

Déshospitalisation psychiatrique
au sein de la communauté francophone est-ontarienne, 1976-2006 :
une approche sociohistorique

Sandra Harrisson, B.Sc.Inf., M.Sc.

Thèse soumise à l'Université d'Ottawa
dans le cadre des exigences du programme de doctorat en Sciences Infirmières

École des Sciences Infirmières
Faculté des sciences de la Santé
Université d'Ottawa

©Sandra Harrisson, Ottawa, Canada, 2017

Stéphane et Gabrielle Ann

Mon coeur vous appartient, always and forever

We are here to add what we can to life

Not to get what we can from life

(Anonyme, citation trouvé sur un banc de parc à Vancouver, juin 2016)

RÉSUMÉ

Déshospitalisation psychiatrique dirigée au sein de la communauté francophone Est-ontarienne, 1976-2006, une approche socio-historique

Depuis les quarante dernières années, plusieurs réformes et politiques ontariennes ont été implantées dans l'optique de transférer les soins psychiatriques dans la communauté. Malgré tous les efforts mis en place, l'hôpital général demeure la porte d'entrée principale pour les services de santé mentale. En effet, la fréquence des visites répétées sur les départements de psychiatrie de courte durée et les hospitalisations prolongées font toujours obstruction à la réussite d'un programme de santé mentale efficace. Ce projet de recherche doctoral en sciences infirmières s'intéresse au parcours des patients psychiatisés en situation minoritaire francophone entre le milieu hospitalier et celui communautaire. Le but est de comprendre le contexte de déshospitalisation (transition entre l'hôpital et les ressources communautaires) au sein de cette communauté. Les objectifs de ma thèse sont :

- d'expliquer le parcours obligé des ex-psychiatisés dans leurs pérégrinations hors des murs hospitaliers tout en identifiant les ressources familiales et/ou sociales;
- d'analyser le rôle infirmier auprès des personnes ayant un problème de santé mentale dans le processus de déshospitalisation.

Cette enquête, basée sur les dossiers médicaux des patients psychiatisés et sur les registres d'admissions du Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort entre 1976 et 2006, propose une nouvelle analyse de la situation en utilisant le cadre de référence des théories du *care* et une perspective sociohistorique pour dresser le parcours « transinstitutionnel » des patients atteints de

troubles psychiques chroniques dans un contexte minoritaire francophone. La base de données, conçue à partir des registres d'admissions du Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort, contient plus de 15 000 admissions réparties dans 7 535 dossiers. Un échantillon de 20% des patients sur une base quinquennale a été sélectionné, soit 216 dossiers. Les formulaires de résumé de sortie et les notes d'observations de l'infirmière ont été choisis pour l'obtention des données qualitatives. Ces dossiers dressent un portrait émouvant des difficultés et des barrières que rencontrent ces personnes dites « vulnérables » lors de leur expérience dans la collectivité.

Les résultats découlant de cette étude démontrent l'importance de l'implication des familles dans la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux chroniques. L'analyse qualitative met en évidence quatre thèmes, soit 1) la présence des familles lors des premières admissions au département de psychiatrie, 2) l'implication des familles lors de l'hospitalisation, 3) le désengagement des familles et 4) l'isolement social des patients. Ces constats permettent de schématiser les différents cycles de ré-hospitalisations qui expliquent les hospitalisations répétitives au Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort. De plus, les résultats confirment le rôle central des infirmières dans la prise en charge de personnes hospitalisées, ainsi que leur implication dans la planification des congés.

Mots clés

Santé mentale, chronicité de la maladie mentale, famille, approche sociohistorique, théories du *care*.

TABLE DES MATIÈRES

Résumé	III
Table des matières	V
Liste des figures	VIII
Avant-propos	IX
Remerciements	XII
Introduction	1
1. Problématique	5
1.1 Contexte historiographique	5
1.2 But de l'étude	7
1.3 Questions de recherche	7
2. Recension des écrits	10
2.1 Désinstitutionnalisation psychiatrique	10
2.2 Rôle de la famille dans la prise en charge des personnes atteintes de maladie mentale	12
2.3 Minorité francophone	14
3. Méthode	23
3.1 Approche épistémologique	23
3.2 Méthode sociohistorique	23
3.2.1 <i>Histoire culturelle</i>	25
3.3 Conception de la base de données	32

Article 1 :	
Note de recherche : Incursion dans les archives de l'Hôpital Montfort : Partir à la quête du processus de «déhospitalisation» des patients hospitalisés sur les unités psychiatriques de courte durée	33
3.4 Sources primaires – Dossiers médicaux et notes « Observations de l'infirmière »	44
Article 2 :	
Les notes « Observations de l'infirmière » du Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort : une source archivistique incontournable en santé mentale	45
4. Cadre théorique : Les théories du <i>care</i>	68
Article 3 :	
Le langage du <i>care</i> et les politiques de santé mentale en Ontario, 1976-2006	69
5. Résultats	103
5.1 Article 4 :	
L'effet de la chronicisation de la maladie mentale sur le milieu familial et le réseau hospitalier Est-ontarien : une étude socio-historique, 1976-2006	104
5.2 Article 5:	
Psychiatric nurses: an invisible role in the process of transition between general hospital and the community	128
6. Discussion	156
6.1 Chronicisation de la maladie mentale	157

Liste des figures

Figure 7.1 – Cycles de ré-hospitalisations

158

Avant-propos

Cette thèse contient cinq articles publiés ou acceptés. Les lettres de permission des éditeurs se trouvent à l'appendice 4 et les lettres d'acceptation des articles soumis sont à l'appendice 5.

Article 1 : Note de recherche: Incursion dans les archives de l'Hôpital Montfort: partir à la quête du processus de « déshospitalisation » des patients hospitalisés sur les unités psychiatriques de courte durée.

Auteurs : Harrisson, S., Bruynink, G., MacCordick, N. M. H. & Tessier, F.

Statut : Publié

Référence : Harrisson, S., Bruynink, G., MacCordick, N. M. H. & Tessier, F. (2015). Note de recherche: Incursion dans les archives de l'Hôpital Montfort: partir à la quête du processus de « déshospitalisation » des patients hospitalisés sur les unités psychiatriques de courte durée. *CBMH/BCHM*, 32(2), 411-421.

Description de l'apport de l'auteur: Première auteure a rédigé l'ensemble de l'article et a effectué les corrections selon les commentaires des réviseurs.

Article 2 : Les notes « Observations de l'Infirmière » du Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort: une source archivistique incontournable en santé mentale.

Auteure : Harrisson, S.

Statut : Publié

Référence : Harrisson, S. (2016). Les notes « Observations de l’Infirmière » du Département de psychiatrie de l’Hôpital Montfort: une source archivistique incontournable en santé mentale. *Santé Mentale au Québec*, XLI(2), 69-82

Description de l’apport de l’auteur : L’auteure a rédigé la totalité de l’article et a effectué les corrections selon les commentaires des réviseurs.

Article 3 : Le langage du *care* et les politiques de santé mentale de l’Ontario, 1976-2006.

Auteurs : Harrisson, S. & Thifault, M.-C.

Statut : Publié

Référence : Harrisson, S. & Thifault, M.-C. (2014). *Le langage du care et les politiques de santé mentale de l’Ontario, 1976-2006*. Dans Thifault, M.-C. & Dorvil, H. (dir.).

Désinstitutionnalisation psychiatrique en Acadie, en Ontario francophone et au Québec, 1930-2013. Montréal: PUQ.

Description de l’apport de l’auteur : Première auteure a rédigé l’ensemble de l’article et a effectué les corrections selon les commentaires des réviseurs.

Article 4 : L’effet de la chronicisation de la maladie mentale sur le milieu familial et le réseau hospitalier Est-ontarien: une étude socio-historique.

Auteur : Harrisson, S.

Statut : Publié

Référence : Harrisson, S. (2016). L’effet de la chronicisation de la maladie mentale sur le milieu familial et le réseau hospitalier Est-ontarien: une étude socio-historique. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, 2, 41-48.

Description de l'apport de l'auteur : L'auteure a rédigé la totalité de l'article et a effectué les corrections selon les commentaires des réviseurs.

Article 5: Psychiatric nurses: an invisible role in the transition between the general hospital and the community.

Auteur: Harrisson, S.

Statut: accepté avec modifications mineures le 28 juillet 2016, sous presse

Référence : Harrisson, S. (2017). *Psychiatric nurses: an invisible role in the transition between the general hospital and the community*. Dans Hähner-Rombach, S. & Nolte, K. (eds). *Patients and social practice of psychiatric nursing in the 19th and 20th century*. Stuttgart. Franz Steiner Verlag.

Description de l'apport de l'auteur : L'auteure a rédigé la totalité de l'article et a effectué les corrections selon les commentaires des réviseurs.

Remerciements

J'aimerais tout d'abord exprimer ma plus profonde reconnaissance à ma directrice de thèse, madame Marie-Claude Thifault, professeure titulaire à l'école des sciences infirmières de l'Université d'Ottawa pour son accompagnement tout au long de mon projet doctoral. Elle a fait montre d'une généreuse disponibilité à mon égard, d'ouverture et d'écoute dans les moments les plus difficiles. Sa grande qualité de chercheuse et sa rigueur académique ont contribué à la réalisation de ma thèse. Elle a su partager sa passion pour la recherche. Grâce à elle, je me sens fin prête à poursuivre ma carrière académique.

Je désire remercier le personnel des archives centrales de l'Hôpital Montfort, et spécialement madame Carmen Bercier, pour leur précieuse collaboration. Un merci particulier aux assistants de recherche, François, Nicolas, Émilie, Gladys, Isabelle et Maxime, avec qui j'ai passé plusieurs heures dans les archives. Sans eux, je n'aurais toujours pas terminé la collecte des données. Je remercie ma collègue et amie Evy Aude Nazon, un cadeau de la vie, une amie qui connaît trop bien les hauts et les bas du parcours doctoral. Je remercie mes nouvelles collègues du Département des sciences infirmières de l'Université du Québec de Trois-Rivières, spécialement Marie-Pier Pagé et Maryse Beaumier, pour croire en moi. Un merci spécial à Catherine Boyer qui a passé des heures à corriger mes articles, mes chapitres de thèses et mes travaux. Je n'y serais pas arrivée toute seule. Je tiens à remercier sincèrement les membres de mon Comité de thèse pour leur disponibilité et leurs judicieux commentaires qui ont contribué à enrichir ma thèse. Je désire également remercier les organismes subventionnaires pour leur soutien financier, notamment, l'Unité de recherche sur l'histoire du Nursing, les IRSC – Champ francophone de la désinstitutionnalisation en santé mentale, la Chaire de recherche sur la francophonie canadienne

en santé, le Réseau de recherche appliquée sur la santé des francophones de l'Ontario (RRASFO), le ministère de l'éducation et de l'enseignement supérieur (MESRS) et l'Université d'Ottawa pour la bourse d'admission.

Pour terminer, j'aimerais remercier ma famille, particulièrement mes parents pour leur soutien moral dans ce long parcours académique. Vous m'avez inculqué le droit de rêver et la persévérance nécessaire pour atteindre mes buts. Je remercie du fond du cœur les deux personnes les plus importantes de ma vie : Stéphane et Gabrielle. Je n'ai pas assez de mots pour vous exprimer toute la reconnaissance et l'amour que j'ai pour vous. Merci à vous deux de me laisser réaliser mes rêves, de m'encourager et d'être toujours présents à mes côtés. Je vous aime...

Introduction

Mon projet de recherche doctorale en sciences infirmières traite des services de soins de santé mentale de la communauté est-ontarienne, de langue officielle minoritaire. Il propose de développer une enquête sociohistorique au cours de la période de 1976 à 2006. Cette périodisation correspond à l'ouverture du Département de soins psychiatriques de courte durée de l'Hôpital Montfort en 1976 et à l'instauration de la loi gouvernementale provinciale sur la création des Réseaux Locaux d'Intégration des Services de Santé (RLISS) en 2006. Cette loi constitue une étape importante dans l'évolution des soins de santé en Ontario. Elle assure, entre autres, l'engagement des francophones dans la planification des services de soins de santé (Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2011).

L'idée de ce projet de recherche est née de mon expérience d'infirmière à l'urgence. J'ai rapidement constaté le taux élevé de revisites chez les personnes atteintes de problèmes de santé mentale. Radio-Canada rapportait en 2011 qu'un Canadien sur neuf hospitalisé pour maladie mentale retournait à l'urgence moins d'un mois après sa sortie de l'hôpital. Selon Tam (2010), les ressources communautaires offertes seraient insuffisantes et ne répondraient pas aux besoins médicaux et sociaux des personnes atteintes de troubles mentaux. Malgré l'instauration des RLISS, le réseau communautaire de l'Ontario n'aurait toujours pas un système organisationnel pour assurer le suivi des patients entre le centre hospitalier et le milieu communautaire. Suite à ce constat, il m'apparaît important de documenter les itinéraires « transinstitutionnels » des personnes souffrant de troubles psychiques. Ce projet permet de documenter le contexte de déshospitalisation (transition entre l'hôpital et les soins communautaires) au sein des communautés francophones de l'Est-ontarien et de comprendre les enjeux face aux fréquentes hospitalisations de cette population.

La base de données contient toutes les admissions du Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort de 1976 à 2006, soit plus de 15 000 admissions qui totalisent 7535 patients. Considérant la masse importante de dossiers disponibles pour cette étude, une sélection sur une base quinquennale a été effectuée afin d'obtenir un échantillon de 20% des patients dont les dossiers comprennent plus de trois séjours psychiatriques. Au final, 216 dossiers ont été sélectionnés pour étudier les parcours de déshospitalisation des patients atteints de troubles psychiques totalisant 1884 admissions (annexe 1). Suite à la lecture de ces dossiers, 30 d'entre eux ont été sélectionnés de façon aléatoire – jusqu'à l'obtention de saturation des données – pour l'analyse de thèmes que l'on retrouve au chapitre 5. Il est important de noter que chaque article de cette thèse présente sa propre méthodologie.

Le premier chapitre traite de la problématique de recherche. Cette section débute par une courte historiographie sur l'évolution des soins et des services psychiatriques et se termine par le but de l'étude et les questions de recherche. Le second chapitre examine la recension des écrits concernant les concepts de la désinstitutionnalisation, du rôle de la famille dans la prise en charge de leur proche atteint de troubles mentaux et de la minorité francophone. Le troisième chapitre explique l'approche épistémologique ainsi que la méthode sociohistorique utilisée dans le cadre de mon projet. Il inclut un article sur la conception de la base de données et un article sur les sources primaires. Le quatrième chapitre, sous forme d'article, explique le cadre de référence. De plus, il présente une analyse des politiques en santé mentale de l'Ontario ainsi que les premiers résultats tirés des registres d'admissions du département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort. Le cinquième chapitre présente les résultats de l'étude sous forme de deux articles. Le sixième chapitre discute des points saillants mis en évidence dans cette recherche. Il aborde les sujets de la chronicisation de la maladie mentale, des théories du care et des politiques en santé mentale de

l'Ontario et du rôle de l'infirmière lors de la planification de congés. De plus, il regroupe les recommandations pour la pratique infirmière, la formation, ainsi que la recherche. Il se termine par les forces et les limites de l'étude.

Références

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. (2011). *Réseaux locaux d'intégration des services de santé, pour un véritable système de santé*. Gouvernement de l'Ontario. Repéré sur internet le 10 février 2012.

http://www.health.gov.on.ca/renouvellement/lhinf/lhin_mnf.html

Radio-Canada. (2011). Radio journal 8 juin 2011. Repéré sur internet le 5 octobre 2011.

http://www.radio-canada.ca/audio-video/#urlMedia=http://radio-canada.ca/Medianet/2011/CBF/Radiojournal201106081700_5.asx&pos=0

Tam, C. (2010). Developing collaborative mental health care for homeless persons at a drop-in center. *Ps.psychiatryonline.org*, 61(6), 549-551.

1. Problématique

Ce chapitre présente le contexte historiographique de la prise en charge des patients psychiatriques, le but de l'étude et les questions de recherche.

1.1 Contexte historiographique

L'ère de l'industrialisation, au début du XIX^e siècle, apporte de nouveaux changements auprès de la population canadienne. L'exode des campagnes vers les villes demande aux familles de s'adapter à un nouveau rythme de vie. Celles-ci, responsables de leur fou, sont désormais incapables de leur procurer un environnement sécuritaire et une surveillance constante. La garde des aliénés devient, alors, la responsabilité de l'État (Cellard & Thifault, 2007).

Au début de leur création, les asiles vivent leurs heures de gloire. La médecine en fait une promotion enthousiaste annonçant des taux de guérison de plus de 90 % (Cellard & Thifault, 2007). Malheureusement, la réalité vient vite effacer cette illusion. La psychiatrie doit admettre son impuissance face à la folie. « Devant l'échec de la médecine à guérir l'aliéné, l'asile allait bien vite voir sa vocation de milieu thérapeutique se muer en siège d'enfermement » (Cellard & Thifault, 2007, p.73). Suite à la Deuxième guerre mondiale, les médias rapportent les conditions de vie pitoyables dans les institutions asilaires (Davoli, 2003). Plusieurs groupes font pression pour de nouvelles réformes dans le traitement des personnes atteintes de maladie mentale. Au début des années 50, les neuroleptiques font leur apparition. Ces médicaments permettent de contrôler certains symptômes des troubles psychiques. Cette découverte laisse croire que ces individus peuvent devenir fonctionnels dans la société (Davoli, 2003, Nadon, 1998).

Le processus de désinstitutionalisation débute vers la fin des années 60, en pleine période des mouvements hippies et des droits civils de la personne. Ces mouvements questionnent,

notamment, la moralité de l'institutionnalisation à long terme et les effets de la déshumanisation et de la stigmatisation auprès des malades mentaux (Kelly & McKenna, 2004). Le système de santé canadien fait face également à une restructuration en raison de problèmes financiers (Kelly & McKenna, 2004). Selon Otero (2010), le contexte des compressions budgétaires en santé a grandement influencé la philosophie de la réhabilitation des patients psychiatisés en milieu communautaire. Le système asilaire coûte cher et l'État cherche à diminuer les coûts reliés à la prise en charge de ces individus. Le maintien à domicile de cette population devient donc une alternative au modèle institutionnel (Otero, 2003).

En Ontario, le premier asile voit le jour en 1841 (Archives of Ontario, 2009; Frankenburg, 1982; Simmons, 1990) et devient, en 1850, le Centre de Santé Mentale de la rue Centre (Queen Street Mental Health Centre) (Newman, 1998). Pendant tout un siècle, les hôpitaux psychiatriques publics fournissent les traitements, l'hébergement, l'asile et la garde aux patients atteints de sérieux troubles mentaux, ainsi qu'aux criminels, aux itinérants et aux autres membres marginalisés de la société (Newman, 1998). La *Royal Commission on Public Welfare* révisé, dans les années 20, les services de santé et les services sociaux offerts aux individus atteints de maladies mentales. La commission décide, entre autres, du nombre de lits requis dans les hôpitaux psychiatriques provinciaux. Elle demande de centraliser les services et les lits dans trois larges institutions, chacune ayant entre 6000 et 9000 lits (Bloom & Sussman, 1989).

Dès les années 30, les dirigeants des services de santé publique de l'Ontario se préoccupent du nombre grandissant de cas psychiatriques et de la difficulté d'accueillir tous ces individus dans les hôpitaux psychiatriques provinciaux. Ils essaient de mettre en place diverses solutions pour prévenir la maladie mentale auprès de la population ontarienne. Par exemple, le gouvernement provincial met en place les *Travelling Mental Health Clinics*. Ces instances ont

pour objectif de faire des diagnostics précoces et de fournir des traitements préventifs afin d'éviter l'internement (Bloom & Sussman, 1989). Malgré leur mandat, elles ne réussissent pas à diminuer le taux d'admissions dans les hôpitaux psychiatriques (Bloom & Sussman, 1989). Suite à la Deuxième guerre mondiale, le nombre de personnes atteintes de troubles mentaux augmente. Pour faire face à la pénurie de lits accrue, les psychiatres et les bureaucrates décident d'ouvrir les premiers départements de psychiatrie dans les hôpitaux généraux (Simmons, 1990).

La province de l'Ontario débute son processus de désinstitutionalisation à l'arrivée du mouvement de la psychiatrie sociale et un peu avant l'introduction des psychotropes (Bloom & Sussman, 1989). Elle suit le courant mondial et intègre les patients psychiatriques dans la collectivité. Dans cette période de changement, l'Hôpital Montfort ouvre son département de psychiatrie de courte durée en 1976. Cet hôpital général est le seul établissement de santé à offrir des services en français au sein de la communauté francophone Est-ontarienne.

1.2 But de l'étude

Le but de cette recherche est d'expliquer le contexte de déshospitalisation (transition entre l'hôpital et les ressources communautaires) au sein de la communauté francophone psychiatrique de l'Est de l'Ontario.

1.3 Questions de recherche

La question de cette recherche est :

- Quel est le parcours obligé des ex-psychiatisés dans leurs déplacements hors des murs hospitaliers?

Elle inclut une sous-question, soit :

- Quel est le rôle infirmier auprès des personnes ayant un problème de santé mentale chronique dans le processus de déshospitalisation?

Références

- Archives of Ontario. (2009). *Dossiers d'hôpitaux psychiatriques*. Gouvernement Ontario. Repéré sur internet le 25 mars 2012. <http://www.archives.gouv.on.ca/french/on-line-exhibits/health-records/psychiatric.aspx>.
- Bloom, D.J. & Sussman, S. (1989). *Pioneers of mental health and social change, 1930-1989*. Third eye, London, Canada.
- Cellard, A. & Thifault, M.-C. (2007). *Une toupie sur la tête. Visages de la folie à Saint-Jean-de-Dieu*. Éditions du Boréal.
- Davoli, J.H. (2003). No room at the inn: How the federal medicaid program created inequities in psychiatric hospital access for the indigent mentally ill. *American Journal of Law and Medicine*, 29, 159-183.
- Frankenburg, F. (1982). The 1978 Ontario mental health act in historical context. *HSTC Bulletin: Journal of the History of Canadian Science, Technology and Medicine*, 6(3), 172-177.
- Kelly, S. & McKenna, H.P. (2004). Risks to mental health patients discharges into the community. *Health, Risk & Society*, 6(4), 377-385.
- Nadon, L.M. (1998). *L'insertion sociale, rêve ou réalité?* Mémoire Service Sociale, Université d'Ottawa.
- Otero, M. (2010). Le fou social et le fou mental : Amalgames théoriques, synthèses empiriques et rencontres institutionnelles. *Sociologies (en ligne)*. Repéré le 21 novembre 2011 sur internet. <http://sociologies.revues.org/index3268.html>
- Simmons, H.G. (1990). *Unbalanced mental health policy in Ontario, 1930-1989*. Wall & Thompson, Toronto.

2. Recension des écrits

La recension des écrits présente les trois concepts principaux de ce projet de recherche. Elle complète les courtes revues de littérature incluses dans les articles. Les termes abordés sont la désinstitutionnalisation psychiatrique, le rôle de la famille dans les soins des personnes atteintes de maladie mentale et la minorité francophone.

2.1 Désinstitutionnalisation psychiatrique

Même si cette thèse ne concerne pas la désinstitutionnalisation psychiatrique en tant que tel, ce concept demeure important. En effet, il est la toile de fond du projet. Il importe de comprendre brièvement le processus et les raisons de la fermeture des institutions asilaires pour saisir la problématique actuelle de la transition des patients psychiatisés entre l'hôpital général et le milieu communautaire.

Le sujet de la désinstitutionnalisation a peu retenu l'attention des chercheurs en sciences infirmières. En fait, on ne retrouve aucun article sur ce sujet en Ontario. Les plus récents écrits proviennent de l'Australie (Hobbs, Tennant, Rosen, Newton, Lapsley, Tribe & Brown, 2002) probablement parce que ce processus est récent dans ce pays. Par contre, les chercheurs des disciplines des sciences sociales, de la psychologie et de l'histoire s'y sont grandement intéressés.

La désinstitutionnalisation est un phénomène mondial qui a débuté dans les années 50-60 et se poursuit encore aujourd'hui. Elle signifie la fermeture des institutions psychiatriques et le placement des patients dans la communauté avec ou sans soins (Hamden, Newton, McCauley-Elson & Cross, 2011). Plessis, Greeff & Koen (2004) la définissent comme le processus de transfert des soins du milieu asilaire vers les services communautaires. Otero (2003) souligne que la désinstitutionnalisation ne consiste pas seulement au déplacement des patients hors de

l'institution, mais constitue également le « désenfermement » des interventions vers le milieu communautaire en collaboration avec les usagers, leurs familles et leurs réseaux sociaux.

L'ouverture des départements de psychiatrie de courte durée entraîne une diminution de la durée des hospitalisations et la mise sur pied des services externes et intermédiaires dans les hôpitaux généraux (Nadon, 1998; Kelly & McKenna, 2004). Tous s'entendent que la désinstitutionnalisation est un processus de décentralisation des soins psychiatriques.

Le succès de l'insertion sociale des patients atteints de troubles mentaux repose sur l'accessibilité de services adéquats aux besoins de la personne à l'extérieur de l'institution psychiatrique, l'attitude de la population à l'accepter et de meilleures connaissances sur le sujet de la maladie mentale (Nadon, 1998). La désinstitutionnalisation s'appuie également sur l'idéologie de la communauté accueillante (Morin, 1990). Selon Hamden, Newton, McCauley-Elson & Cross (2011), le système instauré pour les patients en santé mentale n'est pas adéquat pour les soutenir dans leur maladie. En effet, les patients retournés dans la communauté sont souvent laissés à eux-mêmes et ont peu d'accès à des services de suivis médicaux. L'organisation des services communautaires n'a pas su s'adapter aux multiples besoins des personnes atteintes de troubles psychiques (Thérien, 1990). Ce manque de ressources entraînent des admissions répétées à l'hôpital général dans un court laps de temps (Nadon, 1998; Doré, 1987, Dorvil, Guttman, Ricard & Villeneuve, 1997). La congestion des urgences et le grand nombre de patients admis au département de psychiatrie contribuent aux congés prématurés. Le peu d'accessibilité aux soins psychiatriques appropriés augmentent le risque d'itinérance, la morbidité, la mortalité, les rechutes et les réadmissions à l'hôpital (Hamden, Newton, McCauley-Elson & Cross, 2011). De plus, environ 10% à 15% de ces individus se retrouvent régulièrement en prison (Doré, 1987).

L'étude de Hobbs *et al.* (2000) porte sur les effets à long terme de la désinstitutionnalisation chez les personnes atteintes de troubles psychiatriques. Ces auteurs mentionnent qu'il existe toujours des besoins urgents au niveau de la planification de congés, du développement des services communautaires en santé mentale, du financement monétaire, de l'accès aux services sociaux et de la continuité des soins. Ils recommandent de poursuivre la recherche évaluative pour comprendre le processus de déshospitalisation chez cette population et l'implication des familles lors de la prise en charge des personnes atteintes de troubles psychiques.

2.2 Le rôle de la famille dans la prise en charge des personnes atteintes de maladie mentale

La plupart des écrits en histoire s'intéresse à l'histoire de la folie à la période pré-asilaire ou asilaire mais peu d'entre eux se sont penchés sur l'effet de la désinstitutionnalisation dans la sphère familiale. Nootens (2008) explique que l'expérience de la folie est avant tout une expérience familiale au XIXe siècle. Le déviant, à cette époque, demeure avec sa famille. Celle-ci tente de contenir la personne atteinte de troubles psychiques dans la sphère privée faisant un effort pour que la connaissance de la présence de la maladie mentale ne devienne pas une affaire publique, afin de garder leur réputation intacte. Même si l'institution asilaire prend de plus en plus de place dans le soin de la maladie mentale, le réseau familial demeure la ressource principale de soins et de contrôle du malade.

Peu à peu, l'institut asilaire remplace la famille dans la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux. Mais contrairement aux croyances populaires, les familles n'acceptent pas facilement l'institutionnalisation d'un de leur membre (Cellard & Thifault, 2008). Elle demeure, toutefois, importante dans la prise de décision de l'internement et du plan de traitement. En effet, comme le mentionne Suzuki (2006), l'aliéniste dépend de l'information

fournit par la famille pour établir un diagnostic et un plan de traitement. Certaines familles gardent un lien avec la personne internée. Elles s'informent de la progression du traitement de la maladie et demandent souvent le retour à la maison du malade (Cellard & Thifault, 2008). Parfois, on retrouve une correspondance entre l'aliéniste et les membres de la famille (Cellard & Thifault, 2007). Dès le début du XXe siècle, des efforts sont mis en place pour retourner les patients psychiatisés dans leur milieu familial. Perreault (2012) souligne que le transfert des patients dans la communauté sert à réduire la population asilaire devenue imposante dans les asiles. Afin de s'assurer que les patients peuvent retourner à leur domicile, une enquête est faite dans les foyers pour connaître la situation financière et familiale. Des congés partiels de trois à six mois permettent aux familles de reprendre leur proche interné à l'essai et de le retourner à l'institution si la charge du soin devient trop lourde (Perreault, 2012).

Suite à la désinstitutionnalisation et au processus de réinsertion sociale, la famille redevient la source principale des soins et des services des personnes atteintes de troubles mentaux dans la communauté (Benson, 1994). Les patients sont retournés dans leur famille malgré le fait qu'elles sont peu préparées à leur nouveau rôle de soignant (Lefley, 1996). Plusieurs chercheurs en sociologie, psychologie, service social et sciences infirmières se sont penchés sur les conséquences de ce mouvement de transition institutionnel auprès du réseau familial. Tous sont d'accord que la maladie mentale affecte la famille sur plusieurs points. Lefley (1989; 1996) et Roussel (2004) s'interrogent sur l'impact de la présence de troubles mentaux graves sur le milieu familial particulièrement auprès des aidants. La charge de soins des individus atteints sérieusement de problèmes psychiques devient rapidement un fardeau affectif et financier pour la famille (St-Onge & Tessier, 2004; Cook, Lefley, Pickett & Cohler, 1994; Rose, Mallinson & Gerson, 2006). La chronicité de l'état de la personne atteinte de maladie mentale affecte le réseau

familial. Celui-ci devient de plus en plus en détresse avec le temps. Certains auteurs mentionnent le développement des problèmes conjugaux (Karp, 2002; Anderson, 2008), l'isolement des membres de la famille (Karp, 2002; Lavigreur, 1980; Lefley, 1989; Roussel, 2004; Rose, Mallinson & Gerson, 2006), et les relations altérées avec la fratrie (Karp, 2002; Sjöblom, Hellzen & Lilja, 2013). D'autres questionnent l'efficacité des familles à prendre soin des personnes affectées avançant que le milieu familial contribue au développement de la maladie mentale (Lavigreur, 1980; Anderson, 2008). Quoi qu'il en soit, la difficulté de trouver du soutien dans le réseau communautaire demeure une problématique actuelle, et ce depuis plus de quarante ans (Lefley, 1989, 1996; Rose, Mallinson & Walton-Moss, 2004; Rose, Mallinson & Gerson, 2006; Sjöblom, Hellzen & Lilja, 2013) pourtant peu d'auteurs émettent des recommandations pour soutenir les familles dans leur rôle d'aidant (Bonin, Chicoine, Fradet, Larue, Racine, Jacques et St-Cyr Tribble, 2014). Ce manque de ressources en santé mentale s'accroît dans un contexte de langue minoritaire officielle.

2.3 Minorité francophone

Il est difficile de définir le terme minorité lorsque l'on apprend que la communauté internationale n'a jamais pu s'entendre sur une définition juridique commune. Selon Foucher (2010-2011), la jurisprudence se réfère à la définition proposée dans un rapport remis aux Nations-Unis en 1929 par Francesco Capotorti. Ce rapport définit la minorité comme un groupe de personnes qui est ressortissant d'un État. Il entretient des liens anciens, solides et durables avec celui-ci. Il possède ses propres caractéristiques ethnique, religieuse ou linguistique qui sont différentes de celles du reste de la population. Ce groupe est numériquement inférieur et en position non dominante et il manifeste le désir de préserver ces caractéristiques (Foucher, 2010-

2011). La minorité peut être vue négativement en termes de vulnérabilité face à la reconnaissance d'un groupe culturel partageant les mêmes valeurs morales (Burguière & Grew, 2001).

