

Vision

Volume 34 | N° 1 | Automne 2024

infirmière

en santé mentale



Réflexion critique

Intervenir auprès des personnes
endeuillées

Portrait

Deux IPSSM nous parlent de
leur travail

La recherche autrement

BD : Briser les chaînes invisibles -
La coercition informelle en milieu
psychiatrique

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



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

Sommaire

- 03** **Éditorial de la présidente**
- 04** **Mot des rédactrices en chef**
- 05** **Réflexion critique**
Intervenir auprès des personnes endeuillées
- 11** **Politique et aspects légaux de la profession infirmière**
Le projet de loi 67 : implication pour la pratique infirmière en santé mentale
- 15** **Portrait**
Deux IPSSM nous parlent de leur travail
- 22** **La recherche autrement**
Bande dessinée : Briser les chaînes invisibles -
La coercition informelle en milieu psychiatrique
- 26** **Chronique pharmaco-pratique**
Le lithium

Vision infirmière en santé mentale

Volume 34 | N° 1 | Automne 2024

RÉDACTRICES EN CHEF

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

ÉDITRICE ASSOCIÉE

Christine Cassivi, inf., Ph.D. (ét.)

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
Emmanuelle Lepire, inf., M.Sc., administratrice
Élise Salesse-Gauthier, inf., M.Sc., administratrice
Elisabeth Toussaint, 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 en libre accès sur le site internet de l'AQIISM, sous licence Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0). Les opinions exprimés 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

DÉPÔT LÉGAL 2024

Bibliothèque Nationale du Québec
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



Éditorial de la présidente



C'est un honneur pour moi de vous écrire cet éditorial pour la revue Vision infirmière en santé mentale qui fait son grand retour cet automne. Il s'agit d'une plateforme essentielle pour la mobilisation des connaissances entre les chercheurs et chercheuses en sciences infirmières en santé mentale et les infirmiers et infirmières qui œuvrent auprès de la clientèle pouvant présenter des enjeux de santé mentale. Il s'agit en effet, comme vous le lirez dans les prochaines pages, d'un vecteur permettant de mettre de l'avant ce qui se fait autant dans la clinique que dans la recherche. Nous souhaitons que ce partage de connaissance bidirectionnel soit une façon de rapprocher ces deux mondes qui visent le même objectif, soit améliorer les soins en santé mentale, le bien-être des personnes présentant un enjeu de santé mentale et des infirmiers et infirmières qui interviennent auprès d'elles.

Cette revue se veut une vitrine pour répondre à la mission de l'AQIISM qui est de promouvoir l'expertise infirmière et favoriser l'actualisation des compétences professionnelles en santé mentale et psychiatrie afin d'offrir des soins et services de qualité à la population. C'est dans cette optique que les articles, qui y sont publiés, sont choisis. Dans cette parution, vous pourrez lire une réflexion critique sur le concept du deuil et des soins infirmiers offerts aux personnes endeuillées. Nous souhaitons que cette réflexion ouvre la discussion sur le rôle que les infirmiers et infirmières peuvent avoir dans l'accompagnement des personnes qui vivent un deuil afin d'éviter une pathologisation excessive de cette situation. De plus, une bande dessinée nous offrira un regard original sur le concept de coercition informelle dans les soins psychiatriques. Finalement, afin de mettre de l'avant le rôle de l'infirmier et de l'infirmière praticien.ne spécialisé.e en santé mentale (IPS-SM) le portrait de deux de ces IPS-SM seront présentés. Nous sommes convaincus qu'en connaissant mieux le rôle de chacun et chacune au sein de l'écosystème en santé mentale il sera plus facile de collaborer et de travailler en partenariat dans le but d'offrir des soins de qualité à la population.

J'espère que la lecture de cette édition de la revue saura vous convaincre de l'importance de travailler en collaboration et d'ouvrir la discussion sur les pratiques en santé mentale afin d'apprendre les uns des autres. Je vous encourage à nous partager les résultats de vos études ainsi que vos pratiques innovantes afin que l'ensemble de la communauté des infirmiers et infirmières en santé mentale puisse en bénéficier.

Bonne lecture et au plaisir de vous lire dans le futur

Christine Genest, Présidente

Mot des rédactrices en chef

C'est avec fierté et fébrilité que nous relançons officiellement la revue Vision infirmière en santé mentale avec la publication de ce tout nouveau numéro qui, nous l'espérons, saura vous donner envie de lire la revue de manière assidue.

Notre vision pour la revue, dans le numéro actuel et pour les prochaines publications, est de vous offrir une variété de textes, en passant par des portraits d'infirmières et infirmiers inspirants, des résultats de recherche stimulants et des projets cliniques innovants. Nous souhaitons également favoriser la visibilité de voix diverses, en présentant des textes provenant de personnes ayant un vécu en santé mentale ou encore d'organismes offrant des services complémentaires ou des alternatives aux services offerts dans le réseau de la santé. Nous croyons que la diversité des savoirs et des expériences, qu'elles soient personnelles ou professionnelles, permet d'enrichir nos connaissances et de favoriser le développement d'une pratique infirmière en santé mentale qui tienne compte non seulement des données probantes, mais également des besoins des populations.

Dans ce numéro de la revue, nous vous proposons trois nouvelles sections : Politique et aspects légaux de la profession infirmière, La recherche autrement et Chronique pharmaco-pratique. Ces sections visent à vous offrir un contenu dynamique et varié permettant de vous tenir au courant des aspects politiques et légaux entourant votre pratique, de vulgariser les résultats de la recherche et de vous donner accès à des fiches de médicaments à jour pouvant être utilisées dans vos suivis cliniques ou encore pour accompagner les personnes étudiantes ou stagiaires dans leurs apprentissages.

Dans une visée de participation à la démocratisation de l'accès aux documents scientifiques, la revue Vision est maintenant offerte en libre accès, ce qui signifie qu'elle sera accessible gratuitement à toutes personnes ayant un intérêt pour la santé mentale et la psychiatrie. Nous croyons que cela facilitera également le partage de la revue dans vos milieux respectifs et nous vous invitons à la partager en grand nombre à vos collègues! Quelques avantages pour les membres de l'AQISM seront proposés dans chaque numéro.

Finalement, afin d'encourager la publication dans la revue Vision, nous sommes fières de vous offrir un programme d'accompagnement à la publication. Que vous souhaitiez écrire un texte d'opinion, présenter un projet innovant de votre milieu de travail, ou encore rédiger les premiers résultats de votre recherche, nous pourrions vous jumeler avec un membre d'expérience de l'équipe éditoriale pour vous soutenir dans votre démarche.

Nous en profitons également pour vous inviter à soumettre vos idées, suggestions ou vos articles en nous écrivant à : revue@aqism.org

Bonne lecture!

(De gauche à droite)

Clara Lessard-Deschênes, inf., PhD (cand.)

Amélie Ladouceur, inf., PhD





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

Réflexion Critique



Intervenir auprès des personnes endeuillées

Par Pierre Pariseau-Legault et Chantal Verdon

Le deuil est un phénomène normal du développement humain, dont les formes plus complexes et persistantes ont pourtant fait l'objet d'une intégration progressive dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Des interventions de soutien et d'accompagnement peuvent être proposées par les infirmières en santé mentale afin de répondre à la souffrance psychologique induite par le décès d'un proche. Pourtant, très peu de données empiriques guident ces pratiques et informent les infirmières des défis et des enjeux rencontrés lors de l'intervention en contexte de deuil. Cette réflexion critique discute de l'évolution du deuil comme phénomène social et comme trouble mental, tout en interrogeant les implications de cette évolution pour les pratiques de soins. Afin d'éviter une pathologisation excessive du deuil, le développement d'interventions de soutien et d'accompagnement permettrait de reconnaître l'importance du rôle infirmier afin d'assurer la qualité et la continuité des services destinés aux personnes affectées par le décès d'un proche.

Introduction

Le Québec compte une moyenne sur dix ans de 64 000 décès annuellement (Institut de la statistique, 2021). En 2021 toutefois, le nombre de décès recensé par l'Institut de la statistique du Québec a connu une augmentation marquée, ce qui est en partie attribuable aux 11 000 décès associés à la pandémie de coronavirus (Institut national de santé publique du Québec, 2021). Plusieurs de ces décès, qu'ils soient accidentels ou non, ont des conséquences importantes sur les familles et les proches de la personne décédée. En effet, des réactions psychologiques de tristesse, mais également d'incompréhension, de culpabilité et de blâme sont fréquemment rencontrées (Bonanno & Malgaroli, 2020). Des études récentes suggèrent également que certaines problématiques de santé physique ou mentale, notamment l'eczéma, les perturbations du sommeil, de la concentration et de l'appétit, pourraient être exacerbées par le stress associé au processus de deuil (Wong et al., 2020; Mason et al., 2020). En outre, le lien avec le défunt, les circonstances de la mort, qu'elle soit subite ou anticipée, survenue à la suite d'un suicide, lors de circonstances traumatiques ou en contexte pandémique, sont également susceptibles d'influencer la réaction des familles et des proches de la personne décédée (Eisma et al., 2020; Linde et al., 2017).





Le concept de deuil fait l'objet d'un intérêt grandissant dans le domaine de la psychiatrie et de la santé mentale. Lors de l'avant-dernière édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (ci-après, DSM-5), le deuil a été retiré comme critère d'exclusion du trouble dépressif caractérisé, offrant ainsi une marge de manœuvre supplémentaire aux cliniciens afin qu'il soit considéré lors du diagnostic de ce trouble (Bourgeois-Guérin, 2016). Ce changement a fait l'objet de nombreux débats professionnels et scientifiques, certains auteurs estimant qu'il pourrait entraîner une pathologisation excessive du deuil alors qu'il consiste en une réaction normale aux étapes, tout aussi normales, du développement de la personne (Kofod, 2017; Granek, 2017). La plus récente version du DSM, le DSM-5-TR, introduit le « trouble du deuil prolongé » et classe désormais celui-ci dans la catégorie des troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress (American Psychiatric Association, 2022, 2024).

