

Vision

Volume 35 | N° 1 | Printemps 2025

infirmière

en santé mentale



Recherche

Pratique infirmière en milieu psycholégal : Entre choc culturel et stigmatisation : une étude phénoménologique interprétative

Portrait

David Pelosse, infirmier au SIM forensique

Témoignage

Apprendre à vivre avec un enjeu de santé mentale : le trouble dissociatif de l'identité

Aussi dans ce numéro

La recherche autrement, Infographie sur la crise en santé mentale

Pharmaco-pratique, Abilify Asimtufii

Politique et aspects légaux de la profession infirmière, Cybersanté mentale

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



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

Sommaire

03 Éditorial de la présidente

04 Mot des rédactrices en chef

05 Recherche

Pratique infirmière en milieu psycholégal :
Entre choc culturel et stigmatisation : une
étude phénoménologique interprétative

14 Portrait

David Pelosse, infirmier au SIM forensique

19 La recherche autrement

Infographie - Crise en santé mentale : une
nouvelle vision

22 Politique et aspects légaux de la profession infirmière

Cybersanté mentale

26 Témoignage

Apprendre à vivre avec un enjeu de santé
mentale : le trouble dissociatif de l'identité

30 Chronique pharmaco-pratique

Antipsychotique injectable à action prolongée :
Abilify Asimtufii

34 Colloque 2025

Programmation



06



04



27

Vision infirmière en santé mentale

Volume 35 | N° 1 | Printemps 2025

RÉDACTRICES EN CHEF

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

ÉDITRICES ASSOCIÉES

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

CONCEPTION GRAPHIQUE

L'ASSOCIÉ

PUBLICITÉ

L'ASSOCIÉ

CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'AQIISM

Christine Genest, inf., Ph. D., présidente
Dominique Boudreau, inf., M.Sc., vice-présidente
Amélie Ladouceur, inf., Ph. D., trésorière
Clara Lessard-Deschênes, inf., Ph. D. (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 et en libre accès sur le site Internet de l'AQIISM, sous licence Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0). Les opinions exprimées dans les textes n'engagent que les auteurs.trices et les publicités présentées n'engagent que les annonceurs.
Pour soumettre un texte : revue@aqiism.org

DÉPÔT LÉGAL 2025

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

Colloque 2025
29 et 30 mai 2025

Éditorial de la présidente



Depuis la dernière parution de la revue, le contexte social est en pleine mouvance. Que ce soit au niveau provincial, national et même international, plusieurs changements se produisent, ce qui peut avoir pour effet d'engendrer un certain niveau de stress global et fragiliser la santé mentale de la population. Dans ce contexte, le rôle des personnes infirmières en santé mentale est de plus en plus important et doit être mis de l'avant. En consultant l'*Univers des soins infirmiers en santé mentale au Québec*, il est possible de constater tout ce que peut faire la personne infirmière pour soutenir la santé mentale de la population. De plus, par leur rôle d'*advocacy* et leur leadership, elles sont bien placées pour mettre en lumière les besoins de la population et les ressources nécessaires pour y répondre. L'AQIISM souhaite pouvoir soutenir cette pratique infirmière auprès de l'ensemble de nos membres et faire connaître le rôle auprès de nos partenaires et collaborateurs dans les prochaines années. Nous comptons d'ailleurs sur vous pour nous aider à faire rayonner l'AQIISM dans vos centres et votre communauté. Il est également possible de devenir membre ambassadeur afin de faire connaître l'Association et bénéficier de certains avantages.

Le colloque 2025, qui se tiendra cette année à Drummondville, se veut un moment de rassemblement pour unir nos forces afin de mieux innover et collaborer au sein du système de santé actuel. Nous espérons vous y voir en très grand nombre pour célébrer ensemble notre engagement envers la santé mentale que ce soit la nôtre ou celle de la population!

N'hésitez pas à nous interpeler si vous avez besoin du soutien de l'AQIISM. Nous souhaitons être là pour vous et vous soutenir.

Christine Genest, inf., Ph. D., présidente

Mot des rédactrices en chef



C'est avec beaucoup de joie et de fierté que nous vous présentons ce deuxième numéro de *Vision infirmière en santé mentale*. Le succès du premier numéro nous a confirmé l'intérêt et la pertinence d'un espace de diffusion pensé *par et pour* les infirmières et infirmiers œuvrant en santé mentale, et nous espérons que ce nouveau numéro saura une fois de plus nourrir votre pratique, votre réflexion et votre engagement professionnel.

Ce printemps 2025, nous vous proposons une sélection d'articles variés qui mettent de l'avant autant les réalités du terrain que les réflexions cliniques, politiques, légales et scientifiques. Vous y trouverez un portrait inspirant d'un infirmier en psychiatrie légale, un article de recherche sur la pratique infirmière dans ce même contexte, une infographie qui propose une vision renouvelée de la crise en santé mentale, une réflexion sur la cybersanté mentale, un témoignage sur le trouble dissociatif de l'identité, sans oublier notre fiche *pharmaco-pratique* ainsi qu'un aperçu de la programmation du colloque de l'AQIISM, qui aura lieu à la fin mai. Nous espérons d'ailleurs vous y voir en grand nombre!

Dans un contexte où les coupures dans le réseau de la santé affectent durement la profession infirmière, nous croyons plus que jamais à l'importance de créer et maintenir des espaces de partage, de reconnaissance et de valorisation de notre travail. Ces suppressions de postes menacent la qualité des soins, accentuent la pression sur les équipes en place et compromettent l'accès à des services essentiels pour les personnes vivant avec des enjeux de santé mentale. En tant que revue professionnelle, *Vision* se veut aussi un lieu de mobilisation, permettant de porter collectivement une parole forte sur la valeur de notre travail, sur l'importance des conditions de pratique humaines et sur la défense d'un système de santé accessible, équitable et centré sur les besoins des populations.

C'est aussi pourquoi nous souhaitons encourager la participation de toutes et tous à la revue *Vision*, que ce soit pour publier un texte d'opinion, un témoignage, présenter un projet clinique ou partager les résultats d'une recherche. Notre programme d'accompagnement à la publication est toujours en place : peu importe votre niveau d'expérience en écriture, notre équipe éditoriale est là pour vous soutenir.

Nous vous invitons chaleureusement à nous écrire pour nous faire part de vos idées, propositions ou commentaires à l'adresse suivante : revue@aqiism.org. N'hésitez pas à faire circuler la revue dans vos milieux : en libre accès, elle est destinée à rejoindre toutes les personnes concernées ou intéressées par la santé mentale, dans une optique de savoirs partagés et de pratiques ouvertes.

Bonne lecture!

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



Recherche



Pratique infirmière en milieu psycholégal :

Entre choc culturel et stigmatisation : une étude phénoménologique interprétative

Par Amélie Ladouceur

Résumé

La psychiatrie légale représente une surspécialité complexe de la psychiatrie où les infirmières et les infirmiers jouent un rôle clé. Cependant, au Québec, il n'existe aucune formation reconnue pour les préparer à exercer dans ce domaine. Cette lacune entraîne des défis importants pour s'approprier leur rôle professionnel en psychiatrie légale. L'objectif de cette étude vise à connaître l'expérience vécue des infirmières et des infirmiers en psychiatrie légale en se concentrant sur leur pratique professionnelle et leur rôle. Une analyse de phénoménologie interprétative a été menée, utilisant des entrevues semi-dirigées auprès de 10 infirmières et 7 infirmiers travaillant en psychiatrie légale. Une codification libre des verbatim a été effectuée ligne par ligne. Un schéma de codage a pu être défini, permettant l'émergence des thèmes principaux. Quatre thèmes ont émergé à la suite de l'analyse et l'interprétation des données, soit : 1) perceptions ; 2) choc culturel ; 3) soigner en milieu psycholégal et 4) stratégies d'adaptation. Dans le cadre de cet article, l'attention est mise sur le thème central de l'étude, soit le deuxième thème : choc culturel. Pour conclure, l'étude souligne la nécessité de développer une formation spécialisée en psychiatrie légale pour les infirmières et les infirmiers. Une telle formation pourrait améliorer la qualité des soins, réduire le choc culturel et la stigmatisation, et renforcer la satisfaction et l'engagement du personnel infirmier dans cette surspécialité.

Mots clés : psychiatrie légale, personnel infirmier, choc culturel, stigmatisation, recherche qualitative.

Introduction

Le milieu psycholégal confère un double statut socioprofessionnel au personnel qui travaille dans ce milieu, à la fois agents de contrôle social et agents de soins, ce qui complexifie leur rôle. Les impératifs de sécurité et les soins à prodiguer sont des mandats dichotomiques qui leur incombent (Allen et Aburabi, 2016; Peteet et Tobey, 2017; Simon et al., 2020). Des dilemmes éthiques découlent de cet environnement unique où la confidentialité, le bien-être de la clientèle et l'accès des patients au même niveau de soins que n'importe quel autre patient dans la communauté sont compromis (Allen et al., 2016; Domingue et al., 2020; Kalra et al., 2016; Simon et al., 2020). De plus, selon l'angle légal de la pratique, les obligations déontologiques, morales ou éthiques du personnel infirmier ne changent pas parce que le patient a un problème de santé mentale et qu'il est en détention hospitalière (Allen et al., 2016; Beckmann, 2017; Simon et al., 2020). La détention hospitalière réfère ici aux demandes d'expertises légales par les tribunaux selon le Code criminel ou aux décisions de la Commission d'examen des troubles mentaux. La détention hospitalière selon le Code civil du Québec, telle la garde en établissement, s'avère possible, mais moins fréquente dans ces milieux, en raison de leur spécificité. Pour le personnel infirmier, il y a une réalité entre les considérations sécuritaires et les soins cliniques à prodiguer ce qui présente un risque de glisser dans un jeu de pouvoir avec la clientèle (Domingue et al., 2020; Simon et al., 2020). Il apparaît évident, qu'une formation solide concernant ces particularités du milieu psycholégal



devrait être dispensée au personnel infirmier afin de s'assurer de l'optimisation des soins offerts et d'éviter tout abus de pouvoir. Dans les faits, il n'en est rien.

Conséquemment, cette réalité spécifique au personnel infirmier en milieu psycholégal a des répercussions sur la qualité des soins offerts (Beckmann, 2017; Simon et al., 2020). La priorité de ces milieux devrait, entre autres, porter sur des soins et des services de qualité cohérents avec les besoins des patients (Beckmann, 2017). Force est de constater que ce n'est pas tout à fait le cas. En pratique, le personnel infirmier en psychiatrie et en psychiatrie légale peut attester des attitudes négatives du public et de leur stigmatisation lorsque leur discipline et les caractéristiques de leur clientèle sont connues (Bladon, 2019; Möller-Leimkühler et al., 2016; Snyder, 2019). En effet, le personnel infirmier en psychiatrie légale subit une dévaluation sociale de leur profession par divers acteurs de la société (Bladon, 2019; Bujold et al., 2020).

Pourtant, la surspécialisation des soins infirmiers en psychiatrie légale est reconnue dans la majorité des pays industrialisés, et ce depuis plusieurs années (Martin et al., 2013). Les premières formations à ce sujet sont apparues dans le milieu des années 1990 et depuis, il est possible de s'éduquer dans ce domaine jusqu'au troisième cycle universitaire (Kent-Wilkinson, 2011; Paradis-Gagné et Guimond, 2020). Néanmoins, peu de recherches arrivent à faire consensus pour définir, décrire ou expliquer le rôle de ces professionnels de la santé (Bladon, 2018; Coleman, 2018; Graham et al., 2020; Kent-Wilkinson, 2010; Martin et al., 2013). Ce vide dans lequel se retrouve la surspécialisation de psychiatrie légale en sciences infirmières entraîne plusieurs conséquences, autant sur le recrutement du personnel infirmier que sur la reconnaissance de son travail (Bujold et al., 2020).

Les contrecoups de cette réalité sont importants pour la profession puisqu'ils influencent la décision du personnel infirmier à demeurer dans la pratique psycholégale. Leur découragement transmet le problème d'une mauvaise conception de leur propre travail (Ben Natan et al., 2015; Bladon, 2019; Graham et al., 2020), entraînant une dépersonnalisation de leur travail, de l'épuisement émotionnel et une faible satisfaction au travail (Kalra et al., 2016; Möller-Leimkühler et al., 2016; Simon et al., 2020).

Le côté « nébuleux » de la profession infirmière en psychiatrie légale permet cet espace où le personnel infirmier peut jouer un rôle « de contrôle » sur la clientèle. La stigmatisation de la profession infirmière en psychiatrie légale ouvre la porte à ces demandes en contradiction avec les normes déontologiques et sert certains intérêts tant politiques qu'économiques (Paradis-Gagné et al., 2020; Tyler et Slater, 2018). Après tout, les responsabilités du personnel infirmier dans un environnement psycholégal ne font pas consensus, aucune formation n'est offerte pour inculquer du savoir, du savoir-être ou du savoir-faire et l'espace créé permet une élasticité morale et pratique. L'équilibre peut rapidement basculer dans ces milieux, au

détriment des soins et services offerts à la clientèle (Pariseau-Legault, 2017). La présente étude vise à mieux comprendre l'expérience vécue du personnel infirmier qui œuvre en milieu psycholégal. L'attention a été portée sur les spécificités du milieu et le rôle du personnel infirmier parmi l'équipe soignante. Jusqu'à présent, aucune autre publication ne semble avoir été consacrée spécifiquement de ce sujet.

Influences théoriques

Les travaux de Goffman (1975/2015) servent d'ancrage théorique concernant la stigmatisation. L'apparence de normalité est rassurante socialement et ceux qui ne s'y conforment pas sont mis à l'écart ou sanctionnés (Goffman, 1975/2015; Le Goff, 2013). Lorsque la perspective de Goffman est appliquée à la pratique infirmière en psychiatrie légale, force est de constater que cette spécialité diffère de l'idée populaire du travail infirmier. Il suffit de penser à l'absence d'uniforme infirmier en santé mentale, aux caractéristiques de la clientèle soignée et à l'absence de monitoring typique des hôpitaux de santé physique pour apprécier cette dissimilitude. De plus, comme exposé précédemment, la définition de cette surspécialité infirmière n'étant pas clairement établie, le personnel infirmier ne parvient pas à bien faire comprendre son rôle; les répercussions sur sa reconnaissance ou sa normalité professionnelle sont indéniables.