La langue fait partie de notre identité individuelle et culturelle. Elle est un élément central de la construction identitaire, du maintien de la culture et de la dynamique sociale (Boissonneault, 2004). Elle est un critère pour marquer la différence ou l'appartenance à un groupe. Remysen (2003) explique le sentiment d'insécurité que vivent les francophones dans un contexte minoritaire. Il mentionne que l'insécurité linguistique est un sentiment de dépréciation et d'incertitude qu'éprouvent certains individus envers l'usage de leur langue. Il divise l'insécurité en trois catégories, soit statutaire, identitaire et formelle. L'insécurité statutaire se réfère à l'importance que la langue de l'interlocuteur soit acceptée au sein du groupe majoritaire, donc à la position qu'elle occupe au sein de la société. L'insécurité identitaire aborde la langue d'un point de vue ethno-linguistique, c'est-à-dire le degré de son entité caractéristique de l'identité de la communauté. Et pour terminer, l'insécurité formelle s'identifie à la quête de légitimité linguistique. Les groupes minoritaires sont confrontés à ces insécurités et doivent outrepasser leurs craintes en vue de faire reconnaître leur statut. La langue est un élément déclencheur de la lutte des Franco-Ontariens dans la mobilisation politique de la reconnaissance de leurs droits en tant que minorité nationale.

L'enjeu de l'autonomie de la minorité passe par la reconnaissance de ses droits auprès des autorités politiques majoritaires de la société (Forgues, 2010). Chouinard (2012) explique que l'autonomie est compliquée à atteindre car l'État est réticent à partager le pouvoir qu'il s'est arrogé en tant qu'instance sociétale. Les gouvernés sont devenus dépendants de la tutelle de l'État providence paternaliste. Pour ce détacher de ce pouvoir de dominance, les Franco-Ontariens doivent s'écarter de la masse, afin de faire reconnaître leur identité linguistique et culturelle. Ils

doivent établir des institutions, des espaces sociaux dans lesquelles ses membres peuvent s'épanouir. La gouvernance de leurs institutions permet de faire reconnaître leur pouvoir politique et leur autonomie en tant que membre à part entière de la société et le respect de leurs droits. Selon Forgues (2010), le degré politique atteint par la minorité maintient son intégrité identitaire.

Les francophones du Canada constituent la plus grande minorité au pays (Bouchard & Desmeules, 2011). La province de l'Ontario a le plus haut pourcentage de francophones en excluant la province de Québec. En effet, 54% des francophones hors Québec se retrouvent en Ontario, soit 537 595 personnes (Bouchard & Desmeules, 2011). Les Franco-Ontariens ont un statut économique inférieur, une sous-scolarisation significative et un manque d'influence politique (Bouchard & Desmeules, 2011; Gervais, 1986; Boudreau, 1999). Ils se perçoivent en moins bonne santé que les anglophones (Bouchard & Desmeules, 2011; Groupe de travail sur les services de santé en français, 2005; Kalay, Chomienne & Farmanova, 2013).

Dans son rapport, « *Services de santé pour la communauté franco-ontarienne* » (2005), le Groupe de travail sur les services de santé en français note une dégradation des services de santé chez les francophones due à une attitude minimaliste affichée par les gouvernements. Selon eux, les portes d'accès aux services se sont refermées au lieu de s'ouvrir à la communauté franco-ontarienne ce qui explique la détérioration de l'état de santé de cette population. Les francophones en situation minoritaire ont constaté rapidement l'importance d'obtenir des services de qualité en français (Traisnel & Forgues, 2009; Drolet *et al.*, 2015). La vulnérabilité relative dans laquelle se retrouvent les personnes malades est telle que la capacité de comprendre et d'être compris par le personnel soignant revêt une importance toute particulière (Corbeil, Grenier & Lafrenière, 2007; Audet et Drolet, 2014). Le Groupe de travail (2005) conclut que la manière dont sont soignés les francophones dans le domaine de la santé mentale est très révélatrice du traitement qu'ils

reçoivent dans le système général. De plus, l'accès à des services de santé en français contribue à la vitalité de la communauté en offrant à ses membres des endroits où ils peuvent s'exprimer dans leur langue (Corbeil, Grenier & Lafrenière, 2007; Chouinard, 2012; Traisnel & Forgues, 2009). Le contexte de minorité linguistique francophone de l'Est-ontarien augmente la complexité des soins et des services en santé mentale. Mon étude veut examiner, sous une perspective sociohistorique, le parcours de ces personnes doublement minorisées par leur langue et leur maladie.

Références

- Anderson, C. (2008). Depression and families. *Journal of Psychotherapy and the Family*, 3(3), 33-47.
- Audet, M.-P. & Drolet, M. (2014). Les services de santé mentale pour les jeunes francophones de la région d'Ottawa. *Reflets: Revue d'Intervention Sociale & Communautaire*, 20(2), 190-210.
- Benson, P.R. (1994). Deinstitutionalization and family caretaking of the seriously mentally ill: The policy context. *International Journal of Law and Psychiatry*, 17(2), 119-138.
- Boissonneault, J. (2004). Se dire ... mais comment et pourquoi? Réflexions sur les marqueurs d'identité en Ontario français. *Francophonies d'Amérique*, 18, 163-169.
- Bonin, J. P., Chicoine, G., Fradet, H., Larue, C., Racine, H. Jacques, M.-C. & St-Cyr Tribble, D. (2014). Le rôle des familles au sein du système de santé mentale au Québec. *Santé Mentale au Québec*, 39(1), 159-173.
- Bouchard, L. & Desmeules, M. (2011). *Minorités de langue officielle du Canada. Égales devant la santé?* Presse de l'Université du Québec.
- Boudreau, F. (1999). Langue minoritaire et services de santé mentale en l'an 2000 : Droits et besoins des francophones de Toronto. *Reflets: Revue d'Intervention Sociale & Communautaire*, 5(2), 123-154.
- Burguière, A. & Grew, R. (2001). *The Construction of Minorities*. The University of Michigan Press.
- Cellard, A. & Thifault, M.C. (2007). *Une toupie sur la tête. Visages de la folie à Saint-Jean-de-Dieu*. Éditions du Boréal.

- Cellard, A. & Thifault, M.-C. (2008). *The use of asylums. Resistance, asylum propaganda, & institutionalisation strategies in turn-of-the-century, Quebec*. Dans Moran, J. E. & Wright, D. (dir.). *Mental health and Canadian Society, historical perspectives*. McGill-Queen's University Press.
- Chouinard, S. (2012). Quel avenir pour le projet autonomiste des communautés francophones en situation minoritaire? Réflexion sur les politiques publiques canadiennes en matière de langues officielles. *Minorités linguistiques et société*, 1, 195-213.
- Cook, J., Lefley, H. P., Pickett, S. A. & Cohler, B. J. (1994). Age and family burden among patients of offspring with severe mental illness. *American Journal Orthopsychiatry*, 64(3), 435-447.
- Corbeil, J. P., Grenier, C. & Lafrenière, S. (2007). *Les minorités prennent la parole: Résultats de l'enquête sur la vitalité des minorités de langue officielle*. Ministre de l'Industrie.
- Doré, M. (1987). La désinstitutionalisation au Québec. *Santé mentale au Québec*, 12(2), 144-157.
- Dorvil, H., Guttman, H. A., Ricard, N. & Villeneuve, A. (1997). *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale. Pour une réponse efficace et efficiente aux besoins des personnes atteintes de troubles mentaux graves*. Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services Sociaux.
- Drolet, M., Arcand, I., Benoît, J., Savard, J., Savard, S. & Lagacé, J. (2015). Agir pour avoir accès à des services sociaux en français: des Francophones en situation minoritaire nous enseignent quoi faire! *Canadian Social Work Review*, 32(1-2), 5-26.
- Forgues, E. (2010). Autonomie, vitalité et identité des communautés en situation minoritaire: Proposition d'un cadre conceptuel. *International Journal of Canadian Studies*, 42, 183-206.

Foucher, P. (2010-2011). Francophone minoritaire en droit canadien: une question de choix?

Revue du Nouvel-Ontario, n°35-36, 47-67.

Gervais, G. (1986). Le problème des institutions en Ontario français. *Revue du Nouvel-Ontario*, 8,

9-12.

Groupe de travail sur les services de santé en français. (2005). *Services de santé pour la*

communauté franco-ontarienne: Feuille de route pour une meilleure accessibilité et une plus grande responsabilisation. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Hamden, A., Newton, R., McCauley-Elsom, K. & Cross, W. (2011). Is deinstitutionalization

working in our community? *International Journal of Mental Health Nursing*, 20, 274-283.

Hobbs, C., Tennant, C., Rosen, A., Newton, L., Lapsley, H.M., Tribe, K. & Brown, J.E. (2000).

Deinstitutionalisation for long-term mental illness: a 2-year clinical evaluation. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 476-483.

Kalay, A. L. Chomienne, M.-H. & Farmanova, E. (2013). Les priorités de recherche sur la santé

des francophones en Ontario. *Revue Canadienne de Santé Publique*, 104(6) (suppl.1), S83-S87.

Karp, D.A. (2002). *The burden of sympathy: How families cope with mental illness*. New York;

Oxford: Oxford University Press.

Kelly, S. & McKenna, H.P. (2004). Risks to mental health patients discharged into the

community. *Health, Risk & Society*, 6(4), 377-385.

Lavigueur, H. (1980). Rencontre avec des parents de schizophrènes. *Santé Mentale au Québec*,

5(1), 54-62.

Lefley, H.P. (1989). Family burden and family stigma in major mental illness. *American*

Psychologist, 44(3), 556-560.

- Lefley, H. P. (1996). *Family caregiving in mental illness*. Sage Publication.
- Morin, P. (1990). L'oubli de l'espace dans le plan d'organisation de services. *Santé mentale au Québec*, 15(2), 4-13.
- Nadon, L. M. (1998). *L'insertion Sociale, Rêve ou Réalité?* Mémoire Service Sociale, Université d'Ottawa.
- Nootens, T. (2008). «*For years we have never had a happy home*». *Madness and families in nineteenth-century Montreal*. Dans Moran, J. E. & Wright, D. (dir.). *Mental health and Canadian Society, historical perspectives*. McGill-Queen's University Press.
- Otero, M. (2003). *Les règles de l'individualité Contemporaine, Santé Mentale et Société*. La Presse de l'Université Laval.
- Perreault, I. (2012). *L'intervention sociale en psychiatrie: Le rôle des premières assistantes sociales à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu de Montréal, 1920-1950*. Dans Thifault, M.-C. (dir.). *L'incontournable caste des femmes. Histoire des services de santé au Québec et au Canada*. Les Presses de l'Université d'Ottawa.
- Plessis, E., Greeff, M. & Koen, M. P. (2004). The Psychiatric Outpatient's Family as a Support System. *Health Sa Gesondheid*, 9(2), 3-19.
- Remysen, W. (2003). L'insécurité linguistique des francophones ontariens et néo-brunswickois. Contribution à l'étude de la francophonie canadienne. *Culture française d'Amérique*, 95-116.
- Rose, L. E., Mallinson, R. K. & Walton-Moss, B. (2004). Barriers to family care in psychiatric settings. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(1), 39-47.

- Rose, L. E., Mallinson, R. K. & Gerson, L. D. (2006). Mastery, burden, and areas of concern among family caregivers of mentally ill persons. *Archives of Psychiatric Nursing*, 20(1), 41-51.
- Roussel, N. (2004). *L'expérience des familles qui accompagnent un proche vivant avec un problème de santé mentale*. Thèse de Maitrise Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue. Université de Montréal.
- Sjöblom, L. M., Hellzen, O. & Lilja, L. (2013). «I scream for help»: A single case study of one sister`s experiences with formal psychiatric care when her brother became mentally ill. *Health*, 5, 417-425.
- St-Onge, M. & Tessier, L. (2004). *Les personnes d'âge adulte ayant des troubles mentaux à la diversité de leurs besoins: Des repères pour l'action*. Dans Emard, R. & Aubry, T. (dir.). *Le suivi communautaire en santé mentale. Une invitation à bâtir sa vie*. Les Presses de l'Université d'Ottawa.
- Suzuki, A. (2006). *Madness at home: The psychiatrist, the patient, and the family in England, 1820-1860*. University of California Press.
- Thérien, R. (1990). La désinstitutionalisation, les maladies, les familles et les femmes: des intérêts à concilier. *Santé mentale au Québec*, 15(1), 100-119.
- Traisnel, C. & Forgues, E. (2009). La santé et les minorités linguistiques: L'approche canadienne au regard de cas internationaux. *Francophonies d'Amérique*, 28, 17-46.

3. Méthode de recherche

Ce chapitre présente mon approche épistémologique, la méthode de recherche utilisée et la conception de la base de données, ainsi que les sources primaires consultées.

3.1 Approche épistémologique

Mon approche épistémologique se situe dans le paradigme de la théorie critique. Cette perspective philosophique repose sur la critique de la société dans le but de provoquer des changements sociaux (Held, 1980; Cody, 1998). Elle permet de relever les injustices et le déséquilibre du pouvoir caché en analysant la construction de la réalité sociale et les structures sociopolitique et économique (Weaver & Olson, 2006; Gortner, 1993). Les chercheurs, adeptes de ce paradigme, prennent pour responsabilité d'augmenter la conscience de la population face aux problèmes sociaux. Ils veulent s'assurer que la voix des personnes marginalisées soit entendue (Weaver & Olson, 2006). Le développement des connaissances expose les inégalités en matière de santé et fournit une compréhension face aux facteurs sociaux, économiques et politiques qui influencent notre système de soins (Mill, Allen & Morrow, 2001). Le but est de provoquer des changements émancipateurs pour contrer les inégalités (Meleis, 2012). Mon projet doctoral s'intéresse aux personnes doublement marginalisées par leurs antécédents psychiatriques et leur statut minoritaire linguistique et cherche à expliquer le processus de déshospitalisation auprès de cette population à l'aide de la méthode sociohistorique.

3.2 Méthode sociohistorique

L'historiographie s'est développée au courant du dernier siècle. Elle est partie des études événementielles, relatant les exploits des grands hommes pour s'intéresser à l'histoire des

sociétés, des groupes et des cultures. On assiste à un changement de paradigme, une nouvelle façon de faire l'histoire. L'École des Annales, fondée en 1929 par Marc Bloch et Lucien Febvre, se donne pour mandat de comprendre les sociétés dans leur ensemble (Hunt, 1986; 1989). Elle préconise la notion de longue durée, l'histoire de bas en haut (de la cave au grenier) et les méthodes quantitatives dites sérielles. Elle est dominée par les questionnements d'ordre économique et social. L'École des Annales s'est retrouvée en crise dans les années 1980, dû, notamment, à une diminution de l'intérêt pour l'histoire quantitative (Hunt, 1986; Chartier, 1988, 1997). Différents courants s'inspirent toutefois de ce mouvement. On voit apparaître l'histoire des mentalités, l'histoire culturelle et une nouvelle histoire politique. Certains historiens se préoccupent désormais des gens ordinaires et de leur expérience face au changement social (Burke, 1992).

Dans cette nouvelle perspective, Shafer (1980) décrit l'histoire comme une discipline, un champ d'étude qui a mis au point un ensemble de méthodes et de concepts par lesquels les historiens collectent des preuves des événements passés, les évaluent et présentent une discussion sérieuse sur le sujet. Selon cet auteur, une des plus grandes fonctions de l'histoire serait de démontrer que les hommes et les femmes ont été confrontés à des problèmes similaires aux nôtres, sans être identiques. Il ajoute que l'histoire sert parfois à donner à des groupes qui se sentent aliénés ou méprisés un sentiment d'origine valable et une appartenance. La recherche sociohistorique permet de faire une évaluation critique sur les événements et les faits du passé afin d'aider la compréhension des pratiques et des comportements actuels (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007). Elle aide donc à comprendre le passé et le présent.

3.2.1 *Histoire culturelle*

Dans ce projet de recherche, j'utilise plus particulièrement l'approche de l'histoire culturelle. Celle-ci me permet d'examiner un groupe d'individu précis afin de comprendre les différentes facettes de leur vécu. L'histoire culturelle a été développée progressivement dans les années 1980-1990, entre autres, par Roger Chartier et Daniel Roche. Cette méthode est maintenant considérée comme un courant dominant dans la recherche historique. Plusieurs historiens de renom y adhèrent, notamment, Lynn Hunt, Jacques Revel, Alain Corbin, Jacques LeGoff et Peter Burke. Selon plusieurs historiens, l'histoire culturelle serait difficile à définir (Roche, 1997; Corbin, 1997; Chartier, 2003; Arcangeli, 2012). Pour comprendre cette approche historique, il importe de s'attarder à la description de la culture qui est un élément important, voire essentiel à ce type d'histoire. Daniel Roche (1997) mentionne qu'il existe différentes significations au concept de «culture». Il définit cette dernière comme une civilisation. Elle signifie l'ensemble des pratiques dans une société, un cumul de l'intellectualité et des savoirs, un enjeu pour mesurer des exclusions d'un groupe ou tracer des frontières, des trajectoires. Elle correspond aux habitudes acquises, transmises et divulguées. Elle peut être également un objet de lutte ou d'imitation. Roche (1997) indique que l'étude du culturel met en valeur l'analyse des échanges entre les individus, les groupes, les sociétés et les espaces. Gertz (1973) définit la culture selon une perspective ethnographique. Elle est le mode de vie d'un peuple; l'héritage social qu'un individu acquiert de son groupe; une façon de penser, de sentir et de croire; une généralisation des comportements; un mode d'apprentissage commun. Gertz ajoute qu'elle est, également, un ensemble d'orientations normalisées pour faire face aux problèmes récurrents; un comportement appris; un mécanisme de régulations normatives du comportement; un ensemble de techniques permettant de s'ajuster à l'environnement externe et aux autres individus dans et en

dehors de la communauté; un champ d'intérêt pour l'histoire. Maurice Crubellier utilise également l'approche ethnologique pour expliquer ce qu'est la culture. Pour lui, elle est «la somme des idées, des sentiments, des valeurs, voire des techniques, qui ont cours dans une société donnée, en bref les rapports de la collectivité des hommes à leur milieu naturel et social» (1997, p.30). Chaque culture supposerait une constitution d'un groupe, de moyens de communication et d'un contenu. Lapointe (1986) de son côté, présente la culture en utilisant un point de vue anthropologique. C'est un phénomène social total, c'est-à-dire, un ensemble de manières de penser et d'agir partagées par un groupe donné. «Une construction qui présente un modèle de comportements retrouvés chez un ensemble de personnes» (Lapointe, 1986, p.97). Prost (1997) apporte un point intéressant en décrivant la culture comme un facteur d'identité. Il ajoute qu'elle permet à l'individu de penser son expérience à travers son vécu, son travail et les soucis quotidiens. Il affirme que, pour avoir une culture, il faut un groupe. Selon lui, un historien ne peut déchiffrer cette culture sans connaître le vécu des individus.

L'histoire culturelle part donc de la définition de la culture pour cibler les différents champs d'intérêts de ce domaine d'études. Chartier (1997; 2003) fut l'un des premiers historiens à définir l'histoire culturelle. Il la divise en deux significations distinctes. La première désigne les œuvres et les gestes qui, dans une société donnée, sont soustraits aux urgences du quotidien et soumis à un jugement esthétique ou intellectuel. On retrouve, entre autres, dans cette catégorie, les œuvres d'art comme les peintures, les sculptures et la musique. La deuxième se réfère à l'étude des pratiques ordinaires à travers lesquelles une communauté, quelle qu'elle soit, vit et réfléchit son rapport au monde, aux autres ou à elle-même (Chartier, 2003, p.5). La première signification de l'histoire culturelle sera rejetée dans l'utilisation de ce projet d'étude. En fait, cette définition fait plutôt référence à l'histoire de la culture qu'à l'histoire culturelle. Prost (1997) indique qu'il ne

faut pas confondre l'histoire culturelle avec celle des objets culturels. Pascal Ory (1987) et Antoine Prost (1997) décrivent l'histoire culturelle comme l'ensemble des représentations sociales collectives propre à une société. Alain Corbin (1990) mentionne dans son article « Histoire et anthropologie sensorielle » que cette nouvelle histoire s'intéresse au souci de percer, hors de tout anachronisme psychologique, le secret des comportements individuels qui nous ont précédés, au croisement des émotions et des représentations, de l'imaginaire et des sensibilités. Alessandro Arcangeli, dans son ouvrage *Cultural History. A concise introduction* paru en 2012, décrit l'histoire culturelle comme une approche disponible qui peut être appliquée à un large éventail de sujets de recherche. Pour lui, l'histoire culturelle serait synonyme de l'histoire de la civilisation. La civilisation se référant simplement à toutes les fonctionnalités que l'on peut observer dans la vie collective d'un groupe humain, comprenant le matériel, l'intellectuel, la vie morale et politique, c'est-à-dire leur vie sociale. L'histoire culturelle s'intéresse donc aux individus, à leur collectivité et à la vie quotidienne. Elle veut étudier les gens ordinaires.

Il existe des liens très étroits entre l'histoire culturelle et l'histoire sociale. Selon Poirrier (2004), Prost (1997), et Arcangeli (2012), il s'agit de complémentarité. Chartier (1988) stipule que l'histoire culturelle réfléchit à la question sociale, car elle concentre son attention sur les stratégies qui déterminent les positions et les relations affectées à chaque classe, groupe ou milieu qui constitue son identité. Les histoires sociale et culturelle auraient toujours été liées de manière stratégique l'une à l'autre, corrigeant les distractions ou complétant les lacunes de chacune des approches (Fass, 2003). Il faut tout de même tenir compte du fait que chaque approche souligne différents éléments du passé et utilise également différentes méthodes. L'histoire sociale se penche sur l'étude de groupes sociaux plus larges, alors que l'histoire culturelle étudie un plus petit groupe d'individus et même parfois s'intéressera qu'à un seul d'entre eux. Elle favorise

l'histoire sur une plus petite échelle, une histoire particulière à chacun. Paula Fass (2003) nous met en garde contre l'approche de l'histoire sociale. Cette auteure mentionne que l'histoire sociale décrit les tendances comportementales des groupes sociaux et met l'accent sur le comportement normatif. Cette histoire se soucie peu du paradigme dominé par l'élite politique. Elle omet, par conséquent, de tenir compte du caractère unique de l'expérience individuelle et des liens par lesquels la vie sociale est créée par la politique et la culture.

L'histoire culturelle se préoccupe des inégalités sociales. Elle apporte un regard critique sur les différentes structures et la dynamique des relations entre les différents groupes d'individus. Roger Chartier (1988) et Philippe Poirrier (2004; 2008) mentionnent que l'histoire culturelle doit être conçue comme une analyse du processus de la représentation. Celle-ci s'intéresse particulièrement à la production des classifications et des exclusions qui constituent les configurations sociales et conceptuelles construisant la hiérarchie des structures collectives. La répartition hiérarchique de la société a d'évidentes implications culturelles (Arcangeli, 2012). On y retrouve les composantes d'appartenance à des groupes à partir de la distinction fondamentale entre les gens ordinaires et l'élite. Prost (1997) soutient que les débats entourant la désignation des groupes sociaux, leurs limites et leurs conditions d'appartenance ou d'exclusion sont considérés comme des luttes sociales. Chartier (2003) rappelle l'existence des relations de dominations et des inégalités du monde. Il ajoute que la culture populaire se construit à partir des dépendances et des manques par rapport à la culture des dominants. «D'un côté, la culture populaire est pensée comme autonome, indépendante, fermée sur elle-même, de l'autre, elle est entièrement définie par sa distance vis-à-vis de la légitimité culturelle» (Chartier, 2003, p.8). Une comparaison constante entre ces deux mondes (dominants et dominés) confère une compréhension complète de la réalité de la vie quotidienne des gens ordinaires. L'approche de l'histoire culturelle suivant le concept de

«l’histoire vers le haut» apporte une appréciation de l’expérience, des témoignages et des points de vue des subalternes et des groupes sociaux marginaux (Arcangeli, 2012). Il importe donc de mettre nos résultats en contexte en se rapportant à la structure des systèmes politique, économique, social et culturel pour analyser les résultats de recherche.

Les méthodes de recherche en histoire culturelle sont qualifiées de pluralistes. Ses méthodes, empruntées de différentes disciplines sociales et économiques, entraînent parfois une certaine contrariété de la part de certains chercheurs. Poirrier (2004) déclare que l’histoire culturelle manque d’une certaine cohérence dû à la diversité de ses approches méthodologiques. D’autre part, il accorde que cette histoire se nourrit des différentes approches interdisciplinaires, ce qui lui donne un aspect complémentaire pour interroger et comprendre les différents éléments du passé. Il propose d’accepter que l’histoire soit plurielle afin d’élargir ses horizons et de ne pas tomber dans des cadres rigides, événementiels, économiques, sociaux ou culturels (Poirrier, 2008). Les historiens émettent également diverses opinions sur l’utilisation des méthodes quantitatives, tantôt les condamnant, tantôt les mettant à profit pour une meilleure analyse. Girard (1997) affirme que ces méthodes mettent en relief l’homogénéité plutôt que le divers. Cette généralisation des résultats laisse le lecteur très loin de la façon dont chaque individu vit sa vie culturelle dans la réalité de la construction de sa personnalité. Daniel Roche (1997) critique également l’utilisation exclusive de la méthode quantitative en histoire culturelle. L’étude séquentielle serait réductrice, car elle généralise les données. Elle mettrait au même niveau les grands acteurs (élites) et les gens ordinaires. De plus, cette méthode utilise des cadres de classement préétablis, incapables de rendre compte de l’individualisation. Roche lui reproche d’ailleurs de ne pas tenir compte du sujet, individuel ou collectif, et de négliger le rapport personnel ou social qu’entretiennent les acteurs sociaux avec leur système de valeurs ou de

croyances et leur univers symbolique. Il propose l'utilisation de l'analyse des textes pour mieux comprendre les problèmes des articulations entre la position sociale et le choix culturel. Il conclut en suggérant l'utilisation des deux méthodes en complémentarité. Les deux types d'analyses ne seraient pas contradictoires. La méthode quantitative a toujours sa place dans l'histoire culturelle. Elle demeure souvent un préalable nécessaire aux autres démarches. Les méthodes quantitatives aident à mieux comprendre la nature des phénomènes ou des événements. Roche termine en affirmant que l'histoire sociale culturelle, «en associant plusieurs démarches, permet de comprendre comment s'effectue la fabrication sociale d'un sens, individualisé ou collectif» (1997, p.42). Fass (2003) souligne que l'histoire culturelle permet d'explorer le passé en utilisant des nouvelles méthodes, des nouvelles sources et en émettant des nouvelles questions souvent plus subtiles.

Roger Chartier, un des fondateurs de l'histoire culturelle, influence grandement mon approche historique. Cet historien critique l'histoire des Annales. Il trouve la durée des périodes étudiées trop longue ce qui abstrait les événements et les changements vécus par les sociétés. Il condamne l'utilisation majoritaire des méthodes quantitatives et sérielles qui généralisent le vécu des collectivités. Chartier critique également l'histoire des intellectuels qui se fonde sur les personnages importants; une histoire de haut en bas pour expliquer les événements historiques omettant le point de vue des gens du peuple. Il réintroduit la lecture des textes afin d'en faire une analyse plus approfondie pour comprendre la réalité du passé. Il préconise l'analyse du discours de Foucault, mais reste ouvert aux autres types d'analyse de document comme l'analyse de sources ou textes et l'analyse du contenu. Il emprunte les méthodes de différentes spécialités (anthropologie, sociologie, économie, ...) pour parfaire sa compréhension des faits.

L'histoire culturelle s'intéresse aux gens ordinaires, souvent minoritaires. Elle veut relater leur expérience de vie sur un angle personnel dans leur environnement influencé par les décisions d'un groupe dominant. Elle tient compte du rapport de domination, hiérarchique ou paternaliste. Ma population cible étant les personnes francophones psychiatisées, il est intéressant d'examiner leur parcours de transition entre le milieu hospitalier et la communauté en gardant en tête les politiques et les décisions prises par l'élite. De plus, cet intérêt concorde avec mon cadre théorique de l'éthique du *care* qui dénonce le système politique démocratique libéral paternaliste. Cette vision examine, d'un regard critique, le vécu d'un petit groupe d'individus dans leur pérégrination entre un monde hospitalier contrôlant et coercitif et un milieu communautaire sous-financé et oublié. L'histoire culturelle et la théorie de l'éthique du *care* apportent un regard nouveau sur les gens ordinaires, minoritaires souvent réprimés en vue de leur donner une voix pour comprendre leur réalité quotidienne.

Pour conclure, l'histoire culturelle permet une vue d'ensemble de la réalité d'une période choisie en considérant non seulement la vie d'un groupe social spécifique, mais en prenant particulièrement soin d'inclure le contexte politique, économique et social de l'époque. De plus, elle s'adresse particulièrement aux groupes marginaux souvent oubliés de l'histoire par un processus de normalisation. L'histoire culturelle s'intéresse aux gens ordinaires, aux gens vulnérables. Elle tente de leur donner une voix, de les reconnaître comme des acteurs importants, participant activement au façonnement des identités des sociétés précédentes. De plus, elle veut comprendre le sens que ces individus ordinaires donnent au monde qui les entoure. Elle scrute leur vécu, leur combat, leur parcours et l'ensemble de leur expérience subjective. Elle offre la possibilité d'une lecture «sensible» de la situation d'un groupe de personnes en situation vulnérable au sein de la population francophone d'Ottawa. Les décisions prises dans le passé ont

une influence sur notre présent. Les approches d'analyses des données diversifiées apportent une certaine flexibilité et permettent d'élargir la compréhension d'une problématique. L'histoire culturelle est le fondement, la base solide de mon projet de recherche. Son aspect critique et son intérêt pour les gens ordinaires et marginalisés forme la pierre angulaire de mon projet et justifie le choix de mon cadre conceptuel et de ma méthode de recherche. Elle est, sans aucun doute, l'approche idéale pour mieux comprendre la structure des services de santé mentale offerts aux patients psychiatriques de l'Est-ontarien. Ainsi, je joins ma voix à celle de Marie-Claude Thifault, Isabelle Perreault, Marie Lebel et Hervé Guillemain qui s'intéressent aux patients atteints de troubles psychiques.

3.3 Conception de la base de données

Cette section fait référence aux différentes étapes de la conception de la base de données informatisées utilisées dans cette recherche. Ces étapes ont fait l'objet d'un article publié en 2015 dans la revue du *Bulletin Canadien de l'Histoire de la Médecine*. Les certificats éthiques se retrouvent à l'appendice 2 et 3.

Référence :

Harrison, S., Bruyninx, G., MacCordick, N. M. H. & Tessier, F. (2015). Note de recherche:

Incursion dans les archives de l'hôpital Montfort: Partir à la quête du processus de «déhospitalisation» des patients hospitalisés sur les unités psychiatriques de courte durée.

CBMH/BCHM, 32(2), 411-421.

Note de recherche / Recherche Note

Incursion dans les archives de l'Hôpital Montfort : Partir à la quête du processus de «déhospitalisation» des patients hospitalisés sur les unités psychiatriques de courte durée

SANDRA HARRISSON, GLADYS BRUYNINX,
NICOLAS M.H. MACCORDICK et FRANÇOIS TESSIER

Résumé. Cette note de recherche fait état des différentes étapes de la création d'une base de données informatisées dans le cadre d'un projet de recherche socio-historique en sciences infirmières portant sur la «déhospitalisation» de patients psychiatisés. La manipulation de dossiers actifs et inactifs de patients jugés «vulnérables» revêt un caractère particulier lors de l'entreposage de ces données sensibles. De plus, à l'ère de l'informatisation, les dossiers en formats papier tendent à disparaître, étant transformés en formats numériques, ou faisant face à une destruction potentielle. La photo-numérisation et le ré-archivage électronique s'avèrent des moyens efficaces pour la conservation de cette mémoire collective souvent négligée.