La pandémie de COVID-19 s'est traduite par une perturbation importante des rituels associés à la mort, notamment en ce qui concerne les personnes en fin de vie ayant été isolées de leurs proches pour des raisons sanitaires (Ummel & Vachon, 2022). Ces conséquences dramatiques suggèrent la nécessité de s'intéresser aux interventions infirmières susceptibles de répondre aux besoins des personnes endeuillées. Il est utile de noter qu'aucun cadre d'intervention en contexte de deuil n'existe au Québec, bien que de tels services soient offerts par différents organismes communautaires et bon nombre d'intervenants de la santé et des services sociaux travaillant auprès des personnes endeuillées, dont les infirmières (Parent et al., 2020). Les problématiques d'accès à la psychothérapie au Québec sont également bien documentées (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2018, ci-après INESSS), de sorte qu'il peut être difficile pour les familles et les proches de personnes décédées de profiter de ces services. Ces enjeux encouragent l'identification d'interventions de soutien et d'accompagnement

qui, sans se substituer à la psychothérapie, peuvent être planifiées par différents professionnels de la santé, dont les infirmières. Ils incitent aussi au développement d'interventions adaptées à différents niveaux d'intensité et susceptibles de mieux outiller les intervenants agissant auprès de personnes endeuillées (INESSS, 2018; Parent et al., 2020).

Le deuil normal

Autrefois limitée à la perte d'une personne significative, la conception contemporaine du deuil s'étend désormais à la souffrance ressentie lors de la perte d'un objet auquel la personne est profondément attachée, que cela concerne un parent, un lieu familial, un groupe d'amis, voire une sensation ou un sentiment (Cherblanc et Maltais, 2020). Le deuil a traditionnellement été approché selon des étapes séquentielles et les travaux de Kübler-Ross (2005), comme ceux de plusieurs autres théoriciens du deuil, ont exercé une influence prédominante sur notre compréhension de ce phénomène. Cette psychiatre a identifié cinq étapes du deuil, soit : le déni, la colère, la négociation, la dépression et l'acceptation. Plusieurs modèles explicatifs du deuil reprennent l'idée générale d'étapes transitoires menant à la résolution du deuil. Or, Cherblanc & Maltais (2020) suggèrent que cette conception traditionnelle du deuil, comme une succession d'étapes bien précises, correspond à la situation d'une minorité, plutôt que de la majorité, des personnes affectées par le deuil. Plusieurs variables individuelles et populationnelles influencent l'issue du processus de deuil et exposent les limites de l'approche séquentielle décrite par Kübler-Ross (2005).

D'une part, le deuil est grandement influencé par notre rapport collectif et culturel à la mort (Kofod & Brinkmann, 2017). Les représentations variables de la mort dans l'imaginaire collectif ont par conséquent une influence notable sur le processus de deuil, que cela concerne son expression, le traitement de ses complications, les rituels associés ou les différentes stratégies mobilisées pour traverser cette épreuve. En Amérique du Nord, le concept de deuil semble avoir été individualisé, voire pathologisé, ce qui peut avoir pour effet de minimiser sa compréhension comme une expérience normative du développement humain. L'individualisation du deuil a aussi eu pour effet indirect de laisser en arrière-plan les pratiques collectivistes associées à la mort (Granek & Peleg-Say, 2017; Thacker & Gibbons, 2019). Ces pratiques réfèrent, par exemple, aux mécanismes de soutien mobilisés par certaines communautés lors du décès d'un de ses membres et qui participent au vécu du deuil.

D'autre part, le processus de deuil serait également influencé par des variables individuelles, dont l'âge, le genre, la condition mentale préexistante de la personne et son style d'attachement (Lundorff et al., 2017; Lundorff et al., 2020; Maccallum & Bryant, 2018). L'attachement est largement défini comme un « sentiment d'affection, de sympathie ou vif intérêt qui lie fortement à quelqu'un, à un animal, à quelque chose » (Larousse, 2022). L'étude de Maccallum & Bryant (2018) suggère l'importance de l'attachement pour comprendre le processus de deuil et la contribution possible d'un style d'attachement insécure au trouble du deuil prolongé. Un ensemble assez large et hétérogène de variables semble donc influencer, positivement ou négativement, le deuil tel qu'il est vécu et exprimé par la personne. Qui plus est, Lundorff et al. (2017, 2020) estiment qu'entre 7 et 10% des personnes endeuillées présentent un deuil qui pourrait être qualifié de trouble de santé mentale.

Le trouble du deuil prolongé

À l'instar des études citées précédemment, les récents changements apportés au manuel statistique et diagnostic des troubles mentaux (DSM-5-TR) suggèrent la prédominance d'une approche individualiste du deuil. Cette approche ouvre la voie à la reconnaissance de différentes complications associées au deuil. En effet, l'American Psychiatric Association (2022, 2024) a récemment introduit le « trouble du deuil prolongé ». Ce trouble est désormais considéré dans la catégorie des troubles liés à des traumatismes et à des facteurs de stress, alors qu'il était auparavant associé aux troubles dépressifs. En plus des réactions émotionnelles, sociales et identitaires suivant le décès d'un proche, l'ensemble des symptômes contribuant au diagnostic de trouble du deuil prolongé chez l'adulte doivent être ressentis la plupart des jours, à un degré cliniquement significatif au cours du dernier mois et perdurer durant au moins 12 mois. La réaction de deuil doit finalement affecter significativement avec le fonctionnement de la personne et être en contradiction des normes culturelles, religieuses et développementales associées à cette expérience.

L'émergence d'une catégorie diagnostique associée au deuil en tant que trouble mental est encore aujourd'hui contestée (Granek, 2017; Kofod, 2017). Toutefois, la reconnaissance des complications du deuil est décrite par Bourgeois-Guérin (2016) comme la volonté de discuter plus ouvertement de la mort, du deuil et de ses implications pour les personnes endeuillées. Par extension, « le fait que le deuil soit plus facilement (et rapidement) diagnostiqué [...] pourrait permettre à certains de s'absenter du travail tout en étant rémunérés et ainsi prendre le temps de vivre leur deuil. La question des impacts de diagnostics possiblement erronés sur les endeuillés reste toutefois en suspens. » (Bourgeois-Guérin, 2016, p.8).

Les interventions de soutien aux personnes endeuillées

Dans un contexte où les pratiques de soins infirmiers en santé mentale ont une prédominance fortement enracinée dans le paradigme biomédical (Adam, 2017; Bujold, Pariseau-Legault & de Montigny, 2021), le développement d'interventions de soutien et d'accompagnement présente un potentiel encore peu exploité et promu au sein de la discipline infirmière. C'est notamment le cas des interventions psychosociales destinées aux personnes endeuillées qui, sans s'intéresser uniquement au diagnostic du trouble du deuil prolongé, pourraient s'intéresser aux causes évènementielles du deuil, aux besoins et à la symptomatologie présentés par les familles et les proches endeuillés, ainsi qu'aux stratégies thérapeutiques permettant de les soutenir.

Dans un article de synthèse portant sur les interventions thérapeutiques ciblant le deuil prolongé, Iglewicz et al. (2020) identifient sept composantes pouvant faire l'objet d'interventions cliniques : 1) la compréhension et l'adaptation au deuil, 2) la gestion des émotions douloureuses, 3) la planification d'un avenir porteur de sens, 4) le renforcement des relations existantes, 5) le développement d'une trame narrative et explicative du décès, 6) apprendre à composer avec les éléments évocateurs de la personne décédée et 7) se rattacher aux souvenirs. Dans leur article, les auteurs suggèrent l'adaptabilité de cette approche inspirée des bonnes pratiques à différents contextes cliniques. L'exploration de ces composantes variera également en fonction des besoins de la personne, des contraintes du milieu, ainsi que des compétences et de l'expérience de l'intervenant (Iglewicz et al., 2020).

Une récente recension systématique des écrits a identifié plusieurs interventions développées dans le but d'offrir du soutien aux personnes et aux familles endeuillées ayant transité par une unité de soins critiques (Efstathiou et al., 2019) : le journal de bord ou journal de deuil, ainsi que le suivi clinique dans les semaines suivant l'épisode de soins sont au nombre des interventions de soutien et d'accompagnement recensées. À l'instar de Iglewicz et al. (2020), les auteurs ont identifié une intervention s'appuyant sur l'approche narrative réalisée auprès de six participants. Cette intervention psychosociale avait pour but de réduire la détresse associée à la décision des proches de demander l'arrêt des traitements assurant le maintien des fonctions vitales. Les auteurs se sont alors intéressés aux moments qui ont précédé l'hospitalisation, à l'expérience d'hospitalisation aux soins critiques et aux moments qui ont suivi le décès. De plus amples recherches sont toutefois nécessaires afin d'évaluer l'efficacité et les conséquences de ces interventions sur les personnes endeuillées.

Boyle et al. (2020) ont développé des lignes directrices spécifiques aux expériences de deuil périnatal. Ces lignes directrices originaires de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande ont été développées à partir de données scientifiques récentes et d'un consensus de plus de 50 experts. Elles contiennent 49 recommandations regroupées sous cinq principes de soins, soit : la qualité de la communication, la prise de décision partagée, la reconnaissance de l'identité parentale, le soutien effectif (immédiat et à plus long terme au sein de la communauté) et la réponse organisationnelle. Kochen et al. (2020) ont également réalisé une recension des écrits portant sur les interventions de soutien en contexte de deuil pédiatrique, avec une attention particulière portée à leur cohérence aux théories du deuil. Cinq composantes centrales ont été circonscrites parmi les quinze interventions identifiées dans la littérature recensée : 1) la reconnaissance de l'identité parentale et de la vie de l'enfant, 2) l'identification de souvenirs significatifs, 3) la planification de rendez-vous de suivi, 4) la transmission d'informations et l'éducation psychologique, ainsi que 5) la planification d'activités commémoratives.

Enfin, Walter (2010) nous informe des pratiques susceptibles d'augmenter la sensibilité culturelle des soins offerts aux familles et aux proches endeuillés. Dans cet article de discussion, Walter (2010) formule six catégories de question exploratoires visant à évaluer les dimensions culturelles du deuil. Ces questions réfèrent, entre autres, aux pratiques spirituelles valorisées par la personne ou la communauté, au statut de la personne décédée et à son importance symbolique, ainsi qu'au rapport culturel à la mort.

