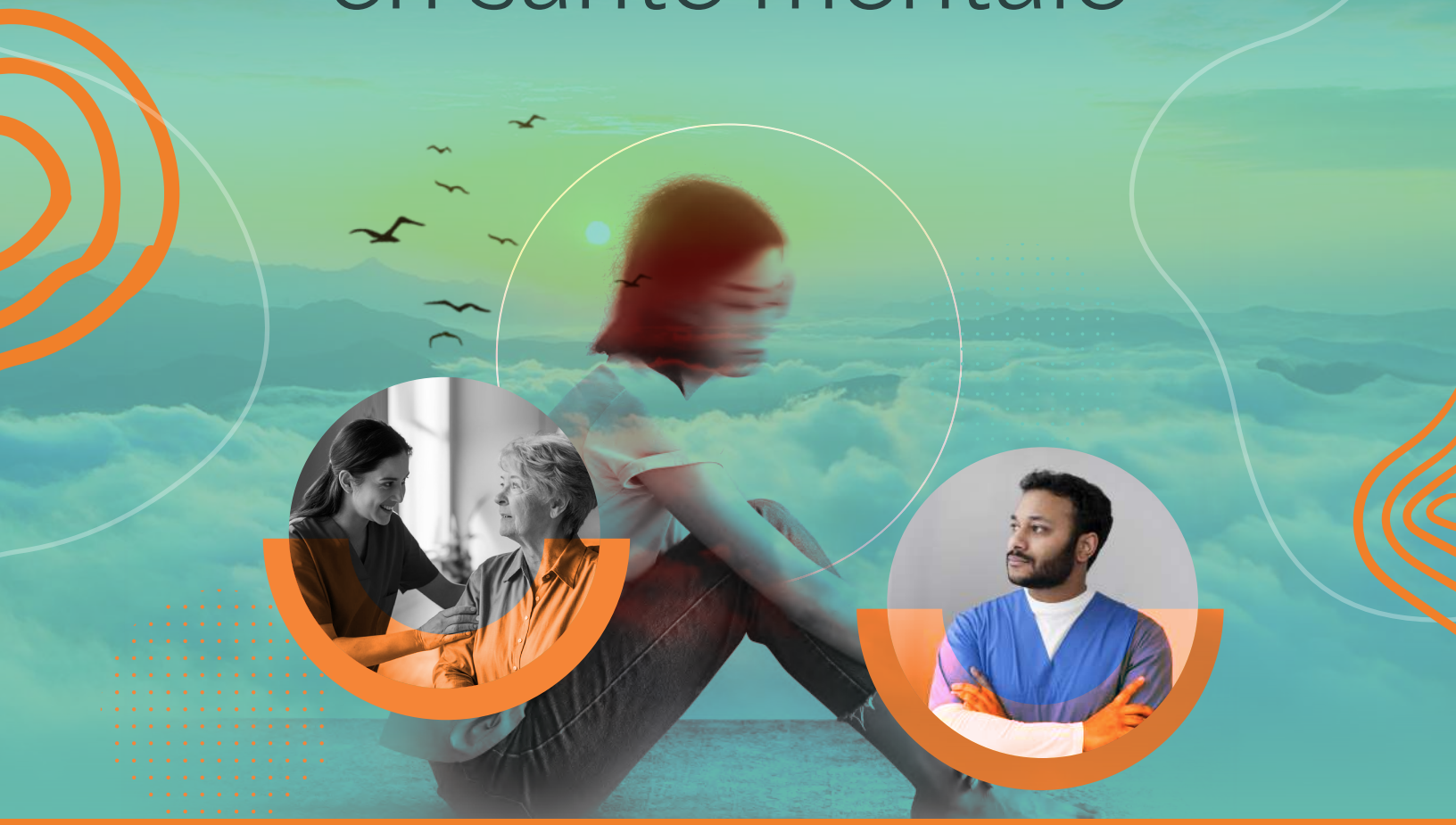
Vision infirmière en santé mentale

Numéro spécial
Volume 36 | Nº 1 | Automne 2026



Arrêter ou poursuivre les antipsychotiques après la rémission d'une première psychose : un dilemme clinique

Collaborer avec des personnes expertes par expérience pour lutter contre la stigmatisation en santé mentale

Des soins à la coercition : Les expériences des personnes et des proches lors des interventions policières en situation de crise en santé mentale

Évaluation de la condition de santé mentale chez les enfants et les adolescents : des outils pour optimiser l'autonomie infirmière

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

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

Sommaire

03 **Éditorial de la présidente**

04 **Mot des rédactrices en chef**

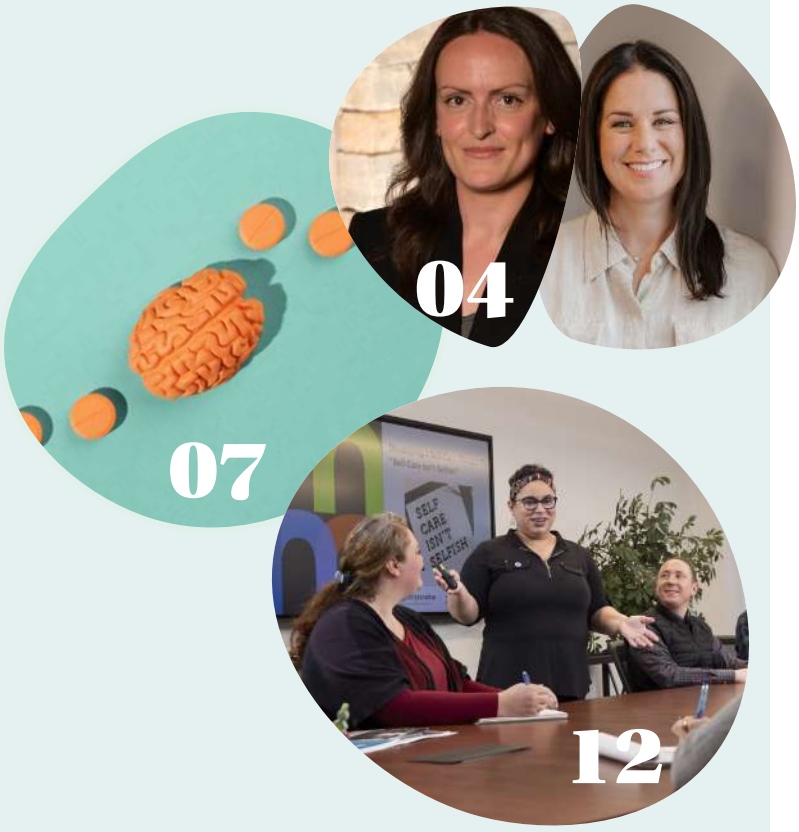
Numéro spécial

07 Arrêter ou poursuivre les antipsychotiques après la rémission d'une première psychose : un dilemme clinique

12 Collaborer avec des personnes expertes par expérience pour lutter contre la stigmatisation en santé mentale

18 Des soins à la coercition : Les expériences des personnes et des proches lors des interventions policières en situation de crise en santé mentale

23 Évaluation de la condition de santé mentale chez les enfants et les adolescents : des outils pour optimiser l'autonomie infirmière



Vision infirmière en santé mentale

Volume 35 | Nº 2 | Automne 2025

RÉDACTRICES EN CHEF
Clara Lessard-Deschênes, inf., Ph. D.
Amélie Ladouceur, inf., Ph. D.

CONCEPTION GRAPHIQUE
L'ASSOCIÉ

PUBLICITÉ
CPS médias

CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'AQIISM
Christine Genest, inf., PhD, présidente
Élise Salesse-Gauthier, inf., M.Sc., vice-présidente
Amélie Ladouceur, inf., PhD, trésorière
Marie-Ève Labrie, inf. clin., secrétaire
Geneviève Beaudet-Hillman, inf., M.Sc., administratrice
Audrey Carrier, inf, M.Sc., D.E.S.S, IPSSM., administratrice
Elisabeth Toussaint, inf., M.Sc., administratrice
Clara Lessard-Deschênes, inf., PhD, administratrice
Isabelle St-Pierre, inf., PhD, 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
Dépôt légal, Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2025
Dépôt légal 2e trimestre 2014 ISSN1717-6875 VISM

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

Colloque 2027
27 et 28 mai 2027

Éditorial de la présidente



Chers membres de l'AQIISM,

Les 28 et 29 mai derniers, ce sont 185 participantes et participants qui se sont réunis à Drummondville à l'occasion du colloque annuel de l'Association, placé sous le thème **« L'expertise infirmière en santé mentale : affirmer notre autonomie et notre rôle pour mieux soigner ».** Pour une deuxième année consécutive, le Centre-du-Québec a été le point de rencontre privilégié des infirmières et infirmiers passionnés par l'avancement des pratiques en santé mentale, offrant un espace riche en apprentissages, en réflexions et en échanges.

Dans un contexte de transformations importantes du système de santé, où les besoins de la population se complexifient et où l'accessibilité aux soins demeure un enjeu majeur, il apparaît plus essentiel que jamais de reconnaître, de valoriser et d'affirmer l'expertise infirmière en santé mentale. Notre autonomie professionnelle, notre jugement clinique et notre proximité avec les personnes que nous accompagnons constituent des leviers incontournables pour offrir des soins humains, sécuritaires et adaptés aux réalités contemporaines. De plus, cela nous positionne favorablement pour tenter d'influencer les décideurs, prendre position de manière stratégique et développer des alliances avec les autres acteurs du milieu toujours dans l'optique d'améliorer les soins et leur accessibilité.

Au fil de ces deux journées, les participantes et participants ont eu l'occasion d'explorer plusieurs enjeux actuels qui façonnent notre pratique. Les conférences ont notamment permis d'aborder le trauma vicariant et ses répercussions sur les professionnels de la santé, l'importance de l'activité physique comme composante du traitement et du rétablissement en santé mentale, ainsi que les enjeux soulevés par la loi 23, notamment les tensions pouvant émerger entre les impératifs de protection et les approches d'accompagnement des personnes utilisatrices de services.

Les ateliers ont également mis en lumière la diversité et la richesse de notre champ d'exercice. Qu'il soit question de pratique infirmière avancée, de psychiatrie légale, de pédopsychiatrie ou encore de formation de la relève infirmière, les présentations ont démontré la vitalité de l'expertise développée partout au Québec. Chaque édition de notre colloque nous rappelle à quel point les infirmières en santé mentale innovent, réfléchissent et contribuent activement à l'amélioration des soins offerts aux personnes, aux familles et aux communautés.

Le colloque s'est conclu de façon inspirante avec la conférence de **David Goudreault**, travailleur social, auteur et conférencier reconnu. À travers un témoignage empreint d'authenticité, d'humanité et de sensibilité, il a porté un regard à la fois lucide et bienveillant sur les enjeux de santé mentale et sur la réalité des personnes vivant en situation de vulnérabilité. Son message a résonné auprès de plusieurs d'entre nous en nous rappelant l'importance de préserver l'espoir, la compassion et la dignité dans chacune de nos interventions.

Le succès de cet événement repose également sur l'engagement précieux de nos partenaires. Leur soutien nous permet, année après année, d'offrir un programme scientifique de grande qualité, de favoriser les rencontres entre collègues et de maintenir un espace privilégié de développement professionnel pour les infirmières et infirmiers en santé mentale. Nous tenons à les remercier chaleureusement pour leur contribution à la réussite de ce colloque.

Au-delà du contenu présenté, ces rencontres annuelles constituent des moments essentiels pour notre communauté professionnelle. Elles favorisent le partage d'expertises, le développement de réseaux de collaboration et le sentiment d'appartenance à une profession qui joue un rôle déterminant dans le parcours de soins des personnes vivant avec un problème de santé mentale. Elles nous rappellent également que nous sommes plus fortes et plus forts lorsque nous réfléchissons ensemble aux défis qui nous interpellent.

L'Association souhaite poursuivre cette mobilisation tout au long de l'année. Notre ambition est de faire de votre association un lieu vivant d'échanges, de soutien et de développement professionnel, bien au-delà des événements en présence. À cet égard, vos idées, vos besoins et vos suggestions demeurent essentiels pour orienter nos actions et répondre aux réalités de la pratique. N'hésitez pas à faire connaître l'AQIISM autour de vous car c'est de cette façon que notre voix devient plus forte.