Mots-clés. Dossiers actifs, hôpital général, ré-archivage électronique, photo-numérisation

Sandra Harrisson, Département des Sciences Infirmières, Université du Québec de Trois-Rivières
Gladys Bruyninx, École des sciences infirmières, Université d'Ottawa
Nicolas M.H. MacCordick, École des sciences infirmières, Université d'Ottawa
François Tessier, Épidémiologie, Université d'Ottawa

412 S. HARRISSON, G. BRUYNINX, N.M.H. MACCORDICK et F. TESSIER

Abstract. This research note demonstrates the various steps involved in creating a computerized database in the context of a social history nursing research project regarding the dehospitalization of psychiatric patients. The handling of active and unactive files of patients judged vulnerable is of particular significance in the storage of these sensitive materials. Furthermore, in the computer age, paper files tend to disappear, are transformed into numerical format, or face potential destruction. Digitizing the files and storing them electronically are effective means of preserving this often neglected collective memory.

Keywords. active files, general hospital, electronic storage, digitization

Cette note de recherche fait état des différentes étapes de la création d'une base de données informatisées dans le cadre d'un projet de recherche socio-historique en sciences infirmières portant sur la «déhospitalisation» de patients psychiatisés dans le milieu francophone de l'est-ontarien. L'expérience acquise durant les trois années passées aux archives de l'Hôpital Montfort met en relief les nombreux défis à relever lorsque la recherche nous conduit vers des sources primaires de « nature sensible » comme peuvent l'être les dossiers cliniques des patients psychiatriques. Le partage de notre expertise intéressera certainement les historiens de la santé dans leur recherche, à partir de dossiers médicaux, pour documenter l'évolution des soins psychiatriques.

Inévitablement, avec le temps et l'arrivée de l'informatisation, la version papier des dossiers prend de la poussière et il devient un enjeu administratif de taille de les conserver : qu'il s'agisse en raison du manque de place, du coût de l'entretien ou de la fragilité du papier. Les gestionnaires de l'Hôpital Montfort ont récemment entamé une réflexion sur la question de la pertinence de conserver de vieux dossiers qui s'empilent, pourrait-on croire, inutilement. Pourtant, voir ces précieux documents être détruits signifie une perte inestimable d'informations utiles aux chercheurs et, par conséquent, aux décideurs en matière de santé mentale. Leur sauvegarde est, selon nous, capitale. La destruction des dossiers inactifs de plus de cinq ans effacerait la trace de l'expérience hospitalière de nombreux patients et ne nous permettrait plus d'étudier, comme nous entendons le faire, le milieu psychiatrique suite au processus de désinstitutionnalisation.

Cette note de recherche débute par une brève mise en contexte du projet à l'étude et poursuit la discussion sur l'accès aux archives de l'Hôpital Montfort et sur l'élaboration de la base de données informatisée créée à partir des dossiers médicaux des patients hospitalisés entre 1976 et 2006 au Département de psychiatrie.

LE PROJET DE RECHERCHE

En 1963, suite à la parution du rapport *More for the Mind*, l'Ontario s'engage dans le processus de désinstitutionnalisation en favorisant l'intégration des soins psychiatriques dans les hôpitaux généraux. Les patients institutionnalisés dans les hôpitaux psychiatriques provinciaux sont alors dirigés vers différents milieux communautaires. Suite à ce mouvement de désinstitutionnalisation, plusieurs unités de psychiatrie de courte durée ouvrent leurs portes au sein même d'hôpitaux généraux. C'est dans cette mouvance qu'est créé, en 1976, un département de psychiatrie à l'Hôpital Montfort, seul établissement à offrir des soins de santé en français dans la région de la capitale nationale.

L'Hôpital St-Louis-Marie-de-Montfort est fondé en 1953 grâce à l'étroite collaboration entre les chefs de file francophones d'Eastview, les Pères Montfortains et la congrégation des Filles de la Sagesse. Il est géré par la congrégation jusqu'en 1969 et devient laïc et public en 1970.¹ Prônant une approche humaniste et communautaire, l'hôpital se taille une place importante au sein de la communauté franco-ontarienne. L'Hôpital Montfort inaugure son département de psychiatrie en 1976 sous la direction du Dr Alphonse Blais. L'établissement de santé «appuie le concept de décloisonnement dans les soins personnalisés aux [patients] par une approche multidisciplinaire, c'est-à-dire, l'ergothérapie, la psychiatrie, la psychologie, le service social, les soins infirmiers et la récréologie».² L'accès aux services de santé en français facilite les soins offerts à la population atteinte de troubles mentaux, ce qui relance le débat sur l'importance de recevoir des soins dans sa propre langue lorsqu'on se retrouve dans une position de vulnérabilité accentuée par la maladie.³

Plusieurs chercheurs se sont intéressés à la période asilaire et au processus de désinstitutionnalisation, mais peu d'entre eux se sont concentrés sur les soins hospitaliers dans les unités de soins aigus. Notre étude porte principalement sur le processus de «déhospitalisation» des patients psychiatisés francophones en milieu minoritaire de l'est-ontarien durant la période de 1976 à 2006.⁴ Notre contribution consiste à explorer, entre autres, le parcours des patients entre le milieu hospitalier et communautaire, la disponibilité des ressources communautaires offertes aux patients psychiatisés francophones et le rôle des infirmières dans la préparation des congés des patients hors des murs hospitaliers.

Afin de favoriser notre compréhension des parcours obligés des patients psychiatriques hospitalisés à l'Hôpital Montfort, nous avons consulté, dans un premier temps, les registres d'admission et, dans un deuxième, les dossiers cliniques des patients du Département de psychiatrie. L'étude de ces documents conduit, selon Risse et Warner⁵, à une construction rationnelle des expériences médicales et des

414 S. HARRISSON, G. BRUYNINX, N.M.H. MACCORDICK et F. TESSIER

événements du passé. Les dossiers des patients permettent d'élucider la relation entre les hôpitaux et la société en général et ouvrent une fenêtre sur l'ensemble de la condition de la vie sociale des individus.⁶

ACCÈS AUX ARCHIVES / RÈGLES DE CONFIDENTIALITÉ

L'accès des dossiers actifs et inactifs des patients psychiatisés au Département de psychiatrie de courte durée de l'Hôpital Montfort se révèle être une porte d'entrée privilégiée dans la compréhension des soins psychiques de notre époque. Ces dossiers témoignent de l'organisation des soins des professionnels de la santé, véritable mémoire écrite qui conserve l'histoire de soins de chaque patient.

Les dossiers médicaux contiennent de nombreuses informations, tant administratives que médicales, ce qui en fait une source primaire imposante. De nombreux formulaires, rédigés par divers intervenants, complètent les dossiers de chaque patient hospitalisé. L'ampleur de cette source d'information nous oblige à choisir les formulaires qui résument et expliquent les épisodes de soins et la préparation des congés des patients admis au Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort. Suite à un premier dépouillement, nous retenons les formulaires suivants : les résumés de sortie, les notes d'observations de l'infirmière, les évaluations de l'infirmière, les formulaires et lettres concernant le transfert des patients dans un autre établissement de santé ou vers la communauté, ainsi que les suivis de la clinique externe. Les résumés de sortie rédigés par les médecins sont d'un précieux recours pour comprendre la raison d'admission, le plan de traitement, l'évolution de santé du patient durant son hospitalisation et le plan de sortie. Cette note médicale est présente dans la majorité des dossiers entre 1976 et 2006, tant dans la version microfiche (1976-1988) que dans la version papier. En fait, il s'agit du seul formulaire disponible relatant l'histoire du patient dans la version microfiche des dossiers entre 1976 à 1987. Dès 1988, nous retrouvons des traces écrites laissées par les infirmières grâce aux formulaires d'évaluation complétés lors de l'admission des patients au département et les notes d'observation – documents systématiquement détruits dans la version microfiche jusqu'en 1988. Ceux-ci sont un témoignage de la vie des patients psychiatisés. On y retrouve, entre autres, l'état psychique et émotionnel des patients, les interventions infirmières, la préparation au congé définitif, les relations avec les membres de la famille, etc. De plus, à quelques reprises, des lettres de patients sont insérées dans les dossiers, ajoutant une perspective plus personnelle à leur vécu et à leur état psychique. De telles informations sur la vie des patients s'avèrent riches et précieuses pour documenter les parcours interinstitutionnels des patients psychiatriques.

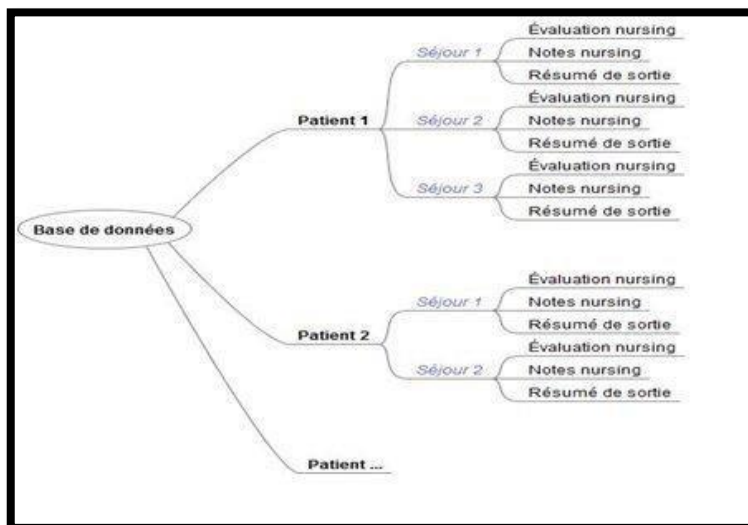
Par contre, l'accès à ces données sensibles n'est pas facile. Ces dossiers cliniques sont protégés par la «Loi sur la protection des renseignements personnels»,⁷ qui nous oblige à obtenir l'autorisation tant du comité d'éthiques de Montfort que celui de l'Université d'Ottawa pour les consulter. Griffith⁸ nous sensibilise, d'ailleurs, sur l'importance de la confidentialité en milieu hospitalier en nous renseignant sur le sentiment de confiance qu'un patient a envers un professionnel de la santé lors de la divulgation d'information personnelle sans craindre leur dévoilement. La confidentialité auprès de la population psychiatrique revêt un caractère tout particulier. En effet, la maladie mentale se révèle, encore aujourd'hui, un sujet tabou. Le caractère sensible des données compilées dans les dossiers nécessite une manipulation prudente, afin de s'assurer qu'elles demeurent anonymes. Chercheurs et assistants de recherche ont individuellement signé un «engagement de confidentialité» confirmant leur volonté à respecter qu'aucune information lue ou entendue ne soit révélée à des membres autres que le personnel de recherche.

Au cours des trois années consacrées à la collecte de données, les mesures de sécurité concernant la confidentialité se sont resserrées et nous nous sommes adaptés aux nouvelles règles qu'imposaient les membres du comité éthique de Montfort en ce qui concerne la conservation des données recueillies, entre autres, l'interdiction d'utiliser les numéros de dossiers qui servaient, jusque-là, comme référence principale pour relier toutes les informations sur un même patient. Nos méthodes de travail ont également été vérifiées avant d'être approuvées par le comité éthique de l'hôpital. Ainsi, la photo-numérisation n'a été autorisée qu'après plusieurs discussions et après avoir fait la démonstration de la procédure que nous allions suivre. L'autorisation de la photo-numérisation entraîna également le resserrement des règles de conservation des données : aucune clé USB ne devait être utilisée pour stocker l'information, tous les ordinateurs sur le projet devaient être cryptés afin d'assurer la sécurité de l'information confidentielle des patients et toutes les données recueillies devaient être conservées dans le bureau virtuel de l'Hôpital Montfort.

ENTRÉE DE DONNÉES TIRÉES DES REGISTRES D'ADMISSION (1^{ÈRE} PHASE)

La création d'une base de données à partir des dossiers cliniques psychiatriques dont la pérennité n'est pas assurée permet un accès unique à de riches informations pour notre recherche en les conservant sous un format qui en facilite l'accessibilité. C'est à partir des registres d'admission du Département de psychiatrie qu'il nous a été possible d'établir une liste exhaustive des patients psychiatriques admis entre 1976 et 2006 à Montfort. Cette première étape permet d'élaborer le squelette de la

Figure 1



Structure de la base de données.

base de données et sert à départir les patients admis sur l'unité de psychiatrie de courte durée de tous les autres patients de cet hôpital général. Outre ce premier tri, les registres ont l'avantage de fournir diverses informations, entre autres, l'âge et le sexe des patients, le nombre d'admissions en psychiatrie, la durée de leurs séjours, les médecins traitant et consultant, les codes de diagnostics, les procédures et, dans certaines occasions, l'endroit de départ lors de leur congé. À partir de cette première collecte d'un potentiel statistique fort intéressant, il est possible de dresser un portrait général de la population psychiatrique de l'Hôpital Montfort.

La base de données comprenant les dossiers de tous les patients admis sur le Département de psychiatrie, pendant la période étudiée, a été réalisée à l'aide du logiciel FileMaker. Cette base de données est composée, dans un premier niveau, des différents patients identifiés par des numéros de références aléatoires et, dans un second niveau, de toutes les données recueillies, au fil des admissions, sur un même patient. Finalement, un troisième niveau indique l'information sur chacun des séjours répertoriés dans les principaux documents retenus pour cette étude : l'évaluation nursing, les notes nursing et le résumé de sortie. La figure 1 permet de mieux visualiser la structure de la base de données.

Nous ne pouvons nier que la saisie des données à partir des registres d'admission s'avère longue et parfois monotone. Le travail très répétitif qu'il implique augmente le risque d'entrées de données erronées. La conduite de la révision de la base de données des registres d'admission peut paraître facultative, mais elle est en fait essentielle, afin de minimiser la marge d'erreur, car une simple erreur lors

de la prise de données des numéros de dossiers médicaux codés pourrait créer un «patient fantôme», totalement inexistant, et supprimer, du même coup, le séjour réel correspondant d'un des patients à l'étude, faussant ainsi les données. La révision de toutes les entrées complétée, la base de données collige 7 535 patients psychiatisés et plus de 15 000 admissions sur une période de trente ans.

Considérant la masse importante de dossiers disponibles pour cette étude, il a été décidé de sélectionner, sur une base quinquennale, un échantillon de 20% des patients dont les dossiers comprennent plus de trois séjours psychiatriques. Au final, 216 dossiers sont sélectionnés pour étudier les parcours de la déhospitalisation des patients psychiatriques de Montfort. Le choix d'utiliser le critère de sélection de trois admissions et plus permet d'obtenir un échantillon très diversifié incluant autant les cas aigus que chroniques pour comprendre la transition entre le milieu hospitalier et communautaire des patients psychiatisés.

PHOTO-NUMÉRISATION (2^E PHASE)

La retranscription manuelle des extraits de résumés de dossiers, en plus d'être fastidieuse et longue, représente également un haut risque d'erreurs. La photo-numérisation pour remplacer la collecte de

Figure 2

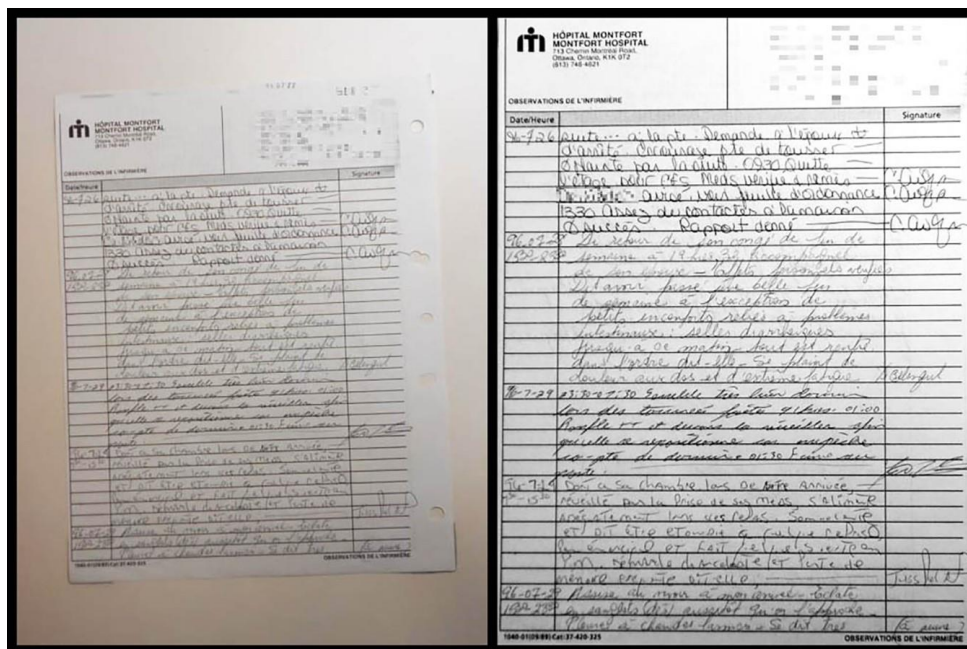


Installation photographique en archives.

418 S. HARRISSON, G. BRUYNINX, N.M.H. MACCORDICK et F. TESSIER

données manuelle est privilégiée. La prise de photos des documents sélectionnés dans les dossiers des patients repose sur une méthode de travail efficace. Considérant le volume de documents à numériser (en moyenne 1000 pages numérisées par jour) dans le cadre de cette recherche, nous avons développé des postes de travail permettant de simplifier les tâches à effectuer en des étapes distinctes tout en augmentant l'efficacité globale du traitement de chacun des dossiers. L'objectif de la numérisation est donc la reproduction de documents papier en format numérique, ainsi que leur organisation au sein d'une base de données permettant un accès simplifié pour les chercheurs. Pour ce faire, nous reproduisons les documents sélectionnés par un processus de photographie numérique à l'aide d'appareils photo compacts facilement disponibles sur le marché. La résolution de ces appareils – 10 mégapixels – est suffisante à la création de reproductions fidèles des documents originaux. L'utilisation de la photographie – plutôt qu'un numériseur de type "scanner" – est non seulement moins coûteuse, mais également avantageuse lors de la reproduction de microfiches et de documents de taille variée. Les photographies sont effectuées dans les locaux des archives, à l'aide d'une installation temporaire constituée d'un trépied sur lequel est fixé l'appareil photo et d'une plaque soutenant le document à photographier. Des guides visuels sont apposés sur la plaque de support et sa position par rapport au trépied demeure constante afin d'assurer un cadrage

Figure 3



Traitement de l'image.

uniforme des documents photographiés durant une même session (figure 2). Les photographies sont ensuite transférées sur un ordinateur et cryptées jusqu'à leur traitement afin d'en protéger la confidentialité.

TRAITEMENT DE L'IMAGE

Le traitement des photos se fait d'une manière semi-automatisée via un logiciel de traitement d'image – Adobe Photoshop Lightroom – qui permet un recadrage des photographies, leur conversion en noir et blanc, ainsi qu'un ajustement des tons de gris afin d'en augmenter le contraste (figure 3). Le produit fini est d'une qualité comparable à une numérisation de haute qualité. Les images sont ensuite compilées en documents distincts de format PDF, identifiés par un nom de fichier standardisé permettant un lien automatisé avec la base de données.

La base de données, qui est le cœur de l'outil de recherche et d'archivage, tel que mentionné précédemment, est une version électronique des registres d'admission. Les registres servent de structure afin d'intégrer les documents numérisés et de les lier à l'admission correspondante dans la base de données. Un système automatisé a été développé afin d'effectuer le lien entre les admissions présentes dans la base de données et les documents présents en format PDF. Cette automatisation repose sur la création d'une liste constamment mise à jour des documents PDF existants, qui est ensuite comparée à la base de données par le biais de l'identifiant d'admission et du numéro de patient. Les résultats positifs entraînent donc l'enregistrement de l'adresse du fichier PDF à l'admission entrée dans la base de données afin de permettre une ouverture directe du fichier à partir de la fiche d'admission.

Un autre avantage important apporté par l'archivage informatique est la possibilité d'automatiser certains processus répétitifs et donc d'alléger la tâche des chercheurs et des assistants de recherche. Cela leur permet de se concentrer sur d'autres activités requérant une pensée critique et d'obtenir, à l'échelle du projet, une meilleure gestion du temps et une meilleure efficacité. Dans notre cas, le traitement d'images s'effectue de façon semi-automatisée, étant donné la grande quantité de photographies pouvant être traitées en une seule fois avec un minimum d'effort. Une fois ces photographies compilées en documents distincts, ces documents sont liés de façon automatisée à la base de données. Ce processus a été conçu par l'équipe de recherche et utilise des principes de base de programmation via des *scripts Filemaker* et des *formules et fonctions Excel*. Il suffit de copier une liste de fichiers dans un fichier Excel et de charger cette liste dans Filemaker via un script que nous avons développé. Avec l'ancien processus, il fallait à l'assistant plus d'une heure pour lier 200 fichiers à la base de données; avec cette nouvelle

420 S. HARRISSON, G. BRUYNINX, N.M.H. MACCORDICK et F. TESSIER

méthode, on peut à présent lier plusieurs milliers de fichiers en environ 48 secondes, ce qui représente un gain de temps substantiel. L'automatisation permet également d'effectuer régulièrement et facilement des vérifications de l'intégrité de la base de données et des fichiers qui y sont liés.

La dernière étape du traitement des photos consiste à dénominaliser les documents recueillis dans la banque de données, c'est-à-dire enlever toutes traces pouvant mener à la reconnaissance du patient concerné dans les documents. Pour ce faire, nous utilisons le processus de semi-automatisation de traitement de l'image pour cadrer les photos en s'assurant d'éliminer l'adressographe qui se situe en haut à droite des différents formulaires. Par la suite, lorsque les documents photographiques sont intégrés dans la base de données *Filemaker*, la personne responsable de l'analyse des photos s'assure d'enlever toutes les informations concernant le nom et le prénom du patient et ceux des membres de la famille ou des amis se retrouvant dans les notes des intervenants.⁹ Pour ce faire, nous utilisons la fonction «insérer forme» pour dessiner un rectangle blanc sur la partie du texte que nous voulons éliminer. Lorsque le texte est entièrement dénominalisé, nous apposons l'étampe «dépersonnalisé» en haut à droite du document. De cette manière, nous assurons la confidentialité des patients dont le parcours a été retenu pour notre étude. Nous sommes fin prêts à nous immerger dans les différentes histoires de vie des patients hospitalisés sur le Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort afin de comprendre, entre autres, le processus de transition des patients entre le milieu hospitalier et communautaire, et ce, dans un contexte de minorité linguistique.

CONCLUSION

La quête des archives médicales de l'Hôpital Montfort est un processus de longue haleine, mais ô combien enrichissant. La lecture des dossiers de patients hospitalisés dans le département de psychiatrie de courte durée apporte une nouvelle perspective au projet de désinstitutionnalisation entamé il y a plus de quarante ans. La problématique de la «déhospitalisation» des patients psychiatisés dans la communauté revêt toujours une importance significative. En effet, la fréquence des revisites sur les départements de psychiatrie dans les hôpitaux généraux ou les hospitalisations prolongées fait toujours obstruction à la réussite d'un programme de santé mentale adéquat. De plus, à l'ère de la technologie informatique, nous faisons face à une nouvelle version des dossiers médicaux électroniques. Les dossiers en format papier disparaissent, bientôt détruits, pour réduire l'espace

d'entreposage et diminuer les coûts engendrés par celui-ci. La perte de témoignages du vécu des patients hospitalisés devrait sensibiliser les chercheurs à mettre en place des moyens efficaces à la conservation de cet enrichissant patrimoine.

NOTES

1 L'Hôpital Montfort, Les origines, www.hopitalmontfort.com/fr/origines, repéré sur internet le 4 août 2014.

2 Jean-Yves Pelletier, *Chronologie de l'histoire de l'Hôpital Montfort d'Ottawa (1947-2013)*, (Ottawa: Hôpital Montfort, 2013), 14.

3 Pour plus d'information sur le lien entre la santé et les minorités en langue officielle au Canada se référer à Louise Bouchard et Martin Desmeules, *Minorités de langue officielle du Canada, Égales devant la santé?* (Québec: Presse de l'Université du Québec, 2011) ; Jean-Pierre Corbeil, Claude Grenier et Sylvie Lafrenière, *Les minorités prennent la parole : résultats de l'enquête sur la vitalité des minorités de langue officielle* (Ministre de l'industrie, 2007); et Christophe Traisnel et Éric Forgues, «La santé et les minorités linguistiques : l'approche canadienne au regard de cas internationaux», *Francophonies d'Amérique* 28 (2009) : 17-46

4 Périodisation du projet de recherche, 1976 correspond à l'ouverture du département de psychiatrie de courte durée de l'Hôpital Montfort et 2006 à l'instauration de la loi sur les RLISS (Réseaux locaux d'Intégration de Services de Santé).

5 Guenter B. Risse and John H. Warner, «Reconstructing clinical activities: Patient records in medical history», *Social History of Medicine* 5, no.2 (1992): 183-205

6 Risse & Warner, «Reconstructing clinical activities», 183-205

7 Lois sur la protection des renseignements personnels, L.R.C., ch. P-21 (1985). Loi fédérale sur la confidentialité incluant les dossiers médicaux des patients, <http://lois.justice.gc.ca/fra/lois/P-21/page-1.html> repéré sur internet le 15 septembre 2014

8 Richard Griffith, «Disclosing personal health information relating to adults who lack capacity», *British Journal of Community Nursing* 19, no.3 (2014): 144-7

9 Les différents intervenants qui inscrivent des notes aux dossiers sont les membres de l'équipe interdisciplinaire qui est constituée des médecins, psychiatres, ergothérapeutes, travailleurs sociaux, psychologues, infirmières et, à l'occasion, des intervenants communautaires.

3.4 Sources primaires – Dossiers médicaux et Notes « Observations de l’infirmière »

Cette section, sous forme d’article, présente les sources primaires utilisées lors de mon étude. Cet article fait partie d’un numéro spécial sur les archives psychiatriques dans la revue *Santé Mentale au Québec* publié à l’automne 2016.

Référence :

Harrison, S. (2016). Les notes « Observations de l’infirmière » du Département de psychiatrie de l’Hôpital Montfort : Une source archivistique incontournable en santé mentale. *Santé Mentale au Québec*, XLI(2), 69-82

Les notes « Observations de l'infirmière » du Département de psychiatrie de l'Hôpital
Montfort: Une source archivistique incontournable en santé mentale

RÉSUMÉ Les notes des infirmières sont utilisées essentiellement comme outil de communication entre les infirmières, les médecins et les membres de l'équipe professionnelle pour assurer la continuité des soins des patients. Elles contiennent des parcelles d'histoire de vie des individus atteints de troubles de santé mentale. Cet outil de communication des infirmières décrit les épisodes de soins et les nombreuses hospitalisations des patients admis au département de psychiatrie de courte durée. En fait, ces notes d'observations représentent plus que le simple portrait de la maladie mentale. Elles racontent toujours un récit construit selon certaines normes socioculturelles. Leurs données narratives documentent l'intersection entre les expériences personnelles et les structures sociale, institutionnelle et professionnelle. Elles laissent des traces sur l'influence des politiques et des réformes gouvernementales en matière de santé mentale sur le réseau de la santé. L'étude de ces sources archivistiques permet d'élucider la relation entre les hôpitaux généraux et la société en général et ouvre une fenêtre sur l'ensemble des conditions de vie sociale de ces individus. Le but de cet article est de démontrer que ces données narratives sont une source complète d'information pour comprendre l'expérience de la santé mentale suite au projet de désinstitutionnalisation. Elles offrent une multitude de possibilités de recherche en santé mentale et peuvent être examinées sous différents angles d'analyse.

MOTS CLÉS santé mentale, archives psychiatriques, dossier médical, notes infirmières

Nursing Progress Notes in Psychiatry: Mental Health Archival Data

ABSTRACT

Introduction Nurses' notes are used primarily as a communication tool between nurses, doctors and member of the professional team to ensure continuity of patient care. They contain life-history of individuals with mental health disorders. This nurses' communication tool describes the patient care during hospitalization in acute psychiatric ward. In fact, these observations contained in the progress notes represent more than a simple picture of mental illness. They always tell a story constructed by socio-cultural norms.

Objectives The purpose of this article is to demonstrate the value of these narratives data as a comprehensive source of information to understand the experience of mental health following the deinstitutionalization project.

Results The use of nursing progress notes of the Psychiatric Department allows, among other things, a better understanding of the life course of some hospitalized patients. The narrative data in those documents enhance the intersection between personal experiences and social, institutional and professional structures. These primary sources offer a multitude of possibilities in mental health research and can be examined from different angles of analysis. They deserve to be exploited in future research project to increase our understanding of mental illness.

KEYWORDS mental health, psychiatric archives, medical record, nurses' notes

Depuis l'époque de Florence Nightingale (1859), les notes des infirmières font partie de la pratique professionnelle. Elles sont tout d'abord utilisées comme moyen de communication entre les infirmières et les médecins pour assurer la continuité des soins aux patients. Il s'agit de quelques mots ou de quelques lignes qui décrivent l'état du patient et les interventions de l'infirmière. Au début du 20^e siècle, l'outil « observations de l'infirmière » reflète de plus en plus le raisonnement clinique de l'infirmière (Harmer & Henderson, 1939; Henderson, 1982). Les infirmières deviennent alors responsables de noter les traitements médicaux et les soins infirmiers, mais également leurs observations sur l'état mental et physique pouvant affecter le diagnostic des patients et leur réhabilitation sociale (Harmer & Henderson, 1939). Les notes deviennent une référence permanente dans les dossiers médicaux, et ce, autant en ce qui concerne les soins en médecine générale qu'en santé mentale. Pourtant, cette contribution de l'infirmière au dossier médical des patients est souvent perçue négativement par les infirmières elles-mêmes. Cette perception résulte, selon certains, du fait que les infirmières valorisent davantage les soins aux patients que l'écriture des données dans le dossier médical (Hays, 1989; Hamilton, 1988; Howse & Bailey, 1992) ou du fait que les notes sont peu valorisées par les autres membres de l'équipe de soins, notamment les médecins (Cheevakasemsook, Chapman, Francis & Davies, 2006). Les notes, sous-estimées par les infirmières, sont néanmoins une source de données importantes. En effet, elles contiennent des informations inédites sur le parcours des patients dans différents contextes de soins. Cet article veut démontrer, précisément, le potentiel de l'outil « observations de l'infirmière » comme source primaire dans le cadre d'un projet de recherche sur les patients hospitalisés au département de courte durée. Une première

partie présente une courte description du contenu des dossiers médicaux du Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort que nous avons consultés dans le cadre de notre projet doctoral intitulé « Déhospitalisation psychiatrique dirigée au sein de la communauté francophone Est-ontarienne, 1976-2006, une approche sociohistorique ». La deuxième partie présente l'outil de communication « observations de l'infirmière » pour ensuite poser un regard critique autant sur le contenu des notes infirmières que sur le potentiel de cette source primaire fort intéressante, mais nettement négligée dans les projets de recherche en sciences infirmières.

L'accès aux dossiers médicaux du Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort a été obtenu dans le cadre d'un projet de recherche s'intéressant au parcours transinstitutionnel des patients psychiatisés en contexte de minorité francophone dans l'est-ontarien¹ (Harrisson, 2016). Cet établissement de santé est le seul à offrir des soins en français dans la région est-ontarienne. Entre 1976 et 2006, 7 535 patients ont été hospitalisés une ou plusieurs fois pour des soins psychiatriques à Montfort. De ce nombre, 216 dossiers ont été sélectionnés pour le projet d'étude. Les dossiers médicaux, et plus particulièrement les notes « observations de l'infirmière », s'avèrent être inestimables pour comprendre les trajectoires des patients, en particulier les épisodes aigus de leur maladie nécessitant une hospitalisation totale. L'outil de communication des infirmières devient pour le chercheur une source complète, riche d'informations pour comprendre, entre autres, l'expérience de l'hospitalisation, les relations familiales et le processus de réintégration sociale des personnes ayant des troubles de santé mentale.

¹ Projet financé par les IRSC - « Champ francophone de la désinstitutionnalisation en santé mentale et la Chaire de recherche sur la francophonie canadienne en santé, le Réseau de recherche appliquée sur la santé des francophones de l'Ontario et l'Unité de recherche sur l'histoire des soins infirmiers de l'Université d'Ottawa.