Aux travaux de Goffman, il est primordial d'ajouter ceux de Link et Phelan (2013) et de Tyler (2020). Ces travaux permettent de comprendre le pouvoir de la stigmatisation d'un groupe sur un autre et qu'il dépend fortement du contexte auquel il se rapporte (Goffman, 1975/2015; Link et al., 2013; Tyler, 2020). Le pouvoir de la stigmatisation peut être vu comme un appareil politique et économique: il s'agit d'une force productive et constitutive qui permet aux mécanismes du pouvoir en place de fonctionner (Tyler, 2020; Tyler et al., 2018). La profession infirmière en psychiatrie légale n'étant pas développée et définie, diverses attitudes discriminantes et néfastes peuvent s'y accoler. Le personnel infirmier conscientise cette réalité; ne sachant pas vers qui se tourner pour se déterminer ou gagner en crédibilité, il modulera ses comportements afin d'éviter des situations gênantes. Ainsi, la stigmatisation s'opère auprès du personnel infirmier et vient servir le côté utilitaire que veulent insuffler les instances en autorité pour contrôler le risque que représente la clientèle (Link et al., 2013; Tyler, 2020; Tyler et al., 2018). Le rétablissement et la réinsertion sont perdus de vue, alors qu'ils se devraient d'être une priorité. Les notions de la stigmatisation et du pouvoir de la stigmatisation sont particulièrement importantes pour cette étude puisqu'elles offrent une avenue pour comprendre ce qui justifie l'absence du développement de la pratique infirmière en milieu psycholégal.

Méthodologie

La recherche s'est déroulée dans un établissement de psychiatrie légale au Canada. Un devis d'analyse de phénoménologie

interprétative a été utilisé puisque l'objectif de la recherche menée était de comprendre l'expérience vécue de la stigmatisation du personnel infirmier en milieu psycholégal. Des entretiens semi-dirigés ont été menés, supportés par un guide d'entretien, auprès de 17 participants (dix infirmières et sept infirmiers). Le recrutement s'est terminé puisqu'une homogénéité des témoignages était atteinte et les récits recueillis permettaient une interprétation riche et cohérente des expériences des participants. Une relation interprétative avec le texte a été engagée pour rendre justice aux significations des participants afin de comprendre leur expérience psychologique et sociale (Larkin et Thompson, 2011). Une codification libre a été effectuée ligne par ligne à travers les détails et les annotations d'une transcription (Antoine et Smith, 2017; Larkin et al., 2011). C'est à travers ce processus qu'un schéma de codage a été élaboré, ce qui a permis l'émergence des thèmes principaux (Larkin et al., 2011).

Résultats

Quatre thèmes ont émergé à la suite de l'analyse et l'interprétation des données, soit: 1) perceptions; 2) choc culturel; 3) soigner en milieu psycholégal et 4) stratégies d'adaptation. Dans le cadre de cet article, l'attention est mise sur le thème central de l'étude, soit le deuxième thème: choc culturel.

Choc culturel

Le personnel infirmier qui a choisi de travailler en milieu de psychiatrie légale perçoit ce milieu comme un défi, un milieu de surspécialité en santé mentale et a mentionné vouloir s'y rendre pour développer leurs connaissances professionnelles. Ce milieu était perçu comme un milieu de haute expertise et source de savoirs spécifiques. La majorité des participants en entrevue ont exprimé avoir vécu une grande déception entre leurs attentes professionnelles et les attentes du milieu. Le rôle même du personnel infirmier à l'interne n'est pas défini et il est soutenu par des directives mouvantes, ce qui ne favorise pas une bonne intégration professionnelle. De plus, la hiérarchisation des titres d'emploi est toujours fortement implantée et entrave le travail interdisciplinaire souhaité dans un tel établissement.

Dissonance entre les attentes et la réalité du milieu.

Dès leurs débuts en milieu psycholégal, le personnel infirmier fait le difficile constat que leur désir de développer une nouvelle expertise ne sera pas rencontré. Plusieurs participants ont exprimé que le rôle infirmier est obscur et instable. Pire, une détérioration de leur rôle en tant que professionnel de la santé s'opère par des changements incessants et incoordonnés. Les attentes du milieu ne sont pas claires, les responsabilités infirmières ne sont pas non plus connues ou bien expliquées dès le début de leur entrée

en fonctions. Certains participants mentionnent que cela peut donner raison aux préjugés véhiculés de l'extérieur. L'écart entre les attentes du personnel infirmier qui a un intérêt pour la psychiatrie légale et la réalité du milieu est si fondamental que certains participants mentionnent s'être questionnés sur la pertinence de leur présence.

Quand je suis sortie d'X et que je suis arrivée directement ici, les premières semaines, j'étais comme «wow, qu'est-ce que je fais ici, quelle est ma tâche», [...] Donc, souvent, on m'interpelaient uniquement pour donner des PRN [pro re nata: au besoin] aux patients... Ça concordait un peu avec les idées que les gens avaient... Tu sais, tu viens t'asseoir et tu attends qu'on t'appelle pour donner les pilules. C'est sûr que tu as le choix de faire ça toute ta carrière si ça te tente, ça je tiens à le mentionner, parce que ce n'est pas tout le monde qui est au même niveau et qui a la même philosophie de soins non plus. (P70B)

Ceci met en lumière la possibilité d'un travail laxiste chez le personnel infirmier, ce qui peut entretenir des croyances que leur travail n'est peut-être pas si significatif dans ce milieu psycholégal. Cette incompréhension entourant la profession infirmière est unique et engendre de la confusion chez le nouveau personnel infirmier. Cette perturbation ne s'estompe pas après les mois ou les années de pratique.

Le temps passe, mais je n'ai pas l'impression de m'approprier la profession, j'ai comme plus l'impression d'être un robot qu'on place d'un endroit à l'autre et qui donne les pilules et qui reste là et c'est tout. (P10B)

Inévitablement, ce flou professionnel entraîne aussi des problématiques au sein des équipes traitantes. L'imbricatio n entourant le rôle et leurs responsabilités se serait accentué avec les dernières années, ne favorisant pas la cohésion des équipes. C'est ce que le prochain participant exprime:

Non, c'est depuis quelques années, les tâches cléricales s'empilent. [...] Donc, la définition de tâches mérite d'être revue, je pense, pour s'assurer que le travail est bien fait aussi. [/] Quand ça devient flou, la description de tâches, les gens s'en permettent un peu plus et ne savent même pas nécessairement où est la limite. (P70B)

Cette instabilité de la définition de tâches infirmières n'aide en rien le personnel infirmier à saisir ses implications professionnelles et à occuper sa place. Il faut ajouter à cela que les méthodes de travail sont fluctuantes au sein même de l'établissement et ne favorisent pas la reconnaissance du travail infirmier. Cela ne permet pas non plus de préciser le rôle

infirmier qui devient plutôt accessoire ou utilitaire selon les besoins de chacune des équipes de travail ou des unités de soins. D'autres participants ont aussi exprimé leur désir au commencement d'innover et de démontrer l'apport professionnel qu'ils pouvaient amener tant à l'équipe soignante qu'aux patients. Cependant, ces idées proactives ne sont pas au diapason avec ce qui est attendu.

J'aimerais ça pouvoir avoir du temps pour donner des capsules d'enseignement aux patients sur les médicaments, mais je n'ai pas le temps, et je n'aurai pas le temps manifestement selon la direction qui prennent nos tâches, de pouvoir mettre ça en place ce genre de pratiques-là, qui pourtant feraient partie des meilleures pratiques et qui devraient être demandées dans le cadre de mon titre d'infirmier clinicien. (P7A)

Ce témoignage fait aussi ressortir une perte d'autonomie et d'opportunités professionnelles qui, pourtant, seraient bénéfiques tant pour les soins à la clientèle que pour le personnel infirmier. Le personnel infirmier qui a connu d'autres milieux d'exercice professionnel mentionne même baisser leurs performances professionnelles afin d'être cohérent avec les attentes du milieu. Cet environnement est source de souffrance pour le personnel infirmier qui se voit instrumentalisé par des demandes bureaucratiques.

Je suis rendu un des plus anciens et [...] je vois arriver la jeunesse qui mérite également de ne pas les brûler à travers des exigences incoordonnées qui, des fois, quand on veut trop démontrer qu'on est bon, on surmène les travailleurs à travers les formulaires, à travers les évaluations, à travers des approches qui se contredisent. (P6A)

Il y a une perte du vécu expérimentiel du travail « plancher » et des besoins infirmiers dans leur propre milieu par la classe dirigeante en place. Cet écart est aussi une entrave à la création d'une relation thérapeutique entre le patient et le personnel infirmier qui est nécessaire dans le processus de soins. Plus nuisible encore, c'est que la dissonance entre les demandes de cet environnement et les attentes du personnel infirmier est telle que la majorité des participants mentionne une sorte de désengagement ou une impression d'être mis de côté par les dirigeants. L'investissement dans la formation ou le développement professionnel du personnel infirmier n'est pas non plus préconisé.

On est en perpétuel programme, on change d'une année à une autre, on ne se stabilise pas et puis on est tout le temps sur le qui-vive, on est tout le temps dans des apprentissages qui ne nous servent quelquefois à rien, c'est énorme et on ne peut pas en parler de ça. (P2A)

Le rôle infirmier fluctue selon des demandes incoordonnées et impétueuses de la classe dirigeante, et cela ne correspond pas aux aspirations professionnelles du personnel infirmier. Cette disparité entraîne du désenchantement et une perte d'opportunités pour le personnel infirmier. De plus, il ne peut se tourner vers sa communauté ou vers les institutions d'éducation par la suite pour aller chercher ce manque de savoirs spécifiques à sa surspécialisation, car, faut-il le rappeler, chacun des participants.es a vécu du rejet de la part de sa communauté de pratique. Aucun cursus scolaire cohérent n'est mis en place et aucune formation en psychiatrie légale n'est offerte en sciences infirmières. D'abord attiré par le milieu psycholégal perçu comme une sommité en psychiatrie, un lieu où il y aurait un beau défi dans la pratique et offrant la possibilité de développer tout un nouveau savoir, ce désir est déchu.

Castes professionnelles

Il a été porté à notre attention que l'ambiance de travail dans l'équipe de soins favorise une séparation et une hiérarchisation qui sont contre-productives, tant pour le travail infirmier que pour la qualité des soins et des services offerts à la clientèle.

Professionnels versus « personnel de plancher ».

Une grande majorité du personnel infirmier interviewé a mentionné que le travail d'équipe dans l'établissement psycholégal était souvent empreint de compétitivité au lieu de complémentarité.

La compétition, parce qu'on voit arriver aussi d'autres professions [...] on rajoute maintenant les travailleurs sociaux, les criminologues qui ont doublé le nombre de présences et les psychologues. Chacun veut sa partie, la plus grosse partie du gâteau sur la même clientèle. Certaines professions ont plus de moyens que d'autres parce qu'ils ne sont pas là 24 heures sur 24 avec le patient comme les infirmières, ils ne sont pas là sur le plancher au quotidien, mais ils ont leur rôle, ils peuvent se permettre de construire un groupe de thérapie, une formation à droite et à gauche. (P6A)

L'ajout de professionnels est fait de manière aléatoire et, au lieu de voir cela d'un bon œil, le personnel infirmier y voit plutôt une perte de spécificité de leur rôle. Les tâches infirmières indistinctes s'accumulent sans se spécifier, menant à la perte d'intérêt pour leur profession. De plus, une pression induite sur le personnel infirmier ajoute à leur déroute, comme le mentionne le prochain participant dans son témoignage.

Le rôle de l'infirmier, il est là par définition, on ne se l'impose pas, chacun a son espace et je ne comprends pas pourquoi l'administration nous pousse tout le temps dans cette direction-là, « imposez-vous », « c'est toi qui dois donner le rapport » (P2A)

Cette pression exercée pour occuper son rôle est paradoxale puisqu'elle est exigée par la même instance qui ne la définit pas, qui n'offre pas le milieu fertile à son essor. Le manque de vision cohérente et de direction auprès des équipes soignantes a aussi été nommé à plusieurs reprises par différents participants. La présence de plusieurs titres professionnels au sein d'une équipe soignante où une ambiance de compétition est instaurée ne favorise pas nécessairement la bonne entente et le développement d'interventions en faveur des patients. Le personnel infirmier n'est pas toujours informé promptement des lignes directrices de traitement des patients qui sont sous leur responsabilité et engendre des conséquences contre-productives sur celui-ci. De plus, il serait inimaginable qu'une telle conduite soit tenue dans d'autres domaines de surspécialité médicale. Dans le milieu psycholégal, le personnel infirmier est le professionnel de la santé qui est auprès du patient à temps plein. Alors ne pas les tenir au courant des développements dans le cheminement du patient ne favorise pas une prise en charge complète, holistique et efficace. Pire, il arrive que l'information relative à certaines situations ne circule pas adéquatement, ce qui peut compromettre la sécurité et la qualité des soins dans ce milieu.

C'est que ça peut dédoubler le travail, ça peut faire en sorte aussi qu'on travaille chacun avec le patient, pour le bien du patient bien sûr, mais le fait de répéter ou bien... Pour un exemple concret: «Tel patient m'a dit que telle situation le rendait anxieux.» «Ah, oui, oui, il me l'a dit hier.» «OK? Il te l'a dit hier? Mais qu'est-ce que tu as fait avec ça toi? C'est quoi la suite? On peut s'asseoir, on peut en discuter?»... C'est ça, il y a un gros manque au niveau de la communication et je pense aussi que le fait que ce soit très hiérarchisé, ça vient bloquer aussi l'inspiration des gens. (P70B)

Le fait que le personnel infirmier ne soit pas mis au courant d'éléments majeurs concernant le patient démontre à quel point son apport à l'équipe soignante et auprès de la clientèle est déprécié, voire discriminé. Plusieurs témoignages portaient sur ce manque de travail d'équipe en interdisciplinarité au détriment d'un travail plus individuel.

