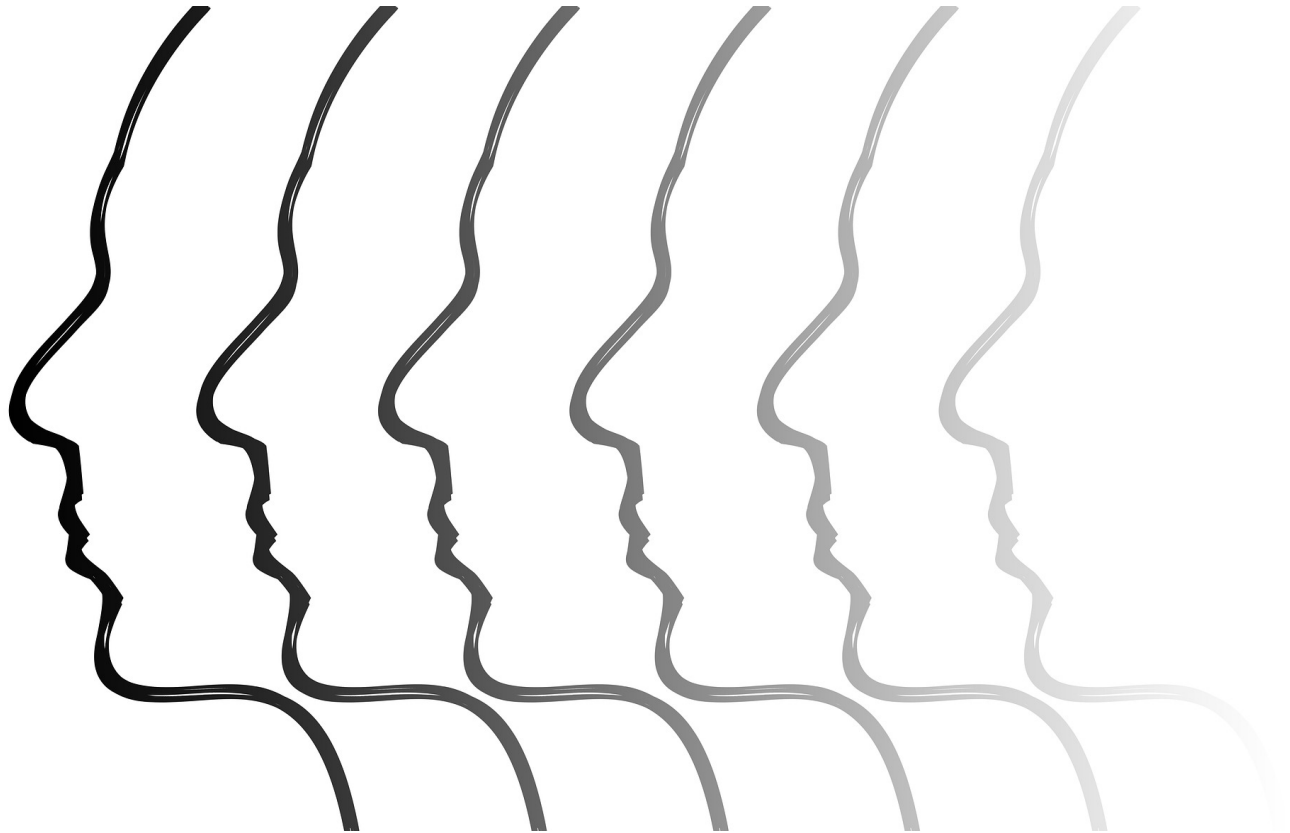
Avantde
craquer
.com

Pour découvrir les services du réseau **Avantdecraquer.com** et signifier votre solidarité, visitez sans tarder :

www.Avantdecraquer.com • 1 855 **CRAQUER** (272-7837)

Une initiative de la Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale (FFAPAMM)





QU'EST-CE QUE LA PERSONNALITÉ ?

Gérard Lebel, inf. cl., MPs, M. adm., Institut Universitaire en santé mentale Douglas

Il n'est pas facile de définir notre personnalité et encore plus difficile de définir la personnalité de quelqu'un d'autre puisqu'elle celle-ci présente plusieurs facettes. Une personne peu, à un moment, être agréable, souriante et à d'autres moments, être distante, anxieuse ou irritable. Qui est-elle vraiment ? La première personne, la deuxième ou les deux ?

La recherche en psychologie fait ressortir cinq dimensions universelles de la personnalité malgré plusieurs autres sous-dimensions qui peuvent influencer les cinq principales. Ce sont Donahue et Kentle (1991) qui ont publié la théorie du « Big Five », issu d'analyses du langage naturel et de tests psychologiques. Selon leurs recherches, ces

dimensions permettent d'identifier la personnalité de la façon la plus complète. Selon eux, chaque personnalité inclut ces cinq dimensions à degré divers et avec des variantes qui lui sont propres. Ce modèle dit des Big Five fait consensus dans le milieu scientifique. Ces cinq dimensions se retrouvent chez tous les individus quels que soient leur genre, leur âge et leur culture. Ces dimensions seront donc présentées ainsi que leurs variantes afin de mieux comprendre en quoi consiste la personnalité et ce qui confère l'unicité de chaque personne.

Bien entendu, il existe aussi d'autres modèles tels que les modèles de la personnalité pathologique comme par exemple le modèle de trouble de la



personnalité décrit dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM). Toutefois, plusieurs experts critiquent le modèle catégoriel du DSM et préféreraient un modèle dimensionnel tel que le Big Five. L'objectif du présent article vise plus à comprendre la personnalité en général et non la personnalité pathologique. De plus, l'article abordera la question de la constance ou non de la personnalité à travers le temps. Mais avant tout, qu'elles sont ces cinq dimensions fondamentales?