DOSSIERS MÉDICAUX

Les dossiers médicaux conservent d'importants indices sur l'histoire de la médecine (Seigler & Cohen, 2011). De plus en plus de chercheurs s'intéressent à ces sources d'archives, incluant les historiens spécialistes en santé mentale (Thifault & Cellard, 2007; Perreault, 2012; Guillemain, 2015). Selon Risse et Warner (1992), ces documents sont essentiels à la compréhension du discours et de la pratique de la médecine. Ils s'avèrent être une construction unique qui permet l'observation de la structure sociale et technique de la prise en charge des malades dans le monde contemporain (Risse & Warner, 1992). De plus, les dossiers médicaux sont devenus importants pour leur valeur légale et historique, car ils sont les seuls vestiges de l'hospitalisation du patient (Mohr & Noone, 1997).

Les dossiers médicaux du Département de psychiatrie sont entreposés dans les archives centrales de l'Hôpital Montfort sous deux formes : soit en version microfiche (1976 à 1987) ou en version papier (à partir de 1988). La Loi sur les hôpitaux publics de l'Ontario autorise la photographie des dossiers personnels des patients dans le but d'en conserver le contenu sur un autre support. Ce type de conservation permet de réduire l'encombrement des archives et d'économiser les coûts d'entreposage des volumineux dossiers médicaux en version papier (Craig, 1990; Cain, 1954). Les microfiches contiennent des formulaires administratifs, des résultats de laboratoire et de radiologie, des résumés de sortie ou des histoires cliniques rédigés par les médecins et, parfois, des lettres et des formulaires concernant le transfert des patients vers un autre établissement. Les notes infirmières n'y sont pas présentes parce qu'elles ont été systématiquement

détruites – jugées non pertinentes et trop nombreuses - lors de la transformation des dossiers papiers vers la version microfiche. Cet élagage systématique des dossiers éliminant les observations infirmières a toutefois été abandonné en même temps que le processus de transfert des données du dossier médical sur support microfiche.

Entre 1988 et 2006, les dossiers médicaux des patients sont conservés dans leur format classique en papier. Leur contenu demeure intact durant cette période. La première section contient les formulaires administratifs, suivis du résumé de sortie et de la demande d'admission remplis par le médecin. La section suivante comprend toutes les informations relatives à la salle d'urgence : le rapport du médecin d'urgence, le triage et les notes d'observations de l'infirmière de l'urgence. Si le patient est transféré vers un autre établissement, la demande de transfert et tous les documents liés au séjour du patient sont insérés dans cette même section. Le reste du dossier documente l'hospitalisation du patient. Cela comprend les antécédents médicaux, l'examen physique, les ordonnances du médecin, les notes d'évolution rédigées par les médecins et les autres professionnels de la santé (les travailleurs sociaux, les ergothérapeutes et les psychologues), les demandes de consultations, les rapports de laboratoire, le tableau des signes vitaux, les feuilles de médicaments, le formulaire d'évaluation des soins infirmiers complété à l'admission du patient en psychiatrie, les observations de l'infirmière et le plan de soins infirmiers. Tous ces documents ne représentent qu'un seul épisode de soins. Cette documentation se répète lors de chacune des hospitalisations subséquentes. Diverses informations au sujet de chaque hospitalisation d'un patient au sein du même établissement sont consignées dans le dossier médical. En fait, il est un outil de communication essentiel entre les différents membres du personnel médical et on l'utilise

pour s'assurer de la continuité et de la qualité des soins; pour établir une preuve légale aux soins; pour fournir des données pour les finances, les assurances et la recherche (Cheevakasemsook, Chapman, Francis & Davies, 2006). Les notes « observations de l'infirmière » à elles seules constituent la partie la plus dense d'un dossier médical psychiatrique.

OBSERVATIONS DE L'INFIRMIÈRE

L'écriture des notes « observations de l'infirmière » est reconnue comme une des tâches importantes des infirmières qui met en évidence leur autonomie professionnelle (Cheevakasemsook, Chapman, Francis & Davies, 2006). Dans le cas de Montfort, les observations de l'infirmière sont présentes, à partir de 1988, dans la version papier des dossiers des patients hospitalisés au Département de psychiatrie. Ces observations sont complétées par le personnel infirmier responsable du patient. Elles ont pour but de décrire les soins infirmiers donnés aux patients et à leur famille afin de promouvoir des résultats de santé optimaux (Hays, 1989; Brassard, 2010). On y retrouve, entre autres, les besoins fondamentaux des patients, leur état mental et émotif, leur relation avec les membres de la famille, les interventions thérapeutiques des infirmières, les rencontres avec le médecin et les autres professionnels de la santé et la préparation au congé. Selon Blakwood Kozier et Witter DuGas (1967), les notes se classent selon 5 catégories d'information : 1) les mesures thérapeutiques exécutées par différents membres de l'équipe de soins; 2) les ordonnances médicales exécutées par les infirmières; 3) les interventions infirmières; 4) les comportements du patient considérés pertinents en fonction de son état de santé; 5) la réponse du patient aux interventions

thérapeutiques et aux soins infirmiers. Cette catégorisation demeure pertinente tout au long de la période étudiée. En fait, la constitution des notes « observations de l'infirmière » a peu changé au fil des années.

Les infirmières ont la responsabilité de maintenir leurs notes d'observations à jour lors du séjour du patient au Département de psychiatrie. Ces notes sont régies par les normes d'exercice professionnel de l'Ordre des Infirmières et Infirmiers de l'Ontario (OIIO, 2009). Elles permettent de suivre le progrès des patients et de communiquer avec les différents membres de l'équipe de soins. Elles dressent un portrait exact, clair et détaillé des besoins du patient, des interventions infirmières autonomes et collaboratives et des résultats (OIIO, 2009). Les infirmières consignent des données objectives et subjectives, et ce, sans porter de jugement de valeur ni interpréter les données (Harmer & Henderson, 1939; OIIO, 2009).

La lecture et l'analyse de l'outil « observations de l'infirmière » apportent un questionnement sur la structure du texte, la terminologie utilisée, le ton et le style d'écriture des infirmières (Risse & Warner, 1992). Au Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort, ces observations sont rédigées sous la forme narrative chronologique. Ce type de rédaction consiste à rapporter la condition du patient et les soins infirmiers prodigués en respectant l'ordre de leur déroulement dans le temps, et ce, de façon continue (Iyer, Camp, 1995; Brassard, 2010). Le concept de continuum est utilisé pour faciliter la compréhension du lecteur (Tully & Cantrill, 2005). Il s'agit d'une méthode traditionnelle que l'on retrouve dans la plupart des dossiers médicaux. Les observations de l'infirmière sont écrites en français ou en anglais, selon la préférence de cette dernière. Le style d'écriture s'inspire du modèle télégraphique à réseau intégratif. Il est pratiqué

par l'ensemble des professionnels de la santé, notamment les infirmières. Ce modèle, centré sur l'action, utilise une écriture aseptisée, rapide et sans fantaisie (Balcou-Debussche, 2004). Comme l'explique Tully et Cantrill (2005), les infirmières doivent écrire toutes les informations concernant le patient durant son hospitalisation. L'écriture ou la lecture des notes « observations de l'infirmière » peut devenir rapidement exténuante. Le style télégraphique permet de réduire le nombre de mots au minimum tout en demeurant lisible et compréhensible pour les lecteurs avisés (Tully & Cantrill, 2005). L'extrait suivant, tiré de l'outil « observations de l'infirmière », démontre le caractère chronologique et le style télégraphique utilisés par les infirmières.

24-09-2005 07h30 – Pte est allongée au lit et dort. Surveillance x 15 min jusqu'à 10h45. Pte mange bien aux repas. Repose au lit la majeure partie de la journée. 11h30 pte est retrouvée couché au sol dans la douche – rapport d'événement complété. SV fait par IA. 12h15 Pte est allongée au lit – se frappe la tête avec ses poings. Pte reçoit haldol 5 mg, ativan 2 mg po. Pte reçoit la visite de son père. 13h45 1 :1 débiter. Pte demeure calme et allongée au lit. IFCD x 60 min. [...] 15h30 – Pt en 1 à 1 à mon arrivée et le reste pour tout le quart. Pt dort à mon arrivée. Pt sort de son lit pour souper à 17h et mange $\frac{3}{4}$ de son assiette. Pt retourne au lit et le reste jusqu'à la fin du quart, sous surveillance. Pte reçoit aldol/ativan prn à 21h45.²

² N°. de référence pt481.id15802.nn.pdf. L'orthographe des extraits des documents originaux est conservée sans modification. Certaines infirmières écrivent l'abréviation selon le genre du patient (pt ou pte) alors que d'autres utilisent que le masculin.

L'information consignée dans les dossiers médicaux et spécifiquement dans l'outil « observations de l'infirmière », est créée dans un contexte médical spécifique et elle requiert souvent des connaissances privilégiées afin de pouvoir bien en comprendre toutes les nuances (Hays, 1989; Tully & Cantrill, 2005). Les infirmières utilisent un langage précis qui s'apparente au langage dominant positiviste du discours médical (Heartfield, 1996). Il peut être effectivement difficile pour un chercheur non initié et qui connaît peu les pratiques de l'institution d'analyser ce type de sources, quoique même les chercheurs qui ont une expérience dans le secteur de la santé peuvent éprouver certaines difficultés à comprendre le langage spécifique contenu dans les notes d'observations (Osborne, Batty, Maskrey, Swift & Jackson, 1997).

Nous retrouvons plusieurs abréviations dans l'outil « observations infirmières ». Plusieurs d'entre elles sont répertoriées dans les manuels de pharmacologie et de sciences infirmières. De plus, on retrouve également une liste d'abréviations acceptées dans la plupart des établissements hospitaliers. Les notes infirmières contiennent ce type d'abréviations, dont : QD (1 fois par jour), HS (au coucher), Per os (par la bouche), PRN (au besoin), Pt (patient). Le caractère bilingue de l'Hôpital Montfort permet au personnel d'écrire dans la langue de son choix, ce qui confère une autre difficulté. En effet, les infirmières utilisent des abréviations francophones et anglophones lors de la rédaction de leurs observations. Le lecteur doit donc être sensibilisé à cette caractéristique lors de la lecture de l'outil « observations de l'infirmière ». Certaines abréviations peuvent s'écrire de différentes façons et signifier la même chose, par exemple, VS ou SV signifie *vital signs* ou signes vitaux et TS ou SW signifie travailleuse social ou *social worker*. De plus, quelques abréviations sont plus spécifiques au Département de psychiatrie, comme CFS

(congé de fin de semaine), 1 : 1 (surveillance continue 1 préposé ou aide de service par patient) et IFCD (intervention fréquente de courte durée). Les infirmières adoptent également un langage médical orienté vers l'observation objective des patients hospitalisés en psychiatrie. Il en résulte des mots parfois plus difficiles à comprendre pour un lecteur moins initié.

23-12-1991 - [...] Affect demeure plat. [...] médicaments HS apportés à sa chambre.³

Dans ce court extrait, l'infirmière mentionne que la patiente a un affect plat, c'est-à-dire qu'elle ne donne aucune indication de ses sentiments et de ses émotions (Malone Cole, 2013). Elle a un regard vide et ne réagit pas ou peu au monde extérieur. De plus, les médicaments du coucher (HS) sont apportés à la chambre de la patiente. On reconnaît que l'infirmière-chercheuse a un certain avantage lors de la lecture de ce type de notes. L'analyse de ces archives médicales devient certainement plus facile lorsqu'on comprend le vocabulaire et les abréviations utilisés.

Selon Coker (2003), les notes infirmières peuvent être considérées comme des données narratives au même titre que celles obtenues par les méthodes qualitatives dites traditionnelles. Elles ne se traduisent pas seulement par la personne malade, mais bien entre la personne, la maladie, la famille, les différentes hypothèses médicales et l'aspect culturelle des différents acteurs (Coker, 2003). Comme le souligne Baron (1990), il ne

³ N°. de référence pt735.id8595.nn.pdf

faut pas se laisser distraire par le texte, car les différents acteurs⁴ sont le texte, sous réserve inéluctable à leurs propres situations et limitations existentielles. Les notes « observations de l'infirmière » sont donc une accumulation d'évidences qui représentent l'histoire du patient (Crawford, Johnson, Brown & Nolan, 1999). Sous cet aspect, l'infirmière devient donc l'intermédiaire du patient en consignait ses observations dans le dossier médical. Par contre, la construction de ces notes reflète la perception et l'interprétation de l'infirmière vis-à-vis l'état de santé du patient dans un contexte culturel de soins spécifiques (Risse & Warner, 1992). Berg (1996) mentionne que les notes ne sont pas seulement une copie des événements qui ont eu lieu, mais bien un artefact sociologique qui figure comme un élément fondamental de la pratique professionnelle. Les observations infirmières racontent toujours un récit construit selon certaines normes socioculturelles et consignées dans une structure et un langage médicaux. Ces données narratives peuvent donc être examinées sous différents angles d'analyse.

Contenu des notes « Observations de l'infirmière »

Les notes « observations de l'infirmière » contiennent de l'information sur l'état de santé des patients, c'est-à-dire sur les signes et symptômes de la maladie physique et mentale, sur le comportement des patients, sur la réaction aux divers traitements thérapeutiques et sur l'amélioration ou la détérioration de leur état de santé. Une lecture de cet outil permet, entre autres, de connaître leur condition de vie sociale, les preuves de leur pauvre état mental lors du séjour au Département de psychiatrie, l'expérience de leur hospitalisation, l'évolution de la chronicisation de la maladie, le fardeau du *care* auprès

⁴ Les acteurs sont les patients, les infirmières, la famille, le médecin, les membres de l'équipe professionnelle, etc.

des familles et de leur entourage, la dégradation de la relation familiale et les différents parcours psychiatriques à court et à long terme. Cette section, ponctuée d'exemples, présente quelques-uns de ces thèmes afin de démontrer la richesse du contenu des notes d'observations. Il faut noter que cette liste de thèmes n'est pas exhaustive et que les possibilités sont très larges, dépendamment du champ d'intérêt des chercheurs.

Les notes d'observations débutent dès l'arrivée du patient au Département de psychiatrie. Les premières annotations décrivent l'état émotionnel du patient au moment de l'admission et la raison de celle-ci en plus de préciser s'il est accompagné par un membre de la famille, un ami ou s'il est seul. L'exemple suivant illustre ce que nous retrouvons dans la plupart des notes d'admission.

1^{er} juin 1992 – Admis de l'urgence à 21h45. Calme et coopère bien. Bonne attitude durant l'entrevue. Triste d'être ici. Idées suicidaires présentes. Dit qu'il a pensé à se pendre ou à se tirer. Accepte d'avoir des soins. Aime pas parler de lui. Dit qu'il a passé peu de temps à la maison depuis les deux derniers jours. Pas d'effet avec lui. Ceinture lui est enlevée. Client accepte bien. Visite du département non fait. Client ne sent pas trop à l'aise. Explique le fonctionnement de l'unité. Parle peu des relations avec sa femme. Méfiant à l'occasion. Lui répète de nous poser des questions lorsqu'il sera pas « sure ».⁵

Nous retrouvons également, dans ce premier constat, certains éléments sur la condition sociale et familiale du patient, ainsi que certains aspects culturels liés à la maladie mentale. Le tout sera spécifié lors de la lecture complète des notes d'observations de ce

⁵ N°. de référence pt2258.id9096.nn.pdf

patient. Selon Risse et Warner (1992), ces récits de vie dépeignent la vie sociale contemporaine des individus hospitalisés en psychiatrie et peuvent refléter la perception de la maladie mentale dans les communautés locales.

Les notes d'observations décrivent l'état mental du patient au cours de son hospitalisation. L'exemple qui suit démontre le pauvre état mental de la patiente lors de son séjour en milieu hospitalier.

25-12-1992 - [...] Habillée mais porte peu d'attention à son apparence ie cheveux non coiffés, visage gras. Peu d'insight face à la raison de son hospitalisation. Peu loquace – répond par phrases courtes seulement. Méfiante – demande souvent pourquoi on lui pose des questions, pourquoi on lui accorde nt présence. [...] Dit se sentir fatiguée. Bouge constamment les jbes lorsqu'assise et bouge constamment ses mains, ses doigts. 0950 Reçoit Congentin 2 mg po pr diminuer « bougeotte ». [...].⁶

La description des symptômes psychologiques et physiques permet de confirmer ou d'infirmer le diagnostic médical et de modifier, au besoin, le plan de traitement pharmacologique et thérapeutique. La note suivante démontre la relation entre la description des comportements du patient et le changement de plan de traitement médical.

17-05-2001- 07h30 [...] Fait plusieurs demandes, ne respecte pas toujours les limites. Propos incohérents. [...] Prend la « mop » souillé H2O & le répand par terre d'un air de colère. Avise la pte du danger & non acceptable. Rire inapproprié. Pte refuse de prendre SV + poids ainsi que la

⁶ N°. de référence pt5607.id8826.nn.pdf

*collecte de données. Pte très dérangeante pour son entourage. [...] Dr. avisé, modification de ses meds, STAT donné comme prescrit.*⁷

L'information peut, également, être liée aux plaintes verbales des patients, ou plus précisément aux données narratives de celles-ci (Risse & Warner, 1992).

Les notes « observations de l'infirmière » regorgent d'informations relatives à l'expérience de l'hospitalisation. Les infirmières mentionnent régulièrement la participation aux activités de la vie quotidienne (AVQ), par exemple les soins d'hygiène, la prise des repas, les visites du médecin, la prise de médicaments et la présence de visiteurs (Risse & Warner, 1992). L'exemple suivant est représentatif des notes qu'on peut retrouver dans la majorité des dossiers médicaux.

*02-06-1992 07h30 – Éveillons [patient] pour déjeuner – mais préfère rester coucher. Demeure au lit toute la matinée. Réveillons à nouveau à 12h20 pour le dîner. Se rend à la cafétéria, s'assoit seul. Bon appétit. Très peu loquace. N'initie pas la conversation. Propos superficielle. [...].*⁸

Ces données peuvent sembler banales et peu significatives pour les lecteurs moins expérimentés, mais elles constituent un bon indicateur de l'influence de la maladie sur les besoins essentiels des patients, de leur état émotionnel et de l'évolution de leur état mental au cours de leur hospitalisation en psychiatrie (Crawford, Johnson, Brown & Nolan, 1999; Henderson, 1961).

L'accès aux notes d'observations des patients ayant plus de trois hospitalisations au Département de psychiatrie permet de comprendre l'évolution de la chronicisation de la maladie mentale chez certains patients. L'opportunité d'examiner cet outil permet de

⁷ N°. de référence pt3293.id12893.nn.pdf. L'abréviation STAT signifie immédiatement.

⁸ N°. de référence pt 2258.id9096.nn.pdf

comprendre le fardeau du *care* auprès des familles, la dégradation des relations familiales et le désengagement de ces familles (Harrisson, 2016). Le court extrait suivant résume en quelques mots la charge du *care* des familles et leur désinvestissement auprès de la personne malade.

08-04-1992 – [...] 9h15 Lors d'un entretien, pte pleure en disant : « Mes sœurs me laissent de côté. Je veux une réunion de famille avec mon père et mes sœurs ». Selon pte, sa famille devrait savoir ce qu'elle désire sans qu'elle ait besoin de le demander. [...].⁹

Il faut souligner la nécessité d'étudier l'ensemble des épisodes de soins d'un patient pour se rendre compte des effets de la chronicisation de la maladie mentale sur la vie de ce dernier et sur celle de sa famille. De plus, l'analyse des notes permet d'illustrer les différents parcours psychiatriques à court ou à long terme des patients psychiatisés au service de soins aigus. Effectivement, certains patients ne séjournent au Département qu'une seule fois alors que d'autres sont hospitalisés fréquemment, et ce, sur plusieurs années. L'outil « observations de l'infirmière » dévoile l'implication des divers professionnels œuvrant auprès de cette clientèle, tant à l'interne qu'en suivi en externe, ainsi que le développement de différents services communautaires en santé mentale de 1976 à 2006.

CONCLUSION

Les notes infirmières sont une source primaire considérable pour la recherche en santé mentale. Elles décrivent les épisodes de soins et les nombreuses hospitalisations des

⁹ N°. de référence pt1986.id8944.nn.pdf

patients admis au Département de psychiatrie. Elles offrent la possibilité de comprendre, entre autres, l'expérience de l'hospitalisation des patients, les différents parcours psychiatriques à court et à long terme, l'évolution et la chronicisation de la maladie mentale et la sollicitation des familles. Ces sources archivistiques font la jonction entre les expériences personnelles de la maladie mentale, les processus institutionnelles et les structures sociales (Coker, 2003; Smith, 1974). Elles laissent également pressentir le « fardeau du *care* » et l'influence des politiques et réformes gouvernementales en matière de santé mentale sur le réseau de la santé. Selon Risse et Warner (1992), l'étude de ces sources permet d'élucider la relation entre les hôpitaux et la société en général et ouvre une fenêtre sur l'ensemble de la condition de la vie sociale des individus en contexte de soins d'hospitalisations. Elles contiennent une multitude de données narratives à explorer dans les recherches, et ce, sous différents cadres d'analyse.

RÉFÉRENCES

- Balcou-Debussche, M. (2004). *Écriture et formation professionnelle. L'exemple des professions de la santé*. Presses Universitaires du Septentrion.
- Berg, M. (1996). Practices of reading and writing: the constitutive role of the patient record in medical work. *Sociology of Health and Illness*, 18(4), 499-524.
- Blackwood Kozier, B. & Witter DuGas, B. (1967). *Fundamentals of patient care, a comprehensive approach to nursing*. W.B. Saunders Company, Philadelphia & London.

- Brassard, Y. (2010). *Transmettre l'information clinique*. Dans Dallaire, C. & Le May S. (dir.). *Potter & Perry Soins Infirmiers Fondements Généraux* (éd. française). Chenelière Éducation.
- Cain, A. (1955). Microfilming – the situation to-day. *Aslib Proceedings*, 7(1), 23-30.
- Cellard, A. & Thifault, M.-C. (2007). *Une toupie sur la tête. Visages de la folie à Saint-Jean-de-Dieu*. Montréal, Canada: Boréal.
- Cheevakasemsook, A., Chapman, Y., Francis, K. & Davies, C. (2006). The study of nursing documentation complexities. *International Journal of Nursing Practice*, 12, 366-374.
- Coker, E.M. (2003). Narrative strategies in medical discourse: constructing the psychiatric « case » in a non-western setting. *Social Science & Medicine*, 57, 905-916.
- Craig, B. L. (1990). Hospital records and record-keeping, c. 1850 – c. 1950. Part II: The development of record-keeping in hospitals. *Archivaria*, 30, 21-38.
- Crawford, P., Johnson, A. J., Brown, B. J. & Nolan, P. (1999). The language of mental health nursing reports: firing paper bullets? *Journal of Advanced Nursing*, 29(2), 331-340.
- Guillemain, H. (2015). Le soin en psychiatrie dans la France des années 1930. Une observation à partir des dossiers patients et des manuels de formation infirmière. *Histoire, médecine et santé*, 7, 77-90.
- Hamilton, D. (1988). Faith and finance. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*, 20(3), 124-127.

- Harmer, B. & Henderson, V. (1939). *Textbook of the principles and practice of nursing* (4^e éd.). New York, The MacMillan Compagny.
- Harrisson, S. (2016). L'effet de la chronicisation de la maladie mentale sur le milieu familial et le réseau hospitalier Est-ontarien, 1976-2006. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, 2, 41-48.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.refiri.2015.12.002>
- Hays, J. C. (1989). Voices in the record. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*, 21(4), 200-204.
- Heartfield, M. (1996). Nursing documentation and nursing practice: a discourse analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 98-103.
- Henderson, V. (1982). The nursing process: Is the title right? *Journal of Advanced Nursing*, 7, 103-109.
- Henderson, V. (1961). *Basic principles in nursing care*. International Council of nurses, Geneva.
- Howse, E. & Bailey, J. (1992). Resistance to documentation – a nursing research issue. *International Journal of Nursing Studies*, 29(4), 371-380.
- Iyer, P. W. & Camp, N. H. (1995). *Nursing documentation. A nursing process approach* (2^e éd.). Maryland Heights, MO: Mosby.
- Loi sur les hôpitaux publics de l'Ontario. (2013). R.R.O. 1990, Règlement 965: Gestion hospitalière. Dossiers de renseignements personnels sur la santé 20. (1)(2).
Règlement de l'Ontario 204/06, article 1. Repéré sur internet :
<https://www.ontario.ca/fr/lois/reglement/900965>

- Malone Cole, J. A. (2013). *Schizophrénie et autres troubles psychotiques*. Dans Fortinash K. M. & Holoday Worret, P. A. (dir.). *Soins Infirmiers santé mentale et psychiatrie* (éd. Française). Chenelière Éducation.
- Mohr, W. K. & Noone, M. J. (1997). Deconstructing progress notes in psychiatric settings. *Archives of Psychiatric Nursing*, 11(6), 325-331.
- Ordre des Infirmières et Infirmiers de l'Ontario (2009). Norme d'exercice. La tenue de dossiers, édition révisée de 2009. Repéré sur internet le 24 avril 2016
https://www.cno.org/globalassets/docs/prac/51001_documentation.pdf
- Osborne, C. A., Batty, G. M., Maskrey, V., Swift, C. G. & Jackson, S. H. D. (1997). Development of prescribing indicators for elderly medical inpatients. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 43, 91-97.
- Perreault, I. (2012). *Esprits troubles et corps deviants*. Dans Frigon, S. (dir.). *Corps suspect, corps déviant*. Montréal, Éditions du Remue-Ménage.
- Risse, G. B. & Warner, J. H. (1992). Reconstructing clinical activities: Patient records in medical history. *Social History of Medicine*, 5(2), 183-205.
- Seigler, E. L. & Cohen, A. B. (2011). Conflicts over control and use of medical records at the New York Hospital before standardization movement. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 640-648.
- Tully, M. P. & Cantrill, J. A. (2005). Insights into creation and use of prescribing documentation in the hospital medical record. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 11(5), 430-437.

Références

- Arcangeli, A. (2012). *Cultural history. A concise introduction*. Routledge, Taylor & Francis Group, London and New York.
- Bouvier-Ajam, M. (1970). *Essai de méthodologie historique*. Le Pavillon-Roger Maria Éditeur, Paris.
- Burke, P. (1992). *New perspectives on historical writing*. University Park, PA: The Pennsylvania State University Press.
- Chartier, R. (1988). *Cultural history. Between practices and representations*. Polity Press.
- Chartier, R. (1997). *On the edge of the cliff: History, language, and practice*. Johns Hopkins University Press.
- Chartier, R. (2003). La nouvelle histoire culturelle existe-t-elle? *Les Cahiers du Centre de Recherches Historiques*. Repéré sur internet le 20 novembre 2011.
<http://ccrh.revues.org/index291.html>
- Cody, W. K. (1998). Critical theory and nursing science: Freedom in theory and practice. *Nursing Science Quaterly*, 11(2), 44-46.
- Corbin, A. (1990). Histoire et anthropologie sensorielle. *Anthropologie et Sociétés*, 14(2), 13-24.
- Corbin, A. (1997). Du limousin aux cultures sensibles dans Rioux, J. P. & Sirinelli, J. F. (dir.). *Pour une histoire culturelle*. L'Univers Historique, Seuil.
- Crubellier, M. (1997). *Histoire culturelle de la France, XIXe-XXe siècle*. Paris, Armand Colin.

- Crump, C. G. (1974). *History and historical research*. Burt Franklin Reprints New York, N.Y.
- Fass, P. (2003). Cultural history/social history: some reflections on a continuing dialogue. *Journal of Social History*, 37(1), 39-46.
- Gertz, C. (1973). *The interpretation of cultures*. London: Fontana.
- Girard, A. (1997). Les enquêtes sur les pratiques culturelles dans Rioux, J. P. & Sirinelli, J. F. (dir.). *Pour une histoire culturelle*. L'Univers Historique, Seuil.
- Gortner, S. R. (1993). Nursing' syntax revisited: A critique of philosophies said to influence nursing theories. *International Journal of Nursing Studies*, 30(6), 477-488.
- Gunn, S. & Faire, L. (2012). *Research methods for history*. Edinburgh University Press, 1-11.
- Held, D. (1980). *Introduction to critical theory: Horkheimer to Habermas*. Berkeley: University of California Press.
- Hunt, L. (1986). French history in the last twenty years: The rise and the fall of the Annales paradigm. *Journal of Contemporary history*, 21(2), 209-224.
- Hunt, L. (1989). *The new cultural history*. Berkeley: University of California Press.
- Jones Shafer, R. (1980). *A guide to historical method*. The Dorsey Press.
- Lapointe, J. (1986). Vie culturelle et institutions autonomes: minorités culturelles et institutions. *Revue du Nouvel-Ontario*, 8, 97-102.

- Loiselle, C. G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières. Approches quantitative et qualitative*. Éditions du Renouveau Pédagogique Inc.
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing. Development & progress*. Wolters Kluwer Health / Lippincott Williams & Wilkins.
- Mill, J. E., Allen, M. N. & Morrow, R. A. (2001). Critical Theory: Critical Methodology to Disciplinary Foundations in Nursing. *Canadian Journal of Nursing Research*, 33(2), 109-127.
- Ory, P. (1987). L'histoire culturelle de la France contemporaine, question et questionnement. *Vingtième siècle. Revue d'Histoire*, 16, 67-8.
- Poirrier, P. (2004). *Les enjeux de l'histoire culturelle. L'histoire en débats*. Éditions du Seuil.
- Poirrier, P. (2008). *L'histoire culturelle: un «tournant mondial» dans l'historiographie?* Dijon, Éditions universitaires de Dijon.
- Prost, A. (1997). Sociale et culturelle indissociablement dans Rioux, J. P. & Sirinelli, J. F. (dir.). *Pour une histoire culturelle*. L'Univers Historique, Seuil.
- Roche, D. (1997). Une déclinaison des Lumières dans Rioux, J. P. & Sirinelli, J. F. (dir.). *Pour une histoire culturelle*. L'Univers Historique, Seuil.
- Shafer, J. R. (1980). *A guide to historical method*. The Dorsey Press.
- Weaver, K. & Olson, J. K. (2006). Understanding paradigms used for nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 53(4), 459-469.

4.1 Cadre théorique : Les théories du care

Le cadre de référence, utilisé dans ce projet, est l'éthique des théories du care. L'article suivant explique ce cadre théorique ainsi que l'analyse des politiques de santé mentale en Ontario. Il contient, également, les premiers résultats tirés des registres d'admissions du département de psychiatrie de courte durée de l'Hôpital Montfort. Cet article, sous forme de chapitre, a été publié dans un ouvrage collectif, sous la direction de Marie-Claude Thifault et Henri Dorvil, en 2014.

Référence :

Harrison, S. & Thifault, M.-C. (2014). *Le langage du care et les politiques de santé mentale de l'Ontario, 1976-2006*. Dans Thifault, M.-C. & Dorvil, H. (dir.). *Désinstitutionnalisation psychiatrique en Acadie, en Ontario francophone et au Québec, 1930-2013*. Montréal: PUQ.

Chapitre 4

Le langage du *care* et les politiques de santé mentale de l'Ontario, 1976-2006

*Sandra Harrisson et Marie-Claude Thifault*¹⁰

L'implantation des réseaux de santé de la région d'Ottawa, le développement des disciplines psychiatriques et psychologiques dans l'après-guerre et la découverte des neuroleptiques au début des années 1950 participent à la mise en place de nouvelles solutions dans l'art de la prise en charge des malades mentaux. Le fort courant antipsychiatrique qui en découle favorise la communautarisation comme alternative au modèle asilaire. Depuis les 40 dernières années, plusieurs réformes et politiques en Ontario ont mis l'accent sur le développement des soins communautaires et la réduction des services hospitaliers. Malgré tous ces efforts, des failles importantes persistent dans le système de soins de santé mentale. En effet, nous remarquons, dans le cadre de notre profession infirmière, une recrudescence de revisites à l'urgence des personnes souffrant de troubles mentaux. En fait, un Canadien sur neuf hospitalisé pour maladie mentale retourne à l'urgence moins d'un mois après sa sortie de l'hôpital (Radio-Canada, 2011). Les ressources offertes dans la communauté seraient insuffisantes et ne répondraient pas aux besoins médicaux et sociaux de cette population. Afin de comprendre les lacunes de la communautarisation des services psychiatriques de l'Est ontarien, nous utilisons une approche sociohistorique pour documenter l'incidence des différentes réformes et

¹⁰ Nous remercions sincèrement Émilie Lebel-Bouchard, François Tessier, Gilles Vallée ainsi que M^{me} Carmen Bercier, gestionnaire aux archives de l'Hôpital Montfort, pour leur précieuse collaboration au développement de ce projet de recherche. Ce projet a reçu le soutien financier de l'Unité de recherche sur l'histoire des soins infirmiers, la Chaire de recherche sur la francophonie canadienne en santé et du Réseau de recherche appliquée sur la santé des francophones en Ontario (RRASFO).

politiques de santé mentale sur la population psychiatisée au département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort.