Nous remercions sincèrement toutes les personnes qui ont participé à cette édition 2026 et qui ont contribué à son succès. Nous espérons vous retrouver en grand nombre lors de nos prochains événements, qui continueront d'allier rigueur scientifique, développement professionnel et plaisir de se retrouver entre collègues partageant une même passion pour la santé mentale.

Christine Genest, inf., PhD.





Mot des rédactrices en chef

C'est avec enthousiasme que nous vous présentons ce numéro spécial **Colloque 2026** de la revue *Vision infirmière en santé mentale*.

Pour ce numéro spécial, nous avons invité les personnes ayant réalisé une présentation dans le cadre du dernier colloque de l'AQIISM à transformer leur communication en un article, afin de permettre à un plus grand nombre de personnes d'avoir accès aux réflexions, connaissances et initiatives qui y ont été présentées. Quatre groupes ont répondu à l'appel et nous avons le plaisir de vous faire découvrir dans ce numéro les articles issus de leurs présentations.

Au cours de l'année 2026-2027, d'autres numéros de la revue seront publiés, toujours avec le souci de vous transmettre des connaissances sur une variété de sujets touchant la pratique infirmière en santé mentale. Si vous souhaitez contribuer à la revue, nous vous invitons grandement à nous transmettre vos idées, textes ou initiatives cliniques.

N'hésitez pas à nous partager vos idées, questions ou suggestions en nous écrivant à revue@aqiism.org.

Bonne lecture !

Clara Lessard-Deschênes, inf., PhD et
Amélie Ladouceur, inf., PhD



MAINTENANT REMBOURSÉ PAR LA MAJORITÉ DES RÉGIMES PROVINCIAUX DE MÉDICAMENTS
(des critères existent)[1]*

Pour la schizophrénie, n'attendez pas

Envisagez PrOKEDI[MD]

PrOKEDI[MD] (rispéridone pour suspension injectable à libération prolongée) est indiqué pour le traitement de la schizophrénie chez l'adulte[2].

Une préparation intramusculaire de rispéridone à action prolongée administrée toutes les 4 semaines, **sans utilisation d'une dose de charge ni de supplément oral**[2].

- Pour les patients qui n'ont jamais pris de rispéridone, établir la tolérance avec la rispéridone par voie orale avant de commencer le traitement par OKEDI[MD].
- OKEDI[MD] à 75 mg ou à 100 mg par voie intramusculaire toutes les 4 semaines. Ne pas administrer de dose de charge ni de supplément oral.

Veuillez consulter la monographie du produit pour obtenir des renseignements complets sur la posologie.

- Une préparation intramusculaire de rispéridone à action prolongée issue de la **technologie unique ISM®** [2,3†]
- **Absorption rapide :** Des taux cliniquement pertinents de la fraction active totale ont été atteints dans les premières heures suivant la première injection sans utilisation de dose de charge ou de rispéridone orale supplémentaire[2‡]

Pour accéder à des ressources supplémentaires sur OKEDI[MD], balayez le code

Pour de plus amples renseignements :

Veuillez consulter la monographie du produit au https://health-products.canada.ca/dpd-bdpp/?lang=fre pour obtenir des renseignements importants sur :

- les mises en garde et précautions les plus importantes concernant l'augmentation du risque de décès chez les patients âgés atteints de démence.
- les autres mises en garde et précautions pertinentes concernant la régulation de la température corporelle, l'augmentation du risque de chutes, la cancérogenèse et la mutagenèse, l'hypotension orthostatique et la syncope, l'effet sur l'intervalle QT, la prudence lors de la conduite d'un véhicule ou de l'utilisation de machines, la dyslipidémie, l'hyperglycémie et le diabète sucré, l'hyperprolactinémie, le gain de poids, l'effet antiémétique, la dysphagie, le priapisme, la leucopénie, la neutropénie et l'agranulocytose, la thromboembolie veineuse, l'insuffisance hépatique, l'hypersensibilité, les symptômes extrapyramidaux, les psychostimulants, le syndrome malin des neuroleptiques (SMN), les convulsions, la dyskinésie tardive, la prudence chez les patients atteints de la maladie de Parkinson ou de démence à corps de Lewy, le syndrome de l'iris hypotonique peropératoire, le risque de suicide, l'insuffisance rénale, la fertilité, le risque d'effets tératogènes et non tératogènes, les maladies de la peau, la grossesse, l'allaitement, les enfants et les personnes âgées.
- les conditions d'utilisation clinique, les effets indésirables, les interactions médicamenteuses et les instructions posologiques.

Vous pouvez également vous procurer la monographie du produit en appelant au 1 800 361-4261.

ISM : in situ microparticle (microparticule in situ).
* Inscrit sur la liste des médicaments remboursés en Alberta, en Colombie-Britannique, au Saskatchewan, en Nouvelle-Écosse, à l'île du Prince Édouard, en Ontario et au Québec.
† La signification clinique comparative est inconnue.
‡ La portée clinique est inconnue.

Références : 1. Données internes. Remboursement d'OKEDI[MD] au Canada. Bausch Health, Canada Inc. 18 juillet 2026. **2.** Monographie d'OKEDI[MD]. Laboratorios Farmacéuticos Rovi, S.A. **3.** Données internes sur la technologie ISM®. Laboratorios Farmacéuticos Rovi, S.A.

BAUSCH Health

OKEDI[MD] est une marque de commerce de Laboratorios Farmacéuticos ROVI, S.A. utilisée sous licence par Bausch Health Companies Inc. ou leurs sociétés affiliées.

Toutes les autres marques de commerce sont la propriété de leurs détenteurs respectifs. Leur utilisation n'implique aucune affiliation avec les détenteurs de la marque de commerce ni aucune recommandation de la part de ces derniers.
Bausch Health, Canada Inc., 2150, boul. Saint-Elzéar, Ouest, Laval (Québec) H7L 4A8
© 2026 Bausch Health, Canada Inc. Tous droits réservés.

RÉVISÉ PAR CCPP

PrOkedi[MD]
Rispéridone
pour suspension injectable à libération prolongée 75 mg ou 100 mg

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

Numéro spécial



Arrêter ou poursuivre les antipsychotiques après la rémission d'une première psychose : un dilemme clinique

Par Laurent Béchard et Emmanuelle Bouchard

Résumé

Cette présentation propose un survol intégré des données probantes et de l'expérience vécue entourant la décision d'arrêter, de poursuivre ou de réduire les antipsychotiques après la rémission d'un premier épisode psychotique. À partir des résultats d'une méta- analyse, d'une étude quantitative et d'un prototype d'outils d'aide à la décision développé au Québec, nous discuterons du rôle central des infirmier(-ère)s dans ces discussions complexes et de la manière dont la décision partagée peut soutenir des choix plus alignés sur le rétablissement, les valeurs et les objectifs de vie de la personne.

Objectifs

1. Identifier des stratégies permettant aux infirmier(ère)s d'exercer pleinement leur autonomie professionnelle pour soutenir une décision clinique éclairée, notamment grâce à la décision partagée et à un outil d'aide à la décision adapté à leur pratique.
2. Décrire ce que démontrent les données probantes concernant l'arrêt, la poursuite ou la réduction des antipsychotiques après la rémission d'un premier épisode psychotique.
3. Analyser l'expérience vécue des personnes en rémission afin de comprendre les facteurs qui influencent réellement leur processus décisionnel.

Mots clés : premier épisode psychotique ; antipsychotique ; psychose ; rémission ; traitement

Contexte

Les antipsychotiques constituent le traitement de première intention lors d'un premier épisode psychotique et permettent à de nombreuses personnes d'atteindre une rémission symptomatique. Après la stabilisation de l'état clinique, une question revient fréquemment dans la pratique : faut-il poursuivre, réduire ou cesser le traitement antipsychotique ?

Cette décision est particulièrement complexe puisqu'elle implique de mettre en balance des bénéfices et des risques importants. D'une part, la poursuite du traitement contribue à réduire le risque de rechute. D'autre part, les antipsychotiques peuvent être associés à des effets indésirables importants, notamment une prise de poids, des complications métaboliques, des troubles du mouvement ou des effets pouvant affecter la qualité de vie et le fonctionnement quotidien.

Au-delà des considérations cliniques, cette décision touche également des dimensions importantes du rétablissement, notamment l'autonomie, l'identité, les projets de vie, les relations sociales et le sentiment de reprendre du pouvoir sur sa trajectoire de soins. Dans ce contexte, les infirmier(-ère)s jouent un rôle central pour accompagner les personnes dans une réflexion éclairée et adaptée à leurs valeurs, leurs préférences et le contexte de vie dans lequel la personne évolue.

Données probantes concernant l'arrêt des antipsychotiques

Les lignes directrices cliniques recommandent la poursuite d'un traitement antipsychotique pendant au moins 18 mois après la rémission d'un premier épisode psychotique (Remington et al., 2017). Au-delà de cette période, la décision de poursuivre, de réduire ou d'arrêter le traitement devrait idéalement s'inscrire dans un processus de décision partagée tenant compte à la fois des données probantes, de l'expertise clinique et des préférences de la personne.

La plus récente méta-analyse traitant de ce sujet en particulier rapporte qu'environ 53,3% des personnes ayant cessé leur traitement antipsychotique après la rémission présentent une rechute au cours de l'année suivante, comparativement à 21 % de celles qui poursuivent leur traitement (Kishi et al., 2026). Ainsi, l'arrêt des antipsychotiques est associé à un risque de rechute environ deux à deux fois et demie plus élevée à court terme.

Toutefois, le risque de rechute ne représente qu'une partie du portrait. Les antipsychotiques peuvent également être associés à des effets indésirables importants, notamment une prise de poids, des complications métaboliques et des troubles du mouvement, qui peuvent affecter la qualité de vie, le fonctionnement quotidien et l'adhésion au traitement.

Notre méta-analyse des essais randomisés réalisés auprès de personnes en rémission après un premier épisode psychotique montre que les données disponibles demeurent insuffisantes pour tirer des conclusions solides concernant plusieurs résultats pourtant centraux pour les personnes, notamment les effets indésirables, le fonctionnement, la qualité de vie, l'emploi et le rétablissement selon une vision plus globale et non-restreinte à l'absence de symptômes de la lignée psychotique (Béchard et al., 2024).

Certaines données à plus long terme, soit dans un horizon de plus de 3 ans post-arrêt suggèrent néanmoins qu'une stratégie de réduction ou d'arrêt pourrait favoriser le fonctionnement chez certaines personnes (Wunderink et al., 2013 ; Sommer et al., 2026). Récemment, l'étude HAMLETT, ayant suivi 347 personnes pendant quatre ans après un premier épisode psychotique, a observé un meilleur fonctionnement évalué par les cliniciens chez les participants ayant entrepris une réduction ou un arrêt précoce du traitement (Sommer et al., 2026). Toutefois, cette stratégie était également associée à un risque accru de rechute ainsi qu'à une moins bonne qualité de vie durant la première année de suivi post-arrêt (Sommer et al., 2026). Ces résultats illustrent la complexité de la décision et soulignent l'importance de considérer simultanément les bénéfices et les risques à court et à long terme.

Ces constats suggèrent que plusieurs éléments importants du rétablissement pour la personne demeurent insuffisamment documentés et que les décisions cliniques ne peuvent reposer uniquement sur le risque de rechute.

Ces constats suggèrent que plusieurs éléments importants du rétablissement pour la personne demeurent insuffisamment documentés et que les décisions cliniques ne peuvent reposer uniquement sur le risque de rechute.

Comprendre l'expérience vécue et le processus décisionnel

Afin de mieux comprendre comment les personnes en rémission d'un PEP prennent la décision de poursuivre, réduire ou arrêter un antipsychotique après la rémission d'un premier épisode psychotique, une étude qualitative a été réalisée auprès de personnes suivies dans un programme d'intervention précoce pour la psychose située au Québec (Béchard et al., 2025).

Les résultats démontrent que cette décision est influencée par de multiples facteurs qui interagissent entre eux. Les participants ont notamment évoqué leurs perceptions de la maladie et du traitement, les bénéfices et les effets indésirables associés aux antipsychotiques, leurs expériences antérieures, l'influence de leurs proches ainsi que leurs objectifs personnels de rétablissement.

Les effets indésirables, les interactions avec les proches ainsi que certaines transitions de vie importantes, comme la fin des études ou la fin du suivi en clinique d'intervention précoce pour la psychose, constituaient souvent des éléments qui stimulaient l'amorce d'une réflexion entourant une éventuelle réduction ou un arrêt du traitement. Plusieurs participants décrivaient également un processus décisionnel évolutif, marqué par des périodes d'ambivalence où les avantages perçus du traitement devaient être mis en balance avec ses inconvénients.