Il n'y a pas tant de travail d'équipe. Je trouve que des fois, il manque beaucoup de communication, il manque d'entraide. [...] Je trouve que la division qui est faite, comme je dis, par l'employeur, parmi les titres d'emploi fait en sorte que... Je ne sais pas comment l'expliquer, mais ça entraîne une atmosphère presque malsaine des fois. (P60B)

La réalité du travail dans un environnement psycholégal est séparée selon des titres d'emploi «professionnel» et des employés qui travaillent directement avec la clientèle sur le plancher.

Ça m'est arrivé de constater qu'à l'interne, des fois, il y avait une réunion entre psychiatre et professionnels, excluant l'infirmière curieusement et coordos. Ensuite, il y avait une autre réunion Cardex qu'on appelait, là on trouvait des infirmières et des éducateurs. Donc, pourquoi tout est divisé comme ça... On pourrait tout simplement se mettre ensemble et réfléchir ensemble, selon chacun notre travail, on a des perspectives différentes, ça aurait été mieux de tout mettre ça ensemble. (P70B)

Ce processus de rencontre laisse à penser que le personnel qui œuvre directement auprès du patient, comme le personnel infirmier, ne peut être mis au courant en ce qui concerne le patient et que les décisions sont déjà prises avant la seconde réunion qui inclut l'équipe traitante complète. La séparation s'opère dans les équipes de soins et le personnel infirmier se sent davantage à l'écart, repoussé et le risque est bien réel qu'il intègre que son rôle professionnel n'est pas si important au bout du compte. Le prochain extrait révèle cette pression induite au personnel infirmier qui ne semble pas favoriser pour leur épanouissement.

L'administration veut une construction de personnalité d'infirmier, elle veut que l'on construise une certaine personnalité pour prendre notre place, alors que je trouve que ce n'est pas nécessaire, la place est là. Pourquoi ça n'existe pas avec les éducateurs, pourquoi ça n'existe pas avec les criminologues, pourquoi ça n'existe pas avec les médecins, pourquoi c'est juste avec l'infirmier? On pousse toujours l'infirmier. Moi, je trouve que notre place est là, parce que notre spécifique est là. C'est tout. (P2A)

Le personnel infirmier est poussé à prendre sa place, mais la classe dirigeante qui le demande ne lui en donne pas les moyens. Cette dichotomie est source de grande incohérence (dissonance) et de frustration. Le travail segmentaire ainsi instauré permet de comprendre que cela empêche un travail interdisciplinaire efficace et valorisant pour toute l'équipe de soins. Conséquemment, cette sectorisation du travail alourdit le processus de traitement et de rétablissement pour la clientèle et les risques d'une communication déficiente s'accroissent. Il devient encore plus ardu pour le personnel infirmier d'opérer de manière efficace et d'assurer d'offrir des soins de qualité et sécuritaires.

Si cette situation est insoutenable pour le personnel infirmier, certains participants ont tenté des approches pour endiguer le travail en silo. Néanmoins, plusieurs parmi eux mentionnent s'être heurtés à une barrière de communication. Il y a un manque de considération qui peut entraîner un décrochage du personnel infirmier envers l'employeur et l'investissement dans son travail peut en être influencé. Le prochain passage expose cette réalité difficile, frôlant l'incivilité.

On ne se sent pas écouté ni supporté, alors que son rôle principal c'est ça, c'est de nous aider, de nous supporter, de nous donner des idées, etc. Je ne trouve pas que ça fonctionne bien [...]. Une reconnaissance de ton travail? Jamais de mes supérieurs! Une considération non plus? Jamais! On en entend juste parler quand quelque chose ne va pas bien. L'équipe proche me fait sentir que je suis apprécié, mais pas mes supérieurs, absolument pas, on n'a même pas un bonjour le matin. (P5A)

Cette hiérarchisation/stigmatisation institue aussi un sentiment d'isolement et une rupture entre le personnel infirmier, certains membres de l'équipe et les supérieurs hiérarchiques. Il y a une détresse ainsi communiquée par le personnel infirmier en psychiatrie légale. Il ne trouve pas leur place, il est mésestimé et leur expérience de travail est dévalorisante.

C'est rendu que je suis devenue quasiment un robot, OK à telle heure, à 8h j'arrive, je prépare la médic, je donne la médic, OK c'est la collation, je m'assoie un peu dans la salle, diner, après un revient dans la salle, une note et on rentre. C'est rendu ça ma routine [...]. Alors, c'est ça, tout est comme difficile. (P10B)

Plusieurs participants ont par la suite mentionné le manque de partage des responsabilités et qu'une importante partie du travail incombait uniquement au personnel infirmier. Le personnel infirmier en milieu psycholégal se sent utilisé pour répondre à des exigences provenant d'instances autoritaires encore plus élevées hiérarchiquement. L'instrumentalisation de leur titre professionnel nuit inévitablement à leur valeur, leur identité et leur reconnaissance. L'employeur même qui les engage est source de frustration et d'indifférence qui mènent à de la déconsidération.

Je pense plutôt que ça répond à un besoin ministériel, probablement, parce que ce n'est pas vrai que c'est un besoin d'infirmière que d'écrire ce qu'elle ne voit pas, entre autres, et de l'écrire trois fois plutôt qu'une. (P70B)

Ces exigences frôlent des irrégularités au code de déontologie infirmier, ce qui est source de désarroi, mais aussi de perte de confiance envers les supérieurs qui devraient plutôt représenter l'inverse. La hiérarchisation stricte en milieu psycholégal vient ici couper les ailes au personnel infirmier qui peine à s'approprier pleinement sa place et se retrouve pris avec des demandes légalement hasardeuses. Par conséquent, l'épuisement et le découragement naissent auprès du personnel infirmier et s'ensuit une démobilisation envers le milieu de travail. Il se sent utilisé et mis de côté dans les processus décisionnels qui ont des répercussions sur le travail quotidien. Il se demande même quel est l'intérêt de s'investir dans sa profession, une souffrance profonde s'instaurant alors.

C'est décourageant. Ça a même fait que des journées, je n'avais pas le goût de rentrer et que je ne rentrais tout simplement pas travailler. Je me disais que ce soit moi ou quelqu'un d'autre, ça n'a pas d'importance au niveau des yeux de l'organisation, que ce soit moi ou un autre numéro d'employé, ça ne change rien. Pas de sentiment d'appartenance, mettons. (P5A)

Ce style administratif engendre un désengagement envers l'employeur et cela va se répercuter sur les soins au quotidien et même sur l'alliance dans l'équipe, mais surtout envers la clientèle. Ce sont des conséquences majeures qui devraient être remises en question, ne serait-ce que dans l'optique de favoriser les meilleurs services possibles aux patients en milieu psycholégal.

Discussion

La représentation du personnel infirmier en psychiatrie légale diffère de l'identité sociale généralement admise du travail infirmier typique. Cela entraîne de la stigmatisation auprès du personnel infirmier psycholégal, parce qu'il ne concorde pas à l'identité sociale virtuelle construite dans la pensée générale de ce qu'est une infirmière ou un infirmier (Goffman, 1975/2015). Plusieurs témoignages des participants mettent en exergue cette réalité. En effet, une majorité d'entre eux a identifié des demandes incongruentes entre les exigences du milieu et leurs responsabilités infirmières. Cette réalité ne permet pas le plein déploiement de la pratique infirmière en milieu psycholégal et vient faire écho aux impressions externes négatives en lien avec cette surspécialité. En ce sens, des études ont été menées auprès d'étudiants en sciences infirmières concernant leur perception de la santé mentale et de la psychiatrie (Bujold et al., 2020; Thongpriwan et al., 2015). Celles-ci mettent en évidence le peu d'intérêt des étudiants pour cette spécialité, voire la crainte et le dégoût envers ce domaine qu'ils discréditent (Bujold et al., 2020; Thongpriwan et al., 2015).

Il est impératif que les instances professionnelles et les instances scolaires saisissent cette occasion pour contribuer à faire tomber la stigmatisation tant envers la spécialité de la psychiatrie légale, mais aussi envers le personnel infirmier qui y oeuvre. À titre d'exemple, plusieurs participants, dans le cadre de leurs témoignages, soulevaient la volonté et le souci professionnel d'aller chercher de la formation fiable en psychiatrie légale, mais rapportaient n'avoir rien trouvé. Pire, certains ont même spécifié l'avoir expressément demandé à leur employeur et s'être fait répondre que rien n'existait. Considérant que la stigmatisation est un construit relationnel provenant de multiples particularités au sein d'une société, elle est donc modulable (Goffman, 1975/2015; Tyler et al., 2018). Effectivement, un qualificatif stigmatisant chez une personne ne le sera pas chez une autre personne appartenant à une autre catégorie. Ainsi, un stigmate n'est pas immuable dans le temps, il est influencé constamment et dépend fortement de son contexte (Goffman, 1975/2015; Tyler et al., 2018). Conséquemment, il apparaît logique de suggérer que

l'établissement d'un processus d'éducation pour les sciences infirmières en psychiatrie légale viendrait construire les fondements d'une reconnaissance de l'expertise nécessaire pour travailler dans ce milieu.

Ceci rejoint aussi la définition de la stigmatisation de Link et Phelan (2001). Selon la perspective de ces chercheurs; le personnel infirmier en milieu psycholégal serait stigmatisé par la situation dans laquelle il se retrouve. Le personnel infirmier en milieu psycholégal est étiqueté par leur environnement de travail qui revêt des caractéristiques désagréables et peu reluisantes. Les témoignages recueillis lors des entrevues renvoient à ces postulats. Un grand nombre de participants évoque comment le milieu sous-exploite leurs capacités et les réduit à un rôle utilitaire et très technique. La quasi-totalité des participants exprime une frustration de ne pas pouvoir exercer pleinement leur rôle, mais également par rapport au fait que bien souvent les demandes organisationnelles sont axées sur le remplissage de formulaires, de protocoles et de pape-rasse qui se répètent et se dédoublent. Ils poursuivent en expliquant que parfois cela déroge à la pratique basée sur des données probantes et que cela repose sur des façons de faire plus archaïques qu'ils associent au milieu de psychiatrie légale. Pire, il est aussi rapporté que ces pratiques frôlent parfois la transgression de leur code de déontologie.

Ces constats permettent de réfléchir sur les gains qu'un parcours pédagogique reconnu pourrait avoir sur la pratique infirmière en psychiatrie légale. En effet, le personnel infirmier pourrait alors se définir et s'approprier pleinement son rôle de manière indépendante et selon les meilleures pratiques contemporaines. De plus, ces nouvelles connaissances permettraient d'intégrer l'étendue de leur pratique et de leurs responsabilités professionnelles envers leurs patients. Cette reconnaissance s'enracinerait avec le temps dans la communauté infirmière et éventuellement rayonnerait socialement, ce qui permettrait de mettre fin aux préjugés et à la stigmatisation de ces professionnels de la santé. Des études ont d'ailleurs mis en évidence que plusieurs attitudes dévastatrices envers le milieu psychiatrique, dont la psychiatrie légale, reposent sur des associations infondées rendues possibles en raison

du peu d'apprentissages formels proposés (Ebsworth et Foster, 2016; Graham et al., 2020; Günösen et al., 2017; Wedgeworth et al., 2020). Les retombées d'une telle formation seraient majeures pour la pratique infirmière en psychiatrie légale et surtout pour la qualité des soins et des services offerts aux patients.

D'ailleurs, pour modifier ces perceptions et diminuer la stigmatisation, la modification des attitudes et des croyances profondes du groupe en position de pouvoir doit s'opérationnaliser (Link et al., 2001). Pour ce faire, le groupe en puissance doit perdre de cette autorité ou du moins être circonscrit (Link et al., 2001). Une formation externe et appropriée pour le personnel infirmier en psychiatrie légale permettrait, puisqu'il pourrait identifier son rôle et ses responsabilités de manière autonome. La recherche de Kent-Wilkinson (2011) a identifié que le retard dans le développement des connaissances infirmières en milieu psycholégal est souvent observé, car les infrastructures primordiales pour élaborer un parcours pédagogique ne sont pas mises en place de manière simultanée. La création d'un tel parcours pédagogique permettrait d'affirmer l'identité professionnelle du personnel infirmier en psychiatrie légale et d'augmenter leur crédibilité professionnelle. La considération de ces multiples éléments porte à croire qu'il est plus que temps que ce cursus pédagogique en psychiatrie légale voit le jour.

Conclusion

Cette recherche met en lumière l'importance d'élaborer un cursus académique cohérent pour la profession infirmière en psychiatrie légale. Il importe également de s'interroger sur les politiques et les pratiques mises en place dans ces établissements, afin d'en élaborer de nouvelles qui donneraient au personnel infirmier leur juste place. De plus, une amélioration des communications et des attentes entre les supérieurs hiérarchiques et le personnel infirmier serait une avancée notable pour le travail infirmier, les soins et les services offerts en milieu psycholégal. Davantage d'études doivent être menées afin de répondre aux besoins de formation et de favoriser l'essor de la psychiatrie légale en sciences infirmières, permettant une meilleure intégration de cette discipline dans la pratique clinique et académique.

Limites de l'étude

Les résultats présentés sont basés sur un échantillon restreint et spécifique, il serait difficile et hasardeux de les généraliser ou les extrapoler à une population plus large.

Autres

L'autrice ne déclare aucun conflit d'intérêts ni aucune de source de financement.

L'autrice

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

Références

Allen, S. A. et Aburabi, R. (2016). When security and medicine missions conflict: Confidentiality in prison settings. *International Journal of Prisoner Health*, 12 (2), 73-77. 10.1108/IJPH-03-2016-0007

Antoine, P. et Smith, J. A. (2017). Saisir l'expérience : présentation de l'analyse phénoménologique interprétative comme méthodologie qualitative en psychologie. *Psychologie Française*, 62 (4), 373-385. 10.1016/j.psfr.2016.04.001

Beckmann, D. (2017). What are physicians' responsibilities to patients whose health conditions can influence their legal proceedings? *AMA Journal of Ethics*, 19 (9), 877-884. 10.1001/journalofethics.2017.19.9.ecas1-1709

Ben Natan, M., Drori, T. et Hochman, O. (2015). Associative Stigma Related to Psychiatric Nursing Within the Nursing Profession. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29 (6), 388-392.