Notre étude porte particulièrement sur le processus de transition entre le milieu hospitalier et le milieu communautaire des patients psychiatisés en situation minoritaire francophone de la région d'Ottawa, entre 1976 et 2006. Cette périodisation correspond à l'ouverture du Département psychiatrique de l'Hôpital Montfort et à l'instauration de la loi gouvernementale provinciale sur la création des Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) en 2006. L'Hôpital Montfort et son réseau de ressources communautaires pour la clientèle psychiatisée sont les principaux lieux d'enquête. Les registres d'admissions du Département de psychiatrie, les dossiers médicaux et les rapports gouvernementaux sur les réformes politiques en matière de santé mentale sont au cœur de la collecte de données.

Cette étude se base sur les théories du *care* pour analyser les différentes politiques en santé mentale qui se succèdent entre 1963 et 1999 en Ontario. Nous croyons que cette approche critique permet de signaler les lacunes qui existent autour des transferts des ressources vers la communauté qui sont, dans les faits, des interventions ponctuelles qui tentent de répondre à des besoins immédiats plutôt que des solutions de longue durée. Ces failles, nous tenterons de les démontrer à partir des résultats tirés de la base de données conçue à partir des registres d'admissions du Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort. Ceux-ci permettent de mieux cibler qui sont les utilisateurs de soins de santé mentale de ce département entre 1976 et 2006. Notre base de données contient des informations sur 15 154 admissions de l'unité psychiatrique réparties entre 7 535 dossiers médicaux au cours des 30 années de notre étude. Les registres d'admissions ne nous donnent accès à aucune donnée nominative, mais fournissent le nombre d'admissions par

années, la durée de séjour, la période de sortie, le sexe, l'âge, les diagnostics principaux et secondaires, les médecins traitants et, à quelques occasions, l'institution de provenance du patient et celle où il sera dirigé lors de son congé. Ces informations permettent de rendre compte de l'expérience « transinstitutionnelle » des patients psychiatriques, à partir des cas de réadmissions à l'unité de psychiatrie.

Ce chapitre, divisé en trois parties, débute par la présentation du cadre d'analyse des théories du *care*. Suit l'analyse des rapports, déposés entre 1963 et 1999, sur les politiques de santé mentales de l'Ontario, et la troisième partie propose, avant de conclure, quelques données permettant d'esquisser qui sont les personnes hospitalisées en psychiatrie à Montfort. Quatre thématiques sont particulièrement développées sous cette dernière section, soit l'ouverture du Département de psychiatrie à l'Hôpital Montfort, la durée et la fréquence des séjours des patients psychiatisés, l'effet de la Commission de restructuration des soins de santé sur l'unité psychiatrique, et les politiques de santé mentale de l'Ontario et de sa population dite vulnérable.

1. Le cadre d'analyse: les théories du *care*

Les théories du *care* se développent dans les années 1980, aux États-Unis entre autres, dans le contexte d'études liées à la psychologie du développement moral. Quelques théoriciennes ont marqué le débat autour du *care*, en particulier Carol Gilligan (2008) et Joan Tronto (2009). Toutes deux sont considérées comme les fondatrices de l'éthique du *care*, soit une réponse concrète aux besoins des autres. Carol Gilligan, dans *Une voix différente. Pour une éthique du care* (2008), définit le *care* par un souci fondamental du bien-être d'autrui et par le développement moral des responsabilités et la nature des

rappports humains. Le *care*, selon Tronto, est considéré comme « une activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre ‘monde’ de telle sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible ». Ce monde inclut notre corps, notre individualité et notre environnement « que nous cherchons à relier en un réseau complexe qui soutient la vie » (Tronto, 2009, p.143). La position complémentaire de ces deux auteurs rehausse la compréhension de la réalité du *care*. Ces théoriciennes dénoncent le système politique actuel centré sur la hiérarchisation, l’autonomie et l’individualisme. Elles basent leur approche sur la démocratie et le souci des autres en utilisant les concepts de vulnérabilité et d’interdépendance. Selon elles, le langage du *care* permet de poser un regard particulier sur les personnes, souvent marginalisées, ayant recours aux soins et se retrouvant dans une position de vulnérabilité. Comme le souligne Laugier (2009), le *care* appelle « notre attention sur ce qui est juste sous nos yeux, mais que nous ne voyons pas, par manque d’attention tout simplement ou par mépris » (p. 80).

Dénonçant les valeurs individualistes, le *care* met sur un pied d’égalité tous les êtres humains, même les plus démunis. Une des problématiques de la santé mentale dans notre société actuelle se résume à un sentiment de rejet de la part des autres. Les personnes qui en sont atteintes sont vues comme des individus étranges, effrayants, imprévisibles et parfois agressifs. Stéréotypés, un grand nombre d’entre eux souffrent de se voir dénigrés et jugés par leur entourage. Ils se sentent souvent rejetés et mis à l’écart, exclus de la vie sociale. Ces opinions négatives à l’endroit des personnes atteintes de troubles psychiques sont nuisibles à leur réintégration sociale. Les conséquences de leur rejet sont l’isolation, la victimisation, la discrimination et la pauvreté (Kelly et McKenna, 2004). Les théories du *care* tentent de sensibiliser chaque membre de la société à cette discrimination afin de

trouver des solutions concrètes pour réintégrer ces individus dans la collectivité. Elles veulent leur donner une visibilité afin que ces personnes souffrant de problèmes mentaux obtiennent un droit de regard sur les prises de décisions qui les concernent, que ce soit au niveau gouvernemental, municipal ou local.

Les théories du *care* apportent une nouvelle perspective à la dimension de la santé mentale. Selon Tronto (2009), le *care* invite à réfléchir concrètement aux besoins des autres et à évaluer la façon d’y répondre. Il introduit un certain nombre de questions sur ce que nous valorisons dans nos vies quotidiennes. Donnant une voix aux gens ordinaires, souvent invisibles, Gilligan, Tronto et Brugère (2011) notamment soulèvent avec justesse des problématiques au cœur du système politique passé et actuel. Elles prônent un changement social, axé sur le souci des autres, interrogeant les décisions politiques en lien avec le *care*. Elles apportent une analyse critique sur tout ce qui touche les soins, incluant la santé mentale. Elles assurent une vision globale afin de comprendre l’influence des décisions politiques gouvernementales et locales sur le parcours hors des murs hospitaliers des patients psychiatisés.

Les théoriciennes du *care* questionnent aussi le système de justice ancré dans les valeurs masculines liées à l’autonomie, à l’individualité et à l’impartialité. Une société qui valorise les valeurs d’indépendance et de réussite individuelle. Le concept du *care* promulgue l’intégration des valeurs morales féminines centrées sur le souci du bien-être des autres pour donner un droit de parole à tous les individus. Dans notre système politique actuel, on exclut les citoyens non productifs et dépendants de soins. Cette exclusion cause un mépris collectif qui disqualifie l’individu à même ses compétences sociales et le rend inutile, paria ou rebut (LeBlanc, 2009, p. 17). Le système politique libéral risque de

condamner à l'invisibilité tous ceux qui ne peuvent pas participer à une vie active par des critères normatifs d'indépendance et d'autonomie. Dans *Vies ordinaires, vies précaires* (2007), LeBlanc dénonce la précarisation des vies ordinaires. La précarité des vies humaines augmente le risque de tomber dans l'exclusion sociale qui est le revers de la normalité. Toujours selon LeBlanc (2007), « le précaire n'est certes pas hors-société [*sic*], mais son mode de vie [...] l'exclut des relations de pouvoir et le prive, potentiellement ou effectivement, de toutes les assises dont une vie a besoin pour se développer » (p. 16). La précarité devient synonyme d'inexistence. La réalisation que nul n'est à l'abri d'un statut précaire, dû à la maladie ou à la perte d'emploi, fait prendre conscience de la vulnérabilité de chacun. Tronto (2009) mentionne que recourir au *care* revient à être dans une position de vulnérabilité. Toutes les relations humaines ne sont pas égales et plusieurs sont asymétriques. La vulnérabilité apporte un démenti à la croyance populaire selon laquelle nous sommes tous des citoyens autonomes et potentiellement égaux. Cette idéologie, porteuse de jugement envers les individus dépendants, considère ces derniers comme responsables de leur sort. La personne dépendante de soins mérite l'attention et la protection contre les abus de pouvoir à son endroit. Brugère souligne qu'on oublie que certaines vies méritent plus d'attention que d'autres. « Ces vies sont d'autant plus vulnérables que les normes dominantes de la morale les ignorent ou les rendent insignifiantes » (Brugère, 2011, p. 41). Les théories du *care* réintroduisent la responsabilité collective et le dialogue social dans nos sociétés face aux individus dépendants du *care*. Les théories du *care* poussent notre réflexion sur l'image véhiculée par la société de la vulnérabilité. Certains clichés incrustés dans l'imaginaire collectif entretiennent celui du vulnérable comme un être dépendant et sans ressource. Nous craignons que cette image

forte et surexploitée influence les décideurs lors de leur prise de décisions dans l'élaboration de politiques, de plans d'action et de stratégies pour venir en aide aux gens dits vulnérables, spécialement pour ceux qui sont atteints de troubles mentaux. Pourtant, Tronto (2009) indique clairement qu'en tant qu'êtres humains, nous sommes tous vulnérables. Selon elle, la dépendance et la vulnérabilité ne sont pas des accidents de parcours, mais bien la réalité des êtres humains. Nous sommes donc tous des gens ordinaires susceptibles de basculer vers un statut précaire.

L'approche critique du *care* révèle les positions de pouvoir dans notre société (Paperman et Laugier, 2011, p. 15). Sous l'égide du patriarcat, les décisions politiques se prennent, semble-t-il, sans considérer les besoins réels de l'individu ordinaire. Les relations asymétriques et inégales causées par ce type de système politique peuvent provoquer des abus envers les plus démunis. Cela n'est pas étrange aux vagues successives de nouvelles politiques et réformes en santé mentale qu'a connues l'Ontario au cours des 40 dernières années. Tronto (2009) indique que la subordination des démunis rend la stratégie de l'endiguement efficace contre les groupes sociaux moins fortunés. Elle ajoute que « ceux qui sont moins bien pourvus apprennent, qu'étant exclus de toutes décisions importantes, ils doivent traiter avec les puissants » (p. 130). Dès lors, les puissants conçoivent leur univers comme normativement supérieur, ce qui contribue au maintien de leur position de pouvoir (Tronto, 2009, p. 130). Par conséquent, le système social actuel a tendance, apparemment, à ignorer les pauvres, les malades, les marginalisés et tous les individus dépendants du *care*. Brugère soutient que la dévalorisation systématique du soin est due à l'impossibilité du système politique actuel de se soucier du *care* et du bien-être des autres. Elle ajoute que gouvernées par des individus qui n'ont qu'à se soucier d'eux-mêmes et de

leurs intérêts, les activités de soins et l'accessibilité des ressources sociales deviennent inégales dans un monde fragilisé (Brugère, 2011, p. 78). La reconnaissance, de plus en plus difficile envers les activités de soins, engendre des inégalités dans les politiques sociales passées et actuelles. C'est sous ces différentes assises que nous voulons analyser, dans la deuxième partie de ce chapitre, les politiques de santé mentale en Ontario.

2. Les théories du *care* et les politiques en santé mentale de l'Ontario

Environ tous les cinq à dix ans depuis 1930, un rapport, une analyse ou une critique du système de santé mentale ontarien propose des changements majeurs et des nouvelles réformes (Simmons, 1990, p. XIII). Sans exception, tous ces rapports recommandent une extension des services communautaires. Selon Simmons (1990), le gouvernement a toujours adopté une ou quelques recommandations pour changer le système de santé mentale. Ces changements se sont faits à court terme avec des ajustements mineurs destinés à faire face aux problèmes politiques immédiats et pressants (Simmons, 1990; Barnard-Thompson, 1997). Les différentes réformes et politiques gouvernementales, mises en place depuis les années 1960, ont tenté de développer un réseau de services communautaires pour desservir la population atteinte de troubles mentaux. Ce passage s'est avéré toutefois difficile. Selon Mulvale, Abelson et Goering (2007), l'évolution des politiques en santé mentale en Ontario est marquée par des tentatives décevantes de passer d'une politique d'institutionnalisation basée sur le pouvoir médical à une politique de communautarisation. Quelques auteurs (Hartford *et al.*, 2003; Bissinger, 2009; Mulvale, Abelson et Goering, 2007) rapportent que les rapports Graham (1988), *Putting People First* (1993) et *Making*

It Happen (1999) prônent la communautarisation et que celle-ci, malgré les recommandations, demeure lente à s'établir dans le système de soins.

Dans les années 1960, les hôpitaux psychiatriques provinciaux sont surchargés. La conviction que les traitements à court terme peuvent être prodigués lors de courts séjours à l'hôpital ou dans le cadre de programmes communautaires est renforcée par l'apparition des tranquillisants, le développement des thérapies sociales et les thérapies industrielles (Bloom et Sussman, 1989). À la suite des engorgements des institutions psychiatriques provinciales, le gouvernement essaie de trouver diverses solutions pour remédier à cette problématique. C'est dans cette ligne de pensée que le rapport *More for the Mind* est rendu public en 1963 (Tyhurst). Ce rapport préconise la désinstitutionnalisation et les services communautaires. L'hospitalisation devient un dernier recours aux soins des patients atteints de troubles mentaux.

Le rapport *More for the Mind* propose le développement de la psychiatrie communautaire et des unités psychiatriques de courte durée dans les hôpitaux généraux. Les services communautaires sont mis en place principalement pour les patients ayant besoin de traitements à court terme à l'hôpital (Bloom et Sussman, 1989). En effet, est mis de l'avant l'idée que certaines personnes atteintes de maladies mentales légères peuvent bénéficier de services ambulatoires pour traiter leur maladie et demeurer ainsi des membres actifs dans la communauté. *More for the Mind* dénonce les excès et la dépendance au système institutionnel psychiatrique tout en préconisant le passage aux services communautaires où un grand nombre de troubles psychiques peuvent être traités, et ce, sans hospitalisation (Camirand, 1997). L'hôpital général devient ainsi le point central des services communautaires en santé mentale qui, géographiquement, se situe plus près des

communautés (Camirand, 1997). C'est à cette époque que l'Ontario s'engage dans son processus de désinstitutionnalisation suivant le mouvement mondial antipsychiatrique. Les patients psychiatisés sont envoyés dans des maisons de groupes, des unités psychiatriques de courte durée dans les hôpitaux généraux, des hôpitaux privés et d'autres milieux communautaires (Newman, 1998, p. 2). D'autres retournent dans leur famille et, malheureusement, certains d'entre eux se retrouvent dans la rue (Simmons, 1990, p. 256). Dans l'effervescence de la désinstitutionnalisation, un nombre croissant de départements de psychiatrie de courte durée ouvrent leurs portes dans les hôpitaux généraux. On assiste donc, en 1976, à la création d'un tel département à l'Hôpital Montfort, seul établissement à offrir des soins en santé en français dans la capitale nationale.

À la lecture des données tirées des registres d'admissions du Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort, il apparaît qu'entre 1976 et 1985, la majorité des patients reçoivent leur congé en moins de 30 jours d'hospitalisation. La moitié d'entre eux sont toutefois réadmis à quelques reprises dans la même année pour de courts séjours. On remarque également que certains patients reçoivent leur congé, mais qu'ils sont retournés à l'unité psychiatrique le lendemain ou, à quelques occasions, la journée même de leur départ. C'est le cas d'une dame âgée de 21 ans, qui est de retour au département psychiatrique à trois reprises. Elle est réadmise la journée même de son départ à deux occasions pour un total de 17 jours d'hospitalisation¹¹. Le rapport *More for the Mind* stipule que la durée de séjour ne doit pas dépasser 21 jours dans les unités de psychiatrie de courte durée. La politique semble être appliquée par contournement puisque le constat qui s'en

¹¹ Registres d'admission du Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort (RADPHM), date d'admission le 18-05-1976.

dégage est que les patients ne sont pas référés vers une autre ressource à l'extérieur de l'hôpital.

Suivent les rapports Graham (1988), *Putting People First* (1993) et *Making It Happen* (1999) qui préconisent tous le développement d'un réseau de services communautaires pour desservir la population atteinte de troubles psychiques. L'évolution de ces politiques est toutefois marquée par des tentatives décevantes de passer d'une politique d'institutionnalisation à une politique de communautarisation. Malgré certains progrès, le système de santé mentale ontarien demeure, trop souvent, fragmenté et sous-financé. L'analyse de ces rapports et des politiques du gouvernement ontarien en matière de santé mentale permet d'établir le constat d'un manque de volonté politique, économique et sociale pour rendre accessibles les soins que nécessitent les personnes atteintes de troubles mentaux. Nous notons, également, un double discours en ce qui a trait à la communautarisation des soins de santé mentale qui se traduit par l'insuffisance des ressources communautaires et par leur faible financement; et cela malgré les espoirs fondés pendant plus de 30 ans sur cette approche.

Le rapport Graham introduit la catégorie des personnes sérieusement atteintes de maladies mentales en tenant compte de leur famille. Cette classification est soutenue, par la suite, dans les rapports subséquents. Ces personnes sont définies selon leur diagnostic, leur invalidité et la durée de leur maladie. Les services offerts doivent aider les individus souffrant de graves problèmes de santé mentale à participer pleinement à la vie communautaire et cela en leur fournissant des soins et du soutien (Graham, 1988). Les soins doivent être centrés sur la communauté en offrant une gamme complète de services. Rochefort et Portz (1993) soulignent que selon les rapports Graham, *Putting People First*

et *Making It Happen*, les patients atteints de troubles légers n'ont guère besoin de tous ces services, mais que pour les personnes gravement malades ou requérant des soins chroniques, ils sont cruciaux et permettent d'éviter l'hospitalisation. Le gouvernement ontarien, par l'entremise de ses politiques en santé mentale, met de côté une catégorie de patients bénéficiaires du *care*, ceux jugés capables de s'organiser seul dans la communauté. Par conséquent, ces personnes se retrouvent dans un état de précarité et de vulnérabilité dû à leur maladie et peuvent difficilement avoir recours à des soins psychiatriques. Laissées à elles-mêmes, elles dépendent de leur famille, de leur entourage et des services offerts en milieu hospitalier faute de soutien approprié au sein de leur communauté d'appartenance.

Il est aisé de détecter l'influence du système politique patriarcal, dénoncé par les théories du *care*, dans le rapport *Making It Happen*. Pourtant, le rapport *Graham*, rédigé une décennie plus tôt, laisse sous-entendre un certain pouvoir des individus atteints de troubles psychiques dans la prise de décision face à leur santé. Ce rapport reconnaît qu'ils sont les acteurs principaux de leur survie dans la communauté. En fait, ces personnes doivent être impliquées dans la planification et le développement du système de soins en santé mentale communautaire en utilisant leur expertise personnelle. Force est de constater l'échec de l'implication des patients face à leurs soins et au développement des services communautaires. En effet, le rapport *Making It Happen* en 1999 mentionne que les professionnels de la santé prennent les besoins particuliers des patients et de leur famille en considération lors de l'élaboration de leur plan de traitement. Bissinger (2009) souligne que ce rapport promet de mieux considérer les besoins des patients, mais encore selon les interprétations des professionnels en santé mentale. C'est dire que les spécialistes identifient les besoins et adaptent le plan de traitement. Il est étonnant de constater que

malgré la volonté annoncée de reconnaître le rôle actif du patient, principal responsable de ses soins, le système patriarcal demeure incrusté dans la mentalité des décideurs. Tronto (2009) soulève que l'activité du *care* est rarement un jeu entre égaux. Dans les faits, il y a ceux qui ont besoin du *care* et ceux qui prennent soins des autres. Les fournisseurs de soins tendent à privilégier leur propre analyse des besoins et utilisent leur compétence et leur expertise pour prodiguer des soins (Tronto, 2009, p. 193). Il en résulte que ceux-ci se considèrent plus compétents pour évaluer les besoins et donner des soins que les demandeurs eux-mêmes (Tronto, 2009, p. 221). Ainsi, se perpétue inévitablement une forme d'infantilisation dans les rapports entre soignés et soignants (Tronto, 2009, p. 222).

Les effets des différentes politiques en santé mentale – *More for the Mind* (1963), rapports Graham (1988), *Putting People First* (1993) et *Making It Happen* (1999) – se répercutent dans le système hospitalier. Celles-ci influencent les politiques internes des établissements de santé, les soins prodigués aux patients psychiatisés, l'accessibilité aux ressources communautaires et le soutien aux familles. Selon notre exemple, le département psychiatrique de courte durée s'en retrouve affecté par une augmentation du taux d'achalandage et par la récurrence des admissions.

3. La clientèle psychiatrique de l'Hôpital Montfort

La désinstitutionnalisation s'étend, selon certains, sur plus d'une quarantaine d'années et n'est toujours pas terminée faute de critères pour identifier clairement dans quelles circonstances précises dans lesquelles elle sera complétée (Sealy et Whitehead, 2004). Par contre, ce mouvement s'accroît dans les années 1970, entraînant plusieurs fermetures de lits psychiatriques dans les hôpitaux provinciaux. Une grande partie des

patients sont retournés dans la communauté. Ces gens, atteints de troubles mentaux, se retrouvent isolés et font face à un monde parfois cruel considérant les mythes et les préjugés qui entourent la maladie mentale. Selon Poulin et Massé (1994), la réinsertion sociale, sans les services communautaires appropriés, accentue une certaine résistance de la part de la population générale.

Le mouvement de désinstitutionnalisation contribue, dans les années 1970, comme nous l'avons présenté précédemment, à l'expansion des unités de courte durée dans les hôpitaux généraux de l'Ontario. Ces unités regroupent les principaux services – hospitaliers et communautaires – à court terme pour les personnes présentant des troubles psychiques (Rocheffort et Portz, 1993, p. 69). Le rôle de ces unités est d'assurer des soins de courte durée, des traitements pour fins de diagnostic et de stabiliser les patients dans la phase aiguë de leur maladie. À cela s'ajoutent des services ambulatoires, des cliniques de jour ou des services à domicile, afin de réduire le temps d'hospitalisation. Ces unités visent aussi à stabiliser les patients en situation de crise en utilisant une approche agressive de gestion des médicaments. Dans ce cadre, une attention particulière est accordée à l'éducation sur le sujet de la maladie mentale et à la planification rapide d'un congé (Goering, Wasylenki et Durbin, 2000, p. 351).

L'instauration du programme d'assurance santé de l'Ontario, à la fin des années 1960, est un des éléments qui contribue à un changement de mentalité face à la maladie mentale. Ce service gouvernemental offre l'accès aux soins hospitaliers et médicaux gratuitement à tous les résidents de la province. Il vise une amélioration des soins de santé et une plus grande accessibilité aux services médicaux. À cette époque, le message qui est lancé est celui que la maladie mentale est une maladie comme les autres. Les individus

atteints de troubles psychiques doivent désormais être traités dans les hôpitaux généraux au même titre que n'importe quelle autre personne atteinte de maladie physique. Avant l'accès au programme d'assurance santé, 28 % des individus souffrant de dépression n'étaient jamais vu par un médecin (Heseltine, 1983, p. 31). L'introduction de l'assurance santé rend les services psychiatriques plus accessibles pour les gens ayant peu de revenu. Les individus affectés par des troubles mentaux légers sont ainsi plus enclins à demander des soins dans les hôpitaux généraux et cela contribue, d'une certaine façon, à un changement des mentalités à l'égard de la population psychiatisée.

3.1. L'ouverture du département de psychiatrie

L'Hôpital St-Louis-Marie-de-Montfort est fondé en 1953 grâce à une collaboration étroite entre la communauté francophone d'Eastview (Vanier), les Pères montfortains, la congrégation des Filles de la Sagesse et les dirigeants de l'Association canadienne-française d'éducation de l'Ontario (Hôpital Montfort, 2014). Utilisant une approche communautaire, cette institution s'établit rapidement comme l'hôpital de choix dans la communauté francophone. L'accès aux services de santé en français contribue à la vitalité de la communauté en offrant à ses membres un endroit où ils peuvent s'exprimer dans leur langue (Corbeil, Grenier et Lafrenière, 2007; Chouinard, 2012; Traisnel et Forgues, 2009). Cet organisme collabore ainsi à la vie socioculturelle des Franco-Ontariens et favorise un sentiment de solidarité et de fierté chez la minorité francophone.

Le Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort ouvre ses portes au mois de janvier 1976. Il offre des soins de courte durée à la population francophone de l'Est ontarien. Selon le registre d'admission de 1976, 723 patients sont hospitalisés au nouveau

Département de psychiatrie. Au cours de l'année administrative 1976-1977, soit du mois d'avril au mois de mars, la clientèle de l'unité psychiatrique se compose de 9 % de patients âgés de moins de 20 ans, de 69 % entre 20 et 50 ans et de 22 % âgés de plus de 51 ans. L'âge des patients varie entre 14 ans et 93 ans. La durée des séjours au département est normalement de moins de 25 jours dans une proportion de 86 %. En fait, il est courant de constater des hospitalisations de moins de 5 jours, soit 33 % d'entre elles. Les patients admis au département pour seulement une journée représentent 12 % de la clientèle psychiatrique. Ces résultats concordent avec les assises du rapport *More for the Mind* qui met l'accent sur les patients atteints de maladies mentales légères. Il paraît plus facile au cours de la première année d'existence de ce département de suivre rigoureusement les recommandations du rapport *More for the Mind* à l'égard de la longueur des séjours. Les patients hospitalisés sont alors rapidement retournés au sein de leur communauté ou de leur famille. Herz et Endicott s'intéressent, en 1975, aux effets des admissions de courte durée dans les hôpitaux généraux chez un groupe d'individus atteints de maladies mentales et vivant avec des membres de leur famille. Ces auteurs concluent qu'une hospitalisation brève et un retour rapide à la maison des patients psychiatisés ont des effets positifs sur le fonctionnement familial. L'un des bienfaits serait notamment sur le plan de la charge financière. Ces personnes peuvent reprendre leur rôle social et prendre part aux activités quotidiennes, ce qui permet, selon eux, aux hommes de regagner le marché du travail afin de subvenir aux besoins de leur famille et aux mères de réintégrer leur foyer pour s'occuper des enfants. Herz et Endicott (1975) notent, également que ces patients qui bénéficient de services hospitaliers de courte durée récupèrent plus rapidement. Est-ce que cette efficacité

à répondre aux objectifs du rapport *More for the Mind* se maintiendra au cours des décennies suivantes?

3.2. Le profil de la population hospitalisée

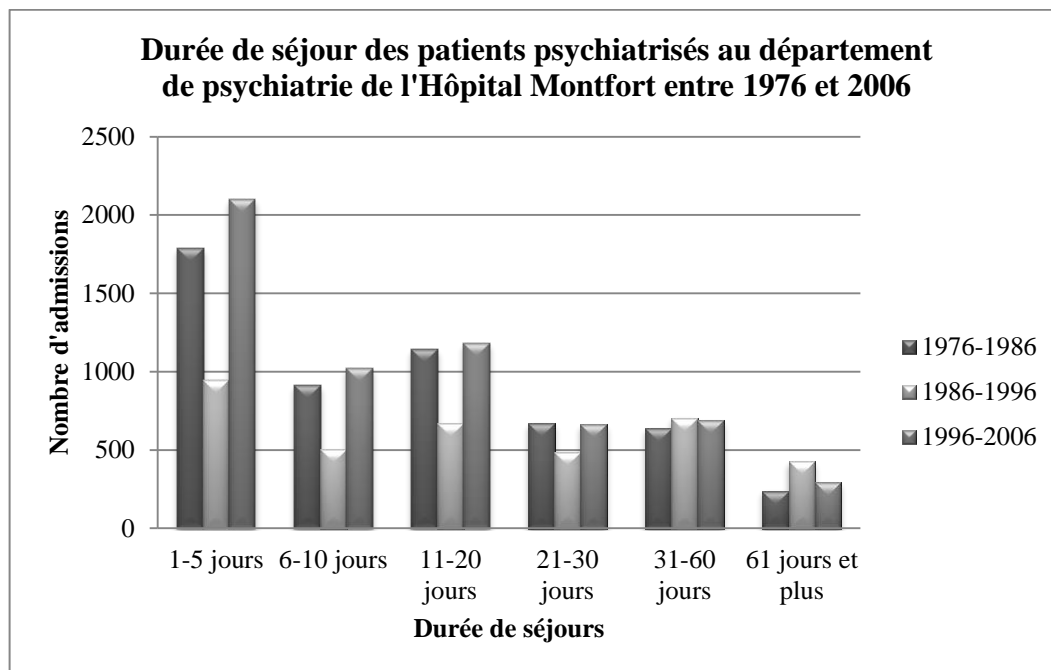
Le Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort accueille, en moyenne, 453 patients par année entre 1976 et 1986¹², 290 patients au cours de la décennie suivante¹³ et 462 patients entre 1997 et 2006. Cette clientèle est composée d'hommes et de femmes de tout âge requérant des soins psychiatriques. La durée du séjour des patients varie entre une journée et plusieurs mois d'hospitalisation (figure 4.1.). Ils accèdent ainsi à des soins spécialisés et de qualité. Le but de ces services hospitaliers est de retourner, le plus rapidement possible, ces individus dans la communauté. Entre 1976 et 2006, les patients sont en majorité des femmes dans un ratio de deux hommes pour trois femmes, soit 39 % d'hommes et 60 % de femmes¹⁴. Ces données sur la population psychiatrique de Montfort concordent avec certains écrits qui rapportent que les femmes utilisent les services de santé plus souvent que les hommes, spécialement pour des problèmes d'ordre psychique (Bertakis *et al.*, 2000; Noone et Stephens, 2008; Guberman, 1990). L'âge moyen des patients de l'unité psychiatrique est de 41 ans lors de leur première admission. Ils sont admis, en général, 2 fois au département et la durée moyenne de leur séjour est de 18 jours pour chacune des admissions. Par contre, certains patients demeurent hospitalisés plus de 30 jours et parfois même pour des séjours variant entre 6 mois et 1 an (figure 4.1.).

¹² L'année administrative 1981-1982 n'est pas représentée dans l'échantillon, car ce registre a été endommagé par l'eau lors de l'entreposage et détruit par la suite.

¹³ Nous constatons une augmentation des taux d'admissions à partir de l'année administrative 1996-1997, à la suite de l'annonce de la fermeture de quatre hôpitaux psychiatriques provinciaux de la province de l'Ontario émis par la Commission de restructuration des soins de santé. Nous discutons de cet événement plus loin dans ce chapitre.

¹⁴ Un pour cent des résultats sont de type inconnu.

Figure 4.1. Durée de séjour des patients psychiatisés au département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort entre 1976 et 2006



Par exemple, une dame âgée de 49 ans passe plus de six mois, en 1984, au Département de psychiatrie¹⁵. Un jeune homme de 23 ans, en 1987, est réadmis cinq fois à l'hôpital et la durée de son dernier séjour est de quatre mois¹⁶. Il est réadmis 2 ans plus tard. En 1995, une dame de 39 ans est hospitalisée pendant toute une année¹⁷. Entre 1976 et 2006, les patients âgés de plus de 60 ans représentent 13 % des admis au Département de psychiatrie. Même si la majorité des hommes et des femmes de ce groupe d'âge sont hospitalisés pour un court laps de temps, on y retrouve aussi ceux qui y font les plus longs séjours. En 1978, une dame âgée de 63 ans est demeurée hospitalisée 254 jours¹⁸. Provenant

¹⁵ RADPHM, période d'admission février 1984.

¹⁶ RADPHM, période d'admission août 1987.

¹⁷ RADPHM, période d'admission mai 1995.