La pratique infirmière face au deuil

Le recours aux interventions de soutien et d'accompagnement psychosocial par l'infirmière pourra varier en fonction des circonstances entourant le décès de la personne, par exemple son caractère traumatique, anticipé ou inattendu. Systématiquement, les effets du décès sur le bien-être psychologique des proches endeuillés et sur le fonctionnement familial devront être évalués et pris en compte dans la planification des interventions. Cette évaluation doit également être adaptée afin de rendre compte des facteurs culturels et individuels qui peuvent influencer la réponse émotive d'une personne lors d'un processus de deuil et le soutien reçu par la communauté. Dans certains cas, les interventions psychosociales réalisées par les infirmières peuvent être suffisantes pour répondre aux besoins des personnes endeuillées. Or, elles peuvent également être effectuées en contexte de soins en collaboration lorsque les besoins de la personne nécessitent des traitements complémentaires ou de plus fortes intensités (INESSS, 2018), comme c'est le cas lorsque les proches endeuillés présentent une altération importante de leur fonctionnement social, interpersonnel ou professionnel. Dans cette perspective collaborative, l'infirmière peut jouer un rôle clé dans la coordination des soins et services, surtout en contexte de suivi infirmier.

À première vue pertinentes, les interventions psychosociales en contexte de deuil sont encore peu intégrées à la pratique des infirmières et de plus amples recherches sont nécessaires afin d'identifier avec précision les facteurs contribuant à leur efficacité et leur mise en œuvre dans leur pratique clinique (Forte et al., 2004; Johannsen et al., 2019). Une étude récente (Verdon et al., 2019-2022) menée auprès de plus de 17 infirmières œuvrant dans différents secteurs de soins illustre la nécessité d'habiliter les infirmières à mieux intervenir auprès des personnes endeuillées. Cette étude révèle que leurs pratiques de soutien au deuil sont influencées par leurs expériences personnelles de la mort d'un proche. Elles ressentent une vulnérabilité associée au rôle exercé et aux compétences qu'elles aimeraient davantage développer pour mieux soutenir cette clientèle qu'elles considèrent particulièrement fragilisée.

En résumé, le deuil est un processus dynamique faisant l'objet de pratiques socialement et culturellement situées, tout en suscitant des réactions variables chez la personne et les familles endeuillées. Ces réactions peuvent être congruentes tout comme elles peuvent entrer en conflit avec les attentes sociales et culturelles vis-à-vis les réactions à la mort d'un proche. Sans qu'il ne soit nécessairement pathologique, le deuil est influencé par les caractéristiques de la personne, notamment son âge, son genre, sa condition mentale préexistante et son style d'attachement. La résolution du deuil peut s'inscrire dans une démarche d'accueil, de soutien et d'accompagnement des personnes endeuillées. Les interventions de soutien et d'accompagnement en contexte de deuil restent cependant peu documentées et surtout peu reconnues. Lorsqu'elles sont interrogées à ce sujet, les infirmières ressentent de l'insécurité à l'égard du soutien qu'elles peuvent offrir aux personnes endeuillées et indiquent puiser dans leur propre bagage expérientiel face à la mort à cette fin.

Les auteurs

Pierre Pariseau-Legault est professeur agrégé au département des sciences infirmières de l'Université du Québec en Outaouais (UQO). Ses recherches portent sur les dimensions éthiques et juridiques des soins infirmiers. Il enseigne l'éthique clinique, la santé mentale et l'intervention en situation de crise aux futures infirmières.

Chantal Verdon est professeure titulaire au département des sciences infirmières de l'UQO. Son expertise et ses intérêts de recherche portent sur le développement de pratiques professionnelles qui entourent l'accompagnement aux personnes endeuillées. Elle initie des projets qui explorent les relations en situation de deuil, les stratégies pour prendre soin de soi tant pour les personnes endeuillées que les intervenants de la santé.

● RÉFÉRENCES

- Adam, S. (2017). Crazy making: The institutional relations of undergraduate nursing in the reproduction of biomedical psychiatry. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 14(1), 1-10. <https://doi.org/10.1515/ijnes-2017-0071>
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (traduit par J.-D. Guelfi et M.-A. Crocq; 5e éd.). Elsevier Masson.
- American Psychiatric Association. (2024). *DSM-5-TR : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Texte révisé (traduit par M.-A. Crocq, Boehrer, A. et J.-D. Guelfi; 5e éd.). Elsevier Masson.
- American Psychiatric Association. (2022). *DSM-5-TR : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Elsevier Masson. American Psychiatric Association Publishing
- Bonanno, G. A., & Malgaroli, M. (2020). Trajectories of grief: Comparing symptoms from the DSM-5 and ICD-11 diagnoses. *Depression and anxiety*, 37(1), 17-25. <https://doi.org/10.1002/da.22902>
- Bourgeois-Guérin, V. (2014). Deuil ou dépression? Réflexion critique sur la définition de la dépression du DSM 5. *Frontières*, 26(1-2). <https://doi.org/10.7202/1034388adresse%20copi%C3%A9eune%20erreur%20s'est%20produite>
- Boyle, F. M., Horey, D., Middleton, P. F., & Flenady, V. (2020). Clinical practice guidelines for perinatal bereavement care—An overview. *Women and Birth*, 33(2), 107-110.
- Bujold, A., Pariseau-Legault, P., & de Montigny, F. (2021). Analyse phénoménologique interprétative du vécu expérimentiel des étudiantes au baccalauréat en sciences infirmières lors d'un stage en santé mentale. *Comprendre pour mieux former. Recherche en soins infirmiers*, 2(145), 22-37. <https://doi.org/10.3917/rsi.145.0022>
- Cherblanc, J. & Maltais, D. (2020). Les deuils et leurs complications : similitudes et distinctions. Dans D. Maltais & J. Cherblanc (eds.). *Quand le deuil se complique : Variété des manifestations et modes de gestion des complications du deuil* (pp. 23-42). Montréal, Québec : Presses des Universités du Québec.
- Eisma, M. C., Boelen, P. A., & Lenferink, L. I. (2020). Prolonged grief disorder following the Coronavirus (COVID-19) pandemic. *Psychiatry Research*, 288, 113031. <https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.psychres.2020.113031>
- Efstathiou, N., Walker, W., Metcalfe, A., & Vanderspank-Wright, B. (2019). The state of bereavement support in adult intensive care: a systematic review and narrative synthesis. *Journal of critical care*, 50, 177-187.
- Forste, A. L., Hill, M., Pazder, R., & Feudtner, C. (2004). Bereavement care interventions: a systematic review. *BMC Palliative Care*, 3(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/1472-684x-3-3>
- Granek, L. (2017). Is Grief a Disease? The Medicalization of Grief by the Psy-Disciplines in the Twenty-First Century. Dans N. Thompson & G.R. Cox (eds.). *Handbook of the Sociology of Death, Grief, and Bereavement* (pp. 264-277). Routledge.
- Granek, L., & Peleg-Sagy, T. (2017). The use of pathological grief outcomes in bereavement studies on African Americans. *Transcultural psychiatry*, 54(3), 384-399. <https://doi.org/10.1177/1363461517708121>
- Iglewicz, A., Shear, M. K., Reynolds, C. F., Simon, N., Lebowitz, B., & Zisook, S. (2020). Complicated grief therapy for clinicians: An evidence-based protocol for mental health practice. *Depression and anxiety*, 37(1), 90-98.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2018) Accès équitable aux services de psychothérapie au Québec. Repéré à https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Acces-equitable-psychotherapie.pdf
- Institut de la statistique du Québec. (2021). Naissances, décès et mariages par mois et par trimestre, Québec, 2010-2021. Repéré à <https://statistique.quebec.ca/fr/produit/tableau/naissances-deces-et-mariages-par-mois-et-par-trimestre-quebec>
- Institut national de santé publique du Québec. (2021). Données COVID-19 au Québec. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees>
- Johannsen, M., Damholdt, M. F., Zachariae, R., Lunderoff, M., Farver-Vestergaard, I., & O'Connor, M. (2019). Psychological interventions for grief in adults: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Affective Disorders*, 253, 69-86. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.04.065>
- Kochen, E. M., Jenken, F., Boelen, P. A., Deben, L., Fahner, J. C., van den Hoogen, A., ... & Kars, M. C. (2020). When a child dies: a systematic review of well-defined parent-focused bereavement interventions and their alignment with grief and loss theories. *BMC Palliative Care*, 19(1), 1-22.
- Kofod, E.H. (2017). From morality to pathology: A brief historization of contemporary Western grief practices and understandings. *Nordic Psychology*, 69(1), 47-60. <https://doi.org/10.1080/19012276.2016.1267914>
- Kofod, E. H., & Brinkmann, S. (2017). Grief as a normative phenomenon: The diffuse and ambivalent normativity of infant loss and parental grieving in contemporary Western culture. *Culture & Psychology*, 23(4), 519-533. <https://doi.org/10.1177%2F1354067X17692294>
- Kübler-Ross, E., & Kessler, D. (2005). *On grief and grieving: Finding the meaning of grief through the five stages of loss*. New-York : Scribner.
- Larousse. (2022). Attachement. Repéré à <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/attachement/6192>
- Linde, K., Tremblay, J., Steinig, J., Nagl, M., & Kersting, A. (2017). Grief interventions for people bereaved by suicide: a systematic review. *PLoS One*, 12(6), e0179496. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0179496>
- Lunderoff, M., Holmgren, H., Zachariae, R., Farver-Vestergaard, I., & O'Connor, M. (2017). Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 212, 138-149. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.01.030>
- Lunderoff, M., Bonanno, G. A., Johannsen, M., & O'Connor, M. (2020). Are there gender differences in prolonged grief trajectories? A registry-sampled cohort study. *Journal of Psychiatric Research*, 129, 168-175. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.06.030>
- Maccallum, F., & Bryant, R. A. (2018). Prolonged grief and attachment security: A latent class analysis. *Psychiatry research*, 268, 297-302. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.07.038>
- Mason, T. M., Toftagen, C. S., & Buck, H. G. (2020). Complicated grief: risk factors, protective factors, and interventions. *Journal of Social Work in End-of-life & Palliative Care*, 16(2), 151-174. <https://doi.org/10.1080/1524256.2020.1745726>
- Parent, A.A., Lee, E.O.J., Bergeron-Longpré, M., Bertrand-Deschênes, A., Morin, E., & Leon, A. (2020). Les défis de l'intervention sociale en contexte de deuil et de pandémie au Québec. *Interventions, hors-série*(1), 37-45.
- Thacker, N. E., & Gibbons, M. M. (2019). Complicated grief in rural Appalachia: Using feminist theory to reconcile grief. *Journal of Mental Health Counseling*, 41(4), 297-311. <https://doi.org/10.17744/mehc.41.4.02>
- Ummel, D., & Vachon, M. (2022). Perdre un être cher en contexte de COVID-19: le deuil pandémique comme expérience de deuil désaffranchi ? *Frontières*, 33(1).
- Verdon, C., de Montigny, F., Côté, I., Gervais, C., Pariseau-Legault, P., Séguin, M., Meunier, S., & Noël, R. (2019-2022). *INTEMPOREL : Perspectives interdisciplinaire et multisectorielle sur les défis liés à la mort et au deuil [Projet de recherche financé par le CRSH subvention développement savoir]*. Université du Québec en Outaouais.
- Cherblanc, J., Zech, E., Gauthier, G., Verdon, C., Simard C, Bergeron-Leclerc C, Grenier J, Maltais D, Cadell S, Sani L, Bacqué MF. (2022). Sociographie des ritualités funéraires en temps de pandémie : des rites empêchés aux rites appropriés. *The Canadian review of sociology*. <https://doi.org/10.1111/cars.12390>
- Walter, T. (2010). Grief and culture: A checklist. *Bereavement Care*, 29(2), 5-9.
- Wong, A. Y. S., Frøsvlev, T., Forbes, H. J., Kjærsgaard, A., Mulick, A., Mansfield, K., ... & Langan, S. M. (2020). Partner bereavement and risk of psoriasis and atopic eczema: cohort studies in the UK and Denmark. *British Journal of Dermatology*, 183(2), 321-331. <https://doi.org/10.1111/bjd.18740>