Concernant leurs perceptions des interactions avec leurs professionnels de la santé, la majorité des participants rapportaient une relation positive avec leur équipe de soins et se sentaient soutenus dans leur parcours. Toutefois, les réflexions entourant une éventuelle réduction ou un arrêt des antipsychotiques étaient systématiquement initiées par les personnes elles-mêmes. Aucune personne n'a rapporté que cette discussion avait été amorcée par l'équipe clinique. Plusieurs participants avaient également l'impression que, sans leur propre initiative, le sujet n'aurait probablement jamais été abordé.

Les résultats mettent également en évidence l'influence de la stigmatisation et de l'autostigmatisation. Pour certaines personnes, la poursuite du traitement pouvait être associée à un rappel constant de la maladie ou à un sentiment d'être différent des autres. Ces éléments contribuaient parfois à alimenter la réflexion entourant une éventuelle réduction ou un arrêt du traitement.

Dans l'ensemble, les résultats suggèrent que les discussions concernant la poursuite versus l'arrêt du traitement antipsychotiques après la rémission devraient dépasser la seule évaluation du risque de rechute et tenir compte de l'expérience vécue, des valeurs, des objectifs de vie et du processus de rétablissement de chaque personne.



La décision partagée comme approche clinique

La décision de poursuivre, réduire ou arrêter un antipsychotique après la rémission d'un premier épisode psychotique constitue une décision sensible aux préférences. En effet, plusieurs options raisonnables peuvent être envisagées, chacune comportant des avantages, des inconvénients et une part d'incertitude.

Dans ce contexte, la décision partagée apparaît particulièrement pertinente. Cette approche vise à intégrer les meilleures données probantes disponibles, l'expertise clinique et les valeurs de la personne afin de parvenir à une décision concertée (Coulter & Collins, 2011).

La décision partagée ne consiste pas à convaincre une personne de poursuivre ou d'arrêter son traitement. Elle vise plutôt à favoriser une compréhension commune de la situation, à explorer ce qui importe le plus pour la personne et à soutenir une réflexion éclairée sur les différentes options disponibles.

Cette approche est particulièrement cohérente avec les principes du rétablissement puisqu'elle favorise l'autodétermination, le partenariat thérapeutique et la participation active de la personne aux décisions qui la concernent.

Développement d'un outil d'aide à la décision

Afin de soutenir cette démarche, un outil d'aide à la décision destiné aux personnes en rémission d'un premier épisode psychotique a été développé selon une approche de co-construction impliquant des personnes concernées, des cliniciens et des chercheurs (Béchard et al., 2026).

L'outil présente les principales options thérapeutiques – soient de poursuivre, réduire ou arrêter les antipsychotiques – ainsi que les bénéfices, les risques et les incertitudes associés à chacune de ces options. Il vise également à aider les personnes à réfléchir à leurs valeurs, à leurs préférences et à leurs objectifs de rétablissement.

L'objectif n'est pas de recommander une option particulière, mais plutôt de favoriser une discussion structurée entre la personne et son équipe de soins. En rendant les données probantes plus accessibles et en soutenant l'expression des préférences individuelles, cet outil vise à améliorer la qualité du processus décisionnel.

Messages clés à retenir

Les décisions concernant les antipsychotiques après la rémission d'un PEP sont complexes et multidimensionnelles.

Les personnes en rémission d'un PEP souhaitent généralement participer activement à ces décisions et ils considèrent plusieurs facteurs qui dépassent largement le seul risque de rechute.

Les infirmier(-ère)s jouent un rôle central dans l'accompagnement de ces réflexions et disposent d'une posture unique afin de soutenir une prise de décision véritablement éclairée.

Les approches de décision partagée et les outils d'aide à la décision constituent des leviers prometteurs pour favoriser des soins davantage centrés sur le rétablissement.

Implications pour la pratique infirmière

Les infirmier(-ère)s occupent une position privilégiée pour accompagner les personnes qui réfléchissent à la poursuite, à la réduction ou à l'arrêt de leur traitement antipsychotique. L'infirmier(-ère) entretenant des contacts réguliers et de

proximité avec les personnes et leurs proches, elles sont particulièrement bien placées pour repérer l'émergence de questionnements, explorer les préoccupations liées au traitement et soutenir l'expression des valeurs et des objectifs de rétablissement.

Les résultats présentés suggèrent que plusieurs personnes amorcent elles-mêmes une réflexion concernant leur traitement, parfois sans même en discuter ouvertement avec leur équipe de soins. Les infirmières peuvent jouer un rôle important en créant un espace sécuritaire permettant d'aborder ces questions avant que des changements ne soient entrepris de manière autonome et donc plus à risque.

L'intégration de la décision partagée dans la pratique infirmière peut également contribuer à renforcer le partenariat thérapeutique, à améliorer la qualité des discussions cliniques et à soutenir des décisions davantage alignées sur les besoins et les priorités des personnes.

Conclusion

La décision de poursuivre, réduire ou arrêter un antipsychotique après la rémission d'un premier épisode psychotique est complexe et comporte d'importantes zones d'incertitudes. Si les données démontrent clairement une augmentation du risque de rechute à court terme lors de l'arrêt du traitement, plusieurs autres résultats importants pour les personnes demeurent peu documentés.

Les personnes concernées considèrent généralement un ensemble de facteurs qui dépassent largement la seule prévention des rechutes, notamment les effets indésirables, la qualité de vie, l'autonomie, le fonctionnement et le rétablissement.

Dans ce contexte, la décision partagée constitue une approche particulièrement pertinente pour soutenir des choix éclairés et centrés sur la personne. Les infirmières ont un rôle essentiel à jouer dans l'accompagnement de ces discussions et dans la promotion d'une pratique fondée à la fois sur les données probantes, le partenariat et les principes du rétablissement.

Les autrices et auteurs

Laurent Béchard, PharmD PhD, CIUSSS de la Capitale-Nationale, Faculté des sciences infirmières, Université Laval ; Centre de recherche VITAM

Emmanuelle Bouchard, IPSSM, Programme PEP CIUSSS Capitale-Nationale; Professeure au Département de la Santé, UQAR

Références

Béchard, L., Desmeules, C., Bachand, L., Huot-Lavoie, M., Corbeil, O., Anderson, E., Brodeur, S., LeBlanc, A., Demers, M.-F., Lauzier, S., & Roy, M.-A. (2024). *The effects of antipsychotic discontinuation or maintenance on the process of recovery in remitted first-episode psychosis patients : A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. European Psychiatry,* 67, e13. **https : //doi.org/10.1192/j.eurpsy.2024.5**

Béchard, L., Anderson, E., Corbeil, O., Huot-Lavoie, M., Brodeur, S., Massé, C., LeBlanc, A., Demers, M.-F., Lauzier, S., & Roy, M.-A. (2025). *Factors shaping the decision-making process to continue or discontinue antipsychotics : Exploratory qualitative study of 12 individuals in remission from first-episode psychosis. BJPsych Open,* 11(6), e193. **https : //doi.org/10.1192/bjo.2025.10817**

Béchard, L., Corbeil, O., Huot-Lavoie, M., Roy, O., Brodeur, S., Bouchard, E., Martel, J., Pavey, N., Achim, A. M., Menear, M., Roy, M.-A., Lauzier, S., & Demers, M.-F. (2026). *Development of a patient decision aid prototype on the decision to continue, reduce or discontinue antipsychotic medication following remission of first-episode psychosis. BJPsych Open,* 12, e125. **https : //doi.org/10.1192/bjo.2026.11034**

Coulter, A., & Collins, A. (2011). *Making shared decision-making a reality : No decision about me, without me. The King's Fund.* **https : //assets.kingsfund.org.uk/f/256914/x/73b4098901/making_shared_decisions_making_reality_july_2011.pdf**

Kishi, T., Citrome, L., Sakuma, K., Hatano, M., & Iwata, N. (2026). *Relapse and its modifiers after antipsychotic discontinuation in first-episode non-affective psychosis : A systematic review and meta-analysis. European Neuropsychopharmacology,* 109, 112828. **https : //doi.org/10.1016/j.euroneuro.2026.112828**

Remington, G., Addington, D., Honer, W., Ismail, Z., Raedler, T., & Teehan, M. (2017). *Guidelines for the pharmacotherapy of schizophrenia in adults. Canadian Journal of Psychiatry,* 62(9), 604–616. **https : //doi.org/10.1177/0706743717720448**

Sommer, I. E., de Beer, F., Gangadin, S., de Haan, L., Veling, W., van Beveren, N., Boonstra, N., Rosema, B.-S., van Os, J., Kikkert, M., Koops, S., Noorman, J., Thielen, F., Wijnen, B., & Begemann, M. (2026). *Early dose reduction or discontinuation vs maintenance antipsychotics after first psychotic episode remission : A randomized clinical trial. JAMA Psychiatry,* 83(1), 68–73. **https : //doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2025.2525**

Wunderink, L., Nieboer, R. M., Wiersma, D., Sytema, S., & Nienhuis, F. J. (2013). *Recovery in remitted first-episode psychosis at 7 years of follow-up of an early dose reduction/discontinuation or maintenance treatment strategy : Long-term follow-up of a 2-year randomized clinical trial. JAMA Psychiatry,* 70(9), 913–920. **https : //doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.19**

Pr DAYVIGO MD
comprimés de lemborexant

COMPTER LES MOUTONS?

DAYVIGO[MD] (lemborexant) est indiqué pour le traitement de l'insomnie, caractérisée par des difficultés d'endormissement et/ou de maintien du sommeil.



Veuillez consulter la monographie du produit au https://ca.eisai.com/fr-CA/our-products pour en savoir davantage sur les contre-indications, mises en garde et précautions, réactions indésirables, interactions médicamenteuses, la posologie et les conditions d'utilisation clinique.
On peut aussi obtenir ce document en appelant au 1 877 873-4724.

Eisai

hhc
human health care

RÉVISÉ PAR CCPP

DAYVIGO[MD] est une marque déposée appartenant à Eisai R&D Management Co., Ltd., utilisée sous licence par Eisai Inc.
Eisai limitée, 6925, avenue Century, bureau 701, Mississauga, Ontario L5N 7K2
© 2024 Eisai limitée. Tous droits réservés.

DAYV-CAN/F-162

Collaborer avec des personnes expertes par expérience pour lutter contre la stigmatisation en santé mentale

Par Andrée-Anne Choquette, Martin Charette et Marie-Claude Jacques

Résumé

Les personnes qui ont des diagnostics de troubles mentaux ou de troubles liés à l'usage de substances sont encore stigmatisés chez les personnes étudiantes en sciences infirmières et les membres de la profession, ce qui nuit à la recherche d'aide, à l'accès aux services et à l'adhésion aux traitements. Les stratégies de contact, fondées sur des interactions positives avec des personnes expertes par expérience (PEE), figurent parmi les approches les plus efficaces pour réduire cette stigmatisation et améliorer les compétences des équipes soignantes.

Bien que de plus en plus intégrées en formation infirmière, ces initiatives restent souvent limitées et symboliques. Une collaboration optimale implique de reconnaître le savoir expérientiel comme ayant une valeur à part entière et de bien préparer les PEE et les personnes participantes avant, pendant et après les interactions. Le rôle éducatif des PEE comporte des bénéfices (p. ex. bien-être perçu), mais aussi des défis (p. ex. préparation insuffisante).

En somme, cette approche enrichit la formation, profite à toutes les personnes impliquées et devrait être davantage utilisée, y compris en milieux cliniques, pour réduire la stigmatisation et améliorer la qualité des soins.