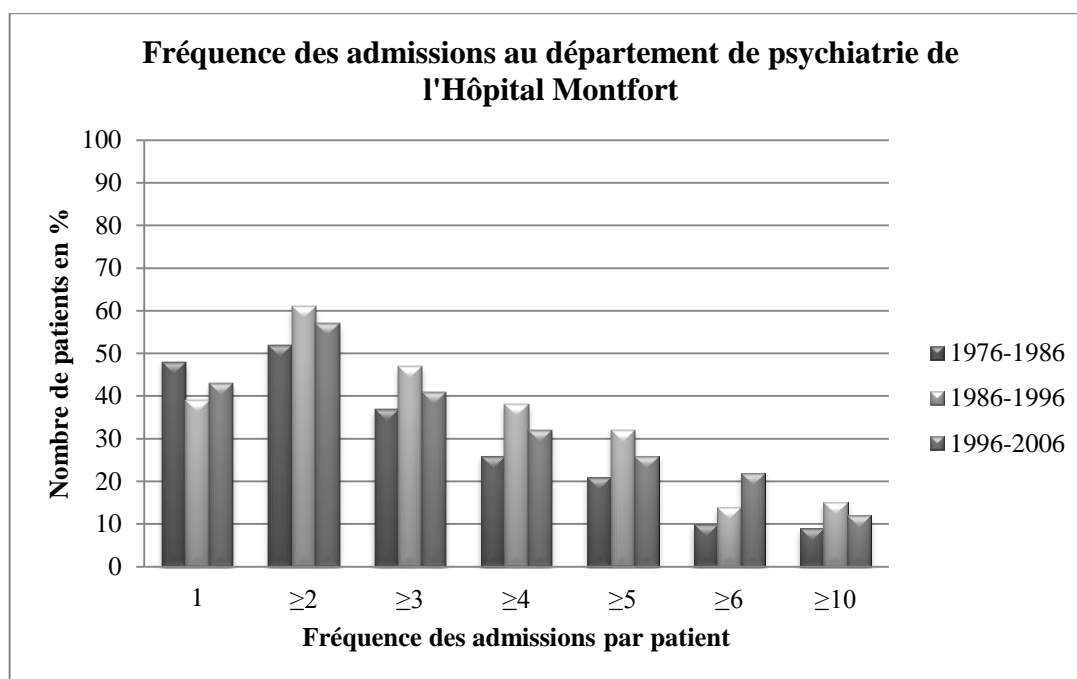
¹⁸ RADPHM, période d'admission mai 1978.

d'un établissement de soins chroniques, elle est transférée dans une institution privée. Un homme âgé de 75 ans est hospitalisé en 1984 pendant plus de 199 jours avant d'être relocalisé dans une résidence pour aînés¹⁹. Simmons (1990) explique que plus de 20 % des patients dans les hôpitaux psychiatriques sont, à cette époque, âgés de plus de 65 ans. Plusieurs de ces patients n'ont pas besoin de soins psychiatriques actifs. La (dé)hospitalisation de cette population vieillissante atteinte de maladie mentale entraîne une pénurie de logements fournissant des soins gériatriques. Considérant que les personnes âgées requièrent des soins chroniques, les familles sont incapables de leur prodiguer tous les services qu'elles nécessitent. Nous croyons qu'un nombre restreint de résidences pour personnes âgées peut d'une certaine manière expliquer leur présence pendant plusieurs jours au Département de psychiatrie avant d'être transférées dans un endroit approprié.

Les registres d'admissions du Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort au cours des 30 années de cette étude témoignent d'un nombre de réadmissions important (figure 4.2.). Ce phénomène débute dès l'ouverture de l'unité et se perpétue jusqu'à la fin de la période étudiée. La majorité (80 %) des patients demeurent moins d'un mois au département pour ensuite retourner dans la communauté. Une partie d'entre eux (43 %) ne sont admis à l'hôpital qu'une seule fois. Toutefois, plus de la moitié des patients admis une première fois reviennent de façon périodique à l'unité psychiatrique. En effet, 57 % des patients admis au Département de psychiatrie de Montfort, entre 1976 et 2006, sont réadmis au moins une autre fois. Parmi eux, 41 % sont admis trois fois, 26 % sont de retour cinq fois et 12 % plus d'une dizaine de fois.

¹⁹ RADPHM, période d'admission décembre 1984.

Figure 4.2. Fréquence des admissions au département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort entre 1976 et 2006



Particulièrement, en 1978, 39 patients²⁰ sont réadmis à l'hôpital plus de 10 fois. Ils sont âgés entre 18 et 55 ans. Parmi eux, une femme de 28 ans est réadmise 37 fois, entre 1978 et 1999, pour un total de 426 jours d'hospitalisation²¹. Au cours de la même année (1978), un homme de 30 ans est réadmis au département plus de 43 fois au long cours, soit 26 années²². Il passe plus de trois ans de sa vie (1180 jours) à l'hôpital. En 1994, une jeune femme âgée de 24 ans revient périodiquement, soit 45 fois sur une période de 3 ans, pour une moyenne de 15 admissions par année²³. À quelques reprises, cette dame souffrant de dépression sera réadmise au département plus d'une fois dans le même mois, quelques

²⁰ Les 39 patients proviennent de l'année administrative 1978-1979, car les fichiers de 1976 et 1977 sont de formats différents. Il est donc difficile d'émettre le taux d'admission réel de ces patients sur l'unité de psychiatrie durant la période étudiée soit 1976 à 2006.

²¹ RADPHM, période de la 1^{re} admission sur l'unité psychiatrique mai 1978

²² RADPHM, période de la 1^{re} admission sur l'unité psychiatrique avril 1978

²³ RADPHM, période de la 1^{re} admission sur l'unité psychiatrique mars 1994

jours seulement après son congé. Une autre, âgée de 26 ans, revient à l'unité 54 fois, entre 1993 et 2000, pour un total de 891 jours d'hospitalisation²⁴.

Ces quelques exemples illustrent bien le syndrome des portes tournantes à Montfort. Il s'agit d'un syndrome amplement documenté dans la littérature. En effet, selon Newman (1998), les fréquentes réadmissions sont attribuables, entre autres, à l'incapacité des gouvernements à élaborer un système de santé mentale capable de prodiguer des soins continus et qui suive le patient où qu'il se trouve dans la communauté. Henri Dorvil (1987) explique aussi que le phénomène des fréquentes réadmissions au Québec est causé par les durées d'hospitalisation de plus en plus courtes, les difficultés d'adaptation sociale des individus atteints de troubles mentaux, le désengagement de la famille et le récidivisme lié à l'essence même de la maladie mentale. Plusieurs auteurs mentionnent que le manque de ressources communautaires disponibles dans la communauté est le résultat d'investissements monétaires insuffisants de la part des gouvernements (Mulvale, Abelson et Goering, 2007; Goering, Wasylenki et Durbin, 2000; Barnard-Thompson, 1997). Le manque de soutien dans la communauté affecte grandement la clientèle francophone de l'Est ontarien d'autant plus que la langue peut devenir une barrière à des soins et à des services de qualité (Bouchard et Desmeules, 2011). La vulnérabilité relative dans laquelle se retrouvent les personnes malades est telle que la capacité de comprendre et d'être compris par le personnel soignant ou les intervenants communautaires revêt une importance toute particulière dans le processus de réinsertion sociale. Cela concorde avec l'affirmation de Mulvale, Abelson et Goering (2007) selon laquelle les unités de courte durée dans les hôpitaux généraux ont un taux de roulement élevé, car la majorité de leurs

²⁴ RADPHM, période de la 1^{re} admission sur l'unité psychiatrique juin 1993

patients retournent à leur domicile après trois à quatre semaines d'hospitalisation. De toute évidence, ces unités ont aussi un taux élevé de réadmissions.

L'instauration des départements de courte durée occasionne une division des soins entre les divers milieux hospitaliers. En effet, les hôpitaux psychiatriques provinciaux continuent de dispenser des soins aux malades chroniques, atteints plus sérieusement de troubles mentaux, alors que les hôpitaux généraux s'occupent des personnes requérant des soins à court terme, moins malades et plus facilement soignables (Barnard-Thompson, 1997, p. 55). À la suite du triage à l'urgence, certains patients sont transférés directement dans les hôpitaux psychiatriques. Quelques-uns d'entre eux sont admis à l'unité de psychiatrie pour être déplacés plusieurs jours plus tard. C'est le cas d'un homme de 36 ans qui passa plus de 188 jours à l'unité de psychiatrie en 1986 pour être finalement transféré à l'hôpital psychiatrique²⁵. Cette division des soins et des services psychiatriques perdure pendant plusieurs années.

3.3. La Commission de restructuration des soins de santé

En 1995, le Parti progressiste conservateur est porté au pouvoir et Mike Harris prend la tête du gouvernement provincial. Ses politiques comprennent, entre autres, des compressions importantes dans les soins de santé. Le gouvernement Harris instaure, en 1996, la Commission de restructuration des soins de santé (CRSS) qui a pour mandat de prendre des décisions et de formuler des recommandations qui assureraient l'accès des services de santé ayant le plus de proximité avec la population. Cette commission promet des services de haute qualité dispensés et offerts à des coûts abordables (ministère de la

²⁵ RADPHM, période d'admission octobre 1986.

Santé de l'Ontario, 1999). Selon Barnard-Thompson (1997), cette commission a comme objectif d'intégrer le système de soins de santé afin de diminuer les barrières entre les divers secteurs de la santé et permettre ainsi une meilleure circulation des patients entre les services hospitaliers, les soins à domicile, les agences communautaires et les soins de base. Dans son rapport, la CRSS propose une réduction générale du nombre de lits psychiatriques, incluant la fermeture complète de quatre hôpitaux psychiatriques provinciaux, et le transfert de leurs patients dans les unités psychiatriques des hôpitaux généraux (Hartfort *et al.*, 2003; Bissinger, 2009; Barnard-Thompson, 1997; ministère de la Santé de l'Ontario, 1999). À la suite de ces décisions, on assiste à une recrudescence du nombre d'admissions au Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort. Au cours de l'année administrative 1996-1997, le nombre d'admissions est de 357 et atteint un maximum de 561 patients en 2005. De plus, on remarque que la durée des longs séjours augmente considérablement, due en partie au transfert des patients sévèrement atteints de troubles psychiques demandant des soins chroniques. Par conséquent, il n'est plus rare de voir des patients hospitalisés pendant plus de 200 jours consécutifs. Par exemples, une dame de 42 ans, traitée pour dépression, passe plus de 261 jours consécutifs au département²⁶, alors qu'une autre femme âgée de 60 ans est hospitalisée 319 jours durant la même période²⁷ (1996-1997). En 1999, un homme âgé de 50 ans est quant à lui hospitalisé pendant 331 jours, soit plus de 11 mois, à l'unité psychiatrique²⁸.

3.4. Les politiques de santé mentale de l'Ontario et sa population dite vulnérable

²⁶ RADPHM, période d'admission mars 1997.

²⁷RADPHM, période d'admission août 1996.

²⁸ RADPHM période d'admission juin 1999.

Une analyse plus fine de l'année 1988 nous permet d'avoir un aperçu plus précis de la population fréquentant le Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort²⁹. Cette période (1988-1989) correspond à l'instauration des modalités du rapport Graham. Au cours de cette année, 274 patients sont admis au Département de psychiatrie. Le formulaire « Évaluation *nursing* », retrouvé dans tous les dossiers, est utilisé pour la collecte de données. Ce questionnaire est complété par le patient et l'infirmière lors de l'admission en psychiatrie. Il contient des informations sur le patient selon quatre axes, soit les informations générales, la description physique, la description des habitudes de vie et la description du comportement.

Loin de l'image couramment véhiculée concernant les personnes atteintes d'une maladie mentale, la lecture des dossiers (1988-1989), contre toutes attentes, révèlent la présence et l'implication des familles auprès des patients admis ou réadmis au cours de l'année 1988. L'idée préconçue de la personne isolée est ici remise en question puisque la majorité des patients indique qu'un membre de leur famille ou une personne significative est au courant de leur admission à l'unité psychiatrique (hommes 73 % et femmes 76 %). Un bon nombre de ces hommes et de ces femmes sont mariés ou vivent une relation stable (42 %). La majorité (90 %) des patients admis au Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort ont des enfants. De plus, 90 % indiquent ne pas vivre seul. Ils habitent avec des membres de leur famille ou proviennent d'un foyer d'accueil. Parmi les patients admis, en 1988, nous notons que 28 % ont terminé leurs études secondaires (hommes 31 % et femmes 26 %) et que 20 % ont entamé ou terminé des études collégiales ou universitaires. Lors de

²⁹ Les données utilisées dans cette section proviennent de la base de données créée par Émilie Lebel pour son projet de recherche sur les stéréotypes de genre de la population admise au Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort entre 1976 et 1996, réalisé dans le cadre d'une bourse d'été Hannah (2013) sous la supervision de M.-C. Thifault.

la collecte de données faite à l'admission sur l'unité psychiatrique, les trois quarts des patients hospitalisés (75 %) répondent venir chercher de l'aide à l'hôpital à la question « Qu'attendez-vous de nous? » présente dans le formulaire de l'« Évaluation *nursing* ». Par exemple, une dame âgée de 59 ans indique: « Je veux être aidée parce que je ne m'en sortirai pas³⁰. » Elle est admise au département à deux occasions en 1988 pour une durée total de 116 jours. Un homme de 24 ans, étudiant au collège et vivant seul, dit venir chercher « de l'aide. Je ne sais plus où aller³¹. » Une dame de 46 ans, mariée et mère de deux fils dans la vingtaine, mentionne que ses attentes face à l'hospitalisation sont de recevoir de l'aide. Elle dit: « De m'aider à me réhabiliter. Je veux travailler et me débrouiller par moi-même le plus vite possible³². » Elle demeure hospitalisée 152 jours consécutifs. Plusieurs patients mentionnent également, lors de leur admission à l'unité psychiatrique, qu'ils ont besoins de parler et d'être écoutés. C'est le cas de cette dame de 32 ans qui dit: « J'en ai encore beaucoup sur le cœur, j'ai besoin de quelqu'un pour m'écouter, m'aider et m'encourager³³. » Une autre, âgée de 35 ans, rapporte: « J'ai besoin de parler sans qu'on me juge et j'ai besoin de support³⁴. » Selon les données recueillies dans les dossiers médicaux des admissions de 1988-1989, la majorité des individus hospitalisés au Département de psychiatrie semblent être des citoyens « ordinaires » atteints de maladie mentale à la recherche d'aide et de soutien pour se sentir mieux.

Nous notons que les rapports Graham (1988), *Putting People First* (1993) et *Making It Happen* (1999) concentrent les interventions sur le développement des services

³⁰ RADPHM, date d'admission le 10-11-1988.

³¹ RADPHM, date d'admission le 11-09-1988.

³² RADPHM, date d'admission le 25-09-1988.

³³ RADPHM, date d'admission le 04-08-1988.

³⁴ RADPHM, date d'admission le 03-08-1988.

communautaires auprès de la population sévèrement atteinte de troubles mentaux ou exigeant des soins chroniques. Selon le rapport Graham, cette population a besoin d'une plus grande variété de services et d'assistance pour un traitement et une réhabilitation efficace dans la communauté. Les politiques en santé mentale de l'Ontario s'intéressent particulièrement aux gens dits vulnérables. Mais que veut dire être vulnérable pour ces décideurs? La représentation des personnes atteintes d'une maladie mentale est fréquemment basée sur des préjugés. Souvent, de façon automatique sont associés maladie mentale et individus démunis, pauvres, gravement atteints, déviants et itinérants. Il est vrai que certains le sont, mais nous ne pouvons pas nier que cette représentation est basée sur des mythes et des préjugés persistants. Le changement de mentalité face à l'image de la maladie mentale progresse lentement. En effet, il est encore difficile, aujourd'hui, d'associer la maladie mentale à une maladie comme les autres. Le problème de ces politiques relève du peu d'intérêt face à un groupe d'individus jugés atteints légèrement de maladie mentale ou requérant des soins aigus. Ces personnes également atteintes de troubles psychiques sont oubliées dans les politiques de santé mentale, pourtant elles utilisent les services hospitaliers de façon récurrente. Le rapport Graham semble ignorer cette tranche de la population nécessitant des soins de santé mentale. Cela laisse croire qu'elles sont capables de prendre soins d'eux-mêmes, ou qu'elles peuvent compter sur les membres de leur famille pour leur fournir le soutien nécessaire.

Les théories du *care* permettent de porter un regard critique sur le système politique, en particulier sur le rapport Graham déposé en 1988. Sur les fondements sociaux du patriarcat, les décisions politiques concernant la santé mentale de la population de l'Ontario ne considèrent pas les besoins réels de l'individu « ordinaire ». Il est sous-entendu que tous

ceux qui ne correspondent pas aux nombreux préjugés entourant la personne dite vulnérable sont oubliés et ainsi laissés à la charge de leur famille. Selon Damamme et Paperman (2009), les décideurs politiques placent, encore aujourd'hui, de fortes attentes face à la fonction familiale. Les institutions publiques de santé écourtent la durée des hospitalisations dans leurs établissements, demandant aux familles de superviser leur malade pendant la période de convalescence et de leur prodiguer les soins à la maison dans le but de diminuer les coûts dans le système de santé. Ces familles doivent donc devenir expertes en santé mentale, distribuer la médication et offrir du soutien psychologique à la personne souffrant de troubles psychiques. Le *care* ainsi relégué au domaine privé n'est pas reconnu comme une contribution à la vie collective (Glenn, 2009, p. 118). De plus, la séparation de la sphère privée et de la sphère publique selon une ligne du genre retranscrit le *care* sur des activités traditionnellement assignées aux femmes (Raid, 2009). La désinstitutionnalisation survient au moment même où les femmes font une entrée massive sur le marché du travail. Conciliant travail-famille, on leur demande de prendre soin des membres de leur famille atteints de troubles psychiques, augmentant ainsi leur charge de *care*. Plusieurs auteurs mentionnent que les fréquentes réadmissions sur les unités de psychiatrie de courte durée seraient attribuables au manque de soins et de services communautaires (Simmons, 1990; Poulin et Massé, 1994; Newman, 1998; Mulvale, Abelson et Goering, 2007). Nous questionnons la spécialisation des services communautaires axée sur une clientèle sérieusement atteinte de troubles mentaux, et ce, sans dénigrer l'importance de ces services pour cette population dite vulnérable, mais qu'advient-il de la majorité des patients qui requièrent des soins de courte durée et qui retournent auprès de leur famille? Retrouve-t-on ces services qualifiés seulement dans les

établissements hospitaliers, ce qui expliquerait, peut-être, les nombreux retours au Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort? À court de ressources et de soutien, les familles et les patients se tourneraient vers les soins hospitaliers spécialisés périodiquement pour chercher de l'aide et du soutien.

Conclusion

L'Hôpital Montfort, seul établissement de santé francophone de l'Est ontarien ouvre, dans le milieu des années 1970, un département de psychiatrie de courte durée. Découlant des politiques de santé mentale de l'époque, il participe au mouvement de désinstitutionnalisation qui prône le transfert des patients des institutions psychiatriques vers les hôpitaux généraux. En pleine effervescence de ce mouvement, Montfort participe à la rapide expansion des unités de soins psychiatriques au sein des hôpitaux généraux. Prenant une part active dans les soins psychiatriques, ce nouveau milieu acquiert une expertise dans ce domaine.

Le Département de psychiatrie de courte durée connaît une réelle popularité dès les premières années de son ouverture considérant les taux moyens de 600 admissions par année. Un nombre constant de patients y sont admis durant la première décennie pour diminuer de près de la moitié au cours de la décennie suivante et pour retourner à son taux d'admission initial par la suite. Selon les recommandations gouvernementales, les séjours sont en majorité de courte durée. Toutefois, lors de l'annonce de la fermeture de quatre hôpitaux psychiatriques provinciaux en Ontario, par la Commission de Restructuration des Soins de Santé en 1996, la clientèle et le niveau de soins de ce département se transforment complètement. Alors qu'étaient pris en charge jusque-là principalement des patients

atteints de troubles aigus, s'ajoutent désormais des cas chroniques atteints de troubles mentaux sévères. Par conséquent, les séjours à l'unité s'allongent et on constate un taux élevé de réadmissions.

Les théoriciennes du *care* portent un regard distinct face à la vulnérabilité. Se détachant des stéréotypes dégradants, elles proclament que l'être vulnérable est en chacun de nous parce que nous sommes tous, à des degrés divers, dépendants les uns des autres. Le langage du *care* met en évidence les incongruités des politiques de santé mentale ontariennes. En effet, celles-ci tentent de mettre en place, depuis le rapport *More for the Mind*, un système de soins basé sur la communautarisation. Victimes de sous-financement, les services et les ressources communautaires ciblent les patients sérieusement atteints de troubles mentaux, portant moins d'intérêt à une catégorisation de patients fréquentant de façon récurrente le Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort. La volonté de désinstitutionnaliser les patients psychiatriques et de leur offrir en contrepartie des soins de courte durée s'appuie sur l'implication des familles et a pour conséquence d'alourdir la responsabilité de celles-ci. Elles deviennent les fournisseurs de soins pour les individus atteints de troubles psychiques requérant des soins aigus. La maladie mentale augmente la charge du *care* au sein de la famille. Les soins de ces individus, concentrés dans la sphère privée, deviennent invisibles aux yeux de l'État. Est-ce que les services et les soins pour venir en aide à ces individus « jugés ordinaires » et à leur famille sont accessibles dans la communauté ou se retrouvent-ils seulement dans le milieu hospitalier? Ce questionnement légitime pourrait expliquer le taux importants de réadmissions de 57 % au Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort.

L'utilisation des théories du *care*, dans cette étude, apporte une sensibilité face aux gens atteints de problèmes psychiques. Elle permet de porter un regard juste sur tous les individus touchés par la maladie mentale. Elle apporte un questionnement sur les différentes décisions politiques provinciales qui influencent les soins de cette population dite vulnérable et requérant des soins psychiatriques. Le langage du *care* pousse à réfléchir sur le manque de reconnaissance des institutions gouvernementales face à l'importance des familles dans les soins prodigués aux personnes atteintes de troubles mentaux.

Bibliographie

- Ballon, D. (2011). «Looking back: Reflections on community mental health in Ontario», Canadian Mental Health Association, Ontario, <<http://ontario.cmha.ca/network/looking-back-reflections-on-community-mental-health-in-ontario/>>, consulté le 19 mars 2014.
- Barnard-Thompson, K. (1997). «L'avenir des hôpitaux psychiatriques en Ontario», *Santé mentale au Québec*, vol. 22, n° 2, p. 53-70.
- Barnard-Thompson, K. et P. Leichner (1996). «Psychiatrist administrators in Ontario psychiatric hospitals: Roles and job satisfaction», *Administration and Policy in Mental Health*, vol. 24, n° 2, p. 167-171.
- Bertakis, K. D. *et al.* (2000). «Gender differences in the utilization of health care services», *The Journal of Family Practice*, vol. 49, n° 2, p. 147-152.
- Bissinger, C. (2009). *Analyse critique de la réforme des services de santé mentale en Ontario*, mémoire de maîtrise en service social, Ottawa, Université d'Ottawa.

- Bloom, D. J. et S. Sussman (1989). *Pioneers of Mental Health and Social Change, 1930-1989*, London, Third eye.
- Bouchard, L. et M. Desmeules (2011). *Minorités de langue officielle du Canada. Égales devant la santé?*, Québec, Presse de l'Université du Québec.
- Brugère, F. (2011). *L'éthique du «care»*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Camirand, C. (1997). *La désinstitutionnalisation psychiatrique et le «communautaire» en Ontario... De quoi parle-t-on? Enjeux de la réforme des soins de santé mentale en Ontario*, mémoire de maîtrise en service social, Ottawa, Université d'Ottawa.
- Chouinard, S. (2012). «Quel avenir pour le projet autonomiste des communautés francophones en situation minoritaire? Réflexion sur les politiques publiques canadiennes en matière de langues officielles», *Minorités linguistiques et société*, vol. 1, p. 195-213.
- Corbeil, J.-P., C. Grenier et S. A. Lafrenière (2007). *Les minorités prennent la parole : résultats de l'Enquête sur la vitalité des minorités de langue officielle*, Ottawa, Statistique Canada.
- Damamme, A. et P. Paperman (2009). «Care domestique: délimitations et transformations», dans P. Molinier, S. Laugier, et P. Paperman (dir.), *Qu'est-ce que le care? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*, Paris, Éditions Payot et Rivages, coll. «Petite Bibliothèque Payot», p. 133-155.
- Dorvil, H. (1987). «Les caractéristiques du syndrome de la porte tournante à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine», *Santé mentale au Québec*, vol. 12, n° 1, p. 79-89.
- Gilligan, C. (2008). *Une voix différente pour une éthique du care*, 3^e éd., Paris, Flammarion, coll. «Champs Essais».

- Glenn, E. N. (2009). «Le travail forcé: citoyenneté, obligation statutaire et assignation des femmes au *care*», dans P. Molinier, S. Laugier et P. Paperman (dir.), *Qu'est-ce que le care? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*, Paris, Éditions Payot et Rivages, coll. «Petite Bibliothèque Payot», p. 115-131.
- Goering, P., D. Wasylenki et J. Durbin (2000). «Canada's mental health system», *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 23, n^{os} 3-4, p. 345-359.
- Graham, R. (1988). *Building Community Support for People: A plan for Mental Health Services in Ontario*, Bishops Mills, The Provincial Community Mental Health Committee
- Guberman, N. (1990). «Les femmes et la politique de santé mentale», *Santé mentale au Québec*, vol. 15, n^o 1, p. 62-84.
- Hartford, K. *et al.* (2003). «Four decades of mental health policy in Ontario, Canada», *Administration and Policy in Mental Health*, vol. 31, n^o 1, p. 65-73.
- Herz, M. I. et J. Endicott (1975). «Brief hospitalization of patients with families: Initial results», *American Journal of Psychiatry*, vol. 132, n^o 4, p. 413-417.
- Heseltine, G. F. (1983). *Towards a Blueprint for Change: A Mental Health Policy and Program Perspective*, Toronto, ministère de la Santé de l'Ontario.
- Hôpital Montfort (2014). «Montfort a 60 ans!», <<http://www.hopitalmontfort.com/fr/60ans>>, consulté le 19 mars 2014.
- Kelly, S. et H. P. McKenna (2004). «Risks to mental health patients discharges into the community», *Health, Risk & Society*, vol. 6, n^o 4, p. 377-385.

- Laugier, S. (2009). «L'éthique comme politique de l'ordinaire», *Multitudes*, vol. 37-38, p. 80-81, <<http://www.cairn.info/revue-multitudes-2009-2-page-74.htm>>, consulté le 6 janvier 2012.
- LeBlanc, G. (2007). *Vies ordinaires, vies précaires*, Paris, Éditions du Seuil.
- LeBlanc, G. (2009). *L'invisibilité sociale*, Presses universitaires de France.
- Ministère de la Santé de l'Ontario (1993). *Mettre la personne au premier plan. La réforme des services de santé mentale en Ontario [Putting People First]*, Toronto, ministère de la Santé de l'Ontario.
- Ministère de la Santé de l'Ontario (1999). *Franchir les étapes. Cadre de prestation des services de santé mentale et des services de soutien connexes*, Toronto, ministère de la Santé de l'Ontario.
- Mulvale, G., J. Abelson et P. Goering (2007). «Mental health service delivery in Ontario, Canada: How do policy legacies shape prospects for reform», *Health Economics, Policy and Law*, vol. 2, p. 363-389.
- Newman, D. (1998). *Mental Health: 2000 and Beyond. Strengthening Ontario's Mental Health System*, Ministry of Health and Long-term Care of Ontario, <<http://www.health.gov.on.ca/en/public/publications/mental/mentalreform.aspx>>, consulté le 19 mars 2014.
- Noone, J. H. et C. Stephens (2008). «Men, masculine identities, and health care utilisation», *Sociology of Health and Illness*, vol.30, n° 5, p. 711-725.
- Paperman, P. et S. Laugier (dir.) (2011). *Le souci des autres. Éthique et politique du care*, 2^e éd., Éditions de l'École des Hautes Études en sciences sociales.

- Poulin, C. et R. Massé (1994). «De la désinstitutionnalisation au rejet social: point de vue de l'ex-patient psychiatrique», *Santé mentale au Québec*, vol. 19, n° 1, p. 175-194.
- Radio-Canada (2011). Radio journal, 8 juin, <http://www.radio-canada.ca/audio-video/#urlMedia=http://radiocanada.ca/Medianet/2011/CBF/Radiojournal201106081700_5.asx&pos=0>, consulté le 5 octobre 2011.
- Raid, L. (2009). «Care et politique chez Joan Tronto», dans P. Molinier, S. Laugier et P. Paperman (dir.), *Qu'est-ce que le care? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*, Éditions Payot et Rivages, coll. «Petite Bibliothèque Payot», p. 57-87.
- Rocheffort, D. A. et J. H. Portz (1993). «Different systems, shared challenges: Assessing Canadian mental health care from a U.S. perspective», *American Review of Canadian Studies*, printemps, p. 65-82.
- Sealy, P. et P. C. Whitehead (2004). «Forty years of deinstitutionalization of psychiatric services in Canada: An empirical assessment», *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 49, n° 4, p. 249-257.
- Simmons, H. G. (1990). *Unbalanced mental health policy in Ontario, 1930-1989*, Toronto, Wall and Thompson.
- Traisnel, C. et E. Forgues (2009). «La santé et les minorités linguistiques : l'approche canadienne au regard de cas internationaux», *Francophonies d'Amérique*, vol. 28, p.17-46.
- Tronto, J. (2009). *Un monde vulnérable pour une politique du care*, Paris, Éditions La Découverte.
- Tyhurst, J.S. et al. (1963). *More for the mind: A study of Psychiatric Services in Canada*, Toronto, Canadian Mental Health Association, Committee on Psychiatric Services.

5. Résultats

La section des résultats présente deux articles. Le premier porte sur l'effet de la chronicisation de la maladie mentale sur le milieu familial et le second sur le réseau hospitalier. Les 216 dossiers de notre échantillon ont été consultés pour une première analyse à laquelle nous avons ajouté une analyse par thèmes (appendice 5), spécifiquement, dans 30 dossiers de patients sélectionnés de façon aléatoire, soit jusqu'à la saturation des données. Les données sociodémographiques de ces 30 patients se retrouvent à l'appendice 6. Ces méthodes d'analyse combinées permettent de comprendre le processus de déshospitalisation et les fréquentes hospitalisations auprès des patients atteints de troubles psychiques. Le deuxième article traite du rôle des infirmières psychiatriques, notamment lors de la planification des congés auprès de la clientèle psychiatrique.

Référence :

Harrisson, S. (2016). L'effet de la chronicisation de la maladie mentale sur le milieu familial et le réseau hospitalier Est-ontarien: une étude socio-historique. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, 2, 41-48.

L'EFFET DE LA CHRONICITÉ DE LA MALADIE MENTALE SUR LE MILIEU
FAMILIAL ET LE RÉSEAU HOSPITALIER EST-ONTARIEN:
UNE ÉTUDE SOCIO-HISTORIQUE

Résumé

Introduction – Malgré les efforts mis en place pour transférer les soins psychiatriques hors des institutions, l'hôpital général demeure la porte d'entrée principale aux services de santé mentale.

Objectif de l'étude – L'objectif de cet article est de présenter les effets de la chronicisation de la maladie mentale sur la famille et ses répercussions sur le réseau hospitalier.

Méthode – La méthode utilisée, l'approche socio-historique, permet de faire un lien entre les événements du passé et ceux du présent afin de comprendre une problématique qui perdure.

Principaux résultats – L'analyse qualitative révèle: la présence des familles lors des premières admissions; l'implication des familles lors de l'hospitalisation; le désengagement des familles éventuel et l'isolement des patients. La chronicisation de la maladie mentale et la charge du *care* des familles sont sous-estimées dans la problématique des fréquentes ré-hospitalisations.

Mots clés

Approche socio-historique – Chronicité maladie mentale - Maladie mentale – Soins psychiatriques Canada

Depuis les quarante dernières années, les instances gouvernementales ontariennes ont tenté de transférer les soins psychiatriques hors des murs institutionnels. Toutefois, malgré les efforts mis en place pour soutenir ce système, la réinsertion sociale s'avère difficile et l'hôpital général demeure la porte d'entrée principale aux services de santé mentale. En effet, la fréquence des visites de patients dans les départements de psychiatrie de courte durée et les hospitalisations prolongées font toujours obstruction à un programme de santé mentale efficace en Ontario.