CINQ DIMENSIONS FONDAMENTALES

Plusieurs études ont démontré que peu importe la méthode d'analyse de la personnalité utilisée, cinq dimensions ressortaient systématiquement. L'individualité de la personne transparaît à l'intérieur de combinaisons diverses de ces cinq dimensions. Ces cinq dimensions sont :

- Extraversion
- Agréabilité
- Conscience
- Névrotisme
- Ouverture

Chacune des dimensions se présente sur un continuum dans lequel deux pôles s'opposent, soit de très agréable à très désagréable. La personnalité individuelle de chacun serait formée d'un mélange de ces cinq dimensions. Voyons plus en détails ses dimensions.

Extraversion :

L'extraversion se définit comme une personne à caractère extravertie versus une personne à tendance introvertie. Cette dimension est évaluée selon le degré d'assurance de la personne en société ainsi que son niveau d'activité.

Agréabilité :

Dans un autre ordre d'idée, une personne confiante envers autrui, bienveillante et altruiste présenterait la dimension d'agréabilité. Cette évaluation oscille entre la bienveillance et

l'hostilité.

Conscience :

La dimension « conscience » oscille entre une personne méticuleuse, consciencieuse versus une personne négligente et désorganisée. Cette dimension s'apparente au besoin de réussite, d'implication face à une tâche, à un travail.

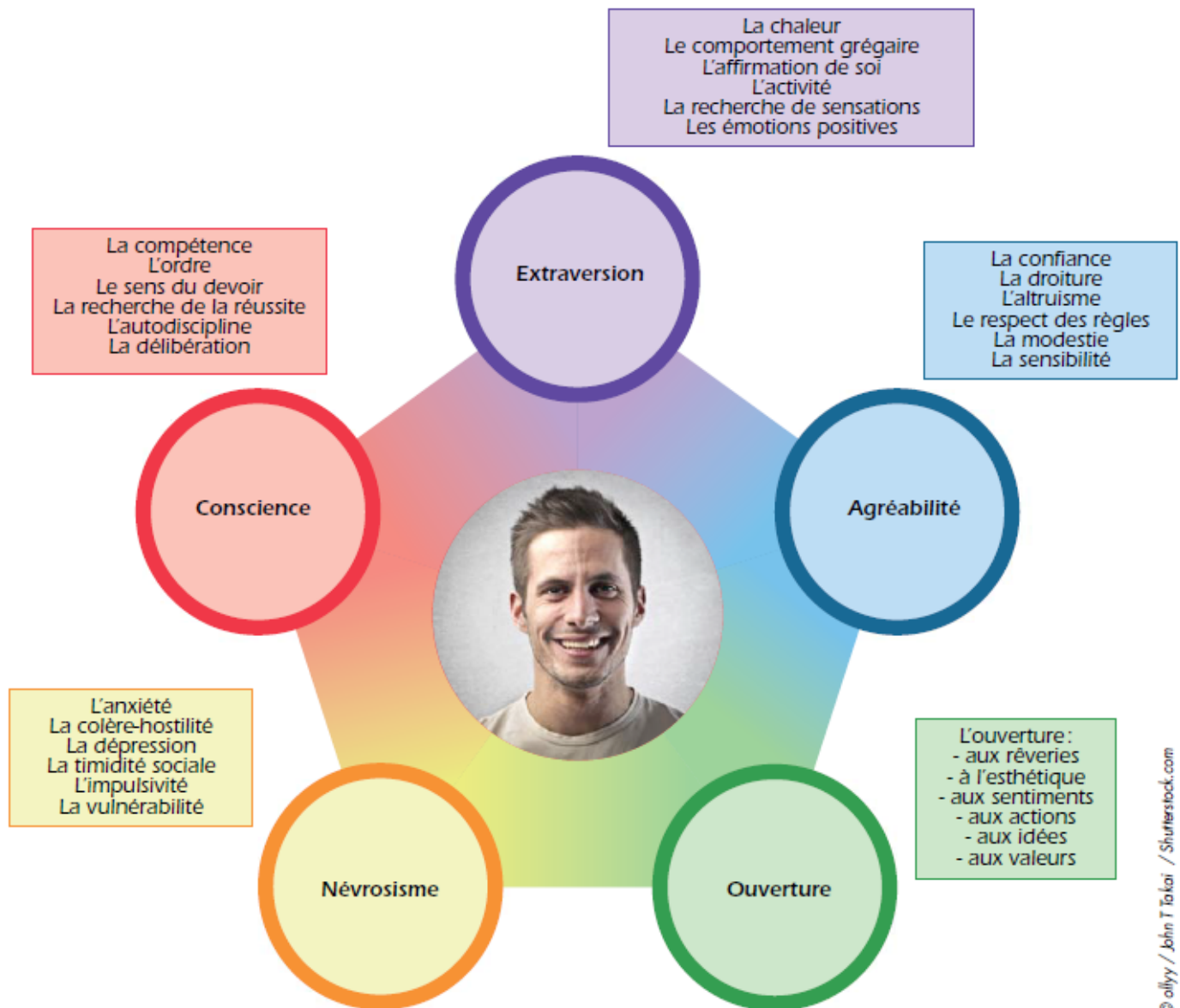
Névrotisme :

Une personne instable émotionnellement ou présentant des émotions négatives telles que l'anxiété, la tristesse ou l'irritabilité se retrouvera plus vers le pôle instabilité de la dimension névrotisme comparativement à une personne plus stable émotionnellement qui se tendra vers le pôle de la stabilité émotionnelle.