Mots clés : stigmatisation ; personnes expertes par expérience ; santé mentale ; stratégies de contact ; formation des infirmières

Contexte

La stigmatisation est la réaction d'un groupe ou d'une société envers des personnes ou des groupes minoritaires, différents ou défavorisés consistant à attribuer une étiquette qui les catégorise comme déviants (Butera, 2002). Les troubles mentaux (TM) et le trouble de l'usage d'une substance (TUS) sont l'objet de stigma chez les personnes étudiantes sciences infirmières (Happell et al., 2021 ; Zeng, 2024, Meng, 2022) et les membres de la profession en exercice (Dell et al., 2021 ; Deng et al., 2022). Le TUS est d'ailleurs le trouble le plus stigmatisé par les professionnels de la santé (Parish et al., 2025). Les conséquences sont majeures et nombreuses sur les soins de santé dont le retard dans la demande d'aide en santé mentale, la diminution de l'utilisation des services et de l'adhésion aux traitements (Chan et al., 2022). Globalement, les personnes ayant un TM ou un TUS reçoivent des soins de moins bonne qualité que les personnes n'ayant pas ces diagnostics (Livingston, 2020), ce qui diminue la satisfaction des soins, la confiance envers le personnel et impacte l'espérance de vie (Verhaeghe et Bracke, 2012 ; Thornicroft et al., 2022). La stigmatisation peut mener à des stratégies d'adaptation nocives, par exemple s'isoler ou consommer des substances psychoactives (Gouvernement du Canada, 2019). Elle est également liée au masquage diagnostique, qui consiste à attribuer à tort des symptômes physiques à des comorbidités psychiatriques ayant déjà été diagnostiquées par le passé. Ceci compromet la qualité des soins, pouvant même causer la mort (Hallyburton, 2022). La stigmatisation implique des coûts financiers et sociaux importants (Gouvernement du Canada, 2019) et constitue un problème de santé publique prioritaire selon l'OMS (WHO, 2025).

Les stratégies de contact sont parmi les interventions les plus efficaces pour la lutte à la stigmatisation

Les stratégies de contact sont parmi les interventions les plus efficaces pour la lutte à la stigmatisation (Raj, 2022 ; Thornicroft et al., 2022 ;). Elles consistent en un contact positif entre une personne ayant un savoir expérientiel et un groupe ciblé (Knaak, Modgill, & Patten, 2014). Ce contact vient ébranler les idées préconçues et favorise une attitude plus positive chez l'équipe soignante (Raj, 2022), dont les infirmières (Happell et al. 2021a ; Martínez-Martínez et al., 2019). De plus, elle favorise le

développement de la compétence des professionnels de la santé (Happell et al. 2021a).

Bien que ces stratégies soient de plus en plus reconnues et utilisées dans les programmes d'enseignement en sciences infirmières, leur nombre reste limité, ponctuel et parfois purement symbolique. Bien que perçues favorablement, elles restent mal comprises (Happel et al. 2024). Ainsi, l'objectif de cet article est de discuter des meilleures pratiques pour collaborer avec des personnes expertes par expérience (PEE) issues de la littérature et de notre expérience, afin de maximiser les effets, mais aussi promouvoir le bien-être des personnes impliquées. Cet article traite du contexte d'enseignement, mais certains principes sont transférables en milieu clinique.

Contenu principal de la présentation

Les patients sont impliqués dans la formation médicale depuis environ le XVIII siècle, initialement, comme des personnes passives afin d'illustrer certaines conditions (Lechopier, 2015). Les patients éducateurs, par exemple dans les examens physiques intimes, apparaissent dans les années 60. Puis, dans les années 90 apparaissent les premiers programmes impliquant les patients dans la formation à des niveaux plus complexes, comme des situations touchant la santé mentale (Towle et al., 2010). Ce type de contribution s'inscrit davantage dans une stratégie contact. Effectivement, il est maintenant fréquent qu'une stratégie de contact soit jumelée à de l'éducation prodiguée par les patients. L'enseignement prodigué par une PEE serait plus efficace pour lutter contre la stigmatisation que l'éducation seule (Pursehouse, 2023). Plusieurs termes sont utilisés pour désigner les patients qui participent à la formation : patient réel, patient formateur, patient enseignant, patient éducateur (Pageau et al., 2021). Dans un souci de démédicalisation et d'inclusion, nous utiliserons le terme personne experte par expérience (PEE), ce qui pour nous est plus compatible avec une posture humble et non hiérarchique.

Depuis plusieurs années, nous travaillons avec des PEE dans les cours de santé mentale du programme de baccalauréat en sciences infirmières à l'Université de Sherbrooke, autant dans le cheminement initial que le cheminement intégré (DEC-Bac). Elles ont des profils variés : pairs-aidants travaillant dans le réseau ou des organismes communautaires, membres des Alcooliques Anonymes (AA), personnes soignées accompagnées d'une infirmière clinicienne et bien d'autres. Nous visons à multiplier les contacts puisque des études démontrent que plusieurs contacts avec des PEE seraient plus efficaces (Ashton, Gordon, & Reeves, 2018 ; Knaak, Modgill, & Patten, 2014).

Afin de réaliser une stratégie de contact, les PEE peuvent être impliquées à différents niveaux dans la formation. Towle et al. (2010) ont suggéré une terminologie sous forme de spectre pour définir l'implication des PEE en éducation, allant de l'utilisation des informations des personnes concernées pour un



cas ou un scénario à l'implication institutionnelle. Le niveau d'implication peut varier en fonction des objectifs poursuivis, mais les personnes qui collaborent avec des PEE doivent se soucier de coconstruire ces objectifs et de ne pas simplement se limiter au témoignage, comme il est souvent déploré par les personnes concernées (Yousiph et al., 2023). Parmi les objectifs d'apprentissages coconstruits les plus souvent rapportés dans la littérature médicale, nous retrouvons : ébranler les perceptions et les attitudes des futurs professionnels de la santé et réduire les stéréotypes, faire connaître l'expérience de personnes dans les services de santé ainsi que leur relation avec le personnel et promouvoir l'approche humaniste et l'empathie (Pageau et al. 2021). De notre côté, les PEE participent à l'enseignement, et font un partage d'expérience de leur parcours de rétablissement sur différentes thématiques, notamment la pair-aidance, les troubles mentaux graves, l'usage de substances et la réduction des méfaits.

En premier lieu, pour une stratégie contact réussie, il est essentiel de considérer le savoir expérientiel aussi pertinent que le savoir infirmier, et de collaborer avec des PEE de façon collégiale et chaleureuse. L'équipe enseignante doit prévoir du soutien avant (appréhensions, besoins, attentes, sujets à éviter, comment créer un témoignage, comment préparer le matériel didactique le cas échéant), pendant (gestion de classe, soutien technique) et après (débriefing, suggestions d'amélioration pour une prochaine fois) la rencontre entre les PEE et les personnes étudiantes. Une rémunération adéquate

Les personnes recrutées doivent avoir certaines caractéristiques, dont un savoir expérientiel pertinent, un certain recul face à sa condition, une stabilité physique et émotionnelle suffisante, des habiletés de communication et de collaboration, un désir d'aider et une approche constructive

est essentielle pour reconnaître l'apport important des PEE (Eijkelboom et al., 2023 ; Pageau et al., 2021), incluant les frais de déplacement (Unité de soutien SRAP du Québec, 2018). Au Québec et au Canada, les principes directeurs indiquent que la rémunération peut varier d'environ 22,82 $ à 60 $ de l'heure, voire davantage, selon le niveau de participation au processus décisionnel, ainsi que le rôle, l'expérience et la formation de la PEE (Excellence en santé Canada, s. d. ; Unité de soutien SRAP du Québec, 2018). Il convient toutefois de noter que le seuil inférieur de cette fourchette pourrait ne plus refléter adéquatement le contexte économique actuel, notamment en raison de l'inflation observée au cours des dernières années. Si la PEE est bénéficiaire de l'aide sociale, l'équipe doit être sensible au fait qu'elle a droit à un revenu supplémentaire limité, et être flexible dans la rémunération (ex. répartir la rémunération ou payer en carte cadeau).

Selon la littérature, une formation gagnerait à être offerte aux PEE impliquées dans l'enseignement, par exemple sur la rétroaction constructive ou sur la façon de bien partager son récit. Elle permet plus d'efficacité en clarifiant le rôle et en explicitant les attentes en plus d'officialiser et valoriser le rôle. Cependant, cela peut réduire l'authenticité. Si disponible, la formation doit aider la personne à transmettre sa propre expérience de façon constructive, et non pas de les amener à cadrer dans le monde académique traditionnel. Au final, le choix de former ou non dépend des objectifs pédagogiques (Eijkelboom et al., 2023 ; Pageau et al., 2021). Dans notre contexte, une formation officielle menacerait d'écarter la participation de certaines personnes. Ainsi, l'équipe enseignante veille à accompagner de façon individuelle chaque PEE selon ses besoins et la nature de son implication. Parmi les informations importantes à transmettre, notons les rôles et responsabilités, le contexte dans lequel la PEE intervient, des conseils pratiques pour les situations difficiles, comment choisir ce qu'elle divulgue ou non et quelles sont les ressources disponibles pour elle (Pageau et al. 2021).

Il existe plusieurs façons de recruter des PEE, notamment via les organismes communautaires, des associations, des professionnels de la santé ou des publicités. Les personnes recrutées doivent avoir certaines caractéristiques, dont un savoir expérientiel pertinent, un certain recul face à sa condition, une stabilité physique et émotionnelle suffisante, des habiletés de communication et de collaboration, un désir d'aider et une approche constructive (Pageau et al. 2021). Il est aussi suggéré de valoriser la diversité des profils, par exemple en termes de culture ou niveau socioéconomique (Eijkelboom et al., 2023).

Selon une revue de littérature d'articles sur l'implication des PEE dans l'enseignement en santé mentale en sciences infirmières (Yousiph et al., 2023), cette expérience est à la fois riche et comportant des défis. D'abord, les PEE témoignent de nombreux bénéfices du rôle d'éducateur. Entre autres à l'aide de leur récit de rétablissement, elles peuvent présenter qui est la personne et son expérience derrière le diagnostic et ainsi apporter une contribution unique, en favorisant le changement des attitudes stigmatisantes. Ce rôle permet aussi d'établir des relations réciproques avec les personnes étudiantes et l'équipe enseignante. Il promeut le bien-être de différentes façons, en augmentait la confiance en elles et en permettant de se réconcilier avec leur expérience passée. D'un autre côté, le rôle d'éducateur comporte plusieurs défis. Le manque de préparation (peu d'attentes claires, impression d'être instrumentalisée, peu de soutien pratique et émotionnel) étant parmi les plus importants. Aussi, le sentiment de vulnérabilité, le voyeurisme, les effets négatifs sur le bien-être comme le stress ou le sentiment d'être discriminé, le manque de soutien (ex. absence de débriefing) sont d'autres défis mentionnés par les PEE. Plusieurs ont nommé que le niveau d'implication varie largement, qu'elles ne se sentent pas réellement incluses dans le curriculum, et que la rémunération est parfois insuffisante. Les PEE se voient comme de vraies expertes des soins en santé mentale, veulent être reconnues comme telles, et contribuer plus formellement à l'éducation des infirmières.

Les personnes étudiantes doivent aussi être accompagnées. L'équipe enseignante doit expliquer les objectifs, le contexte et la pertinence des rencontres. Des attentes claires sur le déroulement doivent être énoncées (p. ex. ne pas utiliser les cellulaires, sujets à éviter, façon de poser les questions). Il est important de reconnaître que les problématiques abordées peuvent toucher les personnes étudiantes ou leurs proches et une liste de ressources d'aide devraient être disponibles. Un débriefing après le contact est également recommandé (Eijkelboom et al., 2023).

Implications pour la pratique infirmière

Les équipes enseignantes en sciences infirmières sont de plus en plus nombreuses à inclure les PEE dans l'enseignement (Happell et al. 2024). Si elles gagnent en popularité dans

les milieux d'enseignement, les stratégies de contact sont également efficaces pour les infirmières en exercice (Raj et al. 2022). Bien que les études sur cette population spécifique soient moins nombreuses, plusieurs études appuient l'utilisation de la stratégie contact chez différents professionnels de la santé en exercice (Carrara et al., 2020). Chez les étudiants en sciences infirmières, ces stratégies réduisent la stigmatisation, augmentent l'empathie et contribuent au développement des habiletés de communication (Happell et al., 2019a, 2019b). Le contact avec des PEE peut faciliter la compréhension et l'application des approches axées sur le rétablissement (Happell et al. 2024). Nous avons récemment mené une étude auprès d'une cohorte étudiante au DEC-Bac, donc des infirmières déjà en exercice, dont les conclusions vont dans le même sens et qui feront l'objet d'une publication prochaine.