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

POLITIQUE ET ASPECTS LÉGAUX DE LA PROFESSION INFIRMIÈRE



Le projet de loi 67 : implication pour la pratique infirmière en santé mentale

Par Amélie Ladouceur

Bonjour chères lectrices et chers lecteurs de la revue *Vision infirmière en santé mentale*. Cette nouvelle section de la revue porte sur les enjeux légaux et politiques de la profession infirmière au Québec. Pour plusieurs d'entre vous, ce n'est peut-être pas la section la plus « attirante » de ce numéro. Néanmoins, je vais tenter de la rendre la plus enrichissante possible afin que vous soyez des infirmières informées des développements sur les plans politique et légal et que votre pratique soit actuelle. Le parlement québécois peut paraître bien loin de notre milieu de travail, cependant, certaines décisions qui y sont prises auront des répercussions sur votre milieu et sur votre pratique au quotidien. L'équipe de la revue tenait à ce que vous puissiez être au courant des nouveautés législatives affectant votre pratique en un rapide coup d'œil. Bonne lecture!

Les objectifs du projet de loi 67

1. Modernisation du système professionnel : Le projet de loi vise à moderniser le cadre légal régissant les ordres professionnels au Québec. Cela comprend des réformes pour mieux adapter les pratiques professionnelles aux besoins actuels et futurs de la population, notamment dans le secteur de la santé.
2. Élargissement des pratiques professionnelles : Une des mesures importantes de ce projet de loi est l'élargissement des champs de pratique de certaines professions de la santé. Il permet à des professionnels, comme les infirmières, les psychologues ou d'autres spécialistes, de prendre en charge des tâches ou des interventions qui étaient auparavant limitées à certaines professions spécifiques. L'objectif est de faciliter l'accès aux soins et d'optimiser l'utilisation des ressources humaines dans le domaine de la santé.
3. Amélioration de l'accès aux services : En permettant à davantage de professionnels de réaliser certaines interventions, le projet de loi cherche à améliorer l'efficacité du système de santé, en réduisant les délais d'attente et en répondant plus rapidement aux besoins des patients.
4. Révision des compétences des ordres professionnels : Le projet de loi propose également de renforcer le rôle des ordres professionnels dans l'encadrement et la supervision des professionnels, afin d'assurer que les nouvelles responsabilités sont exercées de manière sécuritaire et conforme aux normes.

Introduction

En 2022, le gouvernement provincial de la Coalition Avenir Québec (CAQ) présentait le « [Plan Santé](#) ». En mai 2023, le même gouvernement annonçait un vaste chantier pour moderniser le système professionnel, puis en juin 2024 le Projet de loi 67 était présenté et a pour titre [Loi modifiant le Code des professions pour la modernisation du système professionnel et visant l'élargissement de certaines pratiques professionnelles dans le domaine de la santé et des services sociaux](#). Finalement, le 7 novembre 2024 il a été adopté à l'Assemblée nationale.

Le Projet de loi no 67 a pour intention principale de moderniser le système professionnel au Québec, en particulier dans le secteur de la santé et des services sociaux. Il propose des modifications au Code des professions pour répondre aux besoins actuels du système de santé et améliorer l'accès aux services.



Impacts sur la profession infirmière

Ce projet de loi s'inscrit dans une démarche globale de réorganisation du système de santé québécois, visant à mieux répondre aux défis d'une population vieillissante et à faire face à la pénurie de main-d'œuvre dans le secteur des soins.

Le projet de loi no 67, qui modifie le Code des professions pour élargir certaines pratiques professionnelles dans le domaine de la santé, aura des répercussions importantes pour le personnel infirmier au Québec. Ces changements visent à renforcer leur rôle et à accroître leurs responsabilités au sein du système de santé, dans le but d'améliorer l'accès aux soins et de mieux répondre aux besoins de la population. Voici les principales répercussions pour le personnel infirmier :

1. Élargissement des compétences

Le projet de loi élargit le champ d'action des infirmières en leur permettant de réaliser certaines tâches qui étaient auparavant réservées à d'autres professionnels de la santé, comme les médecins. Cela inclut des activités telles que :

- Diagnostiquer certaines conditions médicales.
- Prescrire des médicaments pour des affections spécifiques.
- Réaliser des suivis de patients dans des situations où le personnel infirmier était autrefois limité dans ses actions.

Cet élargissement vise à permettre aux infirmières de prendre plus d'autonomie dans les soins de première ligne, de réduire les délais d'attente et de désengorger le système de santé.

2. Rôle accru dans la gestion des soins

Les infirmières auront un rôle élargi dans la gestion des soins aux patients, en particulier dans les centres de soins de longue durée, les cliniques externes et les soins à domicile. Elles pourront notamment :

- Coordonner les soins de manière plus indépendante.
- Prendre des décisions cliniques importantes sans nécessiter l'intervention directe d'un médecin.

3. Accès à des formations

Afin d'acquérir les compétences nécessaires pour assumer ces nouvelles responsabilités, les infirmières devront suivre des formations spécifiques. Ces formations seront offertes par les ordres professionnels ou par les institutions de formation reconnues, pour s'assurer qu'elles disposent des connaissances et des habiletés nécessaires pour exercer leurs nouvelles tâches en toute sécurité.

4. Réduction des délais de traitement

En élargissant leurs compétences, les infirmières pourront prendre en charge davantage de patients, notamment pour des soins courants ou pour le suivi de maladies chroniques. Cela pourrait réduire les délais pour l'obtention de soins médicaux dans certains domaines et faciliter l'accès aux services de santé, notamment dans les régions éloignées ou pour les populations vulnérables.

5. Impact sur la reconnaissance professionnelle

Avec l'augmentation de leurs responsabilités, la reconnaissance professionnelle des infirmières pourrait s'accroître. Leur rôle devient encore plus central dans le fonctionnement du système de santé, ce qui pourrait entraîner une valorisation accrue de leur profession et potentiellement une révision de leur rémunération et de leurs conditions de travail, bien que cela ne soit pas directement couvert par le projet de loi.

6. Collaboration interprofessionnelle

Le projet de loi encourage une plus grande collaboration entre les différents professionnels de la santé. Les infirmières travailleront en étroite collaboration avec les médecins, les pharmaciens et d'autres professionnels de la santé, tout en ayant un rôle plus autonome dans certaines décisions cliniques.

Le projet de loi 67 et la petite histoire du mot diagnostic au Québec

Dans les années 70, les lois professionnelles sont écrites pour la première fois et seules celles se rapportant aux médecins, dentistes et médecins vétérinaires définissent et utilisent le mot diagnostic.

Au début des années 2000, un groupe de travail ministériel statue que le diagnostic peut seulement être employé par le médecin, puisque les autres professionnels de la santé n'ont pas les connaissances nécessaires pour le faire. C'est pour cela que les interventions infirmières de nature diagnostique sont qualifiées généralement d'évaluation ou d'impression diagnostique ou d'hypothèse diagnostique. Finalement, la Cour d'appel en 2005 vient apporter une plus grande flexibilité au mot diagnostic en mentionnant qu'il serait illogique qu'un professionnel de la santé, autre qu'un médecin, ne puisse faire un diagnostic d'une maladie, mais puisse la traiter. C'est l'Ordre des chiropraticiens et l'Association des chiropraticiens qui avaient apporté devant les tribunaux l'illogisme de pouvoir traiter une personne, mais de ne pas la diagnostiquer. La Cour d'appel leur aura donné raison, mais il y a eu très peu de changements légaux à ce sujet par la suite.

En 2020, le mot diagnostic peut être utilisé par les infirmières praticiennes spécialisées du Québec, le Projet de loi 43 le mentionnant explicitement.

Alors, concrètement, qu'est-ce que le projet de loi 67 vient changer? Le projet de loi 67 propose de remplacer le terme évaluer par le terme diagnostiquer dans certaines lois professionnelles en ce qui concerne certaines activités réservées en santé mentale. Dans la Loi sur les infirmières et infirmiers, cela viendrait donc modifier l'article 36. En fonction des changements, il y aura des conditions de formation à satisfaire ainsi qu'un nombre d'heures d'expérience à atteindre, mais cela demeure encore à être statué. Les autres professionnels de la santé ciblés par ce projet de loi sont les psychologues, les conseillers et conseillères d'orientation, les orthophonistes et les sexologues. Donc, tous ces professionnels de la santé qui ne sont pas des médecins pourront utiliser le mot diagnostic.

Alors que certains craignent que le projet de loi 67 entraîne un phénomène de surdiagnostic, il n'y aura dans les faits pas plus de diagnostics puisque ceux-ci existent déjà, mais sont sous l'appellation d'évaluation ou d'hypothèse diagnostique ou tout autre terme y ressemblant. Permettre l'utilisation du mot diagnostic aux autres professionnels de la santé aidera, entre autres, l'accès pour compléter des formulaires divers provenant d'employeurs, d'assureurs ou d'autres instances qui demandent un diagnostic en santé mentale. Ce sera un obstacle en moins pour les personnes qui ont besoin de ressources en lien avec un trouble de santé mentale. Néanmoins, les ressources pour une prise en charge plus optimale en santé mentale n'apparaîtront pas grâce à ce projet de loi. Actuellement, il n'y a pas d'autres travaux concernant de possibles changements similaires qui concerneraient la santé physique.