Bladon, H. J. (2018). Clear Skies Ahead: The Way Out of Identity Confusion. *Issues in Mental Health Nursing*, 39 (3), 259-263. 10.1080/01612840.2017.1381208

Bladon, H. J. (2019). Mental health nursing and the pursuit of professional equivalence. *Mental Health Practice*, 22 (4), 17-20. 10.7748/mhp.2019.e1344

Bujold, A., Pariseau-Legault, P. et de Montigny, F. (2020). Exploration de l'impopularité des milieux de santé mentale/psychiatrie auprès de la relève infirmière : une revue systématique des écrits. *Recherche en soins infirmiers*, 141, 17-37.

Coleman, P. (2018). Cultural differences in General and Psychiatric Nurses: A critical analysis using Social Identity Theory. *Aporia*, 10 (2), 17-27.

Domingue, J.-L., Jacob, J. D., Perron, A., Pariseau-Legault, P. et Foth, T. (2020). (Re) construction identitaire et pratique infirmière en psychiatrie légale : réflexion critique sur les commissions d'examen. *Recherche en soins infirmiers*, 143, 118-126.

Ebsworth, S. J. et Foster, J. L. H. (2016). Public perceptions of mental health professionals: stigma by association? *Journal of Mental Health*, 1-11.

Goffman, E. (2015). *Stigmata: les usages sociaux des handicaps*. Éditions de Minuit.

Graham, J. M., Waddell, C., Pachkowski, K. et Friesen, H. (2020). Educating the Educators: Determining the Uniqueness of Psychiatric Nursing Practice to Inform Psychiatric Nurse Education. *Issues in Mental Health Nursing*, 41 (5), 395-403. 10.1080/01612840.2019.1678081

Günösen, N. P., Çetinkaya, D. Z., Inan, F. S., Ince, S. Ç., Sari, A. et Aksoy, B. (2017). Exploration of the Factors Affecting the Choices of Nursing Students Who Choose Psychiatric Nursing as the First and Last Choice. *Issues in Mental Health Nursing*, 38 (10), 837-844.

Kalra, R., Kollisch, S. G., MacDonald, R., Dickey, N., Rosner, Z. et Venters, H. (2016). Staff Satisfaction, Ethical Concerns, and Burnout in the New York City Jail Health System. *Journal of Correctional Health Care*, 22 (4), 383-392. 10.1177/1078345816668339

Kent-Wilkinson, A. E. (2010). Forensic Psychiatric/Mental Health Nursing: Responsive to Social Need. *Issues in Mental Health Nursing*, 31 (6), 425-431.

Kent-Wilkinson, A. E. (2011). Forensic nursing educational development: An integrated review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18 (3), 236-246.

Larkin, M. et Thompson, A. R. (2011). Interpretative Phenomenological Analysis in Mental Health and Psychotherapy Research. Dans D. Harper et A. R. Thompson (dir.), *Qualitative Research Methods in Mental Health and Psychotherapy: A Guide for Students and Practitioners*. John Wiley & Sons, Chichester: UK.

Le Goff, A. (2013). Identité, reconnaissance et ordre de l'interaction chez E. Goffman. Dans *Goffman et l'ordre de l'interaction* (p. 369-390). CURAPP; PUF.

Link, B. G. et Phelan, J. (2013). Stigma power. *Social Science and Medicine*, 103, 24-32.

Link, B. G. et Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-85.

Martin, T., Maguire, T., Quinn, C., Ryan, J., Bawden, L. et Summers, M. (2013). Standards of Practice for Forensic Mental Health Nurses—Identifying Contemporary Practice. *Journal of Forensic Nursing*, 9 (3), 171-178.

Möller-Leimkühler, A. M., Möller, H. J., Maier, W., Gaebel, W. et Falkai, P. (2016). EPA guidance on improving the image of psychiatry. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 266 (2), 139-154. 10.1007/s00406-016-0678-5

Paradis-Gagné, E. et Guimond, V. (2020). Implementation of the Mental Health Nurse Practitioner Role in Forensic Settings: A Case Report. *Journal of forensic nursing*, 16 (3), 179-182. 10.1097/JFN.0000000000000283

Pariseau-Legault, P. (2017). Vers une meilleure compréhension des dimensions médico-légales de la pratique infirmière: Une réflexion sur la pertinence de l'analyse sociojuridique. *Aporia*, 9 (2), 14-25.

Peteet, T. et Tobey, M. (2017). How Should a Health Care Professional Respond to an Incarcerated Patient's Request for a Particular Treatment? *AMA Journal of Ethics*, 19 (9), 894-902.

Simon, L., Beckmann, D., Stone, M., Williams, R., Cohen, M. et Tobey, M. (2020). Clinician Experiences of Care Provision in the Correctional Setting: A Scoping Review. *Journal of Correctional Health Care*, 26 (4), 301-314. 10.1177/1078345820953154

Snyder, B. L. (2019). Why (Not To) Choose Psychiatric-Mental Health Nursing. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 57 (10), 2-3. 10.3928/02793695-20190919-01

Thongpriwan, V., Leuck, S. E., Powell, R. L., Young, S., Schuler, S. G. et Hughes, R. G. (2015). Undergraduate nursing students' attitudes toward mental health nursing. *Nurse Education Today*, 35 (8), 948-953.

Tyler, I. (2020). *Stigma: The Machinery of Inequality*. Zed Books. <http://ebookcentral.proquest.com/lib/ottawa/detail.action?docID=6131502>

Tyler, I. et Slater, T. (2018). Rethinking the sociology of stigma. *Sociological Review*, 66 (4), 721-743. 10.1177/0038026118777425

Wedgeworth, M. L., Ford, C. D. et Tice, J. R. (2020). "I'm scared": Journaling Uncovers Student Perceptions Prior to a Psychiatric Clinical Rotation. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 26 (2), 189-195. 10.1177/1078390319844002



Portrait



David Pelosse, infirmier au SIM forensique

Par Clara Lessard-Deschênes

Nous vous présentons le portrait de David Pelosse, infirmier clinicien au sein d'une équipe SIM forensique. Il nous parle de son rôle, des défis qu'il rencontre et des aspects positifs de son travail en communauté auprès de personnes vivant avec des troubles de santé mentale et ayant un passé judiciaire.



PORTRAIT

David Pelosse

**Infirmier clinicien au sein
d'une équipe de suivi intensif
dans le milieu (SIM) forensique**

David Pelosse est infirmier clinicien au sein d'une équipe de suivi intensif dans le milieu (SIM) forensique, une première au Québec. «À notre connaissance, quand nous avons débuté l'équipe SIM forensique en avril 2024, c'était la première dans l'Est du Canada. L'équipe est maintenant constituée de neuf personnes, dont deux infirmiers.» Son rôle s'inscrit dans le cadre du modèle SIM forensique, une équipe spécialisée en psychiatrie légale qui accompagne des personnes présentant à la fois un trouble de santé mentale et un passé judiciaire. Cette équipe est née dans un contexte où les services en santé mentale se construisent selon une hiérarchisation établie par le gouvernement. «Le gouvernement, via le PAISM 2022-2026, a donné le rôle à l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel de déterminer la hiérarchisation des services en psychiatrie légale au Québec, donc de déterminer les services seront donnés où et par qui. Alors les projets du SIM forensique découlent de ça.»

«Mon rôle est encore à définir dans le sens où j'occupe le même rôle que le personnel infirmier d'une équipe SIM, auquel la partie légale est ajoutée, c'est-à-dire de suivre des personnes dans la communauté qui ont des mandats légaux, principalement des mandats de la Commission d'examen des troubles mentaux, ou des personnes qui pourraient sortir par exemple de détention, qui ont des antécédents judiciaires, mais qui ont aussi des problèmes de santé mentale. Donc notre spécificité, c'est que les intervenants de l'équipe SIM forensique puissent faire les deux dans une optique de gestion de risques.»

Le modèle adopté repose sur le modèle Rochester développé aux États-Unis. L'idée est de s'assurer qu'une personne qui présente à la fois un trouble de santé mentale et un historique judiciaire puisse être suivie adéquatement en communauté. «Ça peut être une personne qui a été libérée par la Commission d'examen des troubles mentaux, mais qui reste avec un suivi et un risque important de violence. Nous considérons que notre clientèle présente un risque de violence moyen à élevé.» L'équipe

dessert principalement des patients issus de l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel, mais elle pourrait éventuellement être amenée à intervenir auprès de personnes en maison de transition ou en réinsertion après une peine purgée en milieu carcéral. Étant spécialisée, l'équipe pourrait également soutenir les intervenants d'autres milieux assurant des suivis en communauté: « Lorsque l'équipe sera assez rodée, il est souhaité, que nous puissions agir comme soutien-conseil auprès d'autres équipes. Nous pourrions essayer de soutenir les équipes lorsqu'elles ont des inquiétudes ou des problématiques, pour leur permettre de continuer à suivre les personnes en communauté dans leur milieu. »

Constitution de l'équipe et définition du rôle infirmier

À ses débuts, David explique qu'il a intégré une équipe en pleine construction. « J'ai eu mon poste à la fin avril 2024 et nous avons intégré notre premier usager dans l'équipe au début du mois de juillet. » Initialement, l'équipe se composait de lui-même et de deux criminologues qui occupaient respectivement le rôle de cheffe d'équipe et de spécialiste en logement. Au cours de l'été 2024 l'équipe s'est progressivement étoffée pour inclure divers professionnels: travailleuse sociale, ergothérapeute et des criminologues pour occuper des rôles tels que spécialistes en emploi, en dépendance et en gestion du risque.

Le rôle de David au sein de l'équipe est en constante évolution. « Mon rôle s'est développé beaucoup, parce qu'il existait plus ou moins. J'ai pris le rôle de l'infirmier SIM, puis ajouté à cela toute l'évaluation des risques, notamment le risque de violence. » En tant qu'infirmier, il assure le suivi médical, les injections, les prises de sang et la liaison entre divers intervenants. « Une partie de mon rôle a été plus administrative depuis le début, mais sinon au niveau clinique mon rôle est plus dans l'organisation des soins infirmiers: s'assurer de regarder les médecins de famille, de faire des liaisons avec les pharmacies communautaires, la pharmacie à l'interne, aussi avec les infirmières à l'interne si jamais nos usagers sont hospitalisés ou s'ils proviennent de l'interne, puis enfin la liaison avec les infirmières à l'externe si nous intégrons à l'équipe des usagers qui étaient suivis par les services externes. »

Par ailleurs, la mise en place de cette nouvelle équipe a sollicité sa participation dans l'élaboration d'outils d'évaluation et de suivi, tel que le plan de crise conjoint, et d'outils d'évaluation du risque. « Nous nous sommes doté de 2 outils pour l'évaluation du risque, le HCR-20 que les criminologues de Pinel utilisaient et le START pour l'évaluation court terme des risques. Nous n'évaluons pas seulement le risque de récidive violente, mais aussi le risque suicidaire, auto-agressif, le risque de fugue, d'abus de substance, donc c'est quand même assez complet. C'est un outil de jugement structuré d'évaluation du risque, basé sur nos observations, pas juste sur des sentiments ou des impressions. Cela nous aide à faire un portrait plus juste du risque que la personne représente. »

« L'autonomie professionnelle, je dirais que c'est la principale chose qui m'a frappée. Nous avons une belle latitude d'intervention, nous avons l'autonomie professionnelle pour intervenir et pour prendre des décisions. »

– David

Les particularités du SIM forensique

L'un des aspects que David souligne avec enthousiasme est la possibilité d'accéder au milieu de vie de ses usagers. « Dans l'équipe SIM forensique, ce que je trouve particulier c'est que nous avons accès au milieu de nos usagers. Je pense que c'est un gros plus, le fait qu'on découvre comment la personne vit dans son milieu. C'est quelque chose qui manquait dans ma pratique à l'interne. »

Cette approche permet de comprendre concrètement le quotidien des personnes suivies et d'adapter les interventions. Toutefois, cela requiert une adaptation aussi bien de la part des intervenants que des usagers. « Ce que nous constatons, c'est que les gens qui ont été à Pinel pendant un certain temps sont tellement habitués à un milieu encadrant, qu'en communauté ils sont un peu perdus. J'ai l'impression qu'ils doivent réapprendre à prendre des décisions de façon autonome. »

La philosophie du SIM forensique repose sur un accompagnement qui laisse une large place à l'autonomie de la personne. « À Pinel, à l'interne surtout, c'est très cadrant, très dans le contrôle alors qu'en communauté, nous tentons d'avoir une philosophie vraiment plus à l'opposée. Même si nous devons composer avec le cadre légal, nous tentons quand même d'avoir une philosophie qui va promouvoir l'autonomie de la personne et la responsabiliser dans ses décisions. Accorder de l'importance aux décisions qu'elle va prendre, c'est une partie que je considère importante. Même si nous sommes conscients du contexte légal, même si nous savons que la personne a des conditions à respecter, nous essayons quand même de l'accompagner dans la prise des bonnes décisions, et nous l'accompagnons aussi dans les moins bonnes. »

David souligne sur le fait que cette approche ne signifie pas laisser faire, mais plutôt guider et soutenir. « C'est important et plaisant de promouvoir l'autonomie, mais j'ai l'impression que

nos usagers ne sont pas habitués à ça. Je crois aussi que notre rôle est de leur dire « prends ta décision, nous te donnerons de l'information, nous serons présents pour te soutenir, nous ferons un peu d'éducation, mais au final c'est toi qui décideras. »

Défis organisationnels et contraintes du quotidien

Travailler en milieu forensique ne va pas sans défis. Plusieurs obstacles organisationnels et pratiques se font ressentir. La couverture d'un vaste territoire, de Montréal à Laval en passant par la Rive-Nord, entraîne des temps de transport importants. « On perd beaucoup de temps sur la route... la moyenne de transport est à peu près de 30 minutes entre chaque usager, ce qui coupe un peu le nombre de personnes que nous voyons dans une journée. » Le lieu d'implantation de l'équipe reste incertain. « Pour l'instant, notre local est à Pinel, ce qui est loin d'être l'idéal. Nous souhaitons être en communauté, mais nous attendons encore un local. Nous ne savons pas à quel endroit, ni à quel moment. »