Ainsi, pour améliorer les soins, ces stratégies gagneraient à être utilisées également en milieu clinique. Par exemple, une formation continue sur le trouble de personnalité limite serait plus efficace si elle met à contribution une PEE, en suivant les mêmes recommandations que pour l'enseignement en milieu académique. Bien que la stratégie contact serait jusqu'à deux fois plus efficace en personne selon certains auteurs (Corrigan et al., 2012), d'autres mentionnent que les contacts virtuels par visionnement de vidéos seraient aussi efficaces (Griffiths et al., 2014). L'écoute de vidéo en ligne pourrait donc être une alternative valable, plus accessible à une large audience (Ng et al., 2017).

Considérant le fait que les personnes vivant avec des TM reçoivent des soins infirmiers pour diverses conditions de santé en dehors des services spécialisés en santé mentale ou en dépendance (Raj, 2022), ces stratégies gagneraient à être utilisées dans les milieux non spécialisés. D'ailleurs, les stratégies contact peuvent aussi augmenter l'intérêt des infirmières à travailler avec des personnes vivant avec un TM (Raj et al., 2022).

Conclusion

La formation infirmière doit inclure des stratégies pédagogiques efficaces afin de lutter contre la stigmatisation en santé mentale et améliorer les soins de santé. Les stratégies de contact, lorsque bien utilisées, apportent des bénéfices aux personnes étudiantes, aux PEE ainsi qu'à l'équipe enseignante. Pourtant, des obstacles empêchent les équipes enseignantes d'implanter ces initiatives dans les curriculums, notamment le manque de budget (Happel et al. 2024). Ainsi, considérant l'importance du problème de la stigmatisation et les retombées potentielles des stratégies contact, ces stratégies devraient être mises en priorité dans les curriculums des Cégeps et des universités ainsi que sur les unités de soins. Il est primordial de le faire de façon continue et structurée, en utilisant les meilleures pratiques afin de maximiser l'efficacité du contact, mais aussi promouvoir le bien-être de toutes les personnes impliquées. Nous pouvons aussi nous unir et collectivement militer pour que les voix des PEE soient plus entendues et considérées dans les soins de santé, afin qu'ils soient plus justes, équitables et sécuritaires.

Les autrices et auteur

Andrée-Anne Choquette, inf. MSc, professeure praticienne en sciences de la santé à l'Université de Sherbrooke

Martin Charette, inf. PhD., professeur agrégé à l'Université de Sherbrooke

Marie-Claude Jacques, inf. PhD., professeure titulaire à l'Université de Sherbrooke

Références

Ashton, L. J., Gordon, S. E., and Reeves, R. A. (2018) Key Ingredients-Target Groups, Methods and Messages, and Evaluation-of Local-Level, Public Interventions to Counter Stigma and Discrimination : A Lived Experience Informed Selective Narrative Literature Review. *Community Ment Health J. 54*(3), 312-333. doi : 10.1007/s10597-017-0189-5.

Butera, F. (2002). Stigmatisation. Dans J.P. Fragnière et R. Girod (dir.), Dictionnaire de politique sociale. Lausanne : Réalités sociales.

Carrara, B. S., Fernandes, R. H. H., Bobbili, S. J., & Ventura, C. A. A. (2020). Health care providers and people with mental illness : An integrative review on anti-stigma interventions. *International Journal of Social Psychiatry.* 1-14. https ://doi.org/10.1177/0020764020985891

Chan, K. K. S. et Tsui, J. K. C. (2023). Perceived stigma from mental health service providers and its adverse impact on service engagement and recovery among people with mental illness. *American Journal of Orthopsychiatry, 96*(5), 365-374.

Corrigan, P., Rao, D. (2012). On the Self-Stigma of Mental Illness : Stages, Disclosure, and Strategies of Change. *Canadian Journal of Psychiatry, 57*(8), 464 -469. doi : 10.1177/070674371205700804.

Dell, N. A., Vidovic, K. R., Vaughn, M. G., & Sasaki, N. (2021). Mental health provider stigma, expectations for recovery, and perceived quality of care provided to persons with mental illness. *Stigma and Health, 6*(2), 247–250. **https ://doi.org/10.1037/sah0000227**

Deng, Y., Wang, A. L., Frasso, R., Ran, M. S., Zhang, T. M., Kong, D., and Wong, Y. I. (2022). Mental health-related stigma and attitudes toward patient care among providers of mental health services in a rural Chinese county. *The International Journal of Social Psychiatry, 68*(3), 610–618. **https ://doi.org/10.1177/0020764021992807**

Eijkelboom C, Brouwers M, Frenkel J, van Gurp P, Jaarsma D, de Jonge R, Koksma J, Mulder D, Schaafsma E, Sehlbach C, Warmenhoven F, Willemen A, de la Croix A. Twelve tips for patient involvement in health professions education. Patient Educ Couns. 2023 Jan ;106 :92-97. doi : 10.1016/j.pec.2022.09.016.

Excellence en santé Canada. (s. d.). Guide de reconnaissance des patients partenaires. https ://www.healthcareexcellence.ca/fr/ressources/guide-de-reconnaissance-des-patients-partenaires

Références (suite)

Gouvernement du Canada (2019). Lutte contre la stigmatisation. Vers un système de santé plus inclusif. Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2019. https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/publications/rapports-etat-sante-publique-canada-administrateur-chef-sante-publique/lutte-contre-stigmatisation-vers-systeme-sante-plus-inclusif.html

Hallyburton, A. (2022). Diagnostic overshadowing: An evolutionary concept analysis on the misattribution of physical symptoms to pre-existing psychological illnesses. International Journal of Mental Health Nursing, 31(6), 1360-1372.

Knaak, S., Modgill, G. and Patten, S. B. (2014). Key ingredients of anti-stigma programs for health care providers: a data synthesis of evaluative studies. *Can J Psychiatry. 59*(10 Suppl 1), S19-26. doi: 10.1177/070674371405901s06.

Parish, C. L., Feaster, D. J., Pollack, H. A., Horigian, V. E., Wang, X., Jacobs, P., Pereyra, M. R., Drymon, C., Allen, E., Gooden, L.K., Del Rio, C. and Metsch, L.R. (2025). Healthcare provider stigma toward patients with substance use disorders. *Addiction. 120*(10):2005-2019. doi: 10.1111/add.70122.

Pursehouse, L. (2023). Health-care undergraduate student's attitudes towards mental illness following anti-stigma education: a critical review of the literature. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice, 18* (2), 111–122. https://doi.org/10.1108/JMHTEP-09-2021-0112

Happell, B., Gordon, S., Hurley, J., Foster, K., Hazelton, M., Lakeman, R., Moxham, L. et Warner, T. (2024). It takes it out of the textbook: Benefits of and barriers to expert by experience involvement in pre-registration mental health nursing education. *J Psychiatr Ment Health Nurs. 31*(5):945-955. doi: 10.1111/jpm.13042.

Happell, B., Waks, S., Bocking, J., Horgan, A., Manning, F., Greaney, S., … Biering, P. (2021). "But i'm not going to be a mental health nurse": nursing students' perceptions of the influence of experts by experience on their attitudes to mental health nursing. *Journal of Mental Health nursing, 30*(5), 556–563.

Happell, B.; Waks, S.; Bocking, J.; Horgan, A.; Manning, F.; Greaney, S.; Goodwin, J.; Scholz, B.; van der Vaart, K.J.; Allon, J.; et al. (2019a). 'There's more to a person than what's in front of you': Nursing students' experiences of consumer taught mental health education. Int. J. Ment. Health Nurs. 28, 950–959.

Happell B, Waks S, Bocking J, Horgan A, Manning F, Greaney S, Goodwin J, Scholz B, van der Vaart KJ, Allon J, Hals E, Granerud A, Doody R, MacGabhann L, Russell S, Griffin M, Lahti M, Ellilä H, Pulli J, Vatula A, Platania-Phung C, Bjornsson E, Biering P. (2019b)"I felt some prejudice in the back of my head": Nursing students' perspectives on learning about mental health from "Experts by Experience". J Psychiatr Ment Health Nurs. 26(7-8):233-243. doi: 10.1111/jpm.12540.

Lechopier, N. (2015, novembre). Participation des patients à la formation médicale. *Rhizome,* (58). https://www.ch-le-vinatier.fr/rhizome/anciens-numeros/rhizome-n58-la-participation-des-usagers-en-sante-mentale-novembre-2015/participation-des-patients-a-la-formation-medicale-1246.html

Livingston, J. D. (2020) La stigmatisation structurelle des personnes ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances dans les établissements de soins de santé: Analyse documentaire. Ottawa, Commission de la santé mentale du Canada.

Martínez-Martínez, C., Sánchez-Martínez, V., Sales-Orts, R., Dinca, A., Richart-Martínez, M., & Ramos-Pichardo, J. D. (2019). Effectiveness of direct contact intervention with people with mental illness to reduce stigma in nursing students. International Journal of Mental Health Nursing, 28(3), 735–743. https://doi.org/10.1111/inm.12578

Meng, N., Huang, X., Wang, J., Wang, M. and Wang, Y. (2022). The factors and outcomes of stigma toward mental disorders among medical and nursing students: a cross-sectional study. BMC Psychiatry. 22(1):357. doi: 10.1186/s12888-022-03996-y.

Ng, Y. P., Rashid, A., & O'Brien, F. (2017). Determining the effectiveness of a video-based contact intervention in improving attitudes of Penang primary care nurses towards people with mental illness. PLoS One, 12(11), Article e0187861. https://doi.org/ 10.1371/journal.pone.0187861

Pageau, S., Brunier, I., Fotsing, S. (2021). Stratégies de recrutement et de formation des patients en éducation: une synthèse de la littérature. *Pédagogie Médicale, 22*(2) 91-100. **https://doi.org/10.1051/pmed/2021008**

Raj, C.T. (2022). The effectiveness of mental health disorder stigma-reducing interventions in the healthcare setting: An integrative review. *Archive of Psychiatric Nursing,* 39, 73-83.

Thornicroft,. G, Sunkel, C., Alikhon Aliev, A., Baker, S., Brohan, E., El Chammay, R., Davies, K., Demissie, M., Duncan, J,, Fekadu, W,, Gronholm, P. C., Guerrero, Z., Gurung, D., Habtamu, K., Hanlon, C., Heim, E., Henderson, C., Hijazi, Z., Hoffman, C., Hosny, N., Huang, F. X., Kline, S., Kohrt, B. A., Lempp, H,, Li, J., London, E., Ma, N., Mak, W. W. S., Makhmud, A., Maulik, P. K., Milenova, M., Morales Cano, G,, Ouali, U., Parry, S., Rangaswamy, T., Rüsch, N., Sabri, T., Sartorius, N., Schulze, M., Stuart, H., Taylor Salisbury, T., Vera San Juan, N., Votruba, N. and Winkler, P. (2022). The Lancet Commission on ending stigma and discrimination in mental health. *Lancet, 400*(10361), 1438-1480. doi: 10.1016/S0140-6736(22)01470-2.

Towle, A,, Bainbridge, L., Godolphin, W., Katz, A., Kline, C., Lown, B., Madularu, I., Solomon, P., Thistlethwaite, J. (2010) Active patient involvement in the education of health professionals. *Med Educ. 44*(1), 64-74. doi: 10.1111/j.1365-2923.2009.03530.x.

Unité de soutien SRAP du Québec. (2018). Principes directeurs – Dédommagement financier pour la recherche en partenariat avec les patients et le public. **https://ceppp.ca/wp-content/uploads/2021/01/USSQ_Principes-directeurs_Dedommagement_vAou%CC%82t2018.pdf**

Verhaeghe, M., et Bracke, P. (2012). Associative stigma among mental health professionals: Implications for professional and service user well-being. Journal of Health and Social Behavior, 53(1), 17-32. https://doi.org/10.1177/0022146512439453

World Health Organisation (WHO) (2025). Mental health atlas 2024. Geneva: World Health Organisation. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/382452/9789240114487-eng.pdf?sequence=1

Yousiph T, Patterson C, Moxham L. Exploring the benefits and challenges of being a consumer educator in nursing education: A scoping review. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2023 Aug;30(4):679-698. doi: 10.1111/jpm.12909.

Zeng, Y., Pan, T. and Sun, M. (2024). The influencing factors of stigma towards people with mental illness among nursing students: a mixed-method systematic review. Med Educ Online. 31;29(1):2376802. doi: 10.1080/10872981.2024.2376802. Epub 2024 Jul 6. PMID: 38970824; PMCID: PMC11229721.