Ouverture :

Finalement, la dimension d'ouverture balance du pôle « esprit ouvert » au pôle « esprit non ouvert ». Cette dimension est caractérisée par le goût d'en savoir plus, l'imagination et la recherche d'expériences nouvelles.





© oilly / John T Takai / Shutterstock.com



Il faut ajouter qu'il existe un consensus scientifique seulement pour le nombre de dimensions fondamentales et non pour la description de ces dimensions. Ainsi, certains auteurs modifient partiellement ou en totalité certaines dimensions comme par exemple, le modèle NEO PI R de Costa et McCrae de l'Institut américain de la santé (NIH) (Rolland, 1998) et le modèle de l'analyse lexicale que Lewis Goldberg proposa en 1993. Cependant, les descriptions du « Big Five » présentées ici sont les plus souvent retrouvées dans la littérature actuelle ce qui explique pourquoi seulement ces descriptions sont présentées dans cet article.

Avec la connaissance des cinq dimensions fondamentales de la personnalité, il serait ainsi possible de décrire les caractéristiques d'un individu et en retirer les forces et les faiblesses afin d'étoffer le plan de traitement. Toutefois, ces dimensions ont été développées chez des personnalités sans trouble de santé mentale. Ainsi, face à une personne souffrant d'un trouble de la personnalité, l'évaluation à l'aide des cinq dimensions s'en trouvera moins précise vu la variabilité dans le temps et de l'intensité du trouble. Il faut donc rester vigilant avec ces personnalités plus complexes. Toutefois, même chez les individus qui ne souffrent pas de trouble de la personnalité, est-ce que la personnalité est immuable et ne peut évoluer?

PEUT-ON CHANGER SA PERSONNALITÉ ?

La personnalité est un mélange du tempérament et du caractère et les cinq dimensions sont forgées de ces deux éléments :

Tempérament : traits innés, biologiques et génétiques.

Caractère : façonné par l'éducation, la culture et l'environnement.

Le tempérament est pour sa part l'ensemble des traits innés, biologiques et génétiques et le caractère lui est façonné par l'éducation, la culture et l'environnement. Dans cette optique, il est plus juste de parler de continuité des traits plutôt que de stabilité, surtout chez l'enfant qui est encore en période de développement. De plus, la façon dont une personne se comporte sera aussi influencée par le contexte. Malgré que l'adolescent et l'adulte présentent plus de stabilité dans l'expression de leur personnalité, plusieurs éléments influencent son expression tels que la maturité, le caractère, les facteurs sociaux ou culturels et aussi l'influence du tempérament qui diminue avec l'âge. Il est donc possible de dire que le caractère module l'expression du tempérament ce qui donne espoir à l'amélioration de la personnalité et au résultat thérapeutique.

Ainsi, l'infirmière peut aider un patient à modifier sa personnalité par de l'enseignement, l'entraînement aux habiletés sociales ou toutes autres techniques thérapeutiques qui permet de façonner le caractère. D'ailleurs, les thérapies cognitives comportementales, la thérapie Dialectique pour les troubles de personnalités se servent de ses principes afin modifier non seulement les comportements mais aussi les pensées et émotions de la personne et donc ses traits de caractère. Cependant, certaines conditions doivent être rencontrées.

Hennecke et ses collaborateurs (2014) se sont intéressés à la motivation et à l'autorégulation dans le changement de la personnalité chez les adultes. Ils ont établi qu'il existe 3 conditions essentielles pour modifier la personnalité.

1. La personne doit estimer que la modification est souhaitable ou nécessaire (en soi ou comme moyen d'atteindre un but) ;
2. La personne doit croire que le changement est possible et qu'ils sont personnellement capables de le réaliser ;

La personne doit faire en sorte que le changement souhaité devienne une habitude, presque un réflexe chez elle que se soit un comportement ou une pensée. Ainsi, pour qu'un changement soit possible



au niveau de la personnalité, la personne doit désirer modifier un comportement et croire qu'elle en est capable. Il lui faudra également identifier des stratégies pour remplacer l'ancienne habitude par celui désiré et dans les situations désirées.

La personne pourra pratiquer ce comportement d'abord dans un contexte relativement facile et stable puis de plus en plus dans les contextes souhaités afin d'ancrer l'apprentissage. L'apprentissage sera plus difficile au début mais deviendra mieux intégré et demandera moins d'efforts par la suite.

Des études ont démontré que de deux à 6 mois de pratique sont nécessaires pour qu'un comportement devienne un réflexe (Lally, 2010). Aussi, Il faut cependant rester modeste puisqu'il n'est pas toujours facile de réunir les trois conditions identifiées ci-haut. Cependant, plusieurs auteurs (Hennecke, 2014, Duncan, 2000, De Shazer, 1985) rapportent que juste le fait d'avoir un objectif peut parfois permettre chez certaines personnes, un changement d'habitude et donc de caractère et de personnalité.

La personnalité peut paraître complexe et causer bien du souci chez certaines personnes. Le Big Five identifie cinq dimensions forgées par le tempérament et le caractère. Même si le tempérament est peut modifiable puisque façonné par la génétique, le caractère lui peut être modifié. C'est donc sur les traits de caractères que l'infirmière travaillera avec la personne afin de modifier et moduler ses habitudes soit ses pensées, émotions et comportements afin que celle-ci soit plus en mesure de bien vivre en société et avec l'autre.