Plusieurs défis sont rencontrés par les intervenants, par exemple l'initiation du suivi dont l'intensité est nouvelle pour la plupart des usagers. « Au début ils n'étaient pas très réceptifs. Quand nous avons présenté le SIM aux usagers, que c'était 2, 3 peut-être parfois 5 rencontres par semaine... c'est vraiment énorme. Ils étaient plus ou moins à l'aise avec ça. Ils étaient très à l'aise quand nous leur avons présenté qu'ils n'auraient pas à revenir à l'Institut pour les suivis et que le but est d'utiliser la communauté. Lorsqu'ils ont des prélèvements à faire, soit c'est mon collègue ou moi qui les faisons ou soit nous référons vers les CLSC. Même nos psychiatres se déplacent à domicile, alors c'est vrai que c'est un changement positif pour eux, mais l'intensité du service, ça leur fait peur. Il a fallu travailler les liens avec chacune de ces personnes-là. Je pense qu'il y en a plusieurs qui commencent à remarquer que justement leur vie a pris quand même un autre angle. Nous avons aidé à sortir plusieurs personnes de ressources pour aller en appartement autonome. Pour eux, ça représente un gros changement dans leur vie. Donc je pense qu'ils trouvent ça intensif, mais ils voient qu'ils ont des bénéfices. »

La philosophie de l'équipe, qui diffère du modèle institutionnel, présente également divers enjeux, notamment pour les usagers qui utilisent des drogues. « Je constate une différence dans la philosophie du soin que nous avons, entre l'interne et l'équipe SIM forensique, pour les usagers qui consomment. Dans la communauté, des personnes qui consomment constituent une réalité, tandis qu'à l'hôpital, c'est moins toléré. J'ai l'impression que cette différence de philosophie encourage certains de nos usagers à dire « Ben non je ne consomme pas », mais nous arrivons à leur domicile puis nous voyons des indices qui nous indiquent qu'ils consomment. Donc, nous tentons de leur expliquer qu'il est préférable qu'ils nous le disent, qu'ils ne retourneront pas à l'hôpital automatiquement. Certains ont vécu l'expérience: « on consomme, on retourne à l'hôpital ».

Ça reste dans les défis. C'est tout un ajustement, dans le fond, d'apprendre à nous faire confiance. »

Enfin, David souligne que l'un des défis majeurs pour les usagers est l'accès au logement. « Nous souhaitons sortir des usagers de l'hôpital, mais nous avons de la difficulté à trouver des logements abordables. Les usagers bénéficient pour la plupart de l'aide de dernier recours, ils reçoivent 900\$ et le logement coûte 1000\$. Avec ça, il ne peut même pas payer l'épicerie. C'est un énorme défi. »

Un travail d'équipe passionnant qui mise sur l'autonomie des usagers et des intervenants

Le contact privilégié avec les usagers est un des aspects du travail le plus important pour David. « Connaître les personnes, de m'intéresser à leurs talents, leurs capacités, ce qu'ils souhaitent faire, de les aider à être de plus en plus autonome dans leur vie, malgré la présence de certaines limites, s'ils en ont, en considérant leurs connaissances... je dirais que c'est ce qui me plaît le plus. J'ai la conviction que si nous souhaitons aider les personnes vivant avec une problématique de santé mentale, nous devons partir d'où ils sont, puis essayer de les amener où ils veulent aller. »

Le travail en communauté permet également à l'équipe SIM forensique d'entretenir un lien privilégié avec les familles. « J'avais très peu de contact avec les familles lorsque je travaillais sur les unités de soins. En communauté, c'est différent. Bien que nous n'ayons pas des contacts avec chacune des familles de nos usagers, je dirais que nous tentons d'inclure le plus possible les familles qui sont présentes, c'est gratifiant. »

L'un des aspects les plus valorisants de ce modèle est la collaboration interdisciplinaire et l'autonomie dont il bénéficie dans le cadre de son travail. « L'autonomie professionnelle, je dirais que c'est la principale chose qui m'a frappée. Nous avons une belle latitude d'intervention, nous avons l'autonomie professionnelle pour intervenir et pour prendre des décisions. J'apprécie aussi le travail d'équipe avec des professionnels d'autres disciplines, parce que ça m'apporte d'autres visions pour intervenir. Ça permet de développer notre opinion avec des discussions d'équipe. J'ai plusieurs questionnements, mais je n'ai pas nécessairement tout le temps les réponses. En réfléchissant en équipe, nous trouvons des réponses qui ont du sens. »

Moments marquants et réussites concrètes

Parmi les expériences qui ponctuent son parcours, David relate un succès qui illustre la philosophie du SIM forensique. Il évoque notamment le cas d'un usager: « Un usager que nous avons soutenu pour passer d'une ressource pour aller en appartement autonome. Nous craignons qu'il s'isole un peu, parce

qu'en ressource, il avait des amis. Il côtoyait plus de gens dans les espaces communs. Nous craignons qu'il s'isole en logement autonome, puis il avait aussi nommé que ça lui faisait peur car il ne faisait pas beaucoup d'activités sociales. Même s'il avait beaucoup d'intérêts, c'est surtout le budget qui le restreignait lorsqu'il était en ressource. Nous l'avons aidé à trouver un appartement subventionné, alors au niveau financier, sa situation s'est améliorée. Nous l'avons aidé à aller au TAZ faire du skateboard. C'est un objectif que nous avons fixé avec lui depuis le début du suivi. Nous l'avons accompagné dans les dernières semaines et nous souhaitons poursuivre l'activité jusqu'à ce qu'il se sente à l'aise d'y aller seul. C'est un de nos bons coups, d'encourager cette personne à sortir, puis de voir qu'elle a vraiment du plaisir à reprendre une activité qui la passionne. Finalement, nous avons constaté que, dans son nouveau quartier, il y a un skate park à 3 coins de rue de son domicile. En plus, il est accessible gratuitement puisque c'est dans un parc. Cette personne pourra continuer à faire du skateboard. C'est ce que nous souhaitons.» Ce témoignage met en lumière l'impact positif d'un suivi personnalisé, qui permet à la personne de découvrir et d'exploiter ses ressources personnelles pour gagner en autonomie et en confiance.

Les conditions pour réussir dans ce milieu

Pour ceux qui envisagent de travailler dans le domaine du SIM forensique, David recommande d'avoir une grande ouverture d'esprit et une flexibilité quant aux méthodes d'intervention. «Avoir de l'ouverture. Je pense qu'il faut être capable de ne pas être trop cadrant, tout en ayant quand même des objectifs clairs en tête. Sans laisser faire la personne tout ce qu'elle veut faire, mais d'être ouvert à d'autres possibilités. Si j'ai des interventions en tête, mais que j'écoute la personne puis que je constate que les interventions auxquelles j'ai pensé ne fonctionneront pas, il faut penser à d'autres choses. Si je reste bloqué sur ce que je pense, ça ne fonctionnera pas.»

Il ajoute également qu'il faut «être capable de vivre avec un certain inconfort. Je trouve que je suis moins à l'aise d'intervenir aussi rapidement qu'avant, mais en même temps,

je suis moins dans l'intervention. Je suis plus dans la recherche de collaboration avec nos usagers. Parfois, ils me posent des questions et je n'ai pas la réponse. Je leur renvoie alors la question puis ils sont en mesure de trouver leur réponse.» La collaboration professionnelle et avec les usagers est ainsi centrale dans le travail au sein du SIM forensique.

En plus d'une ouverture d'esprit et d'une flexibilité dans les interventions, David rappelle l'importance de bien comprendre le contexte légal dans lequel le suivi a lieu. «Je pense qu'il faut quand même aussi avoir une bonne connaissance générale de toute la partie légale. La plupart de nos usagers ont soit des expériences passées avec le système judiciaire où ils sont suivis par la Commission d'examen des troubles mentaux et nous devons respecter ce cadre légal comme intervenant. Il est primordial de connaître et de savoir les éléments spécifiques et nos leviers d'interventions dans ce contexte légal.»

David est conscient que certains pourraient avoir des appréhensions à travailler dans un SIM forensique, mais se montre rassurant et confiant envers le modèle. «Si nous sommes rigoureux dans notre travail d'intervenants communautaires spécialisés en psychiatrie légale, notamment dans l'évaluation du risque, de bien connaître les personnes que nous suivons, je pense que nous arriverons à éliminer la plupart des peurs. Nous ne sommes pas obligés d'aller au domicile des personnes non plus, nous avons la possibilité d'aller, par exemple, dans un café. Il est possible d'être dans un terrain neutre.»

Conclusion

Le parcours de David Pelosse illustre la richesse et la complexité du suivi en santé mentale dans un contexte forensique. En s'appuyant sur un modèle innovant et en travaillant dans une équipe interdisciplinaire, il participe activement à redéfinir l'accompagnement des personnes présentant des troubles mentaux et un passé judiciaire. Son engagement se manifeste tant dans la rigueur de ses interventions que dans sa capacité à accompagner les personnes vers une plus grande autonomie, malgré les défis organisationnels et relationnels. Comme il le résume lui-même :

«Si tu as un intérêt pour la santé mentale et que tu veux aussi faire une différence dans la vie des gens, mais dans la communauté, je pense que c'est le bon milieu pour le faire !»

L'autrice

Clara Lessard-Deschênes, inf., MSc, candidate au doctorat à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal et secrétaire pour l'AQIISM



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

La recherche autrement

Crise en santé mentale : une nouvelle vision

Par Emilie Hudson, Guyane Lessard, Pierre Pariseau-Legault,
Christine Cassivi, Chad Chouinard et Marie-Hélène Goulet



crise en santé mentale

une nouvelle vision

— Emilie Hudson & Guyane Lessard

Le terme « **crise en santé mentale** » est dominé par des définitions basées sur l'approche biomédicale de la santé, qui la voit comme un problème médical lié à la biologie et traite surtout les symptômes. Cette vision met de côté l'expérience des personnes et les dimensions sociales, environnementales, culturelles, ou structurelles de la crise. Il semble nécessaire de trouver une définition qui correspond davantage à la définition holistique de la santé mentale de l'OMS et au ressenti des personnes qui ont vécu une crise.

Antécédents de la crise



Vulnérabilités sous-jacentes

Élément déclencheur (par ex. séparation, perte d'emploi), apparition ou aggravation de symptômes, accès limité aux services/soutien, avoir vécu des événements traumatiques



Défis relationnels

Conflits, isolement, déconnexion, sentiment que la détresse n'est pas prise au sérieux, effondrement de la structure sociale.



Effondrement de la structure de vie

Conception de soi ébranlée, instabilité professionnelle, financière et/ou d'habitation, difficulté à accomplir ses diverses responsabilités, ses activités de la vie quotidienne et de la vie domestique, à maintenir son autonomie et à s'accomplir.

Caractéristiques de la crise



Temporalité de la crise

Variable d'un individu à l'autre et d'une crise à l'autre tant dans la durée, que la progression. Les limites peuvent être claires (la personne identifie un début et une fin) ou floues (certains aspects de la crise persistent même après une amélioration).



Signes et symptômes de perturbation

Changements des habitudes de vie, un déclin fonctionnel et du niveau d'énergie, des idées ou comportements hétéro ou auto-agressifs. Des symptômes dissociatifs, psychotiques, anxieux, dépressifs et/ou maniaques peuvent survenir. Il n'est pas rare de se "sentir bas", de se "sentir haut" ou de se "sentir bas et haut" simultanément. Des sentiments comme la honte, la peur, la tristesse, la colère, le désespoir peuvent être vécus.



Impact interpersonnel

Retrait social, conflit, le déséquilibre d'une personne en crise peut affecter les proches et nuire à leur équilibre personnel.

Conséquences de la crise

La crise peut être une fenêtre d'opportunité pour l'instauration de services. Il peut en découler une croissance personnelle ou encore des difficultés persistantes. Au niveau interpersonnel, l'approfondissement des liens peut survenir, mais l'isolement social peut aussi s'exacerber.

Mise en place de stratégies

Utilisation de stratégies internes : un plan de crise, l'activité physique, les arts, établir une routine, adoption de comportements « malsains » ou encore de stratégies externes : l'implication des proches, des services de première ligne (soins médicaux, communautaires, psychothérapeutiques).

Définition

La crise en santé mentale est une expérience unique à chacun, ancrée dans un contexte, marquée par une escalade d'émotions, de pensées et de comportements pouvant interférer avec le fonctionnement social, professionnel et/ou interpersonnel de la personne.

Bien que les limites de la crise puissent être floues, cette expérience peut commencer par une perte de repères pour la personne. La crise en santé mentale évolue de façon non linéaire, et peut amener une personne à changer sa façon de vivre ou de comprendre son expérience.

En bref - clinicien

- ◆ Plutôt que d'envisager les crises uniquement sous un angle biomédical, **les cliniciens doivent reconnaître l'influence des facteurs sociaux, culturelles, environnementales ou structurels** à travers le continuum de crise d'un individu.
- ◆ **Prendre en considération l'expérience des proches**, qui se sentent souvent exclus des interventions en cas de crise.
- ◆ **Adopter une approche holistique**, car elle aide les individus à faire face aux défis immédiats inhérents à la crise et les aide à progresser vers le rétablissement.

Pour en savoir plus

inclut une vignette
d'un pair aidant



Hudson, E., Pariseau-Legault, P., Cassivi, C., Chouinard, C., & Goulet, M. (2024). Mental Health Crisis: An Evolutionary Concept Analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*, inm.13412. <https://doi.org/10.1111/inm.13412>

Les auteur.rices

Emilie Hudson, inf., MSc, est infirmière et étudiante au doctorat à la Faculté des sciences infirmières (FSI) de l'Université de Montréal (UdeM) qui possède un savoir expérientiel en santé mentale. Ses recherches portent sur la crise en santé mentale, l'intervention policière en situation de crise et l'expérience vécue.

Guyane Lessard est étudiante au premier cycle à la FSI de l'UdeM qui possède un savoir expérientiel en santé mentale. Ses intérêts de recherche portent sur l'expérience des personnes premières concernées en santé mentale.