Qui pourra diagnostiquer?

Il revient à l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec de répondre à cette question. En date du 22 novembre 2024 voici ce que l'Ordre a publié :

Seuls les infirmières et infirmiers qui avaient obtenu ou obtiendront une attestation délivrée par l'OIIQ en vertu du Règlement sur la formation et l'expérience clinique requises des infirmières pour l'évaluation des troubles mentaux (à noter que le titre de ce règlement sera remplacé prochainement par : Règlement sur la formation et l'expérience clinique requises des infirmières pour le diagnostic des troubles mentaux) pourront diagnostiquer les troubles mentaux à l'exception de la déficience intellectuelle.

Il importe, toutefois, de rappeler qu'ils doivent avoir :

- une expérience clinique en soins infirmiers psychiatriques d'au moins 840 heures;
- complété une formation universitaire de 2e cycle constituée d'au moins 1 035 heures, dont au moins 450 heures théoriques et 540 heures pratiques dont le détail apparaît au Règlement.

Pour de plus amples informations, [cliquer sur ce lien](#).

Conclusion

En résumé, le projet de loi 67 entraînera un renforcement du rôle des infirmières dans le système de santé du Québec en santé mentale. En leur conférant de nouvelles compétences et une plus grande autonomie, il vise à améliorer l'efficacité du système de santé, à répondre aux défis de la pénurie de main-d'œuvre et à offrir un meilleur accès aux soins pour les patients. Cela représente un premier changement dans la manière dont les soins en santé mentale seront dispensés, particulièrement en première ligne.

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)

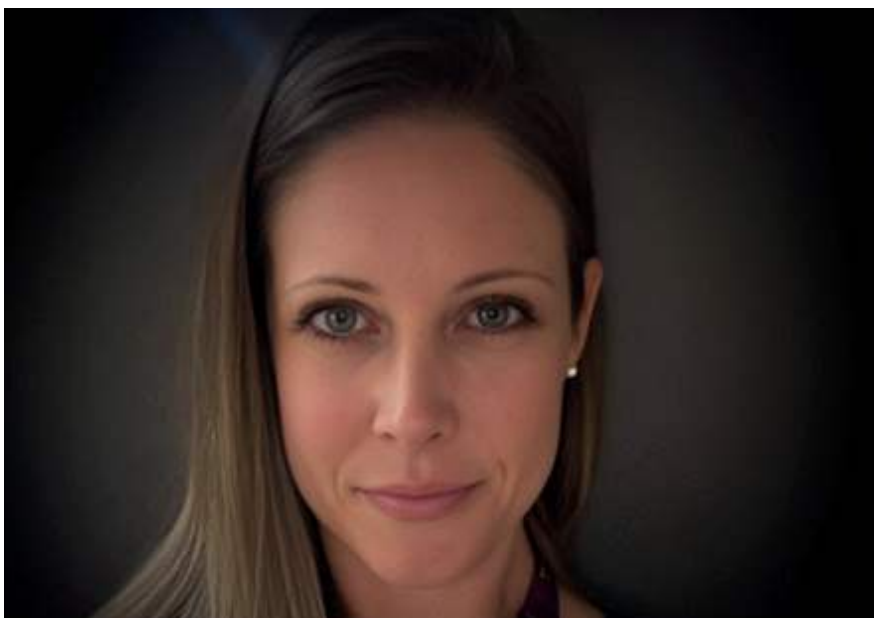
Portraits



Deux IPSSM nous parlent de leur travail

par *Élise Salesses-Gauthier*

Nous vous présentons des entrevues réalisées avec deux infirmières praticiennes spécialisées en santé mentale qui pratiquent dans des milieux différents, agrémentés de quelques notions sur les lignes directrices de la pratique des IPSSM.



PORTRAIT 1

Isabelle Paradis

Infirmière praticienne spécialisée en santé mentale
Direction des soins infirmiers
Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval
GMF-CLSC Ste-Rose

Je suis assez passionnée par mon domaine de pratique

en générale, mais en ce moment, en première ligne

j'ai l'impression de faire la différence pour mes usagers

et pour le réseau.

- Isabelle

AQIISM : Quelles seraient les particularités de la pratique d'une IPS SM en première ligne?

Isabelle : J'ai actuellement deux milieux de pratique. Je travaille dans un GMF, donc je fais partie d'un groupe de médecine familiale et je vois des patients que les médecins de famille me réfèrent qui ont des besoins en santé mentale. J'ai une clientèle générale de tout âge (0 à 99 ans).

Je travaille également à l'Aire Ouverte, un organisme de services sociaux pour les jeunes à Laval, qui dessert une clientèle âgée de 12 à 25 ans, qui sont souvent orphelins du réseau de la santé (sans médecin de famille).

Je traite toutes sortes de problématique en psychiatrie générale, entre autres : troubles anxieux, troubles de l'humeur, troubles psychotiques, TDAH, PTSD, troubles liés à l'utilisation de substances et troubles de la personnalité.

Mon rôle est de favoriser l'accès aux services de santé mentale pour ces patients. Souvent ils sont sur des listes d'attentes du réseau depuis des mois, car leurs cas sont souvent jugés non urgents. Je procède à l'évaluation du trouble mental, j'initie ou j'ajuste la médication quand c'est nécessaire et j'assure le suivi. J'arrive souvent à annuler les demandes de deuxième ligne, car le trouble a finalement été géré en première ligne. J'assure une prise en charge globale, je conserve le suivi jusqu'à l'atteinte des objectifs avec mon patient et je prends en charge tout le volet santé mentale. C'est merveilleux en GMF pour ça, car nous travaillons en équipe et le médecin demeure disponible pour toute comorbidité physique complexe à laquelle je ne peux répondre seule. Les patients se sentent bien soutenus et ils nous le rapportent.

Pour ce qui est de l'Aire Ouverte, je travaille en collaboration avec une équipe multidisciplinaire : médecin omnipraticienne, IPS PL, travailleurs sociaux, infirmières cliniciennes, psychoéducateurs, sexologues, et psychologues.

● PORTRAIT

AQIISM : Dans cette pratique, qu'est-ce qui te passionne ou t'intéresse le plus?

Isabelle : Je suis assez passionnée par mon domaine de pratique de façon générale, mais en ce moment, en première ligne, j'ai l'impression de faire la différence pour mes usagers et pour le réseau. On a beaucoup de troubles de personnalité en première ligne et parfois c'est difficile. On travaille en équipe, on s'entraide et on s'organise pour ne pas s'essouffler. C'est aussi de voir le résultat final qui me fait plaisir, que j'arrive (que nous arrivons!) à faire la différence.

J'assume aussi un rôle pivot, je réfère souvent vers d'autres professionnels quand cela est pertinent, par exemple : TS en GMF, CRD, psychologues, ou à des services dans la communauté. L'info ne se perd pas, car j'assume la liaison de mes patients et je sais où j'en suis rendue. En plus des compétences médicales que je détiens, je sais que je peux assister avec une panoplie d'interventions qui sont à ma portée.

AQIISM : Pour toi, quelles sont les bonnes caractéristiques ou qualités pour être une bonne IPS en santé mentale?

Isabelle : Pour être une bonne IPS, il faut une grande capacité d'adaptation, car on peut être pris avec des situations très complexes et il faut savoir se faire confiance, connaître ses limites et savoir aller chercher de l'aide quand on en a besoin. Cela est essentiel dans le travail d'une IPS rigoureuse.

En santé mentale particulièrement, l'IPS doit avoir des capacités d'écoute et d'empathie, savoir laisser le patient mentaliser par lui-même, car nous jouons un rôle d'accompagnement. Parfois, il faut éviter de donner des directives au patient. Mes meilleures interventions partent souvent de simples questionnements et de reflets, ce qui amène le patient à réfléchir sur sa condition et sur ses besoins. C'est ça qui crée une alliance thérapeutique. Et l'authenticité, c'est ma marque de commerce, je suis quelqu'un de très authentique, très transparente; ce que le patient doit savoir, je le dis, il n'y a pas de tabou et ça fonctionne très bien dans ma pratique.

AQIISM : Aurais-tu un bon coup réalisé dans ton équipe que tu voudrais partager?

Isabelle : Les bons coups que j'aime bien relater sont souvent des bons coups en équipe. Par exemple, je me rappelle d'une patiente très anxieuse que j'évaluais pour des crises de panique envahissantes de novo. Je lui ai prescrit des bilans sanguins pour éliminer d'abord une cause organique sous-jacente. Les résultats ont révélé une hypokaliémie assez sévère sans trop comprendre pourquoi et malgré mes questionnements auprès de la patiente, ça ne s'expliquait pas vraiment, rien ne ressortait. Les crises de panique étaient très atypiques, j'ai donc demandé la collaboration de ma collègue IPS PL et on a réussi à trouver, ensemble, que tout cela était secondaire à un trouble alimentaire, ce que l'usagère nous cachait. Parfois quand on travaille seul en

silos, on rate certaines affaires, mais quand on est plusieurs à se mettre à la tâche et à réfléchir, c'est plus efficace, car on a accès à d'autres observations/informations qu'on aurait peut-être loupées autrement.

Ceci est un simple exemple parmi tant d'autres. Au GMF, je travaille avec des médecins omnipraticiens, des IPS PL et non des psychiatres, et donc par cette approche-là complémentaire (santé physique et mentale), on arrive à traiter en globalité nos patients. Parfois même, en un seul RDV (lorsque possible), on arrive à traiter une problématique de santé physique et mentale. Les patients sont très reconnaissants de cette collaboration et ils se sentent bien desservis.

Comme IPS SM en première ligne, on améliore grandement l'accès aux soins de santé mentale, ce qui empêche que des situations se détériorent et se chronicisent. Ultiment, ça désengorge le système et ça réserve l'accès aux usagers ayant un dossier plus complexe nécessitant une prise en charge en équipe multidisciplinaire.

AQIISM : Quels sont les enjeux et ou défis en lien avec cette pratique?