Lien pour faire le test de Big Five en français :

<http://www.psychomedia.qc.ca/personnalite/test-inventaire-des-cinq-facteurs>

RÉFÉRENCES

Bouvard, Martine (2014). Les cinq dimensions de la personnalité. La personnalité : comment elle se construit. *L'Essentiel Cerveau & Psycho*. Hors série. p. 8 – 13.

Barbaranelli, C., et al., (2003). *A questionnaire for measuring the Big Five in late childhood*, in *Personality and Individual Differences*, vol. 34, pp. 645-664.

De Shazer, S., (1985) *Keys to solution in Brief Therapy*. New-York : Norton.

Duncan, B. L. & Miller, S. D. (2000) *The Heroic Client : Doing Client-Directed, Outcome-Informed Therapy*. San-Francisco : Jossey-Bass.

Goldberg, L. (1993) The structure of phenotypic personality-traits. *American Psychology*, vol. 48, pp. 26-34.

Hennecke, M., Bleidorn, W., Denissen, J. J., & Wood, D. (2014). A Three part framework for self regulated personality development across adulthood. *European Journal of Personality*, 28, 289–299.

John, O. P., Donahue, J. O.P., & Kentle, R. L. (1991) *The Big Five Inventory--Versions 4a and 5a*. Berkeley, CA: University of California, Berkeley, Institute of Personality and Social Research.

Lally, P., Van Jaarsveld, C. H. M., Potts, H. W.W., Wardle, J. (2010) How are habits formed: Modeling habit formation in the real world. *European Journal of Social Psychology*, Vol 40, Issue 6, p. 998-1009.

Rolland, J.-P. (1998) *Inventaire de personnalité NEO PI R*. Éditions du Centre de Psychologie Appliquée, Paris.





Otsuka

Création de nouveaux produits pour une meilleure santé dans le monde



Otsuka Canada Pharmaceutique est une entreprise novatrice en pleine croissance dans le domaine des soins de santé qui commercialise des médicaments au Canada tout en mettant l'accent et l'engagement sur les neurosciences, les maladies cardio-rénale et l'oncologie. Cette entreprise se dévoue à l'amélioration de la santé du patient et à la qualité de vie humaine.

Otsuka Canada Pharmaceutique fait partie du groupe Otsuka, et son bureau a été mis en place en 2010, dans le Technoparc Montréal situé à Saint-Laurent (Québec).

Otsuka Canada Pharmaceutique
514.332.3001

© 2016 Otsuka Canada Pharmaceutique

août 2015 0113A-10090



LUNDBECK
100
1915-2015

LUNDBECK
20
CANADA



EN PLUS DE CÉLÉBRER NOTRE CENTENAIRE, NOUS CÉLÉBRONS LE PROCHAIN.

Lundbeck est présente dans le monde depuis 100 ans et établie au Canada depuis 20 ans. Nous sommes fiers des progrès que nous avons réalisés dans le domaine de la santé mentale et de l'oncologie. Nous travaillons désormais à la prochaine génération d'innovations en soins de santé, car nous avons à cœur d'aider les Canadiens à mieux vivre. Chez Lundbeck, nous croyons que tout le monde a droit à des anniversaires heureux.





POLITIQUE DE RECONNAISSANCE ET DE SOUTIEN FINANCIER

L'AQIISM est un organisme sans but lucratif qui vise à favoriser le partage entre les infirmières/infirmiers ayant un intérêt pour la santé mentale, à faire reconnaître leur expertise et à contribuer au développement de la pratique professionnelle afin d'offrir des soins et services de qualité. Afin d'atteindre ces objectifs l'AQIISM s'est doté d'une politique de reconnaissance et de soutien financier. En tant que membre de l'AQIISM vous pouvez bénéficier d'un soutien financier afin de participer au colloque ou autres activités de l'AQIISM ou pour participer à des colloques ou conférences autres mais en lien avec la pratique en santé mentale. Le CA de l'AQIISM décidera chaque année des sommes qui seront disponibles à compter du 1^{er} avril. Ce montant annuel sera géré par le CA en fonction des demandes reçues. Les demandes seront traitées selon la pertinence et l'évaluation jusqu'à épuisement des fonds. Nous vous encourageons donc à soumettre vos demandes en complétant [le formulaire disponible en cliquant ici](#).

FORMATION DES INFIRMIÈRES SPÉCIALISÉES EN SANTÉ MENTALE

Dès septembre 2017, la formation des infirmières praticiennes spécialisées (IPS) en santé mentale débutera. Il y a maintenant plus de 10 ans que la pratique des IPS est reconnue au Québec dans différentes spécialités. Avec l'évolution du rôle des IPS, l'Office des professions du Québec (OPQ) a décidé de mener une consultation publique sur les règlements encadrant les IPS. L'OIIQ et l'OPQ vous invitent donc à participer à cette consultation en lisant les règlements découlant de la refonte réglementaire et en émettant des commentaires à l'intention du président de l'OPQ. Vous avez jusqu'au 2 juin pour faire parvenir vos commentaires. Pour en apprendre plus sur cette consultation ou pour lire les règlements modifiés, vous pouvez consulter le lien suivant : [cliquez ici](#)

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE 2017

- Ordre du jour
- PV de la 33^e AGA du 2 juin 2016
- Rapport annuel 2016-2017



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

34^e Assemblée Générale Annuelle de l'Association Québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale

Date : Le jeudi 1^{er} juin 2017
Lieu : Manoir des Sables, Mont Orford
Heure : 8 h 15

PROPOSITION D'ORDRE DU JOUR

1. Ouverture de l'assemblée
 2. Vérification du quorum
 3. Adoption de l'ordre du jour
 4. Adoption du procès-verbal de la 33^{ème} assemblée générale annuelle, tenue le 2 juin 2016, à l'Auberge des Gouverneurs, Shawinigan
 5. Rapport de la présidente
 6. Rapport de la trésorière
 7. Propositions
 - 7.1. Ratification des tarifs d'adhésion des membres avec statut d'étudiant et de retraité
 8. Élections
 9. Varia
 10. Levée de l'assemblée
-



Procès-verbal

33^e Assemblée Générale Annuelle de l'Association Québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale

Date : Le jeudi 2 juin 2016
Lieu : Auberge Gouverneur de Shawinigan

1. Ouverture de l'assemblée

Mme Lise Laberge déclare officiellement la 33^e AGA ouverte à 08h37.

2. Vérification du quorum

Tel que stipulé dans les règlements de l'AQIISM à l'article 10.09, les membres réguliers présents constituent le quorum pour toute telle assemblée.

3. Adoption de l'ordre du jour

L'adoption de l'ordre du jour, tel qu'acheminé par envoi courriel aux membres le 12 mai 2016, est demandée.
Proposée par Dominique Boudreau et appuyée par Luce Côté.

4. Adoption du procès-verbal de la 32^e Assemblée Générale Annuelle, tenue le 22 mai 2015 à l'Hôtel Le Victorin de Victoriaville

L'adoption du procès-verbal de la 32^e AGA, tel que présenté dans la revue Vision Infirmière édition de mai 2016, est demandée.

Proposée par Caroline Lizotte et appuyée par Audrey Meloche.

5. Rapport de la présidente

Mme Lise Laberge, présidente, présente son rapport annuel. La version complète a été présentée dans la revue Vision Infirmière édition de mai 2016.

6. Rapport de la trésorière

Mme Johanne Doucet, trésorière, présente le rapport de la trésorerie pour l'année 2015-2016, avec le support d'un résumé sur présentation Power Point.
Période de questions : Aucune question.

7. Propositions

Première proposition : Adoption du rapport financier 2015-2016

Il est proposé par le CA d'adopter le rapport financier 2015-2016 tel que présenté par Mme Johanne Doucet, trésorière. Proposée par Nathalie Maltais et appuyée par Denise Perron. Le vote n'est pas demandé et la proposition est adoptée à l'unanimité.

Deuxième proposition : Firme comptable
Il est proposé par le CA de laisser aux administrateurs le choix du vérificateur des états financiers, le tout dans le meilleur intérêt de l'Association.

Proposée par Elizabeth Toussaint et appuyée par Lyne Bouchard. Le vote n'est pas demandé et la proposition est adoptée à l'unanimité.

8. Présentation du code de conduite et de déontologie

Mme Lise Laberge présente le résultat des travaux de recherche et de réflexion réalisés aux cours des dernières années par les membres du CA entourant la rédaction d'un code de conduite et de déontologie. Elle souligne que le but est de clarifier les devoirs et obligations des administrateurs et des collaborateurs afin d'assurer une gestion intègre et digne de confiance.

Il est précisé que, lors de la première rencontre annuelle, les membres du CA doivent en prendre connaissance



en prendre connaissance et s'engager à le respecter, de même que les règlements généraux et lois applicables.

9. Élections

Le CA propose M. Philippe Asselin comme président des élections.

Proposée par France Laflamme et appuyée par Charlène Seyer-Forget. Le vote n'est pas demandé. M. Philippe Asselin est donc élu comme président d'élections.

Le mandat de quatre membres vient à échéance : Mesdames Élise Salesse-Gauthier, Karine Poirier, Johanne Doucet, Christine Genest. Un cinquième poste mis en élection puisque monsieur Éric Trudel a remis sa démission qui sera effective après la tenue de la présente AGA.

M. Philippe Asselin annonce que la secrétaire du CA a reçu 5 candidatures dûment complétées avant l'ouverture officielle de la 33^e AGA de l'AQIISM : Mesdames Élise Salesse-Gauthier, Karine Poirier, Johanne Doucet, Christine Genest et Shéna Bélanger.

Les numéros d'adhésion à l'AQIISM des candidats ont été vérifiés et sont en règle. Toutes les candidatures sont appuyées par deux membres en règle. Le tout a été vérifié par M. Éric Trudel, secrétaire.

Comme il y a cinq postes à combler et cinq candidatures, les cinq candidats sont donc élus par acclamation.

La nomination des officiers à l'exécutif se fera lors d'une rencontre le vendredi 3 juin 2016 en avant-midi. M. Philippe Asselin, président d'élections, annoncera vendredi midi les officiers nommés.

10. Varia

Aucun point n'est inscrit en varia.

11. Levée de l'assemblée

L'Assemblée générale annuelle est levée à 09 :21.
Proposée Dominique Boudreau et appuyée Charlène Seyer-Forget.