La Commission de la santé mentale du Canada [1] estime qu'un Canadien sur cinq éprouve un problème de santé mentale et que cela coûte près de 50 milliards de dollars par année aux contribuables canadiens. Le transfert des soins psychiatriques à la communauté augmente la charge du *care* auprès des familles. Ces dernières sont ainsi directement affectées par la maladie mentale d'un de leurs proches. Cette étude longitudinale met en lumière l'effet de la chronicité de la maladie mentale sur le milieu familial et sur le réseau hospitalier de l'Est-ontarien.

CONTEXTE ONTARIEN

Le Canada est divisé en dix provinces et trois territoires. La province de l'Ontario se situe entre la province de Manitoba à l'Ouest et la province du Québec à l'Est. Elle est la province la plus peuplée du pays. Le Canada est composé de deux grandes communautés linguistiques, l'une anglophone et l'autre francophone [2]. L'anglais est la langue dominante dans tout le pays à l'exception de la province du Québec. En effet, 54 % des francophones hors Québec se situent en Ontario, soit 537 595 personnes [3] et la majorité des Franco-Ontariens est installée dans l'Est de la province.

REVUE DE LA LITTÉRATURE

Jusqu'ici, la littérature sur l'histoire de la folie est surtout axée sur la période pré-asilaire ou asilaire et, depuis peu seulement, sur l'effet de la désinstitutionnalisation psychiatrique et ses conséquences sur les familles [4-7]. Il est assez surprenant de constater que, à la fin du XIX^e siècle et au début du XX^e siècle, l'expérience d'une famille aux prises avec un membre atteint d'une maladie mentale n'est pas si éloignée de la réalité d'aujourd'hui. Même si l'institution asilaire est le haut lieu des soins psychiatriques jusqu'à la moitié du XX^e siècle, nous reconnaissons maintenant que la famille est indispensable dans le processus de libération des malades internés. Comme le rapportent Cellard et Thifault [5], l'asile rapidement surchargé voit «sa vocation de milieu thérapeutique se muer en siège d'enfermement». Cette situation est clairement mise en évidence dans les années 1960, en particulier avec le développement des neuroleptiques et l'émergence de la psychiatrie sociale. Ce contexte permet au courant antipsychiatrique de prendre de l'ampleur et de participer à la mise en place de nouvelles alternatives dans la prise en charge des malades mentaux. Ainsi est favorisée la communautarisation au modèle asilaire.

Suite à la désinstitutionnalisation et au processus de réinsertion sociale, la famille demeure l'acteur principal sur lequel repose la réussite des soins et des services en matière de santé mentale dispensés en milieu communautaire [6]. Les patients sont retournés dans leurs familles bien que celles-ci soient peu préparées à leur nouveau rôle de soignant [7]. Plusieurs chercheurs en sociologie, en psychologie, en service social et en sciences infirmières se sont penchés sur les conséquences de cette transition institutionnelle auprès du réseau familial. Tous affirment que la chronicité de la maladie mentale affecte la famille sur plusieurs points et celle-ci devient de plus en plus en détresse avec le temps [7-11]. Certains auteurs mentionnent l'augmentation des problèmes conjugaux [12,13], l'isolement des membres de la famille [8, 11, 12,14] et les relations altérées avec

la fratrie [12, 15]. D'autres questionnent l'efficacité des familles à prendre soin des personnes affectées, avançant que le milieu familial contribuerait au développement de la maladie mentale [13, 14]. Quoi qu'il en soit, la difficulté de trouver du soutien dans le réseau communautaire demeure une problématique actuelle, mais vieille de quarante années [7, 8, 11, 15,16], pour laquelle peu d'auteurs émettent des recommandations tenant compte du rôle incontournable des familles [17].

OBJECTIF

Cette étude s'inscrit dans le cadre d'un projet doctoral en sciences infirmières portant sur le processus de « déhospitalisation » (transition entre le centre hospitalier et les services communautaires) des patients « psychiatisés » en situation minoritaire francophone dans l'Est-ontarien entre 1976 et 2006. Il s'agit d'une période influencée par la première vague de désinstitutionnalisation psychiatrique comprenant, entre autres, l'exode des patients internés dans les hôpitaux psychiatriques provinciaux et l'ouverture de plusieurs unités psychiatriques de courte durée dans les hôpitaux généraux. L'objectif de cet article est de présenter l'effet de la chronicisation de la maladie mentale sur la famille et les répercussions sur le réseau hospitalier.

MÉTHODE

La méthode utilisée dans cette étude est l'approche sociohistorique. Elle s'inscrit dans la tradition de la continuité, c'est-à-dire la capacité de faire le lien entre le passé et le présent [18]. Puisqu'il existe toujours certaines problématiques face aux fréquentes admissions dans les départements de psychiatrie de courte durée, aux hospitalisations prolongées et aux services communautaires offerts aux personnes atteintes de troubles psychiques, il devient pressant de porter

un regard critique sur le cours des événements qui a mené à certaines décisions politiques quant à la prise en charge de ces individus. L'approche longitudinale choisie met en lumière les différents défis de la « déhospitalisation » et de la communautarisation des services psychiatriques. En effet, elle favorise une compréhension complète des événements en tenant compte des systèmes politiques, économique et social qui influencent la prise de décision concernant le système de santé mentale ontarien.

Diverses sources primaires ont été analysées dans ce projet de recherche. Les rapports gouvernementaux et les politiques ontariennes en santé mentale effectifs entre 1963 et 1999 permettent une compréhension des répercussions des décisions politiques sur le système de santé mentale et, à plus petite échelle, dans les établissements hospitaliers. Les registres d'admissions du département de psychiatrie de l'hôpital Montfort procurent une liste exhaustive des patients hospitalisés entre 1976 et 2006. De plus, cette source fournit diverses informations démographiques telles que l'âge, le sexe, le nombre d'admissions, la durée des séjours, le médecin traitant et les consultants, les codes de diagnostic et certaines procédures. Les registres d'admission ont servi également à la première étape de l'élaboration d'une base de données [19]. Les dossiers de patients hospitalisés sur le département de psychiatrie ont également été utilisés afin de comprendre l'état psychique et émotif des personnes hospitalisées, leur relation avec les membres de la famille, la préparation au congé et la problématique des fréquentes réadmissions sur le département [19].

Après quatre années dans les archives de l'hôpital Montfort, nous avons réalisé, à l'aide du logiciel FileMaker [19], une base de données qui collige plus de 15 000 admissions, soit 7 535 patients admis une ou plusieurs fois au département de psychiatrie au cours des trente années de notre étude. Considérant le nombre important de dossiers répertoriés, il a été décidé de sélectionner, sur une base quinquennale, un échantillon de 20% des patients hospitalisés trois fois et plus. Au

final, cette étude s'appuie sur le contenu de 216 dossiers de patients psychiatriques. Le critère de sélection de trois admissions ou plus permet d'obtenir un échantillon diversifié qui inclut autant les cas aigus que chroniques.

Les résultats présentés dans cet article sont tirés d'une minutieuse analyse thématique de 30 dossiers de patients psychiatriques hospitalisés entre 3 et 47 fois, sélectionnés aléatoirement, et dans lesquels les formulaires « Résumés de sortie » et « Notes nursing » ont été consultés, spécifiquement, pour les données qualitatives.

CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

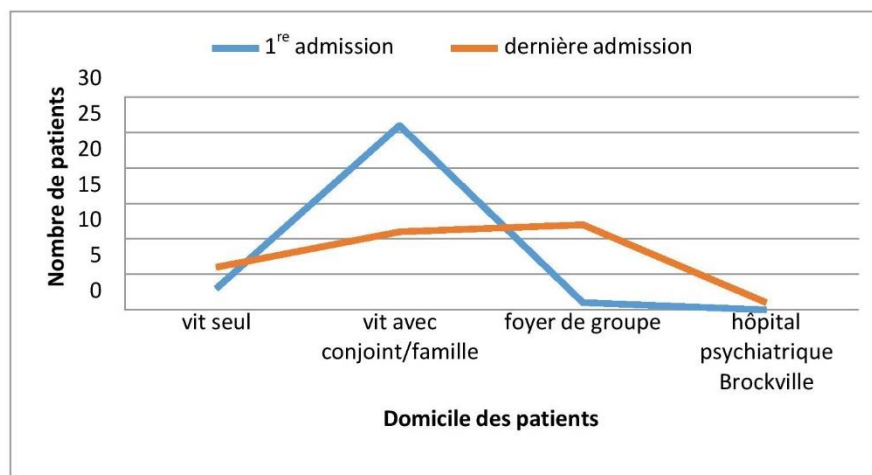
Le protocole de cette étude a été approuvé par les instances éthiques de l'université d'Ottawa et de l'hôpital Montfort. De plus, les chercheurs et assistants de recherche ont individuellement signé un engagement de confidentialité afin de s'assurer qu'aucune information ne soit révélée à des membres autres que le personnel de recherche [19]. Selon une entente avec le bureau éthique de l'hôpital Montfort, les données dépersonnalisées sont conservées sur le bureau virtuel de Montfort.

RÉSULTATS

Le corpus de cette étude se résume à 30 dossiers de patients admis au département de psychiatrie de l'hôpital Montfort entre 1976 et 2006. Les dossiers documentent entre 3 et 27 admissions, répartis comme suit : 47 % ont entre 3 et 5 admissions, 23 % entre 6 à 10 admissions et 30 % entre 11 et 27 admissions. Notre échantillon compte 63 % de femmes et 36 % d'hommes. Les groupes d'âge représentés sont : 18 à 30 ans (43 %), 31 à 40 ans (33 %), 41 à 50 ans (10 %), 51 à 60 ans (7 %), 61 à 70 ans (0 %) et plus de 71 ans (7 %). Les patients sont francophones,

anglophones ou bilingues, mais il est difficile d'émettre un pourcentage précis, car, d'une part, l'information n'est pas spécifiée dans tous les dossiers et, d'autre part, la majorité des patients francophones sont également anglophones (francophones 47 % dont 13 % sont bilingues; anglophones 3 %; la langue n'est pas indiquée dans 50 % des dossiers). Les diagnostics varient quelque peu, mais, pour la plupart, il s'agit d'un problème de dépression ou de phase dépressive lors de trouble bipolaire (58 %), de problèmes schizo-affectifs (30 %), d'alcoolisme (3 %), d'état délirant (3 %), de personnalité hystérique (3 %) et un cas de personnalité multiple (3 %).

Figure 1 : Lieu de domicile des patients admis au département de psychiatrie de l'hôpital Montfort, 1976-2006

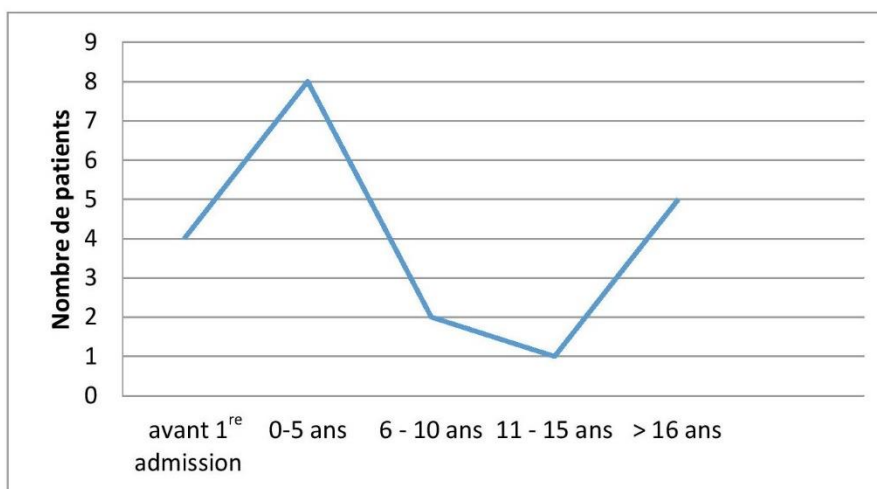


©Sandra Harrisson

Lors de leur première hospitalisation, la majorité des patients ne vivaient pas seuls (figure 1). Ils vivaient avec leur famille (87 %), c'est-à-dire leur conjoint, leurs enfants ou leurs parents ou, dans certains cas, en foyer de groupe (3 %). En examinant les réadmissions, nous notons fréquemment la transition du domicile familial vers des ressources d'hébergements communautaires (40 %)

(foyers de groupes ou de personnes âgées). D'autres individus se retrouvaient à vivre seul (20 %). Ce mouvement appuie l'hypothèse de la tendance des familles à se désinvestir auprès de leur malade au fil des années. Toutefois, il importe de mentionner que ce ne sont pas toutes les familles qui se désengagent des soins de la personne malade. En effet, sur l'échantillon étudié, 10 % des patients admis au département de psychiatrie entre 1976 et 2006 avaient un bon soutien de la part de leur conjoint tout au long de leur parcours psychiatrique. Par contre, 90 % des dossiers de patients hospitalisés mentionnent des problèmes conjugaux ou familiaux. De ce nombre, seulement 26 % des patients ont continué de demeurer dans la maison familiale au cours des 30 années de notre étude. Selon la figure 2, 15 % des personnes admises au département de psychiatrie étaient déjà séparées lors de leur première admission, mais la majorité des séparations, soit un total de 67 %, sont survenues, selon les documents, lors des admissions suivantes. Selon Statistiques Canada, le taux de divorce dans la province ontarienne se situe entre 19 % et 28 % dans les années 1976 à 2003 [20], ce qui corrobore l'hypothèse que les personnes atteintes de troubles mentaux seraient plus à risque de vivre une séparation. En fait, 40 % des séparations observées dans cette étude se sont produites entre la première et la cinquième année suivant la première hospitalisation psychiatrique (Fig. 2).

Figure 2 : Estimation, en nombre d'années, du désengagement du conjoint ou d'autres membres de la famille des patients hospitalisés au département de psychiatrie de l'hôpital Montfort, 1976-2006



©Sandra Harrisson

La lecture des dossiers des patients admis au département de psychiatrie de Montfort révèle l'impact de la chronicisation de la maladie mentale tant sur le réseau hospitalier que dans le milieu familial. En effet, quatre thèmes émergent de l'analyse, soit : la présence des familles lors des premières admissions; l'implication des familles lors de l'hospitalisation; le désengagement éventuel des familles; et l'isolement des patients. Ces thèmes facilitent la compréhension d'un des facteurs contribuant au problème des fréquentes hospitalisations dans les départements psychiatriques de courte durée des hôpitaux généraux. Ce phénomène, reconnu comme le « syndrome des portes tournantes », a été amplement documenté dans la population atteinte de trouble psychique. Il témoigne d'un manque organisationnel dans le réseau des services de santé mentale, tant au niveau communautaire qu'hospitalier, ainsi que de la chronicité d'un trouble réfractaire aux

interventions thérapeutiques et ce, sans oublier le fardeau d'une maladie chronique sur le milieu familial [21].

Présence des familles lors des premières admissions

Le premier constat lors de la lecture des dossiers des patients hospitalisés en psychiatrie de notre échantillon est la présence de la famille. En effet, contrairement à l'image véhiculée des personnes atteintes de troubles mentaux comme étant seules, isolées et avec peu de ressources, la majorité des patients de notre étude sont soutenus par les membres de leur famille, que ce soit leur conjoint, leurs parents, leur fratrie ou leurs enfants [22]. En fait, selon certains auteurs [7, 23], 35 % à 60 % des patients atteints sérieusement de troubles mentaux vivent avec leur famille. Celle-ci s'implique quotidiennement dans les soins au malade, sans relâche, jusqu'à l'épuisement, car, selon Karp, la famille se sent responsable de la personne atteinte de troubles mentaux [12].

Les familles sont les premières à voir certains signes de changement du comportement de la personne atteinte, sans toutefois vraiment saisir toute la dimension d'une désorganisation [12, 23]. Les perturbations du tempérament s'accroissent et deviennent un état de crise qui conduit l'individu à la salle d'urgence. Il s'agit d'une première visite, où les familles sont confrontées à leurs doutes sur l'état de santé défaillante de leur proche. C'est un endroit dans lequel elles espèrent trouver des réponses, mais surtout les traitements nécessaires à une guérison, qui est malheureusement moins que certaine. Selon Karp [12], pour la plupart des familles, le diagnostic clarifie l'historique des problèmes vécus et génère l'espoir d'une guérison possible, alors que, pour d'autres [23], il est un événement catastrophique dans la vie des individus qui constitue la famille.

Selon les dossiers de notre échantillon, lors de l'admission des patients, la famille est présente dans la majorité des cas, apportant du soutien à la personne nouvellement admise au département

de psychiatrie. Cela est documenté dans les notes infirmières qui décrivent l'arrivée des patients à l'unité. Les familles procurent un sentiment de sécurité aux patients en état de crise. Dans la note d'admission d'une dame âgée de 49 ans, on retrouve les informations suivantes :

20-04-1988 – 12h00 Assise à la salle du Dr Augustin avec son fils et son mari. Ne veut pas me voir, évite mes questions, dit qu'elle s'en va, qu'ici on ne l'aide pas et qu'on force les gens à marcher nus dans les corridors. Très ambivalente et anxieuse. Veut la présence de son mari partout où elle va. [...] Répond partiellement au questionnaire d'admission en présence de son fils. Évite les questions en disant qu'elle a besoin de marcher ou qu'elle répondra plus tard. [...].

(#2181-200488-nn)

La détérioration de l'état de santé de la personne atteinte de troubles mentaux oblige éventuellement les familles à recourir à des services spécialisés en santé mentale. Malheureusement, face au manque de ressources communautaires, ces familles n'ont d'autres choix que de quérir des services spécialisés dans le milieu hospitalier. C'est le cas de cet homme qui accompagne sa sœur, âgée de 47 ans, au département de psychiatrie en 1997. Ne pouvant plus la contrôler à la maison, il se résout à la faire hospitaliser. Cette dame a été hospitalisée à 8 reprises pour troubles psychiques.

04-03-1997– Admise via l'urgence sous Dr Faucher pour schizophrénie et retard mental. Pte très confuse accompagnée par son frère qui spécifie qu'elle est très agitée depuis plus d'un mois.

(#464-040397-nn)

Un bon nombre de patients reviennent périodiquement au département (57%) [22], à cause de la complexité ou la chronicité de leur maladie. Ce séjour permet un court répit aux

familles, même si celles-ci demeurent impliquées auprès du malade lors de son hospitalisation.

Implication des familles

Lors de l'hospitalisation, les familles sont, la plupart du temps, présentes auprès du malade. Elles leur rendent visite à des fréquences plus ou moins variées ou leur téléphonent lorsqu'elles sont plus éloignées ou incapables de se déplacer. Lors de ces visites, les familles discutent au solarium, au « vivoir » ou dans la chambre du patient. Elles vont parfois à la cafétéria avec lui, sur les marches à l'extérieur ou le sortent le temps d'un souper au restaurant ou pour faire les magasins. Les familles collaborent également dans la préparation de sorties. Elles accueillent leur malade chez elles lors de congés partiels ou les accompagnent à leur demeure. Elles assurent régulièrement le transport entre les milieux hospitalier et familial. De plus, elles collaborent avec l'assistante sociale pour organiser le plan de sortie.

Les familles s'impliquent dans les soins du patient, mais on se rend compte au fil des années et des crises répétitives qu'elles ont tendance à se désinvestir et apportent moins de soutien au malade. Cela s'explique peut-être par le fait que la première admission dans un département de psychiatrie de courte durée est vue, par les membres de la famille, comme une réponse et une solution à leur problème, sans pleinement réaliser qu'il s'agit plutôt d'un soutien temporaire. Dans les faits, l'hospitalisation est simplement le point de départ d'une série de problèmes continus, soit le commencement d'un parcours institutionnel [12] provoqué par la chronicisation de la maladie mentale.

Désengagement de la famille

La maladie chronique, par définition, ne se guérit jamais. D'un point de vue infirmier, on la définit comme un état irréversible qui affecte tous les aspects de la vie de l'individu atteint, mais pour lequel on tente de maintenir la santé et de prévenir les détériorations possibles [24]. La sévérité du dysfonctionnement psychique entraîne la chronicisation de la maladie mentale. Selon Montgomery et Kosloski [25], les familles sont généralement responsables des soins de longue durée. Dans le milieu familial, au sein des couples, l'aidant naturel est principalement le conjoint, tandis que les enfants prennent la relève en l'absence de celui-ci; dans les cas d'adultes sans relation amoureuse stable, ce sont les parents. La tâche du *care* est souvent reléguée aux femmes de ces familles. Montgomery et Kosloski [25] ont développé un cadre conceptuel identifiant la trajectoire des aidants face à la maladie chronique. Cette trajectoire est divisée en sept indicateurs, soit : (1) l'exécution des tâches de soins; (2) l'auto-définition du rôle de soignant; (3) la prestation personnalisée des soins; (4) la recherche ou l'utilisation des ressources externes; (5) la considération de l'institutionnalisation; (6) le placement en institution et (7) la résiliation du rôle d'aidant [25]. Ce cadre sied bien au constat que nous pouvons tirer de l'expérience des familles, sur le long cours, auprès de leur proche atteint de troubles psychiques et hospitalisés à répétitions.

La chronicisation de la maladie mentale avec les fréquentes admissions en psychiatrie explique, en partie, la dégradation de la relation familiale. En effet, la charge du *care* est plus intense lorsque le dysfonctionnement de la maladie mentale est élevé et requiert plusieurs hospitalisations, ce qui signifie que les périodes d'instabilité du patient sont plus fréquentes. De plus, les familles vivent une augmentation de stress lors du retour précoce de leur malade au domicile familial [26]. Il est clair, dans les « notes nursing » (notes des infirmières), que la majorité des familles présentes lors des premières hospitalisations se désinvestissent au fil des ans. Plusieurs auteurs documentent le fardeau du *care* auprès des personnes chroniquement atteintes de troubles mentaux et l'associent,

notamment, à l'épuisement des aidants [9, 11, 23,26-28]. Ceux-ci doivent faire face aux crises répétitives, aux délires, aux hallucinations, aux demandes déraisonnables, aux abus verbaux, aux comportements violents, aux idées suicidaires et à l'abus d'alcool ou de drogues [28]. La dépendance de la personne malade envers sa famille contribue certainement à l'épuisement de celle-ci. Les demandes accrues causent certaines tensions au sein de la famille. Par exemple, une dame de 38 ans connue, avec une personnalité hystérique, est séparée de son conjoint depuis 1977. Le médecin rapporte, dans son résumé de sortie, la tension que vivent les membres de sa famille.

16-10-1980 - According to patient's sister, the patient has been showing signs of severe personality disorder for years. Her life was erratic and so were her emotional relationships. She expects the members of her family to come to her rescue at any time, calls them unexpectedly late at night but in return is mean to them and they live in a fear of what is going to happen next.

(#222-161080-rs)

Tessler et Gamache [28] indiquent que les problèmes de comportements les plus souvent signalés sont les demandes excessives d'attention. Ces demandes augmentent lorsque la personne a peu de centres d'intérêt et qu'elle dépend totalement des membres de sa famille. Cela augmente la charge du *care* des aidants naturels.

La charge constante du *care* a également un impact sur les relations familiales. En fait, plus la maladie mentale est sévère, plus la relation aidant-aidé est fragilisée [28]. Les perturbations de ces relations entraînent souvent le désinvestissement d'un ou des membres de la famille [26-28]. Comme l'explique Karp [12], certains aidants arrêtent, à un certain moment, de s'occuper de leur malade. Cette décision survient lorsqu'ils réalisent que tous leurs efforts sont vains et que continuer minera, éventuellement, leur propre santé et l'intégrité de leur identité [11]. On retrouve

couramment, dans les dossiers de patients, ce type de désinvestissement. C'est le cas du mari de cette patiente, alors âgée de 40 ans. Il la ramène à l'hôpital, car il ne peut plus s'occuper d'elle. Le médecin indique dans son résumé de sortie :

06-12-1978 - Madame s'était améliorée relativement bien mais il était toujours prévu qu'elle et son mari se séparent ce qui compliquait énormément le problème du traitement de sa dépression. À peu près cinq semaines suivant son admission à l'hôpital, son mari avait consenti de lui donner une autre chance et elle devait passer la fin de semaine avec lui à son domicile. Durant cette fin de semaine cependant, madame était tout à fait immobilisée, ne pouvant prendre part aucunement dans le quotidien et ne pouvait même pas parler à son mari et à ses enfants. Le problème était grave à un tel point que son mari la retourne à l'urgence de l'hôpital. Les quelques jours suivants cette tentative de réconciliation avec son mari, madame donnait une apparence psychotique étant tout à fait muette et ne semblait pas comprendre ce qu'on lui disait et généralement son jugement était tout à fait fautif.

(#2424-061278-rs)

Le couple s'est séparé et la dame a perdu la garde de ses enfants. Elle est partie vivre avec sa sœur à Montréal. Cette analyse préliminaire tend à nous convaincre que, à long terme, plusieurs couples se séparent et le patient perd le soutien familial. Cette perte engendre souvent un sentiment de solitude et d'isolement chez la personne malade.

Isolement social

L'isolement social est défini comme un état dans lequel un individu n'a pas de sentiment d'appartenance sociale, a peu de contacts sociaux et manque d'interactions enrichissantes avec

autrui [29]. Il devient plus apparent lorsqu'il y a un changement ou une perte du réseau social [30]. Lorsque la maladie mentale devient chronique, la famille et les amis tendent, éventuellement, à se désinvestir de la relation avec l'individu malade. Le désengagement du milieu familial génère un sentiment de solitude et d'isolement chez la personne atteinte de troubles mentaux.

Plusieurs patients admis au département de psychiatrie de l'hôpital Montfort ont recours aux services hospitaliers à la suite du désinvestissement de leur famille. Ils se présentent avec des problèmes de solitude et d'insécurité, ou encore, ils sont à la recherche d'un logement approprié pour leurs besoins. Le diagnostic infirmier de l'isolement sociale se caractérise selon les conditions suivantes : (1) absence de soutien de personnes significatives; (2) sentiment de solitude imposé par autrui; (3) sentiment de rejet; (4) apathie; (5) isolement; (6) peu de contact avec les autres; (7) conscient d'être isolé; (8) manque ou absence de contact avec des personnes dans la communauté [31]. On retrouve ces caractéristiques chez un bon nombre de patients hospitalisés en psychiatrie. Par exemple, un homme âgé de 47 ans, séparé de sa conjointe, est admis à 11 reprises dans le département entre 1976 et 2003. Lors d'une entrevue avec l'infirmière, ce patient verbalise les sentiments vécus face à son isolement.

13-05-2001 – Entrevue de 30 min où il nous parle de ses idéations suicidaires – pense parfois à la pendaison – n'a aucune raison de vivre – ne s'aime pas - [...] – se dit découragé de la vie – pas de contact avec ses enfants depuis que sa femme l'a quitté – larmoyant lors de notre rencontre [...].

(#2459-130501-nn)

Dans un autre cas, même si son mari continue de soutenir cette patiente durant ses nombreuses hospitalisations, celle-ci se plaint de la perte de son réseau social. En effet, elle accepte difficilement

l'éloignement de ses frères et sœurs depuis quelques années. Cette distance l'affecte, comme le démontrent les notes de l'infirmière.

060898- Besoin de présence +++ . S'ennuie – trouve le temps long – facilement larmoyante.

Se sent délaissée de la part de ses frères et sœurs qui ne la visitent plus – support donné.

(#pt2182.id11169.nn.pdf)

Selon Perese et Wolf [32], la moitié des personnes atteintes de troubles psychiques se sentent seules et isolées. Lors du désengagement de la famille, le patient perd la majorité de son réseau social, ce qui occasionne une certaine dépendance envers les soins hospitaliers et la récurrence des admissions. L'isolement social multiplie le phénomène de ré-hospitalisation et d'institutionnalisation chez les personnes seules [29]. En fait, la perte du soutien des membres de la famille auprès des personnes sérieusement atteintes de troubles mentaux les force à utiliser le réseau hospitalier pour combler leurs besoins physique, psychosocial et social [32].

Milieu familial mal adapté

Il importe de mentionner que tous les milieux familiaux ne sont pas adaptés pour prendre soin des personnes atteintes de maladie mentale. Dans cette étude, 2 patients sur 30 ont été victimes d'abus dans leur famille. Leur profil est similaire. Il s'agit de deux femmes âgées de 23 ans et 27 ans lors de leur première admission. Elles ont été respectivement hospitalisées 8 et 9 fois au département de psychiatrie, avaient un diagnostic de déficience intellectuelle ont été abusées l'une par son père, l'autre par son beau-père. Les intervenants ont noté des relations tendues et des problèmes familiaux, mais ont néanmoins renvoyé ces patientes chez elles. Selon la dernière note

inscrite à leur dossier, elles ont été toutes les deux placées dans une résidence, l'une à l'âge de 53 ans et l'autre de 49 ans. Les parents âgés ne pouvaient plus prendre soin d'elles et l'une d'entre elles s'est fait mettre à la porte du domicile familial.

DISCUSSION

L'analyse socio-historique des dossiers des patients admis au département de psychiatrie de l'hôpital Montfort entre 1976-2006 met en lumière l'effet de la chronicisation de la maladie mentale sur le milieu familial et le réseau hospitalier. On remarque certains cycles qui expliquent les nombreuses visites répétitives des patients au département.

Le premier s'explique par les hospitalisations reliées aux premières crises, à l'ajustement des médicaments et la stabilisation des patients. À ce stade, les personnes nouvellement diagnostiquées et leur famille entretiennent l'espoir de guérison. La famille est présente et impliquée dans les soins.

Le deuxième cycle s'étend sur quelques années lorsque la maladie mentale devient chronique. La lourdeur de la tâche du *care* épuise les familles. À bout de ressources, celles-ci ramènent les patients instables dans le réseau hospitalier pour obtenir des soins spécialisés et un court répit. La durée d'hospitalisation écourtée, ces familles doivent réintégrer leur malade, souvent instable, au sein de leur foyer.

Après plusieurs hospitalisations – en moyenne dans les cinq premières années –, la famille se désengage de la tâche du *care*. Le désinvestissement du milieu familial augmente l'isolement social des personnes atteintes de troubles mentaux, ce qui engendre un nouveau cycle de fréquentes ré-hospitalisations. Elles se sentent seules, s'ennuient et deviennent dépendantes du réseau hospitalier, et ce, jusqu'à ce que ces patients trouvent un endroit approprié pour vivre.

CONCLUSION

La « déhospitalisation » repose vraiment sur les ressources communautaires, dont le milieu familial est l'acteur principal. Les politiques en santé mentale ne semblent pas tenir compte de la charge du *care* demandée aux membres de la famille. Située dans la sphère privée, cette charge demeure invisible aux yeux de l'État, permettant ainsi à ce dernier de se déresponsabiliser quant aux soins à prodiguer aux patients. Il importe donc que les décideurs politiques incluent dans leur réflexion la charge du *care*, afin de soutenir davantage les familles qui prennent soin des personnes atteintes de troubles mentaux sévères et persistants. Cette étude propose une piste de solution, rarement envisagée, en s'intéressant spécifiquement au processus de désengagement des familles responsables de la charge du *care*. Comme le soulignent Tessler et Gamache [28], si les professionnels sont à la base du réseau formel de santé mentale, les familles sont responsables de la structure informelle, soit le système communautaire. Il est plus que temps d'investir dans cette organisation et de prendre le plus grand soin des membres de ces familles qui soutiennent le système de soins de santé mentale actuel.

REMERCIEMENTS

L'auteure remercie Marie-Claude Thifault pour sa direction dans ce projet doctoral, Carmen Bercier et Sophie Vallée, gestionnaires aux archives de l'hôpital Montfort, ainsi que les assistants de recherche Maxime Brunet, Isabelle Saumure, Gladys Bruyninx et Nicole Turmel pour leur précieuse collaboration au développement de cette étude.

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS

L'auteure déclare les sources de financements suivantes :

- Unité de recherche sur l'histoire des soins infirmiers (NHRU-URHN);
- Chaire de recherche sur la francophonie canadienne en santé;
- Réseau de recherche appliquée sur la santé des francophones en Ontario (RRASFO);
- MESR-universités.

RÉFÉRENCES

[1] Mental Health Commission of Canada. Toward recovery and well-being a framework for a mental health strategy for Canada: draft, for public discussion; 2009 [Disponible sur: <http://www.mentalhealthcommission.ca>].