MyCare[MC] Psychiatrie



ÉCLAIREZ VOS DÉCISIONS

Découvrez comment la **PHARMACOVIGILANCE THÉRAPEUTIQUE ET LES TESTS EN LABORATOIRE MYCARE[MC]** Psychiatrie peuvent éclairer les traitements antipsychotiques sous un nouveau jour

MyCare vous permet de déterminer rapidement les concentrations de médicaments antipsychotiques afin de prendre des décisions éclairées en matière de traitement

HLS Therapeutics®

Le distributeur officiel autorisé de MyCare[MC] Psychiatrie

Saladax BIOMEDICAL

MyCare[MC] Psychiatrie

Pour en savoir plus sur la façon dont MyCare[MC] Psychiatrie peut contribuer à guider la précision de vos décisions de traitement

+1(844) 457-8729

medinfo@hlstherapeutics.com

https://mycaretests.com/ca/

MLR CA-MC-00010 FRE

Des soins à la coercition : Les expériences des personnes et des proches lors des interventions policières en situation de crise en santé mentale

Par Emilie Hudson, Clara Lessard-Deschênes, Marie-Hélène Goulet et Audrey-Anne Dumais Michaud

Résumé

Cet atelier interactif propose d'explorer les résultats d'une revue narrative intitulée : des soins à la coercition, expérience des personnes et de leurs proches lors d'interventions policières en situation de crise en santé mentale. À partir d'un cas clinique coconstruit avec un infirmier et une personne en expérience vécue, les participant(e)s seront invité(e)s à réfléchir au rôle de l'infirmier(-ère) à chaque étape du parcours de la personne concernée. Les résultats de cette revue révèlent une vaste gamme d'expériences, allant de la confiance envers les services de crise à la méfiance, mettant en lumière les différentes formes de coercition subies dans ces contextes. L'atelier offrira un espace d'échange et de réflexion clinique sur la manière de préserver la dignité et de promouvoir les interventions véritablement thérapeutiques, même dans des situations contraignantes de contrôle et de sécurité. En croisant les savoirs issus de la recherche, de la pratique infirmière et de l'expérience vécue, cet atelier vise à inspirer des approches de crise plus humaines, équitables et ancrées dans les valeurs de soin infirmier.

Contexte

Au Québec, le Service de police de la Ville de Montréal reçoit à lui seul plus de 33 000 appels annuellement pour des personnes en crise ou avec « l'état mental perturbé ». On estime que jusqu'à 20 % de l'ensemble des appels logés à la police concernent des enjeux de santé mentale (Huey et al., 2021 ; Service de police de la Ville de Montréal, 2026). Pourtant, le personnel policier se dit souvent mal outillé pour intervenir dans ces situations (Xanthopoulou et al., 2022), et les décisions prises sur le terrain orientent souvent la trajectoire de la personne vers l'hospitalisation ou la judiciarisation (Shore et al., 2019). Face à ce constat, plusieurs modèles d'équipes policières spécialisées en santé mentale (ÉPSSM) ont émergé : des « Crisis Intervention Teams », des équipes mixtes policiers-professionnels de la santé et des services de soutien (Compton et al., 2024). Ces modèles montrent des retombées prometteuses sur la collaboration intersectorielle, la satisfaction, les références vers les organismes communautaires et les transports involontaires (Puntis et al., 2018). Néanmoins, une lacune importante demeure : les voix des personnes ayant vécu une crise - et celles de leurs proches - restent largement absentes des données probantes qui orientent ces interventions.

La pratique infirmière en santé mentale se trouve à plusieurs points de contact avec les réponses policières et ÉPSSM. L'infirmier(-ère) est présent au sein des équipes mixtes ; dans certains services de soutien à distance ; à l'urgence lors de l'évaluation infirmière des personnes amenées à la suite d'une intervention policière ; et sur les unités lors de l'accompagnement dans les moments suivant l'événement d'intervention de crise. Mieux comprendre l'expérience vécue de ces réponses policières est donc essentiel pour orienter une pratique réellement centrée sur la personne.

Pour ancrer ce constat dans une réalité concrète, prenons le cas fictif de Suzanne, 54 ans, comptable en arrêt de travail depuis six mois pour un épuisement professionnel. Isolée, de plus en plus décompensée, elle est trouvée en pleurs et confuse par sa fille Daphné qui appelle le 811 et ensuite le 911, ne sachant que faire d'autre. Ce cas nous accompagnera tout au long de cette communication, pour illustrer concrètement ce que révèle la littérature sur l'expérience vécue de ces réponses policières.

Contenu principal de la présentation

Pour combler la lacune décrite plus haut, nous avons mené une revue narrative (Sukhera, 2022), portant sur 33 articles explorant l'expérience de personnes et de proches ayant vécu une réponse policière de crise en santé mentale, qu'elle implique le personnel policier seul ou une ÉPSSM. La justice procédurale et la coercition ont été appliquées comme cadres théoriques (Goulet et al., 2022 ; Lessard-Deschênes et al., 2024). Cinq thèmes ont émergé de notre analyse (Hudson et al., 2026).

Déclenchement et premières impressions

L'appel aux services d'urgence est souvent initié par un proche, qui se retrouve alors au cœur d'une décision difficile et chargée d'incertitude. C'est exactement le rôle que joue Daphné lorsqu'elle appelle le 911 pour sa mère, un geste qui marque le véritable point de départ de la réponse policière. Le ton de l'intervention est donné dès les premières secondes : un ou deux véhicules banalisés, peu d'intervenants en tenue civile et une approche douce sont perçus très différemment de l'arrivée soudaine de plusieurs véhicules identifiés, de nombreux membres du personnel policier ou du personnel intervenant, d'uniformes et d'armes visibles. Ces premières impressions – calmes et mesurées, ou chaotiques et intenses – influencent la suite de la réponse.

Interaction et communication pendant la réponse

Les différentes approches du personnel policier et intervenant orientent vers des expériences positives ou des expériences négatives. La désescalade repose sur une communication calme et empathique, une posture non menaçante, une écoute réelle de la version de la personne et son inclusion dans les décisions qui la concernent. Ces éléments recoupent les principes de la justice procédurale : donner une voix à la personne, faire preuve de neutralité, la traiter avec respect et démontrer des intentions dignes de confiance (Lessard-Deschênes et al., 2024). À l'inverse, un ton de voix élevé, une posture agressive, le fait de parler de la personne plutôt qu'à elle, ou un transport vers l'urgence sans explication, contribuent à une escalade de la détresse. Pour Suzanne, cette distinction pourrait se traduire très concrètement : être incluse dans la conversation par une personne infirmière qui s'adresse directement à elle ; être évaluée à distance pendant que le personnel policier discute de son état avec Daphné, sans s'adresser directement à elle ; ou, pire encore, être évaluée sans qu'aucune explication ne soit donnée ni à elle ni à Daphné.

GenCAR Pour un suivi des patients sans souci
PrGen-Clozapine Accès-Réseau

Gen-Clozapine

Comprimés de clozapine à désintégration orale



GEN-CLOZAPINE (clozapine) sous forme de comprimés et de comprimés à désintégration orale est indiqué dans le traitement symptomatique de la schizophrénie réfractaire. Au cours d'essais cliniques contrôlés, la clozapine a amélioré tant les symptômes positifs que les symptômes négatifs. En raison du risque important de neutropénie et de convulsions que comporte son utilisation, la clozapine doit être réservée aux schizophrènes qui manifestent une résistance ou une intolérance au traitement par les antipsychotiques traditionnels. Consultez la monographie du produit au https://produits-sante.canada.ca/dpd-bdpp/index-fra.jsp pour obtenir de plus amples renseignements sur les conditions d'usage clinique, les contre-indications, les mises en garde, les précautions, les réactions indésirables, les interactions et la posologie. Vous pouvez également obtenir la monographie du produit en appelant Mylan Pharmaceuticals ULC au 1 844 596-9526 ou en communiquant avec Gen-Clozapine Accès-Réseau, GenCAR, au 1 866 501-3338.

GenCAR & DesignMD est une marque déposée de Mylan Pharmaceuticals ULC, une société de Viatris.
VIATRIS et VIATRIS & Design sont des marques déposées de Mylan Inc., utilisées avec permission par Mylan Pharmaceuticals ULC, une société de Viatris.
©2026 Viatris Inc. Tous droits réservés.

CA-CLZ-2026-00016F - OC2026

VIATRIS Santé mentale

Perceptions de la sécurité, du risque et de la coercition

Une même réponse peut être vécue de façon radicalement différente selon la personne : certaines y voient une démarche de soin et de protection (« je suis une personne malade »), d'autres une expérience disproportionnée et stigmatisante (« je suis un criminel »). En lien avec la justice procédurale, la légitimité perçue d'une intervention repose moins sur qui intervient que sur comment elle se déroule. Le positionnement social des personnes, notamment les personnes racialisées et autochtones, les personnes en situation d'itinérance, ou celles dont l'orientation sexuelle ou la présentation de genre diffère des normes dominantes, influence également les perceptions de dangerosité et la probabilité de recours à la force. Lorsqu'on met cette expérience vécue en dialogue avec les différents types de coercition – formelle, informelle, perçue et cumulative – certaines distinctions se dégagent : les mesures imposées en vertu d'un cadre légal ou par la force (coercition formelle, ex. : transport involontaire, contention) se distinguent des pressions plus subtiles exercées pour obtenir la collaboration de la personne sans recourir à des mesures légales (coercition informelle, ex. : insistance, menaces implicites). L'écart possible entre les mesures objectivement employées et le sentiment de coercition vécu par la personne (coercition perçue), ainsi que l'accumulation d'expériences coercitives à travers de multiples épisodes de soins ou d'interventions au fil du temps (coercition cumulative), s'ajoutent à cette typologie.

Suzanne, selon la personne intervenante et l'approche utilisée, pourrait tout aussi bien être perçue comme une femme vulnérable nécessitant du soutien, ou comme une personne imprévisible justifiant une approche plus coercitive.

Les méfaits de la réponse

Lorsque la réponse est vécue négativement, ses effets peuvent se faire sentir longtemps après l'intervention elle-même. Il peut alors y avoir fracture de la confiance envers les services, de même qu'une atteinte au processus de rétablissement, au rapport au corps, à la psyché et à l'identité, ainsi qu'aux relations avec l'entourage. Un transport involontaire avec menottes vers l'urgence, comme celui que pourrait vivre Suzanne, illustre bien comment un moment de détresse personnelle peut devenir, en plus, une expérience traumatisante en elle-même. Dans les cas les plus graves, documentés par trois des articles recensés, cette détresse a culminé en décès lors de l'intervention.

Améliorer les réponses

Plusieurs pistes sont offertes pour améliorer les réponses policières et ÉPSSM, à trois niveaux : au point de contact (engagement calme et respectueux, écoute active, explications claires, présence policière minimisée), dans la coordination et la continuité (rôles clairs, suivi post-crise, soutien à la navigation dans les services), et au niveau structurel (investissement dans les services de crise communautaires, élargissement des modèles menés par du personnel clinique ou des pairs, réduction des interventions policières seules). C'est précisément ce qui distingue les deux parcours possibles pour Suzanne, une distinction sur laquelle nous reviendrons dans la section suivante.

Implications pour la pratique infirmière

Revenons à Suzanne et Daphné. Dans un premier scénario, une équipe mixte arrive : les policiers restent près de l'entrée pendant qu'une infirmière s'approche et engage directement la conversation avec elle, dans un contexte où Daphné peut brièvement exposer la situation. L'infirmière juge que Suzanne a besoin de soins psychiatriques additionnels, donc l'équipe accompagne Daphné et Suzanne à l'urgence. Dans un deuxième scénario, deux policiers tentent une évaluation sur place pendant 30 minutes, consultent un service de soutien à distance, puis, devant le refus de Suzanne et l'intensification de la situation, l'amènent à l'urgence de façon involontaire, en véhicule de police et menottée. Un policier et Daphné restent avec elle jusqu'à sa prise en charge par une infirmière au triage.

Ces deux scénarios ne s'opposent pas en bien et en mal. Ce qui distingue réellement les deux trajectoires sont les approches préconisées par le personnel policier et intervenant : un engagement direct, des explications claires plutôt que l'absence d'information, une approche centrée sur la personne plutôt que sur la gestion du risque, un rapport humain à humain et une écoute active. Comme le souligne notre troisième thème, la légitimité perçue d'une intervention repose moins sur qui intervient que sur comment elle se déroule, et ces choix sont accessibles à toute personne infirmière, qu'elle œuvre au sein d'une ÉPSSM, à l'urgence, ou sur une unité de soins après l'événement.