Pierre Pariseau-Legault, inf., PhD, est professeur agrégé au département des sciences infirmières de l'Université du Québec en Outaouais. 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.

Christine Cassivi, inf., MSc, est infirmière et candidate au doctorat à la FSI de l'UdeM. Ses recherches portent sur le développement de pratiques de soins équitables en santé mentale pour les personnes vivant du racisme systémique et des discriminations.

Chad Chouinard possède un savoir expérientiel en santé mentale. Il est pair aidant à la Société québécoise de la schizophrénie et des psychoses apparentées et patient-partenaire pour le CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.

Marie-Hélène Goulet, inf., PhD, est professeure agrégée à FSI de l'UdeM. Ses recherches portent sur la prévention de la coercition en santé mentale et préconisent une approche de partenariat en recherche. Elle enseigne la santé mentale aux futures infirmières.



Politique et aspects légaux de la profession infirmière



Cybersanté mentale

Par Amélie Ladouceur

Bonjour chères lectrices et chers lecteurs,

Pour cette deuxième édition, il sera question de l'intelligence artificielle ou de la cybersanté en santé mentale. De récents développements dans le domaine, survenus au cours des derniers mois, pourraient avoir des répercussions sur votre travail, peut-être plus rapidement que vous le pensiez. Plusieurs questions surgissent sur le sujet, notamment sur la réglementation et la sécurité des soins. Différentes instances proposent des réponses, nous vous en présentons quelques-unes.

Introduction

Depuis la pandémie, les soins de santé offerts à distance par les différents moyens de communication qu'offrent Internet ont connu un essor fulgurant. La télémédecine, la cybersanté ou la cybersanté mentale, les consultations virtuelles et plusieurs autres moyens de communication ont été déployés rapidement. La réglementation entourant cette nouvelle réalité n'a pas toujours suivi aussi efficacement leur apparition. Actuellement, il est de plus en plus question de l'intelligence artificielle qui pourrait être un nouvel allié tant pour aider au diagnostic, au traitement qu'à la prise en charge. Pour le travail quotidien des infirmières et des infirmiers en santé mentale, y aura-t-il des changements et comment modifieront-ils la pratique infirmière ?

La cybersanté mentale au Canada

La Commission de la santé mentale au Canada (CSMC) est un organisme sans but lucratif qui est responsable de l'élaboration et de la diffusion de programmes et de ressources au service de la santé mentale de la population canadienne. Récemment, la CSMC a lancé une consultation nationale auprès des dirigeants, de praticiens et de représentants des utilisateurs qui sont impliqués dans la cybersanté mentale à tous les niveaux. Un document officiel a été rendu public et porte pour titre : *Stratégie de cybersanté mentale pour le Canada*, vous pouvez le retrouver en entier en cliquant sur ce [lien](#).

L'intégration judicieuse des services de cybersanté mentale pourrait permettre de diminuer les délais dans l'obtention de services, de diminuer les coûts financiers et d'être une réponse aux défis rencontrés dans le système de santé actuel. Le rapport de la CSMC met en évidence différentes inquiétudes exprimées par les praticiens, les chercheurs universitaires et les usagers surtout au niveau de la sécurité et de la protection de la vie privée. La création d'un cadre structuré afin de régir des normes de sécurité des données pourrait faire partie d'une solution pour favoriser le déploiement de la cybersanté mentale. Le plan directeur



canadien s'appuie sur le travail de la CSMC qui a dégagé six priorités et douze recommandations pour orienter le développement de la cybersanté mentale au Canada et stimuler l'innovation avec vigilance. Parmi les priorités, il est question d'améliorer la qualité des outils et des services en cybersanté mentale afin que la confidentialité et la protection des données soient préservées. La population doit avoir confiance en ces moyens virtuels et pour cela les standards de protection des données doivent être élevés. Une des recommandations en lien avec cette priorité serait la création d'une bibliothèque d'applications en santé mentale et du processus d'évaluation. En mars 2025 la CSMC a publié un article qui présente et vulgarise bien les enjeux entourant la cybersanté mentale. Vous pouvez le consulter en cliquant [ici](#).

L'intelligence artificielle au Québec

L'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ) a aussi effectué un travail de réflexion et de consultation parallèlement à ce qui s'est fait par le CSMC. Un Comité de vigie stratégique (CVS) de l'OIIQ s'est penché sur les enjeux entourant les répercussions de l'intelligence artificielle (IA), sur la protection du public et la pratique infirmière. Quatre recommandations ont émergé en avis soumis à l'OIIQ par le CVS, elles sont énumérées ci-dessous et brièvement expliquées.

Recommandation 1

Reconnaître l'impact de l'IA sur la pratique professionnelle en tenant compte des responsabilités des infirmières et des infirmiers.

Cette recommandation est particulièrement intéressante puisqu'elle mentionne, entre autres, qu'en aucun cas l'IA doit se substituer au jugement clinique des infirmières et des infirmiers et que leurs responsabilités professionnelles demeurent.

Recommandation 2

Promouvoir le développement des compétences et des connaissances des infirmières et des infirmiers en matière d'IA.

Les milieux de formation initiale et continue doivent se mobiliser pour développer une formation adéquate qui répondra aux besoins d'acquérir de nouvelles compétences professionnelles liées à l'IA.

Recommandation 3

Mieux encadrer l'utilisation de l'IA en collaboration avec les partenaires.

Plusieurs instances de niveaux international, fédéral et provincial travaillent sur l'élaboration des lois pour encadrer l'utilisation de l'IA. Il est recommandé que l'OIIQ collabore avec ces différents partenaires afin d'aligner les normes qui encadreront l'utilisation de l'IA et les professionnels de la santé.

Recommandation 4

Soutenir le développement de connaissances du public sur l'IA en santé.

Il importe de s'assurer de soutenir le public dans le développement de connaissances de l'IA afin de préserver sa confiance auprès de l'OIIQ et des professionnels de la santé. Il est fortement suggéré que le public puisse prendre part aux discussions au sujet de l'IA dans les soins de santé.

Si vous souhaitez consulter l'avis du CVS en entier, vous pouvez cliquer sur ce [lien](#).

Conclusion

La cybersanté mentale, les applications virtuelles et l'IA se déploient rapidement et il est évident qu'elles feront leur place dans les soins de santé mentale auprès de la population. Nombreux sont leurs avantages, néanmoins, il faut demeurer vigilant afin de s'assurer d'une utilisation consciencieuse et efficace. Des dispositions légales sont à venir et teinteront le travail quotidien des infirmières et des infirmiers. La réflexion est déjà amorcée par différentes instances, tant fédérales que provinciales, et les impacts pourraient être majeurs. Des initiatives suivront afin de soutenir la pratique professionnelle des infirmières et des infirmiers pour sa mise en œuvre et une utilisation judicieuse. Le travail d'équipe en collaboration avec différents partenaires, incluant le public, est un incontournable pour une implantation réussie.

L'autrice

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



Josette Calixte, inf.
Accompagne les
résidents en CHSLD


La fierté, ça se transmet.
Et ça pourrait partir de vous.



Soumettez
une candidature

 **TD Assurance**

 **BANQUE
NATIONALE**

 **Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec**



Témoignage



Apprendre à vivre avec un enjeu de santé mentale : le trouble dissociatif de l'identité

Par Guyane Lessard

Introduction

L'objectif de ce témoignage est de présenter une parcelle de l'histoire réelle d'une personne qui vit avec un trouble dissociatif de l'identité ainsi qu'une brève description de ce diagnostic. Ce témoignage a pour but aussi de soulever un peu d'espoir dans le rétablissement des personnes qui vivent avec des enjeux de santé mentale considérés comme « graves », de sensibiliser les professionnels à cette clientèle et de diminuer la stigmatisation associée aux enjeux de santé mentale.



Témoignage

Pour le système de santé québécois, mes enjeux de santé mentale ont débuté à mes 15 ans. Personnellement, avec le recul, je considère qu'ils ont commencé bien avant. Ma première consultation aux urgences date de cette époque pour des serremments à la poitrine tranchants qui étaient finalement d'origine anxieuse. C'était, la première fois que, sans le savoir, je demandais de l'aide. Rapidement, certains comportements autodestructeurs que j'avais, m'ont permis d'obtenir le privilège d'avoir accès à une psychologue. À cette époque, je n'adoptais pas ces stratégies pour obtenir de l'attention, contrairement à ce que certains professionnels ont pu croire ou me dire.. J'adoptais ces stratégies, car, pour moi, c'était l'un des seuls moyens que j'avais pour me sortir de la dissociation profonde dans laquelle j'étais ancrée et pour me reconnecter avec mon corps. Dès ce moment, les professionnels de la santé ont commencé à éplucher le DSM-V, à la recherche d'un diagnostic approprié. En quelques années, j'ai vu neuf psychiatres, deux IPSSM, cinq psychologues et vécu plusieurs hospitalisations sur une unité psychiatrique. On a posé plusieurs diagnostics et fait essayer diverses molécules. Cette errance de diagnostic m'a permis de goûter aux divers préjugés associés à chacun ainsi qu'aux mille et un effets secondaires des médicaments. À force d'accumulation, j'ai fini par intérioriser certains propos stigmatisants tenus par les professionnels de la santé que j'ai rencontrés : j'étais « faible », un « cas désespéré », « sans opportunité d'avenir », « je ne participais pas à la société », je « ne méritais pas les mêmes droits et privilèges », je « gaspillais les ressources du système de santé » et plus encore.

En raison de mes expériences tumultueuses avec les services en santé mentale, j'étais devenue craintive e à l'égard des professionnels de la santé. Un jour, j'ai eu assez confiance en une professionnelle pour verbaliser comment je vivais mon quotidien. J'ai enfin réalisé que ce n'était pas normal d'avoir 5, 6 ou 7 voix/personnes dans ma tête. Je ne les contrôlais pas nécessairement et c'était effrayant. Elles venaient et partaient à leur guise ou avec ce que j'ai plus tard compris : selon les besoins « de mon système ». C'est à ce moment que le diagnostic de trouble

dissociatif de l'identité m'a été présenté; enfin, quelque chose qui avait du sens avec ce que je vivais.

Le trouble dissociatif de l'identité, ce fameux diagnostic. Anciennement, le trouble de personnalités multiples. Malgré, les débats qui entourent cet enjeu, c'est à partir de ce moment que j'ai commencé à me comprendre, à donner du sens à mes changements d'état imprévisibles: j'avais des identités alternatives. C'était le mécanisme de défense que mon cerveau avait adopté pour survivre à mon enfance. La psychothérapie m'aidait enfin à avancer. Malgré le soulagement d'avoir enfin mis un nom sur mon état et de voir des améliorations, j'ai souvent eu peur d'en parler. Encore aujourd'hui, je crains qu'on ne me croie pas. Même la science n'est pas certaine de l'existence de ce trouble: n'est-ce pas le flou habituel de la science psychiatrique? La souffrance, elle, est bien réelle et ces symptômes aussi. Depuis, je vais mieux. Depuis, j'ai moins d'absences, moins de «switch», moins de vide, moins de cacophonie dans ma tête. J'ai de plus en plus de contact avec la réalité, avec mon corps, plus de coconscience, plus de connaissances et de confiance en mon fonctionnement. J'adopte de plus en plus la multiplicité fonctionnelle. J'ai toujours un trouble dissociatif, il y a des hauts et des bas, mais je sais et je sens que je vais mieux. Je suis plus fonctionnelle, une qualité si appréciée dans notre société.

Encore aujourd'hui, ma mémoire est comme un casse-tête auquel il manque des pièces. Certains souvenirs reviennent... D'autres sont toujours absents. Mais, j'apprends à vivre avec... Cela a pris du temps avant que j'aie accès à quelques bribes d'informations sur mon passé, mon cerveau essayait tant bien que mal de me préserver, de préserver mon équilibre. Avec ces informations, j'ai enfin pu être empathique avec la partie de moi qui a un jour voulu abandonner. J'ai appris à vivre avec

mon TDI (trouble dissociatif de l'identité), à l'apprivoiser, car il m'a permis de survivre quand j'en avais besoin. Je préférerais évidemment être «normale», mais je n'ai pas le choix. Je n'ai pas eu le choix, le seul que j'ai, c'est d'apprendre à vivre avec et de me faire confiance.

Aujourd'hui, cela fait plus de 6 ans que je n'ai pas été hospitalisée, que j'ai commencé à apprendre comment mon système fonctionnait, que j'ai appris à faire confiance aux différentes identités qui me construisent. Aujourd'hui, je ne survis plus, je vis. Pour moi, les études font partie intégrante de ce que le rétablissement signifie à mes yeux. Aujourd'hui, je suis sur le point de terminer mon baccalauréat en sciences infirmières et j'entame bientôt ma maîtrise dans le même domaine. Je suis motivée à faire avancer les choses pour éviter certaines difficultés aux personnes qui pourraient suivre un chemin similaire au mien.

Qu'est-ce que le TDI ?

En bref

Le trouble dissociatif de l'identité découle de graves traumatismes souvent, répétés, ayant habituellement eu lieu durant les premières années de vie. L'enfant est incapable de gérer les événements et les émotions qui en découlent. Le psychique de l'enfant utilise alors un mécanisme de défense qui vise à diviser l'information en plusieurs «espaces mentales» (International Society for the Study of Trauma and Dissociation (ISSTD), 2011 et Hart et al., 2006). Les différents compartiments de l'esprit de l'enfant n'auront pas nécessairement conscience de l'existence des autres «espaces». La théorie de la dissociation structurelle suggère

**UNIES
DÉTERMINÉES
MOBILISÉES**

EN SANTÉ

fiq FÉDÉRATION INTERPROFESSIONNELLE DE LA SANTÉ DU QUÉBEC
fiqsante.qc.ca

Infirmières | Infirmières auxiliaires | Inhalothérapeutes | Perfusionnistes cliniques

que chaque individu a plusieurs « altérations » de la personnalité et que, vers l'âge scolaire, ces altérations s'intègrent et fusionnent pour ne former qu'une seule personnalité (Hart et al., 2006). Pour certains enfants qui vivent des événements de vie adverse, les altérations de la personnalité persistent pour essayer de maintenir le fonctionnement de l'enfant. Avec l'accumulation d'événements de vie, chacune évolue et se développe en différentes identités pour réussir à maintenir le fonctionnement, malgré les événements perturbateurs. Souvent, elles vont avoir des rôles précis dans le « système » (Hart et al., 2006; ISSTD, 2011^t Mitra et Jain, 2023). Dans un tel système de fonctionnement psychique, il arrive que les différentes identités s'alternent pour prendre le contrôle des fonctions exécutives du corps selon les besoins de la réalité de l'individu (Hart et al., 2006; ISSTD, 2011^t Mitra et Jain, 2023). Bref, chaque système est unique. Un élément à retenir pour les intervenants qui interagiraient avec des personnes qui vivent avec ce diagnostic est de s'adapter à l'individu et même à l'identité alternative devant vous. La majorité du temps, la personne ne peut pas choisir qui prend le contrôle. Selon celles qui sont présentes, la personne peut s'exprimer différemment et avoir des préférences et caractéristiques différentes (Hart et al., 2006; ISSTD, 2011^t Mitra et Jain, 2023).