Isabelle : La clientèle en première ligne est tellement diversifiée qu'il faut absolument se tenir à jour, il faut relire et relire nos guidelines, vérifier certaines posologies pour des médicaments que l'on utilise moins, par exemple, ou que l'on veut utiliser pour une clientèle spécifique (personnes âgées, enfants). De plus, ayant une pratique plus généraliste, j'ai moins accès à des discussions de cas avec d'autres professionnels spécialisés en santé mentale et cela représente aussi un défi, plus particulièrement en début de pratique. Avec le temps, on arrive à gagner en confiance!

● PORTRAIT

L'IPS est une infirmière qui a complété une formation universitaire de deuxième cycle variant entre 70 et 75 crédits et qui a réussi un examen professionnel de spécialité en vue de détenir un certificat de spécialiste pour une catégorie de clientèle. Elle détient des connaissances et des habiletés de niveau avancé, ce qui lui permet de réaliser un processus de raisonnement clinique visant à répondre aux problèmes de santé d'une clientèle particulière, selon le contexte et les règlements en vigueur (OIIQ, 2019).

Les IPS combinent à la fois l'exercice d'une pratique infirmière avancée et l'exercice de cinq activités médicales en vertu de l'article 36.1 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers (LII), soit :

1. Prescrire des examens diagnostiques;
2. Utiliser des techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques de préjudice;
3. Prescrire des médicaments et d'autres substances;
4. Prescrire des traitements médicaux;
5. Utiliser des techniques ou appliquer des traitements médicaux, invasifs ou présentant des risques de préjudice.

Quelles que soient les activités médicales exercées par l'IPSSM, celle-ci a l'obligation de demander l'intervention du médecin partenaire dans les situations suivantes :

1. Les soins requis par le patient dépassent ses compétences, son domaine de soins ou s'adressent à une clientèle d'une autre spécialité.
2. Les signes, les symptômes ou les résultats des examens diagnostiques indiquent que l'état de santé du patient s'est détérioré, et elle n'est plus en mesure d'en assurer le suivi.
3. Les résultats escomptés de la thérapie ne se sont pas réalisés ou la cible thérapeutique n'est pas atteinte, selon le cas, et le patient ne répond pas au traitement habituel.

Pratique clinique de l'infirmière praticienne spécialisée en santé mentale : lignes directrices. (OIIQ, 2019), 63p.





PORTRAIT 2

Vincent Dorval

IPS santé mentale, CIUSSS de la Capitale-Nationale, GMF Donnacona, équipes SIV et services spécifiques en santé mentale CLSC secteur Portneuf.

Je crois que pour être en mesure de tisser des

liens avec tout type d'individu, il faut savoir être authentique,

d'une façon qui saura répondre aux attentes de la personne

devant nous.

- Vincent

AQIISM : Quelles seraient les particularités de la pratique d'un IPS SM dans votre domaine ? Quelles seraient les tâches ? Est-ce qu'il y a une clientèle spécifique ?

Vincent : Je crois que la première particularité liée à ma pratique vient de sa variété. En effet, les tâches de prise en charge de patients et suivis en santé mentale sont bien entendu omniprésentes, mais on y retrouve également une part de soutien aux équipes de santé mentale, dans divers contextes de soins, comme par exemple des patients orphelins suivis par le CLSC par opposition à des patients inscrits à un médecin de famille dans notre GMF. La clientèle y est bien entendu très variée. Tout le monde va au GMF, toutes les problématiques de santé mentale s'y retrouvent donc à divers degrés. Cette polyvalence est très intéressante dans mon milieu.

De plus, les tâches hors de celles de suivis cliniques sont très variées. Étant de la première cohorte d'IPSSM, j'ai maintenant acquis une expérience clinique me permettant de superviser des stagiaires, conseiller des novices dans le contexte de notre programme de mentorat, collaborer avec des partenaires internes et externes pour le développement de différentes formations ou partage d'expertises. J'ai même eu le privilège de participer à un comité de travail à l'Office des professions du Québec. Le volet « politique » commence également à prendre une place dans ma pratique. Le développement de la pratique ne peut se faire sans l'avis des IPS expérimentés dont je fais partie et je ne me gêne pas pour prendre une place dans les discussions qui touchent les IPS en général, mais surtout les IPSSM en particulier.

AQIISM : Dans cette pratique qu'est-ce qui te passionne ou t'intéresse le plus ?

Vincent : Je crois que la particularité de l'IPSSM réside dans sa capacité à mettre en lumière une situation psychologique chez un individu. Chaque nouveau patient est pour moi un « casse-tête » à résoudre. Si la personne se retrouve dans mon bureau, c'est que les intervenants avant moi n'ont pas pu traiter la problématique avec leurs connaissances en santé mentale. Notre capacité à comprendre le vécu d'une personne, les implications de ce vécu dans son évolution et sa façon de penser et la raison derrière ses symptômes est toujours une partie de mon travail que j'apprécie. Une collègue m'a d'ailleurs déjà dit: « J'aime ça te référer des patients, on apprend toujours quelque chose de nouveau sur eux grâce à toi! ». Et bien eux aussi souvent apprennent quelque chose de nouveau au sujet d'eux-mêmes.

AQIISM : Pour toi, quelles sont les qualités pour être un IPS en santé mentale ?

Vincent : Pour l'IPSSM, en plus d'une curiosité scientifique et un leadership, propre à toutes les IPS, j'ajouterais un excellent sens de l'observation. Et par observation, j'ajoute le sens de l'écoute également. Tout infirmier peut prendre une tension artérielle. Mais être sensible aux changements subtils de posture, une tension plus ou moins présente dans la façon de parler, un contact visuel qui change, un affect qui ne cadre pas avec le reste de la rencontre, qui méritent d'être creusés, c'est probablement ce qui fait de nous des IPS en santé mentale. J'ajouterais également notre capacité à être caméléon quand vient le temps d'interagir avec notre clientèle. Je crois que pour être en mesure de tisser des liens avec tout type d'individu, il faut savoir être authentique, d'une façon qui saura répondre aux attentes de la personne devant nous. Je ne m'adresse pas de la même façon lorsque je suis avec un jeune souffrant d'anxiété ou une personne méfiante en raison d'idées psychotiques ou un professionnel souffrant de dépression, etc. Je suis toujours le même professionnel, mais mon message doit passer de façon différente.

AQIISM : Aurais-tu un bon coup réalisé dans ton équipe que tu voudrais partager?

Vincent : À mon avis, plusieurs situations sont des bons coups. Lorsque je débloque le « casse-tête pharmacologique » et qu'enfin, on trouve la bonne combinaison, sans effets secondaires incommodes, avec des effets bénéfiques souhaitables. Lorsque mes rapports permettent à l'assureur de payer l'invalidité du patient. Lorsque la RAMQ accepte enfin de couvrir une médication d'exception, lorsqu'en expertise, l'expert confirme mon diagnostic et mon plan de traitement. Lorsque la collaboration interprofessionnelle permet une réponse rapide aux besoins de la personne qui, autrement, se trouverait dans une situation encore plus complexe.

Mais pour le bien de la question, en voici un dont je suis particulièrement fier: en début de pratique, j'ai rencontré un patient qui avait subi un préjudice au travail. Il m'avait été référé par contre en raison de symptômes anxio-dépressifs liés à sa vie personnelle. Après avoir adressé la situation principale, lors de la planification du retour progressif, il me confie que le travail est également source de difficulté. En effet, les règles de l'employeur avaient changées et son poste actuel, qu'il qualifiait de poste d'entrée, ne lui permettait pas d'actualiser son plan de carrière. Il allait même jusqu'à faire des crises de panique à ce sujet, face à son « vide professionnel ». Fort d'une expérience en assurances invalidité datant d'une carrière antérieure, j'ai pu orienter mon patient vers les services de réadaptation appropriés, une médiation a pu avoir lieu entre lui et l'employeur et l'option de la « clause grand-père » a été retenue pour lui. L'employeur lui aurait même fait part du fait qu'il était le seul dans cette position et que s'il avait su, ladite clause aurait d'emblée été intégrée.

AQIISM : Quels sont les enjeux et/ou défis en lien avec cette pratique ?

Vincent : L'IPSSM se positionne entre plusieurs rôles différents. Celui d'intervenant en santé mentale, celui de médecin de famille, celui de médecin spécialiste, de consultant, etc. Nous ne sommes pas un peu de tout cela, nous sommes des professionnels distincts. Régulièrement, je dois expliquer mon rôle, que ce soit aux patients ou à des collègues, certaines notions ne sont pas acquises en ce qui concerne le travail des IPS dans le réseau de la santé. Alors après seulement quelques années d'existence, il est bien normal que les IPSSM ne soient pas connus par tous. Notre rôle étant encore à ses balbutiements, il est d'autant plus important de bien mettre nos limites, question de mieux définir notre pratique pour l'avenir et les cohortes qui nous suivront, donc d'expliquer mon rôle, je leur partage des éléments de ma pratique et je tente de leur faire un peu de formation pour leur faire voir la plus-value de la pratique avancée. Dans certaines demandes que je fais à des pharmaciennes, je me suis fait refuser des requêtes et je dois monter ces éléments plus hauts pour que les choses avancent. Ce n'est pas encore connu, donc il y a encore beaucoup de travail et j'avoue avoir hâte que ce soit parfois plus fluide.

● PORTRAIT

L'IPSSM assure des soins infirmiers et médicaux spécialisés auprès des personnes de tous les âges présentant des troubles mentaux. La clientèle suivie par l'IPSSM doit être en concordance avec la pratique clinique du médecin partenaire. L'IPSSM peut exercer en tous lieux et sur toute la trajectoire de soins, tant en soins de première ligne, de deuxième ligne et de troisième ligne, y compris certains centres ou organisations qui ne relèvent pas du secteur public. Les lieux de pratique de l'IPSSM doivent être en concordance avec ceux des médecins partenaires (OIIQ 2019).

Elle a les compétences et est habilitée à évaluer le trouble mental d'une personne. Pour ce faire, elle analyse, entre autres, les dimensions biologique, physique, psychologique, sociale, spirituelle et environnementale ainsi que les principaux déterminants de santé de la personne. L'IPSSM s'assure d'exclure les possibles problèmes de santé physique. Il importe de préciser également que l'IPSSM est en mesure de détecter un problème de santé physique pouvant découler d'un traitement du trouble mental, comme un syndrome métabolique à la suite de la prise d'antipsychotique atypique. Dans ce contexte, l'IPSSM peut assurer le traitement et le suivi de la personne, y compris l'initiation de tests diagnostiques selon la fréquence recommandée par les résultats probants en collaboration avec le médecin partenaire.