Dans ce contexte, la personne infirmière qui accueille Suzanne au triage ou à l'unité a elle aussi un rôle déterminant à jouer dans la suite de son parcours. Plutôt que de présumer que les répercussions de cette intervention prennent fin avec la réponse, ou de ne pas en tenir compte du tout, elle pourrait : reconnaître l'impact possible de l'intervention vécue ; adopter une posture sans jugement et une approche sensible aux traumatismes et à la violence vécue ; et soutenir une transition vers le rétablissement plutôt qu'une simple gestion de la crise aiguë, notamment en prenant le temps de lui demander comment elle a vécu ce qui s'est passé et ce qu'elle a ressenti.

Plusieurs défis subsistent. Les ÉPSSM restent inégalement déployées, rarement disponibles 24 heures par jour, et leur efficacité dépend largement de la formation reçue par les personnes intervenantes, y compris les personnes infirmières. Le manque de ressources humaines et financières limite par ailleurs le nombre d'équipes pouvant être déployées, et certaines populations, par exemple des personnes racialisées ou autochtones ou des personnes en situation d'itinérance, présentent un risque accru de vivre une réponse coercitive, qu'il s'agisse d'une ÉPSSM ou de la police seule. Enfin, la place de l'expertise infirmière dans ces réponses reste souvent mal définie : comment s'assurer que la dimension relationnelle - identifiée par notre revue comme étant déterminante pour une meilleure expérience - soit aussi valorisée que la gestion du risque ?

Conclusion

Ce que révèle l'expérience de Suzanne et Daphné, comme celle des dizaines de personnes utilisatrices de services et de proches documentées dans notre revue narrative, c'est que la trajectoire d'une crise en santé mentale ne se joue pas tant sur qui intervient, mais sur la façon dont cette intervention se déroule. Qu'il s'agisse d'une équipe mixte ou d'une réponse policière seule, c'est l'engagement direct, l'écoute, le respect, la bienveillance et la reconnaissance de la personne qui distinguent une expérience aidante d'une expérience qui ajoute à la détresse, devenant parfois elle-même une source de traumatisme. Cette nuance porte un message clé pour les personnes infirmières en santé mentale : peu importe où elles se trouvent dans le parcours, au sein d'une ÉPSSM, à l'urgence, ou sur une unité de soins après l'événement, elles ont un rôle déterminant à jouer dans la façon dont cette expérience est vécue et dans ce qui s'ensuit.

Ces constats nous amènent à élargir la réflexion au-delà des modèles actuels : les ÉPSSM représentent-elles la meilleure réponse possible, ou d'autres avenues comme des modèles menés par du personnel clinique ou des pairs aidants répondraient-elles mieux aux besoins des personnes en crise et de leurs proches ? Notre revue narrative invite à mieux documenter les voix de celles et ceux qui vivent ces réponses, et à continuer de développer, d'évaluer et de rendre visible l'expertise infirmière au cœur de ces réponses.

Les autrices

Emilie Hudson, inf., candidate au doctorat à l'Université de Montréal

Clara Lessard-Deschênes, inf., PhD, stagiaire postdoctorale à l'Université d'Ottawa

Marie-Hélène Goulet, inf., PhD, professeure agrégée à l'Université de Montréal

Audrey-Anne Dumais Michaud, PhD, professeure agrégée à l'Université Laval



Références

Huey L, Ferguson L, Vaughan AD. The Limits of Our Knowledge : *Tracking the Size and Scope of Police Involvement with Persons with Mental Illness : An RSC Policy Briefing.* 2021. https ://www.facetsjournal.com/doi/full/10.1139/facets-2021-0005

Service de police de la Ville de Montréal. *People who are mentally disturbed or in crisis situations.* 2026. https ://spvm.qc.ca/fr/Fiches/Details/Personnes-en-crise-ou-avec-letat-mental-perturbe

Xanthopoulou P, Thomas C, Dooley J. *Subjective experiences of the first response to mental health crises in the community : A qualitative systematic review. BMJ Open.* 2022 ;12(2). doi :10.1136/bmjopen-2021-055393

Shore K, Lavoie JAA. *Exploring mental health-related calls for police service : A Canadian study of police officers as "frontline mental health workers."* Policing. 2019 ;13(2) :157-171. doi :10.1093/police/pay017

Compton MT, Pope LG, Watson AC. *Community-based mental health crisis response.* Psychiatr Clin North Am. 2024 ;47(3) :491-509. doi :10.1016/j.psc.2024.04.004

Puntis S, Perfect D, Kirubarajan A, et al. *A systematic review of co-responder models of police mental health "street" triage.* BMC Psychiatry. 2018 ;18(1) :1-11. doi :10.1186/s12888-018-1836-2

Sukhera J. *Narrative reviews in medical education : Key steps for researchers.* J Grad Med Educ. 2022 ;14(4) :418-419. doi :10.4300/JGME-D-22-00481.1

Goulet MH, Lessard-Deschênes C, Billé V. *Coercition et stigmatisation, un lien complexe : Chapitre 5. In : Préjugés, Discriminations et Exclusion En Santé Mentale : Pour En Finir Avec La Stigmatisation.* 2022 :67-84.

Lessard-Deschênes C, Pariseau-Legault P, Goulet MH. *Does mental health practice benefit from procedural justice theory ? A critical analysis on the opportunities and pitfalls of procedural justice to address coercion and human rights issues in psychiatry.* Aporia. 2024 ;16(1) :8-20. doi :https ://doi.org/10.18192/aporia.v16i1.6947

Hudson E, Lessard-Deschênes C, Dumais Michaud AA, Goulet M. *From care to coercion : Service user and carer experiences of police-involved mental health crisis responses.* Int J Ment Health Nurs. 2026 ;35(3) :e70273. doi :10.1111/inm.70273

JORNAY PM[MC]

chlorhydrate de méthylphénidate

capsules à libération retardée et à libération prolongée

20 mg | 40 mg | 60 mg | 80 mg | 100 mg

JORNAY PM est indiqué pour le traitement du trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) chez les enfants (âgés de 6 à 12 ans).



Efficacité démontrée tôt le matin

JORNAY PM a amélioré de façon significative le fonctionnement en début de matinée chez les enfants atteints du TDAH par comparaison avec le placebo, tel qu'évalué par l'échelle PREMB-R AM

(p<0,001, critère d'évaluation de l'efficacité secondaire essentiel)[1†].

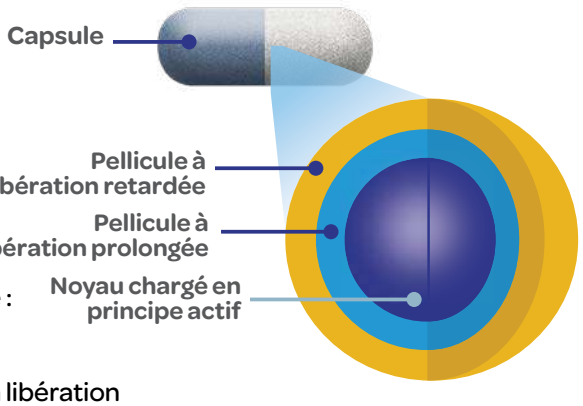
NOUVEAU

Le premier et unique méthylphénidate conçu pour une prise en soirée*

Prise en soirée. Libération matinale. Libération contrôlée durant la journée[‡].

Pris le soir, JORNAY PM retarde la libération du méthylphénidate jusqu'au matin.

Le système galénique de libération exclusif de JORNAY PM a été conçu pour retarder la libération du méthylphénidate d'environ 8 à 10 heures et le libérer à un rythme contrôlé tout au long de la journée[1].



Chaque capsule contient des granules avec deux pellicules fonctionnelles qui se dissolvent à des vitesses différentes, entourant un noyau en couches de chlorhydrate de méthylphénidate :

- La pellicule extérieure à libération retardée se dissout lentement durant la nuit, empêchant la libération du méthylphénidate.
- Tôt le lendemain matin, la pellicule à libération prolongée permet la libération du méthylphénidate et en régule le rythme tout au long de la journée.

Évaluation de la condition de santé mentale chez les enfants et les adolescents : des outils pour optimiser l'autonomie infirmière

Par Janique Beaulieu et Jessika Vachon

Résumé

La santé mentale des enfants et des adolescents constitue un enjeu majeur, dont l'importance n'a cessé de croître au cours des dernières années. Dans ce contexte, les infirmières œuvrant auprès de la clientèle jeunesse sont appelées à jouer un rôle clé dans le dépistage précoce, l'évaluation et l'intervention en matière de santé mentale. Toutefois, malgré l'étendue de leur champ de pratique, certaines activités réservées, notamment l'évaluation de la condition de santé mentale, demeurent sous-optimales. Afin de répondre à ces défis et de soutenir le développement des compétences infirmières, une formation en ligne assortie d'outils cliniques a été élaborée. La présente communication vise à exposer les fondements de cette démarche ainsi que le contenu de la formation et de ces outils.

Contexte

Depuis plusieurs années, une dégradation de la santé mentale chez les enfants et les adolescents est observée (ICIS, 2020 ; Statistique Canada, 2020; Waddel et al., 2020). Dans ce contexte, il est impératif de mettre à contribution les infirmières pratiquant auprès de la clientèle jeunesse, et ce, peu importe leur milieu de pratique (Wong & Whaley, 2018). En effet, les troubles mentaux enregistrés durant l'enfance peuvent être efficacement résolus par un diagnostic et des interventions précoces (Ben Amor et al., 2017).

Avec leur activité réservée principale portant sur l'évaluation de la condition de santé physique ou mentale d'une personne symptomatique (OIIQ, 2025), les infirmières peuvent jouer un rôle significatif face à la situation. Que ce soit pour dépister une problématique de santé mentale, procéder à une évaluation de la condition mentale et favoriser la mise en place d'interventions précoces, les infirmières ont une place de choix.

Problématique

Bien que la portée du rôle des infirmières par rapport à l'évaluation de la condition mentale soit cruciale, cette activité demeure trop peu exercée par l'ensemble des infirmières dans leur pratique courante (Page & Ouellet, 2023). Cette occupation limitée du champ de pratique s'observe également dans les milieux jeunesse. Plusieurs éléments soutiennent cette situation. D'un côté, le morcellement des volets de la santé physique et mentale mène à écarter, voir ignorer, les enjeux de santé mentale dans les milieux n'ayant pas de mandat psychiatrique. De plus, le manque de connaissances (ex. stades du développement) mène au manque d'aisance à procéder à une évaluation de la condition mentale d'un enfant ou d'un adolescent. D'autres facteurs, dont le manque de formation continue et d'outils cliniques spécifiques, contribuent à exacerber le problème. Enfin, il est aussi pertinent de noter que très peu de temps est alloué à la santé mentale des jeunes dans la formation initiale infirmière.

Cette mise en contexte met en évidence un besoin de soutien dans le développement de l'expertise infirmière en lien avec l'évaluation de la condition de santé mentale chez l'enfant et l'adolescent. De plus, le besoin d'avoir des outils adaptés afin de favoriser l'autonomie des infirmières et d'augmenter leur niveau d'aisance est bien présent.

Solution proposée

Pour répondre à cette problématique, une formation continue en ligne et des outils cliniques ont été développés. Ils ont comme objectifs généraux de permettre aux infirmières :

- D'acquérir les notions de base inhérentes à l'évaluation de la condition de santé mentale ;
- D'effectuer une évaluation adaptée de la condition de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent en tenant compte du stade développemental.

Démarche

Plusieurs éléments ont guidé la démarche d'élaboration de la formation et des outils cliniques. Bien qu'aucune littérature spécifique en soins infirmiers ne soit disponible sur le sujet, plusieurs données essentielles ont appuyé le processus.

Considérations théoriques

DÉFI

« Un même symptôme peut être normal à un âge et pathologique à un autre. »

(Lalonde & Pinard, 2016, p.1215)

Avant toute chose, il est primordial de nommer que l'évaluation de la condition de santé mentale chez l'enfant et l'adolescent est complexe et que plusieurs particularités doivent être tenues en compte (Ben Amor et al., 2017). L'évaluation de la condition de santé mentale chez les jeunes se distingue par plusieurs éléments. Il est d'abord primordial d'avoir en tête que les enfants et adolescents, en plein développement sur les plans physique, cognitif et socioaffectif, ne sont pas de « petits adultes ». Ils présentent des besoins différents, des problématiques spécifiques et une évolution bien distincte (Ball et al., 2019). En deuxième lieu, il faut savoir que l'évaluation de leur condition mentale est plus complexe en raison de la présence fréquente de psychopathologies atypiques et peu différenciées à leur début, ainsi que d'une présentation clinique particulière, souvent associées à diverses comorbidités (Fortinash et al., 2023). De plus, un défi supplémentaire se présente quant à l'analyse des données cliniques en fonction du contexte et du stade développemental. En effet, le jugement clinique de l'infirmière doit intégrer les dimensions développementales, mais aussi relationnelles, familiales et culturelles. Il est donc impératif que les infirmières possèdent une fine connaissance du développement de l'enfant dans les différentes sphères (Lalonde & Pinard, 2016).