L'autrice

Guyane Lessard, étudiante en sciences infirmières avec une expérience vécue en santé mentale

Références

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5^e éd.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Mitra, P. et Jain, A. Dissociative Identity Disorder. [Updated 2023 May 16]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK568768/>

International Society for the Study of Trauma and Dissociation (ISSTD) (2011): Guidelines for Treating Dissociative Identity Disorder in Adults, Third Revision, Journal of Trauma & Dissociation, 12:2, 115-187 <http://dx.doi.org/10.1080/15299732.2011.537247>

Hart, O., Nijenhuis, E. R. S. et Steele, K. (2006). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. New York: W.W. Norton.

Critères diagnostiques pour le trouble dissociatif de l'identité dans le DSM-V

- Perturbation de l'identité caractérisée par deux ou plusieurs états de personnalité distincts
- Implique une discontinuité marquée du sens de soi et de l'agentivité, accompagnée d'altérations de l'affect, du comportement, de la conscience, de la mémoire, de la perception, de la cognition et/ou du fonctionnement sensorimoteur.
- Fréquents trous de mémoire dans le rappel d'événements quotidiens, d'informations personnelles importantes et/ou d'événements traumatiques qui ne peuvent pas être des oublis ordinaires.
- Les symptômes sont à l'origine d'une détresse cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques d'une substance

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5^e éd.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Lexique

- **Alter**: états alternatifs de conscience qui composent les parties distinctes, les identités/personnalités qui vivent à l'intérieur d'un corps.
- **Système**: représente l'ensemble des alters qui composent la personne. Souvent utilisé pour exprimer l'ensemble des identités alternatives d'un même corps.
- **Front**: personnalité/partie/alter qui est au-devant de la conscience, qui est « responsable du corps »
- **Co-front**: lorsque plus d'une personnalité/partie/alter sont au-devant, qui ont le contrôle du corps.
- **Co-conscience**: lorsque plus d'une personnalité/partie/alter sont en contact avec la réalité extérieure. Cet état n'implique pas nécessairement que les identités qui ont accès à la conscience peuvent avoir accès aux fonctions exécutives du corps.
- **Multiplicité fonctionnelle**: une façon de fonctionner comme système, comme individu vivant avec un TDI qui n'implique pas nécessairement de fusionner des alters/identités. La multiplicité fonctionnelle consiste à avoir un fonctionnement, un équilibre psychique entre les diverses identités qui permettent une qualité de vie, un fonctionnement du corps et un contact extérieur satisfaisant.
- **Fusion**: lorsque des identités/alters se rejoignent et fusionnent pour devenir 1 identité ou 1 alter. La fusion peut être permanente ou non.
- **Switch**: lorsqu'un alter qui « front » se fait remplacer par un autre alter. Un « changement » d'alters au contrôle du corps et au-devant de la conscience.

Vocabulaire utilisé personnellement et mentionné dans les références :

<https://www.partielles.com/vocabulaire-courant/>

<https://systemescameleons.org/>

International Society for the Study of Trauma and Dissociation (2011): Guidelines for Treating Dissociative Identity Disorder in Adults, Third Revision, Journal of Trauma & Dissociation, 12:2, 115-187 To link to this article: <http://dx.doi.org/10.1080/15299732.2011.537247>

Piste de réflexion pour les professionnels : vous pouvez faire une différence

- Osez voir plus loin que les diagnostics. Ils peuvent changer, évoluer, être retirés ou encore ajoutés. Cependant, peu importe celui qui est actuellement en charge du dossier, la souffrance de la personne devant vous est, elle, bien réelle.
- Évitez de minimiser le vécu ou les violences vécues par une personne, cela peut sembler évident, mais cela arrive encore, malheureusement.
- Un geste ou une parole peuvent vous sembler anodins, mais ceux-ci peuvent être le déclencheur d'un souvenir traumatique. Ce type de déclencheur peut engendrer des réactions émotionnelles qui peuvent être à tort attribuées à une labilité émotionnelle injustifiée.
- Les personnes qui vivent avec un trouble dissociatif d'origine traumatique ne sont pas toujours conscientes de l'étendue de leurs traumatismes, il est donc essentiel d'aller à leur propre rythme.
- Apprendre à gérer la dissociation peut prendre du temps, soyez indulgents.
- L'expérience d'hospitalisation sur une unité de psychiatrie peut être une expérience traumatisante et engendrer des réactions inhabituelles chez cette clientèle.



Chronique pharmaco-pratique



Antipsychotique injectable à action prolongée : Abilify Asimtufii

Par Amélie Ladouceur et Nancy Légaré

Les antipsychotiques injectables à action prolongée (APAP) ont connu un développement intéressant et prometteur au cours des quinze dernières années. Plusieurs études ont permis de démontrer que les APAP améliorent l'adhésion au traitement et diminuent le nombre de rechutes et par le fait même de ré-hospitalisations (Ren et collab., 2010; Peng et collab., 2010; Leucht et collab., 2011; Crivera et collab., 2011; Lin et collab., 2013; Hong et al., 2013; Kishimoto et collab., 2013; Bera et collab., 2014; Schreiner et al., 2015). Il y a un recours diminué aux soins de santé et aux coûts globaux liés au traitement de la schizophrénie. Lors d'un premier épisode psychotique (PEP), environ 80 % des patients subissent une rechute dans les cinq années suivant le traitement ou la rémission et la première cause est l'inobservance au traitement antipsychotique (Robinson et collab., 2004; Bhattacharyya et collab., 2023; Goff et collab., 2010; Leijala et collab., 2021; Alvarez-Jimenez et al., 2012). Un premier traitement efficace est déterminant pour le pronostic; il peut réduire les suicides et les tentatives de suite, les rechutes, les hospitalisations, l'incarcération, l'itinérance, l'aggravation des maladies comorbides et la détérioration neurologique (Harrison et collab., 2001; Perkins et collab., 2005; Owens et al., 2010; Primavera et al., 2012; Palmer et collab., 2005; Modestin et collab., 1996; Olfson et al., 1999; Sokal et collab., 2004; Lieberman et collab., 2001).

Au Québec, des études ont démontré, en se basant sur des données provenant du registre national de la RAMQ, que l'initiation des APAP améliore l'observance au traitement comparativement aux formulations orales. De plus les APAP permettent une baisse des coûts d'environ 35 000 \$ par année par patient, une utilisation diminuée

de 2/3 des services aigus et d'une réduction du 1/3 du nombre d'hospitalisations ainsi que leur durée (Stip et collab., 2019; Stip et collab., 2018; Lachaine et collab., 2015; Stip, 2017).

Finalement, une méta-analyse du risque de mortalité de toutes causes, comparant les antipsychotiques oraux par rapport aux APAP dans le trouble de la schizophrénie ont été réalisés (Aymerich et collab., 2025). Les résultats exposent une réduction de 21 % du risque de mortalité de toutes causes chez les patients sous APAP par rapport aux patients sous antipsychotiques oraux.

En janvier 2025, Santé Canada a récemment approuver un nouveau APAP, Abilify Asimtufii (aripiprazole) qui est le premier et le seul antipsychotique à action prolongée administré une fois tous les deux mois. Il est indiqué pour le traitement de la schizophrénie et la monothérapie d'entretien du trouble bipolaire de type 1 chez l'adulte (Gouvernement du Canada, 2025). La chronique portera sur ce nouvel APAP.

L'Abilify Asimtufii ou l'aripiprazole aux 2 mois (Ari 2M) est disponible depuis plus d'un an aux États-Unis et en Europe. L'Ari 2M a les mêmes indications que l'aripiprazole injectable 1 fois par mois (Ari 1M). Voici un tableau qui permet d'apprécier les différences entre les 2 formulations de l'aripiprazole. Les informations proviennent de la monographie de l'Ari 2M:

Aripiprazole une fois par mois (Ari 1M)	Aripiprazole tous les 2 mois (Ari 2M)
<ul style="list-style-type: none"> Poudre en fiole 	<ul style="list-style-type: none"> Suspension en seringue préremplie
<ul style="list-style-type: none"> Reconstitution avec l'eau stérile fournie dans l'emballage 	<ul style="list-style-type: none"> Ne nécessite aucune reconstitution
<ul style="list-style-type: none"> Seringue à remplir 	<ul style="list-style-type: none"> Seringue préremplie
<ul style="list-style-type: none"> Agiter vigoureusement (30 s) 	<ul style="list-style-type: none"> Tapoter ([10 fois] et agiter vigoureusement (30 s))
<ul style="list-style-type: none"> Injection i.m. dans le muscle deltoïde ou fessier 	<ul style="list-style-type: none"> Injection i. m. dans le muscle fessier seulement en raison du volume
<ul style="list-style-type: none"> Teneurs offertes (volumes d'injection): 300 mg (1,5 mL) et 400 mg (2,0 mL) 	<ul style="list-style-type: none"> Teneurs offertes (volumes à injecter): 720 mg (2,4 mL) et 960 mg (3,2 mL)

Harlin et collab. (2023) ont effectué une étude pivot randomisée, ouverte, à doses multiples et à bras parallèles pour évaluer la sécurité, la tolérabilité et le profil pharmacocinétique de l'aripiprazole asimtufii aux 2 mois (Ari 2M). Brièvement, les résultats démontrent que :

- Les concentrations plasmatiques d'aripiprazole le dernier jour de l'intervalle posologique étaient équivalentes entre les deux groupes de traitement.
- Il y a une stabilité de la concentration plasmatique qui est atteinte et maintenue pour l'Ari 2M qui est similaire que l'Ari 1M.
- Les changements au niveau clinique basés sur l'échelle d'évaluation des syndromes positifs et négatifs (PANSS) ont été qualifiés de minimes auprès des patients ayant une schizophrénie.
- Il en va de même pour les patients souffrant d'un trouble bipolaire de type 1. L'échelle YMRS et l'échelle MADRS ont été utilisées pour cette clientèle.
- Les effets indésirables et les effets indésirables graves sont superposables entre l'ARI 1m ou l'ARI 2M. L'effet indésirable le plus fréquemment rapporté est l'augmentation du poids. Aucune différence notable n'a été observée en ce qui concerne les signes vitaux, les résultats des tests de laboratoire, l'ECG ou la suicidalité.
- La douleur au site d'injection est survenue lors de la 1^{ère} injection autant pour l'Ari 1M que l'Ari 2M. Douleur légèrement plus élevée pour le groupe recevant l'Ari 2M. Par la suite, la douleur était toujours identifiée comme légère à modérer.

Advenant que dans votre milieu, un traitement d'Ari 2M soit envisagé pour une personne, il faut absolument vérifier la tolérance à l'aripiprazole. Selon la monographie canadienne de l'Ari 2M, il faut débiter par 3 doses orales uniques de 10mg d'aripiprazole pendant 3 jours consécutifs. Un total de 30mg sera administré. Si le patient présente une tolérance, alors il sera possible de passer à l'injection. L'initiation du traitement nécessitera une surveillance infirmière afin d'éviter une omission ou des erreurs d'administration. Voici trois schémas possibles.

Schéma 1

Amorce à **une injection** : Le premier jour du traitement, administrer une injection d'ABILIFY ASIMTUFII (Ari 2M) 960 mg et poursuivre le traitement concomitant avec de **l'aripiprazole oral** (10 mg à 20 mg) ou l'antipsychotique oral actuel **pendant 14 jours**.

Schéma 2

Amorce à **deux injections** : Le premier jour du traitement, administrer une injection d'ABILIFY ASIMTUFII (Ari 2M) 960 mg et une injection d'ABILIFY MAINTENA (Ari 1M) 400 mg en choisissant un **site différent** pour chacune d'elles, ainsi **qu'une dose unique d'aripiprazole oral à 20 mg**. Les patients doivent cesser de prendre leur antipsychotique oral actuel au début du traitement par ABILIFY ASIMTUFII.

Schéma 3

Transition d'ABILIFY MAINTENA (Ari 1M) : Administrer une injection d'ABILIFY ASIMTUFII (Ari 2M) 960 mg à la place de la prochaine injection prévue (au plus tôt 26 jours après l'injection précédente) d'ABILIFY MAINTENA (Ari 1M) 400 mg. ABILIFY ASIMTUFII (Ari 2M) 960 mg doit ensuite être administré une fois tous les deux mois (au plus tôt tous les 56 jours). La première injection d'ABILIFY ASIMTUFII (Ari 2M) peut être administrée à la place de la deuxième injection ou de toute injection ultérieure d'ABILIFY MAINTENA (Ari 1M).

Par la suite, pour la dose d'entretien recommandée d'Ari 2M est de 960 mg. L'Ari 2M doit être administré en une seule injection par un professionnel de la santé tous les deux mois (au plus tôt 56 jours après l'injection précédente). Les patients peuvent recevoir l'injection d'Ari 2M jusqu'à une **semaine avant ou une semaine après la date prévue** pour le traitement bimestriel. En cas de réactions indésirables à la dose de 960 mg d'Ari 2M, il faut envisager de réduire la dose à 720 mg une fois tous les deux mois ou de passer à Ari 1M 300 mg une fois par mois.