Présidente de l'assemblée : Mme Lise Laberge
Secrétaire : M. Éric Trudel



RAPPORT ANNUEL 2016-2017

Résumé des rencontres du CA AQIISM

Entre le 1^{er} avril 2016 et le 31 mars 2017, les membres du conseil d'administration ont tenu dix-neuf conférences téléphoniques aux dates suivantes : 7, 21 et 25 avril, 5 et 19 mai, 9 septembre, 5 et 19 octobre, 2, 16 et 30 novembre, 14 et 28 décembre 2016 de même que les 11 et 25 janvier, 8 et 22 février, 8 et 22 mars 2017. Dix de ces conférences étaient des rencontres officielles du conseil d'administration et neuf étaient des séances de travail. De plus, il y a eu trois rencontres en présence : le 25 avril à l'auberge des Gouverneurs à Shawinigan, le 23 juin à Bécancour et une troisième le 9 septembre au manoir des Sables à Orford.

Il faut noter quelques changements au sein du conseil d'administration avec le départ d'Éric Trudel qui a remis sa lettre de démission le 19 mai 2016. Le 23 juin, Shéna Bélanger commençait un premier mandat comme secrétaire. Le 20 septembre Shéna Bélanger remettait sa lettre de démission et Dominique Boudreau fut proposé par Lise Laberge pour réintégrer le C.A. ce qui fut accepté à l'unanimité. Élise Salesse-Gauthier a accepté le remplacement du poste de secrétaire proposé par Lise Laberge. En janvier 2017, Marie-Josée Poirier a réintégré les réunions du C.A. et a repris ses fonctions de présidente qui étaient assumées par Lise Laberge.

Plan d'action 2016-2017

Pour l'année 2016-2017, le conseil d'administration a concentré ses activités autour de 4 objectifs.

1. Augmenter et fidéliser l'adhésion à l'AQIISM par l'actualisation des recommandations du Comité relève et recrutement

Les efforts des dernières années ont porté fruit. L'adhésion à l'Association est passée de 272 en 2015, à 311 en 2016 et à **477 membres en 2017**.

Cette année, l'AQIISM a poursuivi son plan de promotion et réalisé plusieurs actions concrètes tels :

- L'établissement d'un tarif avantageux pour l'adhésion des membres retraités;
- La tenue de kiosque d'information au Colloque Alice-Girard de FSI de l'université de Montréal en mai 2016, lors de la journée de formation en santé mentale du

21 octobre à l'IUSM Douglas et au Congrès de l'OIIQ en novembre 2016;

- La création d'une carte postale promotionnelle;
- La remise d'un sac-à-dos aux couleurs de l'AQIISM pour les nouveaux recrutés lors de des activités de promotion;
- La mise en place d'un système de relance des adhésions arrivant à terme et de messages attrayants pour encourager les membres à renouveler leur adhésion;
- La mise sur pied d'un concours favorisant le recrutement de nouveaux membres avec tirage d'un prix parmi pour les personnes référentes;
- La validation de l'adhésion des membres participant aux différents comités de l'AQIISM.

2. Redéfinir nos liens de communication en lien avec la transformation du réseau

La transformation du réseau et l'intégration des CISSS et CIUSSS a complètement modifié nos liens de communication. Il était vital de revoir nos façons de communiquer avec nos partenaires afin de faire connaître notre offre de services et nos activités.

Pour ce faire, nous avons reconstitué nos listes d'envoi (directions des soins infirmiers, direction santé mentale et dépendances, maisons d'enseignement, etc.). Nous avons aussi consolidé nos liens de collaboration avec les conseillères cadres en soins infirmiers qui sont désormais les meilleurs vecteurs pour rejoindre les infirmières en santé mentale au sein des établissements.

3. Préparer le prochain Plan stratégique 2017-2020

L'année 2016-2017 représentait une année de transition. En vue de préparer le prochain Plan stratégique 2017-2020, l'AQIISM souhaite connaître les attentes et les préoccupations de ses membres. Dans un premier temps, une consultation a été effectuée auprès des membres du CA, de la Communauté de pratique des conseillères et de représentants de l'OIIQ. Le but est d'identifier les principaux enjeux pour l'avenir de l'Association et de la pratique infirmière en santé mentale. Un sondage auprès de l'ensemble des membres est prévu pour identifier les priorités d'action.





4. Assurer la pérennité des activités de base de l'Association

Le CA de l'AQIISM a atteint une maturité quant à son fonctionnement et la réalisation de ses différents mandats. Afin d'assurer la pérennité de ces activités à travers les changements de garde au sein du CA, les membres responsables ont élaboré des cahiers de charge notamment pour :

- la production de la Revue Vision et l'InfoAQIISM,
- l'identification et les ententes avec les formateurs et conférenciers au colloque et autres activités de formation,
- les appels de communication, la sélection des ateliers et affiches et les liens avec les présentateurs lors du colloque,
- l'organisation du colloque annuel,
- les activités de trésorerie.

Infirmière praticienne spécialisée en santé mentale (IPS-SM)

Tout au long de l'année, les membres du CA ont continué à s'intéresser au dossier de l'IPS-SM notamment par des échanges avec Madame France Laflamme, infirmière conseil à l'OIIQ, et des liens de collaboration avec le milieu universitaire. Nous avons ainsi pris connaissance de la nouvelle réglementation qui détermine maintenant cinq classes de spécialités soit : première ligne, adulte, pédiatrie, néonatalogie et santé mentale.

Le 2 février 2016, Lise Laberge et Dominique Boudreau ont participé à un groupe de travail de l'OIIQ sur la rédaction des Lignes directrices pour décrire le futur rôle d'IPS-SM. De plus, nous suivons de près l'évolution du plan d'effectifs qui sera déployé dans les milieux de soins. Rappelons que le 26 mars, le MSSS annonçait le financement pour développement de 2000 infirmières praticiennes spécialisées d'ici 2024-2025. L'AQIISM entend assurer une vigie pour faire en sorte que les postes l'IPS-SM occupent une place significative dans le déploiement de ces effectifs.