L'IPSSM, en partenariat avec la personne, met l'accent sur la promotion de la santé, la prévention de la maladie et du suicide à l'aide d'approches fondées sur les résultats probants et orientées vers le rétablissement de la personne. En effet, l'IPSSM détient des compétences avancées en éducation de la santé, tant en individuel qu'en groupe, elle vise le développement de capacités d'auto soins et la modification de comportements néfastes pour la santé. Elle est aussi compétente pour utiliser divers types d'interventions selon les résultats probants particuliers au trouble mental présenté

L'IPSSM est habilitée à évaluer les troubles mentaux d'une personne puisque sa formation satisfait aux exigences du Règlement sur la formation et l'expérience clinique requises des infirmières pour l'évaluation des troubles mentaux. Soulignons toutefois que l'IPSSM ne peut pas conclure à une déficience intellectuelle pour une personne. Cependant, elle peut en assurer le suivi clinique.

Pratique clinique de l'infirmière praticienne spécialisée en santé mentale : lignes directrices. (OIIQ, 2019), 63p.

L'autrice

Élise Salesse-Gauthier, inf., MSc, administratrice pour l'AQIISM





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

La recherche autrement



Briser les chaînes invisibles



par Vincent Billé, Julie Tansey et Martin PM

La coercition informelle en milieu psychiatrique



Ici, Julie a été témoin d'une **coercition formelle**, l'isolement sur un voisin de chambre agité, devenu dangereux pour lui-même ou pour autrui.

En soins psychiatriques, ces mesures de contrôle, telles que l'isolement, la contention mécanique ou l'usage forcé de médicaments, sont des mesures exceptionnelles et de dernier recours en cas de risque grave et imminent. Et elles sont réglementées au Québec.



Ce que Julie a vécu comme personne hospitalisée et témoin de l'isolement s'apparente à de la **coercition informelle**, phénomène complexe et fréquent dans les soins psychiatriques, mais peu étudié. Il peut s'agir de formes de pression exercée sur une personne par une autre dans le but de l'influencer lors des soins psychiatriques. Par exemple...



Cette pratique, difficilement saisissable, est vécue comme un défi et parfois vue comme un mal nécessaire par les soignant·e·s.

Ils et elles doivent trouver un équilibre entre le respect de l'**autonomie de la personne soignée**, les **soins nécessaires** à son bien-être et la **sécurité** de la personne, des autres personnes hospitalisées et du personnel soignant.

Vincent Billé est infirmier psychiatrique. Il a pratiqué pendant plus de dix ans à Bordeaux, en France, dans divers services de crise en santé mentale comme l'urgence et les unités d'hospitalisation involontaire.

J'ai moi-même eu recours dans ma pratique à de la coercition informelle, par exemple, sous la pression institutionnelle pour que les personnes acceptent les traitements.

La psychiatrie est remplie de zones grises, ce qui rend les soins infirmiers souvent délicats et complexes.

Il est maintenant étudiant au doctorat à l'Université de Montréal.

Mon objectif est de mieux comprendre le phénomène de coercition informelle lors des soins infirmiers psychiatriques à l'aide d'une « ethnographie critique ».

Cette démarche ethnographique passera par mon immersion prochaine dans le quotidien d'une unité d'hospitalisation psychiatrique de Montréal pendant plusieurs mois.

J'observerai les interactions dans l'unité, j'y réaliserai des entrevues avec des personnes hospitalisées, leurs proches et le personnel soignant. Je consignerai le tout dans un journal de bord...

... tout en explorant des stratégies de résistance des personnes soignées et des soignants face à la coercition informelle.

Dans une perspective alliée, visant à intégrer les voix et les expériences de personnes concernées, Julie, patiente partenaire, est impliquée et collabore à chaque étape de ma démarche.

C'est important de partager mon savoir expérientiel avec la recherche pour faire évoluer ce type de pratiques et participer à la transformation sociale.

En éclairant ces pratiques méconnues et taboues, on espère identifier des approches différentes plus saines favorisant des soins respectueux des droits humains et ainsi améliorer la qualité des soins psychiatriques.

Martin PM

Cette œuvre a vu le jour grâce au concours remporté "L'illustre recherche" soutenu par la Fédération des associations étudiantes du campus de l'Université de Montréal

Les auteurs

Vincent Billé

Infirmier, candidat au doctorat, Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal et Centre de Recherche de l'Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal

Julie Tansey

Pair aidante certifiée, patiente partenaire et directrice générale de l'Association Vox Québec

Martin Patenaude-Monette

Bédéiste et vulgarisateur scientifique

COLLABORATION ET INNOVATION

POUR UNE APPROCHE GLOBALE INTÉGRÉE:
DE LA THÉORIE À LA PRATIQUE



41^E COLLOQUE
ANNUEL

29 ET 30 MAI 2025

HÔTEL UNIVERSEL
DE DRUMMONDVILLE



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



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

Chronique Pharmaco-pratique



Le Lithium

Par Amélie Ladouceur et Nancy Légaré

Le lithium est le médicament de prédilection pour traiter le trouble bipolaire de type 1. Il demeure un traitement recommandé en première intention par toutes les lignes directrices pour traiter les troubles bipolaires (Lalonde et Pinard, 2016). Il est associé à une baisse de rechute, d'hospitalisation et une baisse de l'urgence suicidaire (Meyer et al., 2024). Connu depuis les années 1950 – 1960, il s'agit de la première substance décrite pour ses effets stabilisateurs de l'humeur. Néanmoins, il faudra attendre les années 1970 pour obtenir l'approbation pour le prescrire aux États-Unis (Burchum et Rosenthal, 2022). C'est sa fenêtre thérapeutique étroite qui faisait craindre un risque de toxicité trop important. Le suivi du dosage sérique et des protocoles médicaux ont permis d'assurer une utilisation sécuritaire du lithium.

Le lithium est un médicament de premier choix pour contrôler les épisodes de manies et les épisodes dépressifs. Lors d'épisode de manies, le lithium permet de diminuer l'état euphorique, l'hyperactivité, sans causer de sédation. L'effet stabilisateur de l'humeur lors de la manie se fait sentir 5 à 7 jours après le début de traitement. Cependant, les bénéfices optimaux seront présents après 2 à 3 semaines de traitement continu.

Mécanisme d'action

Les recherches les plus récentes suggèrent que le lithium pourrait contribuer au fonctionnement de la recapture et de la libération du glutamate. Il se pourrait aussi qu'il bloque la liaison de la sérotonine à ses récepteurs et/ou inhibe la glycogène synthase kinase-3 bêta (GSK-3). Bref, le mécanisme d'action du lithium n'est pas encore élucidé de manière équivoque. Cependant, il y a un intérêt significatif pour ses vertus neurotrophiques et neuroprotectrices. Il a été mis en évidence que chez des patients qui ont suivi un traitement de lithium à long terme, il y avait une augmentation du volume de la matière grise dans des structures cérébrales, qui sont habituellement atrophiées par le trouble bipolaire. Les régions comme les lobes frontaux, l'hippocampe, l'amygdale et le gyrus cingulaire antérieur sont toutes impliquées dans les processus émotionnels et cognitifs (Beaulieu et al., 2015; Burchum et al., 2022). Toutes ces études tendent à démontrer que le lithium participerait, dans une certaine proportion, à protéger les neurones contre l'atrophie et/ou à favoriser leur croissance. Finalement, des recherches se penchent aussi sur le lithium et sa capacité à provoquer des changements épigénétiques au niveau de l'ADN par réduction de sa méthylation (Beaulieu et al., 2015; Meyer et al., 2024).



Pharmacocinétique

1. Absorption et distribution

Complètement absorbé par voie orale et il est distribué dans tous les tissus et les fluides du corps.

2. Excrétion

La demi-vie du lithium n'est pas si courte, entre 18 et 30 heures. Il est recommandé de donner des doses fractionnées en début de traitement pour diminuer les nausées, mais que la dose peut, une fois l'état d'équilibre (ou la stabilité) atteint, être administrée une seule fois par jour afin d'améliorer l'observance et réduire la polyurie (Meyer et Stahl, 2023)

La sécrétion du lithium est influencée par le niveau de sodium dans le sang. Plus le sodium est bas, plus le niveau de lithium sera élevé (moins il sera sécrété). En effet, lorsque les reins filtrent moins de sodium, ils vont retenir le lithium pour compenser la perte de sodium. C'est ainsi que la lithémie peut atteindre des niveaux toxiques. Les patients doivent être bien avisés de ne pas modifier leur diète et de ne surtout pas modifier leur dose de sodium quotidienne. Tout ce qui a un potentiel d'entraîner de la déshydratation met à risque les patients de s'intoxiquer au lithium. Les températures élevées, l'activité physique intense et la diarrhée en sont quelques exemples.

3. Suivi de la lithémie

La lithémie devrait toujours être sous 1,2 mmol/L. Des doses plus élevées entraîneront une toxicité. Généralement, le dosage souhaité et sécuritaire se situe entre 0,6 à 0,8 mmol/L.

Tableau 1 - Signes de toxicité selon la lithémie

Lithémie (mmol/L)	Signe de toxicité
1,5 à 2	Troubles gastro-intestinaux persistants, tremblements des mains, confusion, hypersensibilité musculaire, modifications de l'ECG, sédation, incoordination.
2 à 2,5	Ataxie, vertiges, forte production d'urine diluée, graves modifications de l'ECG, fasciculations, acouphènes, vision trouble, mouvements cloniques, crises d'épilepsie, hypotension sévère, coma, décès.
Plus haut que 2,5	Les symptômes peuvent évoluer rapidement vers des convulsions généralisées, une oligurie et un décès.

Effets indésirables : dose thérapeutique et lors d'intoxication

1. Les effets indésirables possibles à dose thérapeutique

Dès le début du traitement, de la fatigue, faiblesse musculaire, mal de tête et troubles de la mémoire sont possibles. Des troubles au niveau gastro-intestinal sont aussi rapportés : nausée, ballonnement, perte d'appétit. La polyurie est rapportée par entre 30 à 50% des patients et elle peut perdurer. Si c'est le cas, elle entraînera de la nycturie et une soif perpétuelle ce qui peut décourager les patients et mener à l'arrêt du traitement par lithium. L'introduction de l'amiloride donne des résultats efficaces et permet la poursuite de la prise du lithium plus confortablement. La kaliémie doit cependant être surveillée lors de la prise de l'amiloride.