La formation en ligne

Afin de soutenir les infirmières à procéder à une évaluation de la condition mentale adaptée, plusieurs thématiques importantes ont été incluses dans la formation afin de favoriser le développement des compétences infirmières. Tout d'abord, une partie préalable permettant une consolidation de certaines notions de base fut jugé essentielle (voir encadré 1). Des thèmes tels que la croissance et le développement, les approches et dimensions développementales, ainsi que les approches gagnantes avec la clientèle pédiatrique ont été inclus. Ensuite, le cœur de la formation aborde le rôle de l'infirmière en lien avec la santé mentale des jeunes, les caractéristiques développementales spécifiques, ainsi que les modalités et les composantes de l'évaluation, incluant l'examen mental. Enfin, une activité synthèse permet de mettre en pratique les diverses notions vues à travers deux cas cliniques concrets.

Encadré 1: Contenu de la formation en ligne



Pour un aperçu de la formation : visionnez la vidéo suivante !

https://drive.google.com/file/d/1NRyW79dVKRp6mR9KxUo58_nL9uegWjq_/view?usp=drive_link

Les outils

Globalement, les outils élaborés permettent de structurer l'évaluation, de compléter l'examen mental avec plus d'aisance et de procéder à une analyse rigoureuse des données cliniques en fonction du stade développemental. Très synthétiques, ils se présentent sous forme d'aide-mémoires, accompagnés de deux lexiques. Enfin, un guide est également disponible afin d'avoir accès facilement aux éléments théoriques clés.

Aide-mémoire – Évaluation de la condition mentale

Dans la littérature en soins infirmiers, les composantes de base de l'évaluation de la condition de santé mentale chez la clientèle adulte constituent des repères utiles permettant d'organiser la démarche clinique de l'infirmière (Fortinash et al., 2023). Favorisant la flexibilité, en fonction de divers contextes, ils ont été utilisés comme fondements pour l'élaboration de cet outil clinique. Ces composantes ont par contre été minutieusement adaptées pour intégrer les particularités et les éléments spécifiques essentiels propres aux enfants et aux adolescents (ex. histoire développementale, volet scolaire, le tempérament, etc.). Ainsi, chacune des composantes se décline en plusieurs éléments d'évaluation qui se complètent mutuellement (encadré 2).

Encadré 2 : Composantes principales de l'évaluation de la condition de santé mentale chez l'enfant et l'adolescent

COMPOSANTES	ÉLÉMENTS
Histoire de santé	• Allergies et intolérances • Antécédents personnels et familiaux • Histoire développementale • Suivis médicaux • Traitement pharmacologique • Autres traitements (ex. psychologie) • Habitudes de vie (activité physique, alimentation, temps d'écran, sexualité, etc) • Autonomie fonctionnelle • Dimension psychosociale : volets familial, relationnel et scolaire, réseau de soutien, activités et intérêts, culture et religion, facteurs de stress
Histoire du problème actuel	• Description des symptômes et impact fonctionnel (scolaire, familial et social) • Facteurs prédisposants, précipitants, perpétuants et de protection • Estime de soi • Capacité d'adaptation et tolérance à la frustration
Condition de santé physique	Signes vitaux, revue des systèmes, paramètres anthropométriques
Examen mental	Voir encadré 3
Dépistage des risques	Suicide, violence et agressivité, abus de substances et dépendance, cyberdépendance, fugue, comportements autodestructeurs
Grilles et échelles	Au besoin

Aide-mémoire – Examen mental et lexique

Tout comme la démarche d'évaluation de la condition de santé mentale, l'examen mental repose sur des repères bien précis, documentés dans la littérature en soins infirmiers (Fortinash et al, 2023). Ceux-ci ont aussi été bonifiés et adaptés en fonction de la clientèle jeunesse et de ses particularités (encadré 3). Le vocabulaire étant très important pour parvenir à une description détaillée, nuancée et personnalisée, un lexique accompagnant l'aide-mémoire a été développé (Lalonde & Pinard, 2016).

Le jugement clinique de l'infirmière doit intégrer les dimensions développementales, mais aussi relationnelles, familiales et culturelles. Il est donc impératif que les infirmières possèdent une fine connaissance du développement de l'enfant dans les différentes sphères.

Encadré 3 : Repères de l'examen mental chez l'enfant et l'adolescent

REPÈRES	ÉLÉMENTS CLÉS
Apparence et attitude	• Apparence générale : physique, habillement, hygiène, développement global • Disposition et attitude : contact visuel, expression faciale, posture, attitude générale et envers le parent, capacité d'auto régulation et d'adaptation • Collaboration et fiabilité
Comportement moteur	• Activité psychomotrice (rythme) • Mouvements surajoutés • Démarche
Langage	• Volet expressif : qualité, quantité, débit et particularités • Volet réceptif
État émotionnel	• Humeur • Affect : concordance, réaction et variabilité
Opérations de la pensée	Rythme, processus, contenu et idées délirantes
Perceptions	Hallucinations, troubles perceptuels
Fonctions cognitives	Niveau de conscience, orientation, attention et concentration, jugement et autocritique

Aide-mémoire – Stades de développement et lexique

Les données cliniques doivent être interprétées en fonction du stade de développement de l'enfant. Une fine connaissance du développement de l'enfant est donc essentielle afin d'émettre des hypothèses justes et de mettre en place des interventions adaptées. Afin de soutenir les infirmières dans l'analyse de leurs données, un aide-mémoire a été élaboré pour trois des principales périodes du développement : préscolaire, scolaire et adolescence. Sommairement, chacun comprend les informations suivantes :

- Dimension physique : développement cérébral et moteur ;
- Dimension cognitive : pensée et raisonnement, fonctions exécutives, attention, langage et compréhension des concepts de la mort ;
- Dimension socioaffective : volets psychosexuel et psychosocial, estime de soi, émotions, identité de genre et développement moral.

La connaissance des stades du développement constitue la pierre angulaire de l'évaluation de la condition mentale de l'enfant et l'adolescent.

Guide théorique

Considérant la complexité de l'évaluation et des nombreuses notions théoriques essentielles sous-jacentes que l'infirmière doit posséder, un guide de référence est également mis à disposition. Il permet de soutenir l'infirmière tout au long du parcours de formation en ligne, mais aussi dans sa pratique quotidienne.

Implications pour la pratique infirmière

La formation et les outils cliniques pourront avoir un impact positif au niveau de la pratique infirmière, mais aussi au niveau des jeunes et de leur famille. Sur le plan professionnel, ils favoriseront le développement des compétences infirmières en lien avec l'évaluation de la condition mentale des jeunes. De plus, ils permettront aux infirmières de développer leur expertise et de gagner de l'aisance en évaluation. Ainsi, en toute autonomie, elles seront en mesure de procéder à une évaluation structurée et adaptée, de mieux cibler les besoins prioritaires des jeunes et de proposer des interventions adaptées à l'âge et au contexte de soins.

Des effets positifs au niveau des jeunes et de leur famille sont aussi à prévoir. Il est logique de penser que les retombées professionnelles positives auront un impact direct sur le dépistage précoce des problématiques de santé mentale et par conséquent, favoriseront la mise en place d'interventions plus rapides. Dans tous les cas, ces actions menées autour de la santé mentale des jeunes ne peuvent qu'être bénéfiques et favoriser une santé mentale positive. La santé mentale est une ressource cruciale pour tous les enfants, elle leur permet de s'épanouir, de réaliser leur potentiel et d'être résilients face à l'adversité (Waddell et al., 2020).

En somme, le développement d'une formation en ligne et d'outils cliniques adaptés à la clientèle jeunesse représente une réponse concrète aux besoins identifiés dans la pratique infirmière.

Conclusion

En somme, le développement d'une formation en ligne et d'outils cliniques adaptés à la clientèle jeunesse représente une réponse concrète aux besoins identifiés dans la pratique infirmière. En favorisant le renforcement des compétences, l'aisance clinique et l'autonomie professionnelle, ces ressources permettent aux infirmières de jouer pleinement leur rôle dans l'évaluation de la condition de santé mentale chez les enfants et les adolescents, et ce, dans tous les milieux cliniques. Ultimement, une pratique infirmière optimisée contribue à un dépistage plus précoce, à la mise en place d'interventions plus rapides et à une meilleure prise en charge des jeunes et de leur famille. Dans un contexte où la santé mentale est essentielle au développement global et au bien-être des enfants (Waddell et al., 2020), de telles initiatives s'inscrivent comme des leviers incontournables pour améliorer la qualité des soins et des services.

Les autrices

Janique Beaulieu, Inf.B.Sc., M. Sc., Conseillère en soins infirmiers, Santé Québec Capitale-Nationale – Universitaire

Jessika Vachon, Inf.B.Sc., M.Sc. - Conseillère cadre en soins infirmiers, Santé Québec Capitale-Nationale – Universitaire

Références

Ball, J., Bindler, R. M. G., Desbiens, A., Ostiguy, K., Taillefer, I., Richer, K. (2019). *Soins infirmiers en pédiatrie* (3e édition). Compétences infirmières. Éditions du Renouveau pédagogique.

Ben Amor, L., L'Abbé, Y., Cousineau, D. & Morin, P. (2017). *Troubles mentaux chez les enfants et les adolescents : prévenir, repérer tôt, intervenir*. Éditions du CHU Sainte-Justine.

Fortinash, K. M., Holoday-Worret, P. A., Holmes, D., Paradis-Gagné, E., Jolin, D., Lavertu Éric, & Vincent, K. (2023). *Santé mentale et psychiatrie* (3e édition). Chenelière éducation.

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). (2020). La santé mentale des enfants et des jeunes au Canada. **https://www.cihi.ca/fr/la-sante-mentale-des-enfants-et-des-jeunes-au-canada-infographie-0**

Lalonde, P. & Pinard, G.-F. (2016). *Psychiatrie clinique : approche biopsychosociale* (4e édition). Chenelière Éducation.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2025). Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers. 4e édition. **https://www.oiiq.org/documents/20147/2145292/Le-champ-d-exercice-et-les-activites-reservees-des-infirmieres-et-infirmiers-4e-edition.pdf**

Page, C. et Ouellet, H. (2023). Intégrer l'évaluation de la condition mentale dans la pratique clinique. *Perspective infirmière*, 20(1).

Statistique Canada. (2020). Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes, 2019. **https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/200723/dq200723a-fra.htm**

Waddell C., Schwartz C., Barican J., Yung D., Gray-Grant D., Catherine N. (2020). *COVID-19 et la santé mentale des enfants au Canada Document d'information pour le Comité permanent de la santé de la Chambre des communes du Canada*. Vancouver (Colombie-Britannique). Centre des politiques sur la santé des enfants, Université Simon Fraser.

Wong, D. L.& Whaley, L. F. (2018). *Soins infirmiers : pédiatrie*. Éditions Études vivantes.

Plume IA

L'IA QUI RÉDIGE VOS NOTES CLINIQUES EN MOINS D'1 MINUTE

Essayez Plume IA gratuitement

Plume IA enregistre vos consultations et génère des notes cliniques complètes, automatiquement.

Conforme à la Loi 25 et certifiée TGV. Les données de vos patients sont protégées conformément à la loi québécoise sur la protection des renseignements personnels.





Certifié TGV par le Bureau de certification du MSSS

Hébergée au Québec.

Conforme à la Loi 3 et la Loi 25

Accessible partout - Web, mobile, extension Chrome

www.plumeia.ca

UNIES DÉTERMINÉES EN SANTÉ MOBILISÉES

fiq

FÉDÉRATION INTERPROFESSIONNELLE DE LA SANTÉ DU QUÉBEC

fiqsante.qc.ca

Infirmières | Infirmières auxiliaires | Inhalothérapeutes | Perfusionnistes cliniques

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