Les concentrations d'aripiprazole à l'état d'équilibre devraient être atteintes lors de la quatrième injection consécutive d'Ari 2M. Une fois cet état d'équilibre atteint, advenant qu'une dose soit omise ou oubliée, il est possible d'administrer l'Ari 2M selon le schéma d'administration usuel même si 16 semaines se sont écoulées depuis la dernière dose. Si plus de 16 semaines se sont écoulées, il faut reprendre selon le schéma 1 présentée plus tôt.

Dans la pratique clinique, Ari 2M offre un intervalle posologique plus long que celui de l'Ari 1M, ce qui peut alléger le fardeau des patients et faciliter leur vie quotidienne. L'observance au traitement antipsychotique chez les adultes atteints de schizophrénie ou d'un trouble bipolaire de type 1 pourrait être améliorée. Les contraintes en lien avec un traitement d'un APAP sont diminuées de moitié par cette nouvelle possibilité d'une injection aux 2 mois par ce nouvel antipsychotique injectable. Bref, il s'agit d'un traitement prometteur tant pour les patients que pour les cliniciens.

Les autrices

Amélie Ladouceur, inf., PhD, est 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-Pinel

Références

- Alvarez-Jimenez, M., Priede, A., Hetrick, S. E., Bendall, S., Killackey, E., Parker, A. G., McGorry, P. D. et Gleeson, J. F. (2012). Risk factors for relapse following treatment for first episode psychosis: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Schizophrenia Research, 139* (1-3), 116-128. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.05.007>
- Aymerich, C., Salazar de Pablo, G., Pacho, M., Pérez-Rodríguez, V., Bilbao, A., Andrés, L., Pedruzo, B., Castillo-Sintes, I., Aranguren, N., Fusar-Poli, P., Zorrilla, I., González-Pinto, A., González-Torres, M. Á. et Catalán, A. (2024). All-cause mortality risk in long-acting injectable versus oral antipsychotics in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Molecular Psychiatry*, (October 2023). 10.1038/s41380-024-02694-3
- Barton, C., Sklenicka, J., Sayegh, P., Yaffe, K., Schubert, C. C., Boustani, M., Callahan, C. M., Perkins, A. J., Carney, C. P., Fox, C., Unverzagt, F., Hui, S., Hendrie, H. C., Sachs, G. S., Lafer, B., Stoll, A. L., Banov, M., Thibault, A. B., Tohen, M., ... Samuel, M. J. (2003). A double-blind trial of bupropion versus desipramine for bipolar depression. *Journal of Clinical Psychiatry, 55* (2), 391-393. 10.1002/hup
- Bera, R. B. (2014). Patient outcomes within schizophrenia treatment: A look at the role of long-acting injectable antipsychotics. *Journal of Clinical Psychiatry, 75* (SUPPL. 2), 30-33. 10.4088/JCP.13065su1c.07
- Bhattacharya, S., Kennedy, M., Miguel, C., Tröger, A., Hofmann, S. G. et Cuijpers, P. (2023). Effect of psychotherapy for adult depression on self-esteem: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 325*, 572-581. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.01.047>
- Harlin, M., Chepke, C., Larsen, F., Bell Lynum, K. S., Chumki, S. R., Fitzgerald, H., Such, P., Madera-McDonough, J., Yildirim, M., Panni, M. et Saklad, S. R. (2023). Aripiprazole Plasma Concentrations Delivered from Two 2-Month Long-Acting Injectable Formulations: An Indirect Comparison. *Neuropsychiatric disease and treatment, 19*, 1409-1416. <https://doi.org/10.2147/NDT.S412357>
- Harrison, G., Hopper, K., Craig, T., Laska, E., Siegel, C., Wanderling, J., Dube, K. C., Ganey, K., Giel, R., an der Heiden, W., Holmberg, S. K., Janca, A., Lee, P. W., León, C. A., Malhotra, S., Marsella, A. J., Nakane, Y., Sartorius, N., Shen, Y., ... Wiersma, D. (2001). Recovery from psychotic illness: a 15- and 25-year international follow-up study. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science, 178*, 506-517. <https://doi.org/10.1192/bjp.178.6.506>
- Kishimoto, T., Robenzadeh, A., Leucht, C., Leucht, S., Watanabe, K., Mimura, M., Borenstein, M., Kane, J. M. et Correll, C. U. (2014). Long-acting injectable vs oral antipsychotics for relapse prevention in schizophrenia: A meta-analysis of randomized trials. *Schizophrenia Bulletin, 40* (1), 192-213. 10.1093/schbul/sbs150
- Lachaine, J., Lapierre, M. E., Abdalla, N., Rouleau, A. et Stip, E. (2015). Impact of switching to long-acting injectable antipsychotics on health services use in the treatment of schizophrenia. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie, 60* (3), S40-S47.
- Leijala, J., Kampman, O., Suvisaari, J. et Eskelinen, S. (2021). Daily functioning and symptom factors contributing to attitudes toward antipsychotic treatment and treatment adherence in outpatients with schizophrenia spectrum disorders. *BMC Psychiatry, 21* (1), 1-11. 10.1186/s12888-021-03037-0
- Leucht, S., Tardy, M., Komossa, K., Heres, S., Kissling, W., Salanti, G. et Davis, J. M. (2012). Antipsychotic drugs versus placebo for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Lancet (London, England), 379* (9831), 2063-2071. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60239-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60239-6)
- Lieberman, J. A., Perkins, D., Belger, A., Chakos, M., Jarskog, F., Boteva, K. et Gilmore, J. (2001). The early stages of schizophrenia: speculations on pathogenesis, pathophysiology, and therapeutic approaches. *Biological Psychiatry, 50* (11), 884-897. [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(01\)01303-8](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(01)01303-8)
- Lin, S. K. (2014). Efficacy of Long-acting, Injectable Antipsychotics in the Treatment of Bipolar Disorders. *Journal of Experimental and Clinical Medicine (Taiwan), 6* (6), 200-202. 10.1016/j.jecm.2014.10.008
- Owens, D., Johnstone, E., Miller, P., Macmillan, J. et Crow, T. (2010). Duration of untreated illness and outcome in schizophrenia: test of predictions in relation to relapse risk. *British Journal of Psychiatry, 196* (4), 296-301. doi:10.1192/bjp.bp.109.067694
- Palmer, B. A., Pankratz, V. S. et Bostwick, J. M. (2005). The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. *Archives of general psychiatry, 62* (3), 247-253. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.3.247>
- Perkins, D. O., Gu, H., Boteva, K. et Lieberman, J. A. (2005). Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis. *The American journal of psychiatry, 162* (10), 1785-1804. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.10.1785>
- Primavera, D., Bandecchi, C. et Lepori, T. (2012). Does duration of untreated psychosis predict very long term outcome of schizophrenic disorders? results of a retrospective study. *Annals of General Psychiatry, 11* (21), 1-6. <https://doi.org/10.1186/1744-859X-11-21>
- Ren, X. S., Crivera, C., Sikirica, M., Dirani, R., Qian, S. et Kazis, L. E. (2011). Evaluation of health services use following the initiation of risperidone long-acting therapy among schizophrenia patients in the veterans health administration. *Journal of clinical pharmacy and therapeutics, 36* (3), 383-389. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2710.2010.01211.x>
- Robinson, D. G., Woerner, M. G., McMeniman, M., Mendelowitz, A. et Bilder, R. M. (2004). Symptomatic and functional recovery from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *The American journal of psychiatry, 161* (3), 473-479. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.3.473>
- Schreiner, A., Adamsoo, K., Altamura, A. C., Franco, M., Gorwood, P., Neznanov, N. G., Schronen, J., Uco, A., Zink, M., Janik, A., Cherubin, P., Lahaye, M. et Hargarter, L. (2015). Paliperidone palmitate versus oral antipsychotics in recently diagnosed schizophrenia. *Schizophrenia research, 169* (1-3), 393-399. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.08.015>
- Sokal, J., Messias, E., Dickerson, F. B., Kreyenbuhl, J., Brown, C. H., Goldberg, R. W. et Dixon, L. B. (2004). Comorbidity of medical illnesses among adults with serious mental illness who are receiving community psychiatric services. *The Journal of nervous and mental disease, 192* (6), 421-427. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000130135.78017.96>
- Stip, E., Abdel-Baki, A., Roy, M. A., Bloom, D. et Grignon, S. (2019). Antipsychotiques à Action Prolongée: Révision de l'algorithme QAAPAPLE. *Canadian Journal of Psychiatry, 64* (10), 697-707. 10.1177/0706743719847193
- Stip, E. et Lachaine, J. (2018). Real-world effectiveness of long-acting antipsychotic treatments in a nationwide cohort of 3957 patients with schizophrenia, schizoaffective disorder and other diagnoses in Quebec. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology, 8* (11), 287-301. 10.1177/2045125318782694



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

Colloque 2025

COLLABORATION ET INNOVATION

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

29 et 30 mai 2025
Hôtel Universel de Drummondville



Programmation en bref

MERCREDI 28 MAI 2025 – PRÉCOLLOQUE

TRAJECTOIRE SUR LA PRATIQUE AVANCÉE

12 h 30 à 13 h	Accueil et inscriptions
13 h à 14 h	Conférence: Insomnie et autres troubles du sommeil associés, de la théorie à la pratique Partie 1: Diagnostic, diagnostic différentiel et comorbidités <i>Par: Dr Louis Tessier, psychiatre</i>
14 h à 14 h 15	Pause santé
14 h 15 à 15 h 15	Conférence: Insomnie et autres troubles du sommeil associés, de la théorie à la pratique Partie 2: Traitements non-pharmacologiques <i>Par: Dr Louis Tessier, psychiatre</i>
15 h 15 à 15 h 30	Pause santé
15 h 30 à 16 h 30	Conférence: Insomnie et autres troubles du sommeil associés, de la théorie à la pratique Partie 3: Traitements pharmacologiques <i>Par: Dr Louis Tessier, psychiatre</i>
17 h à 19 h	Cocktail

TRAJECTOIRE POUR LES GESTIONNAIRES

12 h 30 à 13 h	Accueil et inscriptions
13 h à 14 h 30	Conférence: Le leadership du gestionnaire comme outil d'excellence pour mieux accompagner les équipes <i>Par: Loïs Roussel-Roy, conseillère-cadre à la DSI - Volet santé mentale et PLA, Centre de santé Inuulitsivik</i>
14 h 30 à 15 h	Pause santé
15 h à 16 h 30	Conférence: Vers une gestion humaniste en soins infirmiers: une vision d'avenir <i>Par: Liza Odoherly, directrice générale des soins infirmiers, Santé Québec</i>
17 h à 19 h	Cocktail

Programmation en bref

JEUDI 29 MAI 2025 – COLLOQUE

7 h à 8 h 15	Déjeuner, accueil et inscriptions
8 h 15 à 9 h 45	Assemblée générale annuelle (AGA)
9 h 45 à 10 h 15	Pause santé
10 h 15 à 10 h 30	Mot d'ouverture du colloque
10 h 30 à 12 h	Conférence: Réfléchir la sécurisation culturelle dans les soins en santé mentale <i>Par: Geneviève Gagné, TS, MSS, APPR au département de psychiatrie du CHUM et chercheuse professionnelle de la santé au CRCHUM</i>
12 h à 13 h 30	Dîner
13 h 30 à 14 h 30	Ateliers du Bloc A A1 Troubles de l'utilisation: problématique, substances, comorbidité et traitement (partie 1) A2 Enjeux légaux en psychiatrie: entre maltraitance organisationnelle et bienveillance thérapeutique A3 Oser innover dans un contexte pénurie: Clinique d'accès rapide en dépendance A4 Enseigner pour engager: présentation des outils cliniques PPv2.0 et www.montraitement.ca pour mieux accompagner vos patients vers leur rétablissement A5 Pouvoir décisionnel des professionnels en soins infirmiers dans l'application de la P-38: contexte, enjeux et recommandations
14 h 30 à 15 h	Pause santé
15 h à 16 h	Ateliers du Bloc B B1 Troubles de l'utilisation: problématique, substances, comorbidité et traitement (partie 2) B2 Examen mental: un guide théorique interactif pour soutenir la pratique infirmière B3 Grand Nord, grands défis: le leadership infirmier comme catalyseur de changement B4 Atelier pratique – prévention de la violence selon l'angle de la SST
16 h 30 à 17 h 30	Défi « On bouge pour la santé mentale »
18 h 45 à 19 h 30	Cocktail
19 h 30	Souper banquet et soirée thématique: « La chaleur s'en vient! »

Programmation en bref

VENDREDI 30 MAI 2025 – COLLOQUE

7 h 30 à 8 h 45	Déjeuner, accueil et inscriptions
8 h 45 à 9 h 45	Conférence: Favoriser un retour au travail sain et durable pour les troubles mentaux courants <i>Par: Nathalie Lessard et Cindy Perron, ergothérapeutes au CISSS de Laval</i>
9 h 45 à 10 h 45	Conférence: Trop, c'est comme pas assez: surutilisation et surdiagnostic en santé mentale <i>Par: René Wittmer MD CCMF, directeur local de programme, GMF-U des Faubourgs, CCSMTL</i>
10 h 45 à 11 h 30	Pause santé
11 h 30 à 12 h 30	Ateliers du Bloc C <ul style="list-style-type: none">C1 Entre réadaptation psychosociale et gestion des risques: développement d'une équipe médico-légale de suivi intensif dans le milieu pour favoriser le rétablissement en communauté de personnes ayant des démêlés avec la justiceC2 Utilisation de la réalité virtuelle dans l'apprentissage des premiers soins psychologiques (PSP): élaboration des scénarios de formation axés sur les besoins des travailleurs en milieux de soins psychiatriquesC3 Mieux gérer son anxiété: des impacts positifs pour les personnes atteintes de maladies chroniques pulmonairesC4 Urgence dépendance/Urgence santé, un partenariat innovant pour le bien-être de la population
12 h 30 à 13 h 30	Dîner
13 h 30 à 14 h 30	Conférence de clôture: Vivre heureux au quotidien: Stratégies pour cultiver l'énergie positive <i>Par: Johanne Lavoie, coach en PNL et auteure</i>
14 h 30 à 14 h 45	Mot de clôture



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