Le tremblement des mains peut apparaître et devenir gênant pour les patients qui n'arriveront plus à écrire ou à exécuter des gestes de motricité fine qu'ils pouvaient réaliser avant la prise de la médication. Cet effet indésirable peut être contrôlé efficacement par l'introduction d'un bêtabloqueur non cardiosélectif comme le propranolol.

L'utilisation chronique et à long terme du lithium peut entraîner une toxicité rénale ou une insuffisance rénale. Il est essentiel de surveiller la fonction rénale à chaque année chez les patients qui sont sous lithium.

Le traitement à long court au lithium peut entraîner une diminution de la sécrétion d'hormones thyroïdiennes et causer une hypothyroïdie et l'apparition d'un goître. L'introduction d'un traitement comme le lévothyroxine permet de renverser cette situation.

Les patientes enceintes sous lithium ne devraient pas être découragées de l'utiliser. Les risques de malformations congénitales sont plus faibles que ce qui était cru antérieurement (Meyer et Stahl, 2023). Le lithium est le stabilisateur de l'humeur le moins tératogène.

Il n'est pas rare que la prise du lithium soit associée à un gain de poids, et chez une personne diabétique, le contrôle de la glycémie pourrait être plus difficile.

2. Les effets indésirables à dose toxique

Le tableau 1 permet d'illustrer les signes de toxicité au lithium selon 3 paliers de lithémie possible.

(Inspiré de Burchum et al., 2022)

Interactions médicamenteuses

Les diurétiques de type thiazidique, les anti-inflammatoires non stéroïdiens, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine et les antagonistes du récepteur de l'angiotensine II peuvent tous augmenter la lithémie. Le mécanisme de ces interactions s'effectue par une baisse de la clairance rénale du lithium, tout comme la déshydratation ou une alimentation hyposodée (Beaulieu et al., 2015; Burchum et al., 2022).

Initiation et surveillance du lithium

Cette section est basée sur les manuels suivants : Beaulieu et al., 2015, Burchum et al., 2022 et Meyer et al., 2024.

La personne qui prescrit doit discuter avec le patient de la nature du traitement et de la probabilité qu'il le prenne adéquatement. Les patients doivent être informés des avantages, des effets indésirables et des causes et signes de toxicité. Un enseignement sur les signes de toxicité est très important et l'idéal est d'inclure les proches des patients.

Les femmes en âge de procréer doivent recevoir des conseils appropriés sur les risques du lithium pendant la grossesse et sur la contraception (bien que les risques pour le fœtus de l'exposition au lithium in-utero soient beaucoup moins importants qu'on ne le pensait auparavant).

Les médicaments du patient, y compris les médicaments non prescrits, doivent être examinés en vue d'éventuelles interactions (par exemple, les AINS, les inhibiteurs de l'ECA et les diurétiques). Dans la mesure du possible, il convient d'envisager une réduction de la dose ou le passage à un autre médicament.

- Contre-indications au traitement par le lithium
- Insuffisance rénale sévère
- Hypothyroïdie non traitée
- États hyponatrémiques et régimes pauvres en sodium
- Maladie d'Addison
- Syndrome de Brugada (contre-indication absolue). Les patients dont les parents au premier degré sont connus pour être atteints du syndrome de Brugada doivent subir des tests formels. Il s'agit d'une maladie génétique rare qui se caractérise par des anomalies spécifiques à l'ECG.

Le lithium a une demi-vie de 18-30 heures. La lithémie devrait être vérifiée entre 5 à 7 jours après le début du traitement et répéter le même intervalle après chaque ajustement de la dose. Jusqu'à obtention de la concentration sérique de lithium voulu, jusqu'à stabilité, il est souhaitable de doser le lithium au moins à toutes les semaines. Une fois cette stabilité obtenue, la lithémie devrait être vérifiée aux 3 mois pour la première année puis 2 fois par année par la suite.

Pour un jeune adulte en bonne santé générale, une lithémie de 0,7 à 0,9 mmol/L est visée. S'il y a une rechute d'une phase de manie, il est possible de viser une lithémie de 1,2 mmol/L pendant quelques semaines. Chez les aînés, il est préférable d'avoir des doses de lithémies autour de 0,4 à 0,6 mmol/L.

Avant de commencer le lithium, les précautions et tests à envisager sont tributaires des effets secondaires et toxiques potentiels. Avant le début du traitement : histoire et examen physique, ECG dès l'âge de 45 ans, FSC, analyse d'urine, électrolytes, glycémie, créatinine, TSH et test de grossesse lorsqu'indiqué. Des protocoles médicaux existent concernant les suivis à réaliser durant les mois, voire les années, à suivre pour les patients.

S'il y a des inquiétudes sur le dosage sérique du lithium ou si de nouveaux médicaments sont introduits et des changements cliniques sont observés, le prélèvement de la lithémie doit être effectué dans un délai 10 à 12 heures après la dernière prise de lithium.

Les patients qui prennent du lithium auront besoin d'accompagnement et de support, particulièrement lors de la première année de traitement. Il peut arriver que les 8 à 14 mois suivant le début du traitement soient ponctués de fluctuations de l'humeur, malgré l'observance au traitement. La stabilisation peut prendre plusieurs mois et le personnel infirmier peut jouer un rôle de premier plan pour aider le patient durant cette période d'adaptation.

Une fiche synthèse imprimable est disponible pour les membres de l'AQISM

Les autrices

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

Nancy Légaré B. Pharm., M.Sc., Pharm.D., BCPP, BCPS, FOPQ est docteure en pharmacie clinique à l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinelle

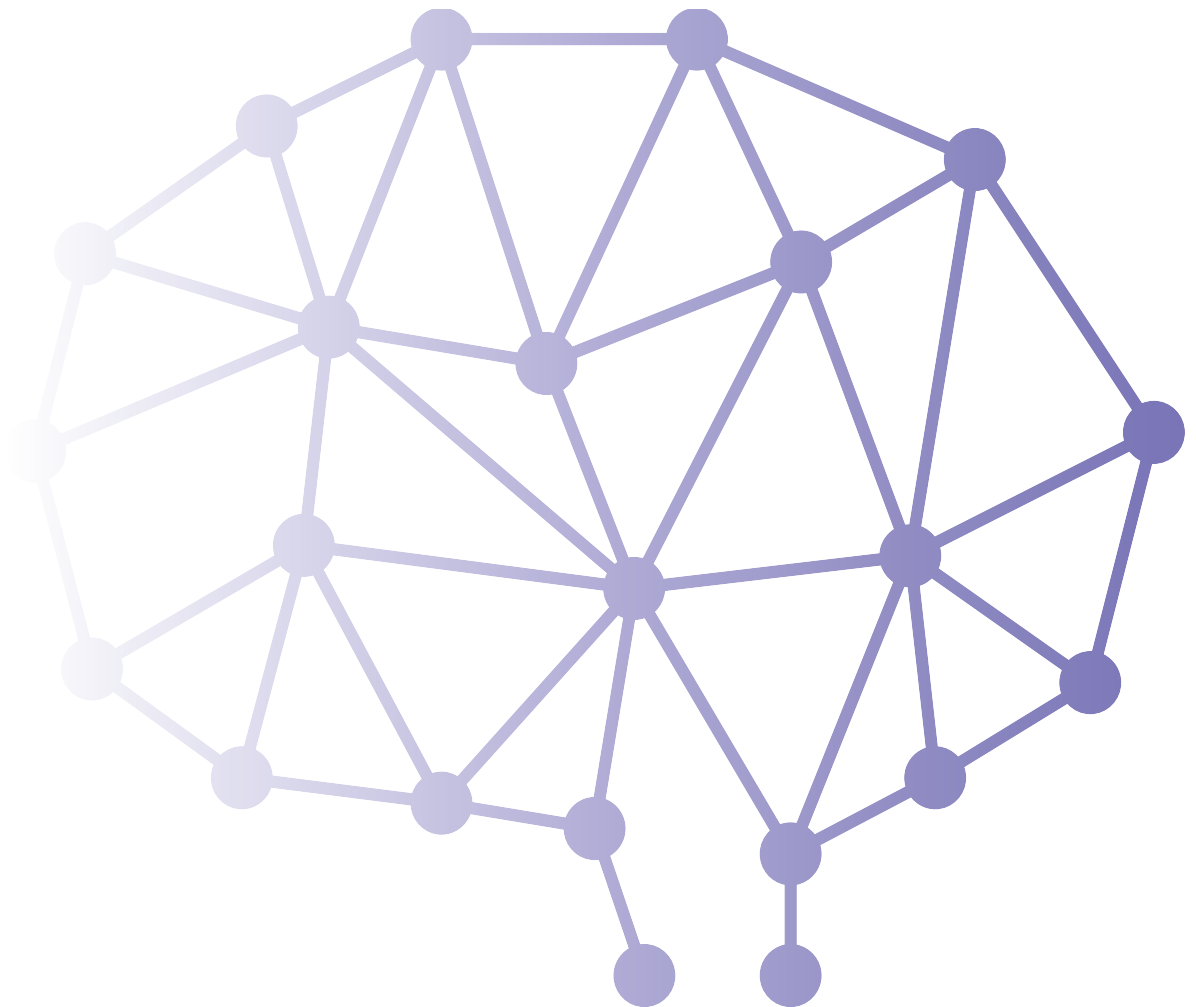
● RÉFÉRENCES

Beaulieu, P., Desroches, J., Du Souich, P. et Pichette, V. (2015). Précis de pharmacologie. Du fondamental à la clinique (2e éd.). Publication Université de Montréal.

Burchum, J. et Rosenthal, L. (2022). Lehne's Pharmacology for Nursing Care (10e éd.). Saunders.

Lalonde, P. et Pinard, G.-F. (2016). Psychiatrie clinique: une approche bio-psycho-sociale, spécialités, traitements, sciences fondamentales et sujets d'intérêt. (4e éd.). Montréal, Québec: Chenelière Éducation.

Meyer, J. M., Stahl, S. M. et Keck, P. E. (2024). The Lithium Handbook. Cambridge University Press. <https://www.vlebooks.com/vleweb/product/openreader?id=none&isbn=9781009225076>





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