Colloque 2016

Les 2 et 3 juin 2016 a eu lieu, à Shawinigan, le 33e Colloque de l'AQIISM sous le thème : L'infirmière en santé mentale : Une place à prendre, des opportunités à saisir.

Cette année, le comité organisateur était composé de mesdames Annick St-Onge, Julie Bérubé, Maryse Garand, Raymonde St-Jean, Johanne Doucet, Karine Poirier et

monsieur David Laquerre. C'est grâce à eux que nous avons pu vous offrir un colloque haut en couleur et des plus animés. Merci encore pour leur grande implication.

Comme à toutes les années, le colloque a été précédé par une journée de formation continue qui est accrédité par l'Université du Québec à Rimouski. Cette année près de 95 personnes ont participé à une des trois formations touchant des populations différentes mais très pertinentes pour la pratique infirmière. Tout d'abord, madame Monique Séguin, psychologue, a présenté une formation portant sur les trajectoires de vie des personnes ayant des comportements suicidaires. Madame Ginette Henri, infirmière, a pour sa part abordé la question de la santé mentale des personnes aînées. Finalement mesdames Carolynne Lizotte et Martine Langevin, toutes deux infirmières, ont présenté sur la place de l'intervention précoce qui contribue au rétablissement rapide chez la clientèle psychotique.

Tout au long des deux jours du colloque, c'est 18 ateliers et 7 affiches qui ont été présentés aux participants. C'est plus de 50 collègues experts cliniques et chercheurs qui sont venus partager leur savoir avec les infirmières. Les ateliers ainsi que les affiches ont été choisis, par un comité scientifique, en raison de leur pertinence scientifique. Les ateliers ont eux aussi été accrédités par l'Université du Québec à Rimouski.

Revue Vision et InfoAQIISM

Cette année, quatre numéros de la revue sont parus : octobre 2016, décembre 2016, mars 2017 et le numéro actuel, mai 2017. La responsabilité de la revue a été assumée par madame Christine Genest qui a été soutenue par mesdames Élise Salesse-Gauthier et Dominique Boudreau. Huit articles ont été publiés, outre les éditoriaux, les contre-rendus d'événements et les annonces. Diverses thématiques ont été abordées dans les revues dont l'intervention en situation de crise, les interventions positives pour favoriser la santé mentale et les impacts de l'utilisation d'internet par les personnes âgées. Nous encourageons fortement nos membres à soumettre leurs articles ou à nous faire part des sujets ou questions qui les intéresseraient. Nous sommes disponibles pour aider à la rédaction des articles si certains membres désirent partager leurs bons coups. De plus, si vous connaissez des infirmières au parcours intéressant qui mériterait d'être reconnu ou si dans vos milieux des pratiques innovantes se font, il nous ferait plaisir de partager le tout avec l'ensemble des membres.

Cette année encore, nous avons publié un seul InfoAQIISM





soit en septembre mais nous souhaitons utiliser davantage cet outil de communication l'an prochain. Cet outil de communication sert à concentrer l'information envoyée à nos membres. Il se veut un moyen d'aviser les membres des conférences à venir, des nouveautés dans le domaine de la santé mentale, des prises de position ou des collaborations de l'AQIISM ainsi que des bons coups de nos membres. Nous invitons les membres à partager avec nous les informations qu'ils aimeraient voir paraître dans l'InfoAQIISM.

Prix du membre émérite et bourses d'études

Le prix du membre Émérite a été remis à Madame Ginette Henri, infirmière depuis 1968 et détentrice d'une maîtrise en gérontologie. De plus, deux bourses d'études ont été remises, l'une à madame Nathalie Maltais, étudiante au doctorat en sciences infirmières à l'université de Montréal, et l'autre à madame Miriam Clément étudiante à la maîtrise en sciences infirmières avec mémoire à l'Université du Québec en Outaouais.

Activités de formation continue

Pour une deuxième année, l'AQIISM a collaboré à la réalisation de deux activités de formation continue.

La deuxième édition de la journée de Formation continue a été initiée et organisée par l'AQIISM en association avec l'Alliance Otsuka-Lundbeck et en collaboration avec l'Institut Universitaire en santé mentale Douglas, le CIUSSS Centre Ouest de l'Île de Montréal et l'Institut Philippe-Pinel de Montréal. Cette deuxième activité de formation s'est tenue le 21 octobre 2016 sous le thème Espoir, qualité de vie et rétablissement chez les personnes touchées par la schizophrénie. Présentée à l'IUSM Douglas, cette journée de formation a été retransmise en visioconférence dans 18 sites au travers du Québec réunissant 475 participants.

La journée s'est articulée autour de quatre grandes conférences, présentées par des experts en santé mentale. Ils ont ainsi apporté leur vision sur le thème du rétablissement et de la qualité de vie chez les personnes touchées par la schizophrénie.

En premier lieu, M. Benoît St-Pierre, intervenant pair aidant a captivé l'audience en traitant de son travail de pair aidant, du rétablissement et de son vécu en tant que personne vivant avec un trouble de santé mentale.

Dr Martin Lepage, Neuropsychologue, a poursuivi l'échange en abordant le thème de la qualité de vie. De quoi s'agit-il? Comment l'évaluer et quelles approches sont à préconiser.

La schizophrénie au masculin et féminin présenté par Dre Marie-Josée Poulin a soulevé un grand intérêt chez les participants apportant une perspective différente pour améliorer le traitement de la schizophrénie selon le sexe de la personne.

Finalement, Dominique Boudreau, Cadre conseil en soins infirmiers – Santé mentale (CIUSSS Centre Ouest de l'Île de Montréal et Delphine Roigt, éthicienne et formatrice, ont entraîné les participants dans une réflexion sur les pratiques éthique en contexte clinique.

L'enthousiasme suscité et le succès de cette belle journée ont encouragé les organisateurs à vouloir répéter l'expérience l'année prochaine pour une 3^e édition!

Le 14 avril 2016, l'AQIISM a organisé un souper conférence réunissant une trentaine d'infirmières à l'Institut universitaire en santé mentale de Québec (CIUSSS de la Capitale-Nationale). Deux conférences ont été présentées : la première portait sur la surveillance infirmière des effets de la médication psychiatrique et la seconde proposait des stratégies permettant d'aborder la psychose et l'adhésion à la prise de médication psychiatrique de façon non stigmatisante.

Nous remercions nos collaborateurs pour ces deux activités de formation continue : Otsuka-Lundbeck et la direction des soins infirmiers du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

Communauté de pratique des conseillères cliniciennes en soins infirmiers (CCSI)

Co-présidé par Philippe Asselin, conseiller en soins spécialisés - oncologie, soins palliatifs et santé mentale (CHU de Québec - Université Laval) et Audrey Meloche, conseiller cadre en soins infirmiers (CIUSSS Capitale nationale), La communauté de pratique est un réseau de communication favorisant le soutien professionnel et le partage de l'expertise entre les conseillères cliniciennes en santé mentale de différents établissements au Québec. Elle vise le questionnement, le développement et l'intégration des meilleures pratiques en santé mentale.

Une première rencontre, en présentiel, s'est tenue le 30 septembre 2016 au CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal. La Communauté a reçu la visite de Mme Lucie Tremblay, présidente de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Cette rencontre a permis d'échanger sur l'évolution des enjeux en lien avec la pratique infirmière en santé mentale.





Deux autres rencontres se sont tenues en visioconférence, soit le 27 janvier et 18 mars 2017. Outre ces rencontres formelles, les membres effectuent des conférences téléphoniques mensuellement et communiquent régulièrement par courrier électronique. Leurs échanges portent sur différents sujets tels que la prévention du suicide, l'utilisation des mesures de contrôle, les standards de pratique en santé mentale, l'organisation des soins infirmiers, ainsi que l'infirmière praticienne spécialisée en santé mentale.

Un sous-comité œuvre également à développer un guide pour la prévention et la gestion des conduites suicidaires en milieu hospitalier. Très actif, ce sous-comité se réunit à chaque deux semaines par conférence téléphonique. Les membres prévoient terminer leurs travaux au cours de la prochaine année.

Pour conclure, on peut dire que la Communauté de pratique a poursuivi son évolution, par l'arrivée de plusieurs nouveaux membres et par une augmentation croissante de ses activités. Nous tenons à remercier tous nos membres pour leur engagement et leur assiduité à nos activités.

Communications

Visibilité sur les médias sociaux : l'AQIISM est toujours présente sur les médias sociaux tels que Facebook (FB) et Twitter. Par l'entremise de membres bénévoles qui se font un devoir mais surtout un plaisir de partager des informations importantes, les abonnés du FB et de Twitter AQIISM reçoivent régulièrement des informations concernant l'Association, mais aussi l'actualité en lien avec la santé mentalité ou sur la publication d'un guide clinique ou d'article sur les meilleures pratiques.

Voici quelques statistiques en date du 31 mars 2017 :

FB : 780 abonnés, 788 mentions J'aime, plus de 150 photos partagées.

Twitter : 309 abonnements et 206 abonnés, 13 photos partagées lors d'événements portant sur la santé mentale au Québec.

Les Twitteuses et Facebookeuses tenteront de maintenir la cadence pour augmenter leur abonnés et vous transmettre le l'information pertinente à la pratique infirmière.

5 FAÇONS DE VOUS FAIRE VOIR GRÂCE À L'AQIISM

1

PLACEMENT PUBLICITAIRE REVUE VISION

2

PUBLICITÉ SUR LE SITE INTERNET DE L'AQIISM

3

ENVOI COURRIEL AUX MEMBRES DE L'AQIISM

4

OFFRES D'EMPLOI

5

ANNONCES DES OBNL

L'AQIISM EN QUELQUES CHIFFRES

Une liste d'envoi de plus de 1550 contacts

Une page Facebook comptabilisant plus de 790 j'aime

Un Colloque annuel réunissant plus de 250 participants

Quatre parutions par an de la revue Vision infirmière

Et bien plus encore...

Pour informations :

Téléphone : 1-866-272-2856

Courriel : info@aqiism.org



Nous mettons la science **au service des patients**

À titre de membre du groupe des entreprises pharmaceutiques Janssen de Johnson & Johnson, Janssen Inc. s'emploie à répondre aux besoins non satisfaits les plus importants de notre temps. Poussés par notre passion de mettre la science au service des patients, nous collaborons à de nouvelles solutions, produits et services pour le bien des patients dans le monde entier.



Janssen Inc.

19 Green Belt Drive
Toronto (Ontario)
M3C 1L9
vx160026F
© 2016 Janssen Inc.
www.janssen.com/canada/fr

Melinda, *Harmony* L'œuvre de Melinda reflète son expérience de vie avec le VIH. Janssen présente avec fierté les œuvres de personnes affectées par les maladies que nous cherchons à traiter et à prévenir.