[2] Foucher P. Francophone minoritaire en droit canadien : une question de choix? Rev Nouv Ont 2010-2011; 35-6 :47-67.

[3] Bouchard L, Desmeules M. Minorités de langue officielle du Canada. Égales devant la santé? Québec : Presses de l'Université du Québec; 2011.

[4] Nootens T. For years we have never had a happy home. In: Moran JE, Wright D, editors. Mental health and Canadian Society, historical perspectives. McGill-Queen's University Press; 2008. p. 49-68.

[5] Cellard A, Thifault MC. Une toupie sur la tête. Visages de la folie à Saint-Jean-de-Dieu. Éditions du Boréal; 2007.

[6] Benson PR. Deinstitutionalization and family caretaking of the seriously mentally ill: The policy context. Int J Law Psy. 1994; 17(2): 119-138.

[7] Lefley HP. Family caregiving in mental illness. Sage Publication; 1996.

- [8] Lefley HP. Family burden and family stigma in major mental illness. *Amer Psy*. 1989; 44(3): 556-560.
- [9] St-Onge M, Tessier L. Les personnes d'âge adulte ayant des troubles mentaux et la diversité de leurs besoins : des repères pour l'action. In : Emard R, Aubry T, editors. *Le suivi communautaire en santé mentale. Une invitation à bâtir sa vie*. Les Presses de l'Université d'Ottawa ; 2004. p. 1-29.
- [10] Cook J, Lefley HP, Pickett SA, Cohler BJ. Age and family burden among patients of offspring with severe mental illness. *Amer J Orthopsy*. 1994; 64(3): 435-447.
- [11] Rose LE, Mallinson RK, Gerson LD. Mastery, burden, and areas of concern among family caregivers of mentally ill persons. *Arch Psy Nurs*. 2006; 20(1): 41-51.
- [12] Karp DA. *The burden of sympathy: how families cope with mental illness*. New York; Oxford: Oxford University Press; 2002.
- [13] Anderson C. Depression and families. *J Psychotherapy Fam*. 2008; 3(3): 33-47.
- [14] Lavigne H. Rencontre avec des parents de schizophrènes. *Santé Mentale au Québec*. 1980; 5(1): 54-62.
- [15] Sjöblom LM, Hellzen O, Lilja L. «I scream for help»: A single case study of one sister's experiences with formal psychiatric care when her brother became mentally ill. *Health*. 2013; (5): 417-425.
- [16] Rose LE, Mallinson RK, Walton-Moss B. Barriers to family care in psychiatric settings. *J Nurs Scholar*. 2004; 36(1): 39-47.
- [17] Bonin JP, Chicoine G, Fradet H, Larue C, Racine H, Jacques M-C et al. Le rôle des familles au sein du système de santé mentale au Québec. *Santé Mentale au Québec*. 2014; 39(1) : 159-173.

- [18] Noiriél G. Conférence «Qu'est-ce que la socio-histoire?». Canal U; 2009 [Disponible sur: http://www.canal-u.tv/video/ifea/qu_est_ce_que_la_socio_histoire.15841].
- [19] Harrisson S, Bruyninx G, MacCordick, NMH, Tessier F. Note de recherche : Incursion dans les archives de l'Hôpital Montfort : Partir à la quête du processus de «déhospitalisation» des patients hospitalisés sur les unités psychiatriques de courte durée. Bulletin canadien d'histoire de la médecine. Sous presse.
- [20] Statistique Canada. Tableau 053-002 État civil, divorces, annuel (nombre), CANSIM (base de données). Gouvernement du Canada; 2005 [Disponible sur: <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a03>].
- [21] Dorvil H, Guttman HA, Ricard N, Villeneuve A. Défis de la reconfiguration des services de santé mentale. Pour une réponse efficace et efficiente aux besoins des personnes atteintes de troubles mentaux graves. Gouvernement du Québec Ministère de la Santé et des Services Sociaux; 1997.
- [22] Harrisson S, Thifault MC. Le langage du care et les politiques de santé mentale de l'Ontario, 1976-2006. In : Thifault MC, Dorvil H, editors. Désinstitutionnalisation psychiatrique en Acadie, en Ontario francophone et au Québec, 1930-2013. Presses de l'Université du Québec; 2014. p.87-109.
- [23] Kawashini Y. Families coping with mental illness. Stories from the US and Japan. Routledge Taylor and Francis Group; 2006.
- [24] Lubkins I. Chronic Illness: Impact and interventions. 3rd ed. Sudbury, MA: Jones & Bartlett; 1995.
- [25] Montgomery RJV, Kosloski KD. Change, continuity and diversity among caregivers. [Disponible sur: http://catalogue.iugm.qc.ca/GEIDEFile/16211.PDF?Archive=193257991143&File=16211_PDF_1].

- [26] Keitner GI, Ryan CE, Heru A. Families of people with bipolar disorder. In: Sartorius N, Leff J, Lopez-Ibor JJ, Maj M, Okasha, A, editors. Families and mental disorders. From burden to empowerment. Wiley; 2005. p. 69-85.
- [27] Leff J. Families of people with major depression. In: Sartorius N, Leff J, Lopez-Ibor JJ, Maj M, Okasha, A, editors. Families and mental disorders. From burden to empowerment. Wiley; 2005. p. 55-68.
- [28] Tessler R, Gamache G. Family experiences with mental illness. Auburn House; 2000.
- [29] Nicholson NR. A review of social isolation: An important but underassessed condition in older adults. *J Primary Prevention*. 2012; (33): 137-152.
- [30] Luskin BD. Social isolation. In: Lubkin IM, Larsen PD, editors. Chronic illness, impact and interventions. 6th ed. Jones and Bartlett Publishers; 2006. p. 121-146
- [31] Gordon M. Manual of nursing diagnosis. Jones and Bartlett Publishers; 2010.
- [32] Perese EF, Wolf M. Combating loneliness among persons with severe mental illness: social network interventions' characteristics, effectiveness, and applicability. *Iss Ment Health Nur*. 2005; (26): 591-609.

Référence:

Harrison, S. (2017). *Psychiatric nurses: an invisible role in the transition between the general hospital and the community*. Dans Hähner-Rombach, S. & Nolte, K. (eds). *Patients and social practice of psychiatric nursing in the 19th and 20th century*. Stuttgart. Franz Steiner Verlag.

Psychiatric Nurses:

An invisible role in the transition between the general hospitals

And the community³⁵⁻³⁶

Sandra Harrison

Summary

Ontario (Canada) committed to the process of deinstitutionalization following the publication of the report, *More for the Mind* in 1963. This report recommended reducing the number of institutionalized patients in the provincial psychiatric hospitals and instigated the opening of acute care units in general hospitals for the care of patients with mental disorders. During this transitional period toward community care, several short-stay psychiatric departments opened in the general hospitals. This transition of care increased the demand for psychiatric nurses in the community. These nurses had to adapt to the new acute care setting and to prepare patients for an early return to their home. The psychiatric nurses had to redefine their role and their professional identity within the health care team as the treatment of patients underwent this transition. The nurses' observations, as recorded in the nursing notes, contributes to the treatment plans and the discharge planning of psychiatric patients.

³⁵ The author gratefully acknowledge the financial support of the Nursing History Research Unit (NHRU-URHN), Chaire de recherche sur la francophonie canadienne en santé, IRSC - Projet « Champ francophone de la désinstitutionnalisation en santé mentale », Réseau de recherche appliquée sur la santé des francophones en Ontario (RRASFO), MESRS – université.

³⁶ I would like to thank Marie-Claude Thifault and Jayne Elliot for the review of this paper and their support on this project, the Montfort archives managers and the research assistants for their precious collaboration.

Introduction

Years ago, the care of psychiatric patients constituted confinement inside institutions for a long period of time. Quite often, patients stayed in the asylum for a large part of their life, experimenting occasionally with short leaves with their families. The deinstitutionalization movement promoted community care as an alternative to the traditional asylum model. For the past 40 years, the province of Ontario (Canada), has attempted to transfer psychiatric care outside institutional walls with the purpose of socially reintegrating people with mental disorders into the community. During this transitional period toward community care, several short-stay psychiatric departments opened in the general hospitals to provide care for those individuals. This transition of care increased the demand for specialized health care professionals. Among these, psychiatric nurses had a central role, adapting to the new acute care setting and preparing patients for an early return to their home in the community.

My study, based on the medical records of psychiatric patients and admission records of the Psychiatric Department at the Montfort Hospital in Ottawa, Ontario, between 1976 and 2006, offers a new analysis of this transformation. A socio-historical perspective will be used to understand the transinstitutional trajectory of patients with chronic mental disorders in a French language minority context. The access to active³⁷ and inactive patient charts brings a new understanding of the history of psychiatry, dehospitalization of the mentally ill and the nurse's role in the short-term psychiatric units.

The deinstitutionalization movement compelled psychiatric nurses to redefine their role and their professional identity within the health care team as the treatment of patients underwent a paradigm shift. Nurses' expertise in chronic mental care contributed to the development of acute

³⁷ In this study, the author has access to current patient's charts. Some patients in this project are still being treated in the acute-care psychiatric ward in Montfort hospital today.

psychiatric care in general hospitals. The nurses' observations of patient behaviours, as recorded in the nursing notes, influenced the treatment plans and the discharge planning of patients to the community. This chapter presents a short context of the province of Ontario, the historical process of the opening of the acute care psychiatric department at Montfort Hospital, and the role of the psychiatric nurses there, including their involvement in the discharge process of the mentally ill patient.

CONTEXT

Canada is divided into ten provinces and three territories. The province of Ontario, the most populous province, is bordered by the province of Manitoba to the west and the province of Quebec to the east. Canada has two major linguistic communities, one Anglophone and the other Francophone.³⁸ English is the dominant language throughout the country except in the province of Quebec. Ontario has the highest percentage of Francophones in Canada, excluding Quebec. Indeed, 54% of Francophones outside Quebec are located in Ontario³⁹, and the majority of Franco-Ontarians live in the east of the province.

Although the city of Ottawa, in which the Montfort is located, is supposed to be bilingual, the majority of the population is English-speaking. Access to health services appeared quite difficult for Francophones until the Montfort hospital was founded in 1953 to provide health care to this population. The hospital rapidly took an important part in the Franco-Ontarian community, today is the only community hospital to provide care in the French language in eastern Ontario –

³⁸ Foucher (2010-2011), p. 54

³⁹ Bouchard / Desmeules (2011), pp. 5-6.

significant because access to health services in one's own language is especially important for patients with a mental illness who are particularly vulnerable.⁴⁰

Opening of the psychiatric department in the Montfort hospital

Ontario committed to the process of deinstitutionalization following the publication of the report '*More for the Mind*' in 1963⁴¹. This report recommended reducing the number of institutionalized patients and decentralizing services that had previously been provided in the dedicated provincial psychiatric hospitals. In addition, it promoted integrating psychiatric care in general hospitals with continuing care and treatment in the community.⁴²⁻⁴³ The report instigated the opening of acute care departments in general hospitals for the care of patients with mental disorders.

Negotiations to open such a department at the Montfort Hospital in Ottawa began in 1971. This project was approved quickly by the administrative committee and the director of the hospital under the condition of obtaining approval from the health ministry along with the necessary funds.⁴⁴ Over the next five years, M. D'Amours, the executive director at the Montfort, and Dr Blais, chief psychiatrist, developed and planned the implementation of this department of 30 psychiatric beds. I found the details of this planning in the hospital archives, such as the estimate of operational costs and equipment as well as proposed wages.

⁴⁰ Harrisson / Bruyninx / MacCordick / Tessier (2015), p. 413. To learn more about the crisis concerning the attempted closure of the Montfort in 1997 and the process to reverse the government's decision, please refer to Gratton (2003). The Hospital remained open based on the rights of Francophones to receive health services in French.

⁴¹ Tyhurst et al. (1963). This report is the precursor of psychiatric care in the community in Ontario. It followed the global trend toward deinstitutionalization arguing that patients who need short-term psychiatric care can be treated in general hospitals and then returned to the community.

⁴² Greenland / Griffin / Hoffman (2001), pp. 7-8.

⁴³ This segment defines the term «dehospitalization».

⁴⁴ Montfort Archives, Letter addressed to M. D'Amours from M. Teasdale, Chairman Hospital Planning Committee, June 29, 1971

The new psychiatric department opened in 1976. Its function was "to provide a comprehensive community psychiatric service that accepts all kinds of psychiatric patients selected with no limiting criteria. The treatment setting will be short-term acute care with an early return to the community."⁴⁵ The department, using an eclectic approach in a therapeutic environment, put an emphasis on group activities,⁴⁶ which meant that all professional members of the psychiatric department had a therapeutic role and could be called on to be a therapist. Thus, different approaches and therapeutic techniques were accepted and promoted according to patient needs.

The personnel consisted of one multidisciplinary team per ten hospitalized patients. It was composed of one each of a psychiatrist, psychologist, social worker, and occupational therapist, with the rest being psychiatric nurses.⁴⁷ The goal was to establish a balanced team, although the number of nurses was larger in the short-term psychiatric department than in other disciplines. This team followed people with a mental illness in their journey through community services, that is, the day center, the external clinic and the general hospital, if they needed to be admitted.

The role of acute-care psychiatric nurses

The transition of psychiatric services between provincial psychiatric hospitals and the community has been somewhat studied. There is some research on the transformation of the role of nursing in the community,⁴⁸ but few authors have been interested in the new role of psychiatric

⁴⁵ Montfort Archives, Document draft – compagnie architectes Agnew, Peckham & Associates LTD, May 1972

⁴⁶ Montfort Archives, Document «Sketched Program», not dated.

⁴⁷ Montfort Archives, Document «procédures et règlements du département de psychiatrie», January 9th, 1975, p.4

⁴⁸ For more information on this subject, please refer to Boschma (2012); Boschma / Groening / Boyd (2008); Boschma / Mychajilunow (2005); Church (1986)

nurses in the general hospital setting. I was determined to overcome this lack of information, but unfortunately, I was faced with an absence of data on this subject. Indeed, nurses' notes between 1976 and 1988 at Montfort Hospital were systematically destroyed in the microfiche version of inpatient records to address the storage problem of a large number of paper files. This destruction caused the loss of a great deal of historical evidence of the evolution of the nursing role during the early stage of deinstitutionalization. As Boschma has mentioned, "nurses have often left little written evidence of their practice."⁴⁹ However, the Montfort archives contained, in the section that dealt with the development of the psychiatric department, examples of the forms used for nursing notes and care plans. Some of the care plans demonstrated the revisions necessary as the patient's condition and needs constantly evolved. These documents illustrated individual nursing care and were a reminder of nursing interventions, lab work and other tests scheduled for each patient. Care plans were also used as a tool for communication between nursing personnel.⁵⁰ Little else remains from that period, however, that represents nursing work. During the data collection, the care plan was not included in the database because of their random frequency. However, the nurses' notes were left on the patients' files after 1988 and thus I was able to use those from that date until 2006 in this study to help to understand the role of psychiatric nurses in the acute care unit.

Charles Hanly, in his 1970 report *Mental Health in Ontario*,⁵¹ explained the current state of mental health care and services in the province and made some recommendations to the Ministry of Health. At the beginning of his report, he introduced two different views of mental health care. The first view adopted the ideal that everything possible must be done to assure that

⁴⁹ Boschma (2012), p.106

⁵⁰ Blackwood Kozier & Witter DuGas (1967), p.146

⁵¹ Hanly (1970)

each individual has the support necessary to obtain a healthy mental state. The second view is quite the opposite, guaranteeing care only to the severely ill who could endanger themselves or others in contact with them. For the remainder of people with a mental illness, their family and community should provide care and accommodation. It was thought that only a small number of people would require specialized mental health care. Hanly recommended in his report the establishment of a realistic goal between the utopian maximum and the traditional minimum.

During this period, the health network in Ontario was facing a shortage of psychiatrists and other mental health professionals.⁵² Hanly recognized that nursing in general was undergoing a transformation as a result of several factors such as a strong pressure toward specialization, a diminished need for general nursing and a shortage of nurses. Nevertheless, he believed that "two basic features of traditional nursing still prevail and are likely to prevail in the future: (1) in Ontario, nursing is essentially a woman's profession and; (2) the nurse is the one person who is involved in all aspects of the patient's care and well-being on an hourly and daily basis during hospitalization."⁵³ For him the function of the nurse in psychiatric settings was identical with that of nurses on a non-psychiatric ward: "The (1) supervision and/or provision of the general care of the patient; (2) dispensing of drugs being used in the treatment; (3) performance of routine medical checks when they are required; (4) ongoing observation of the progress of the patient and his treatment and (5) cooperation with other professional staff involved in the diagnosis and the treatment of the patient in the formation of a workable treatment program."⁵⁴ Hanly added that the psychiatric nurse might engage in a supportive and therapeutic relationship with the patient and

⁵² Hanly (1970), p. 3

⁵³ Idem, p.141

⁵⁴ Idem, p.142

develop personalized care on an individual basis.⁵⁵ But his description of psychiatric nurses does not reflect the entire scope of the responsibilities and expertise of those nurses.

The work of Hildegard Peplau, founder of modern psychiatric nursing, is helpful to understand the role of psychiatric nurses. In her first book, *Interpersonal Relations in Nursing: A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing*,⁵⁶ she conceptualized the process of the nurse-patient interaction, advancing the idea that these interpersonal phenomena have a qualitative impact on patient outcome.⁵⁷ She imagined that this distinct therapeutic role for nursing, oriented toward developing an interpersonal relationship, would help to understand the psychosocial behavioural problems of the patient rather than focusing on the mental illness diagnosis. According to Peplau, “interpersonal relations concepts provide a framework for understanding many of the dilemmas that patients’ experience [and these lie] within the domain of professional nursing practice.”⁵⁸ Her theory assists nurses to make sense of patients’ experience and behaviour related to their health and illness, including mental illness.⁵⁹ The development of her theoretical work coincided with the transition of care for mentally ill patients to the community setting and to short-term units in general hospitals. Today, Peplau’s theory is taught in nursing programs all over the world as part of general knowledge for nurses, and not only as part of the psychiatric curriculum.⁶⁰ In fact, “the nurse-patient relationship has become the center of nursing practice.”⁶¹

⁵⁵ Idem, p.143

⁵⁶ Peplau (1952) The first edition of her book was published in 1952 and reissued in 1991. The later editions remained similar of the original work except the preface written by the author. In this note, she recognized that «for the past decades, interpersonal theory has been greatly expanded by nursing research and social sciences» and «this book remains a useful foundation» for nurses (1991, p. vi).

⁵⁷ Peplau (1991); Callaway (2002)

⁵⁸ Peplau (1997), p. 162

⁵⁹ Idem

⁶⁰ Senn (2013) illustrated Peplau’s theory in other nursing specialities such as emergency room or rural nursing, pp.31-35

⁶¹ D’Antonio / Beeber / Sills / Naegle (2014), p.312

In the mid-20th century, the practice of psychiatric nursing faced major changes. Some nurses and psychiatrists resisted the increased independence of psychiatric nursing practice but others joined in developing this new nursing role. Several articles were written about this new trend of developing psychiatric nursing in the psychiatric hospital and the community⁶² but few authors were interested in the short-term psychiatric units in general hospitals. In her book, *The Psychiatric Nurse in the General Hospital*,⁶³ written in 1959, Mary Tudbury introduced the practice of psychiatric nursing in the short-term unit setting in the United States. Her book was described as a practical guide for clinical nurses who wanted to practice in psychiatry. Strongly influenced by Hildegard Peplau, Tudbury promoted the development of the interpersonal nurse-client relationship and nurses' active role in the establishment of a therapeutic environment in the acute care unit. For Tudbury, a psychiatric nurse "is interested in the patient as a person and is desirous of helping him by total nursing care; that is, she is cognizant of the fact that knowledge of and an ability to apply technical skills alone does not constitute good nursing care. The nurse recognizes the need for the human side of nursing, those things over and above the mechanical."⁶⁴ She addressed the problem of the rapid turnover of patients in the general hospital and, consequently, the shorter periods of time available to establish a therapeutic relationship compared to the typical mental hospital. Moreover, she encouraged nurses to take an active role in the multidisciplinary team and to be more than the executioner of the doctor's orders.

Many psychiatrists requested nurses with specific psychiatric experience to work on the acute psychiatric wards of general hospitals. They believed that general registered nurses lacked psychiatric knowledge. In the majority of Canadian nursing schools in the 1970s theoretical

⁶² To read about the evolution of the psychiatric nurse's role in the 1950's, refer to Bennett / Eaton (1951); Black (1952); Kandler / Behymer / Kegeles / Boyd (1952); Kremsdorf (1951); Mereness (1951)

⁶³ Tudbury (1959)

⁶⁴ Idem, p.58

psychiatric courses had been decreased to under 45 hours.⁶⁵ One cause of this change was connected to the transition of hospital nursing schools to colleges or universities. However, it is important to note that in the 1970s, the term “psychiatric nurse” was commonly used in three different ways.⁶⁶ The first category referred to a graduate registered nurse working with mentally ill patients in a hospital setting, although there was no school in Ontario where a general nurse could receive advanced training in a psychiatric specialty. The second category described graduates from psychiatric training programs offered in the Canadian western provinces, or in Jamaica or Great Britain. The last category was nurses who graduated from schools that were not recognized by Ontario. Of the three categories, the preferred one was registered nurses with psychiatric experience because their general medical knowledge was useful in treating the diverse health problems of mentally ill patients, whether they were inside provincial psychiatric hospitals, general hospitals or out in the community. However, some psychiatrists believed it took between six months to a year to train a registered nurse in psychiatric nursing.⁶⁷

When reading the documents on the development of the operational plan of the Montfort psychiatric department, it was clear that there were some problems recruiting qualified Francophone physicians. Indeed, there are few job opportunities listed in the 1975 journals and newspapers.⁶⁸ The Montfort Hospital tried to recruit French speaking psychiatrists from other Francophone or bilingual provinces such as Quebec and New Brunswick. Recruiting Francophone psychiatric nurses also seemed to be a problem. In a letter addressed to M. Teasdale, Chairman of

⁶⁵ Hanly (1970); Rainville / Bourdon (1986)

⁶⁶ Hanly (1970), pp.141-142

⁶⁷ Idem, p. 147

⁶⁸ Montfort Archives, advertisements in an unknown newspaper for French psychiatrists dated 10-11-1975 and December 1975. Furthermore, we found a note of service (20-01-1975) written by Dr Blais stating that advertisement for French psychiatrists has been posted in Newspapers such as *Le Devoir*, *Le Jour* and *La Presse* and would be posted in medical journals such as *Union Médicale* and *Revue de l'Association des Psychiatres du Canada*.

the Hospital Planning Committee, M. D'Amours asked if it would be possible to recruit some nurses affiliated with the Montfort School of Nursing as early as 1971.⁶⁹

It is difficult to determine where the French-speaking psychiatric nurses came from since specific documents on their recruitment are closed. With the coming of deinstitutionalization, it is very likely that a number of nurses from provincial psychiatric hospitals transferred to the acute care units in general hospitals, and some of these undoubtedly ended up at the Montfort. The closest institution to the Montfort for chronic mentally ill patients was the psychiatric hospital in Brockville, a community about 100 km away, which remains in operation today. Mental health services were primarily provided in English in this institution even if over 400 residents were Francophone by the end of 1960s.⁷⁰

Nevertheless, these nurses, in redefining their roles in these new psychiatric acute care settings, constituted themselves from the experience they had developed over the years with chronic mentally ill patients in long-term care facilities. According to Boschma, “psychiatric nurses, trained in the mental hospital, carried their experience with them to the new places they constructed [...]. In the construction of these new services, nurses were able to carve out a new professional identity that expanded their independence, therapeutic role, and capacity for leadership.”⁷¹ For example, nurses in the psychiatric hospitals had started to prepare their patients for discharge before the 1960s, developing different types of therapies such as group and

⁶⁹ Montfort Archives, Letter addressed to M. D.N. Teasdale, Chairman Hospital Planning Committee from M. D'Amours dated July 6th, 1971. The psychiatric unit plan included the architectural and financial plan, the staffing and the materials needed. Even if the unit did not open until 1976, the Hospital Planning Committee was anticipating some difficulty in recruiting French mental health professionals as early as 1971. The proximity of the Montfort School of Nursing was an important asset for the administrators from which to recruit French registered nurses to work on the new psychiatric unit.

⁷⁰ Asylum Projects (2014)

⁷¹ Boschma (2012), p. 116 & 128

individual interventions and milieu therapy⁷² to create a healing environment. They certainly took this experience and knowledge with them in creating their new role in the short-term psychiatric departments in general hospitals.

Psychiatric nurses: Participation in the patient discharge planning

After 1988, the nurse's notes of the short-term psychiatric department at the Montfort help us understand the role of psychiatric nurses in discharge planning. By that time, the forms "Nursing Evaluation" and the nurses' notes themselves are present in patients' paper charts. Those notes reflect the fundamental needs of the psychiatric patients, their mental status, their relationship with the outside world and their reactions to temporary discharges. The records reveal, in some cases, examples of developing relationships between patients and nurses during therapeutic interviews. However, when reading those notes, the nurses appear most of the time distant, even invisible, in the caring process of these patients. Yet, they have a central role in the care of the mentally ill on the psychiatric unit and are involved in the discharge planning for outside the hospital walls. The overall impression is that nurses are relegated to a supporting role for other health professionals.

Nurses contribute to the establishment of the diagnosis, the plan of care and the treatment by writing their observations in the patient's chart. They are responsible for the patient's medical record, which is a concise written account of all the information concerning the patient, containing the patient's history, examinations, tests, diagnosis, prognosis, therapy and response to treatments.

⁷² Several authors wrote about milieu therapy in the 1960s and 1970s, see Rioch & Stanton (1953); Artiss (1962); Eldred & Vanderpol (1968); Almond (1974) (these list is not exhaustive). As per LeCuyer (1992), milieu therapy is an interdisciplinary theoretical and clinical approach to inpatient psychiatric treatment in which the total environment have a therapeutic potential. It was developed in long-term facilities. The psychiatric nurses had to adapt this therapy in the acute psychiatric unit in general hospitals. The implementation of the short stays modified the goals of the milieu therapy. The new goals include crisis intervention, symptom stabilization, restoration of previous functioning, and longer length of community tenure before rehospitalization.

It serves as a means of communication among all health professionals involved with the patient.⁷³

The purpose of the chart has not changed in many years. Even in 1939,⁷⁴ nursing books mentioned its importance. Its multiple purposes include: 1) to help the doctor to establish a diagnosis and treatment and to follow the evolution of the disease; 2) to compile the documents necessary for statistics; 3) to stimulate scientific research; 4) to consult in certain legal claims; 5) to save unnecessary costs of examinations and tests when the patient has been previously hospitalized.⁷⁵

Between 1988 and 2006, the patient's record at the Montfort contained similar documents and retained the same structure over the period under study. The first section contained the administrative papers followed by the discharge summary and the admission requests filled by the doctor, which, in our case, were mostly for psychiatrists and sometimes internal medicine physicians. The next section contained all the information relating to the emergency room: the emergency report, the triage and the emergency nursing. If the patient had been transferred from another hospital, the transfer request and all documents related to the patient's stay are inserted in that same section. The rest of the chart contained information about the patient's hospitalization, such as the medical history, physical examination, doctor's orders, progress notes completed by doctors and others health professionals such as social workers, psychologists and occupational therapists, consultations, laboratory reports, vital signs chart, medication sheets, the nursing evaluation form completed during the first hours of admission to the psychiatric department, nursing notes and the care plan. This represents only one hospitalization. In fact, this process of chart construction is repeated with each admission. The patient's chart may appear simply an

⁷³ The construction of medical record and its purpose remain mainly unchanged. Harmer & Henderson (1939); Sœurs de la Charité & Sœurs Grises de Montréal (1947); Blachwood Kozier & Witter DuGas (1967)

⁷⁴ Harmer & Henderson (1939)

⁷⁵ Sœurs de la Charité & Sœurs Grises de Montréal (1947)

accumulation of information but it actually is a useful tools for communication among different health professionals in the psychiatric care of the hospitalized patient.

The nursing notes make up an important part of the constitution of the patient's chart. Blackwood Kozier and Witter DuGas, in their 1967 book *Fundamentals of Patient Care: A Comprehensive Approach to Nursing*, provided directives on how to write good quality nursing notes, which are helpful in analyzing the nursing notes at the Montfort. In general, nurses' notes are used to convey five categories of information: "1) therapeutic measures carried out by various members of the health team; 2) measures ordered by the physician and carried out by nursing personnel; 3) nursing measures which are not ordered by the physician but which the nurse carries out to meet the specific needs of a patient; 4) behavior of the patient which is considered to be pertinent to his general health; 5) specific responses of the patient to therapy and care."⁷⁶ The nurses also record visits from the doctor or other health professionals, whether or not physician's orders have been carried out, and if not, the reason why. Because this type of charting records the care and therapies carried out by all members of the health team, including the doctor and the nurses, it serves as a communication tool for the entire medical staff.

One of the psychiatric nurse's responsibilities is to record the behaviour of the patient considered pertinent to his general health, which includes the physiological reaction to illness or treatment but also his or her emotional tone, verbal communication and physical action. According to Harmer and Henderson, "[the nurse] must observe and record and often interpret physical and mental manifestations of health and disease, and she must be critical of and alter conditions in the environment that affect the patient's well-being."⁷⁷ These are the only authors advocating for nurses to interpret patients' behaviours. Other nursing practice textbooks underline

⁷⁶ Sœurs de la Charité & Sœurs Grises de Montréal (1947), p.145

⁷⁷ Harmer & Henderson (1939), p.6

the importance of uninterpreted reporting of nurses' observations.⁷⁸ In fact, opinions and interpretations of patient's behaviour are usually omitted.⁷⁹

Nonetheless, nurses decide what needs to be reported in nursing notes, and their decisions have a major impact on the establishment of diagnosis, treatment and discharge planning. The psychiatrist depends on this information to create an individual treatment plan. Hanly recognized that the nurse has the most contact with the patient and therefore has the major responsibility for keeping the patient's progress under informed observation to provide and supervise his general care.⁸⁰ Even if the nursing notes do not reflect the magnitude of the nurses' work, when reading them we can see the total picture of patient progress toward a partial or sometimes a total recovery, along with some nurses' interventions.

Observation is an essential part of the nurse's responsibilities. The nurse must recognize the signs and symptoms of physical and mental health and find out the factors influencing normal or abnormal development of an individual, the specific symptoms of each disease, the patient's reactions to prescribed and non-prescribed medications and treatments, and the amelioration or deterioration of his health.⁸¹ Symptoms are divided into two categories: subjective and objective. The subjective symptoms are only perceptible by the patient and are not externally visible. When the nurse reports these symptoms on the chart, she quotes the patient's description without interpretation of the data. The objective symptoms can be observed by others. The nurse will write, in her notes, the observations of the patient's mental or physical behaviours that she thinks might affect the diagnosis, the treatment, the nursing care or the discharge planning.⁸²

⁷⁸ Even today, nursing students are directed to write their observations without interpretation or personal opinion. They are to write only the facts, and the objective and subjective signs and symptoms.

⁷⁹ Blackwood Kozier & Witter DuGas (1967), p. 146

⁸⁰ Hanly (1970)

⁸¹ Sœurs de la Charité & Sœurs Grises de Montréal (1947), p. 267

⁸² Harmer & Henderson (1939), p.273

One patient's psychiatric journey at the Montfort Hospital

To illustrate these points, I will refer to one patient, selected because the nursing notes are complete and reflect the content of the majority of patient records. Diagnosed with schizophrenia, Irene⁸³ was admitted 25 times to the psychiatric department between 1976 and 1999 for a total of 1337 days of hospitalization. Her stays varied between 23 to 97 days. She was French-Canadian, married with two sons, and lived close to Ottawa city limits. Her husband was very supportive and involved in her care and well-being, present throughout his wife's psychiatric journey at the hospital.

Analysis of the nurse's notes allows for understanding the significance of the observations written in the patient's chart as decision-making progressed on the multidisciplinary treatment plan and the psychiatrist's decision to approve a definite discharge. This observation started upon the patient's arrival on the acute ward. The admission entry describes the reason for the patient's arrival on the department, his or her emotional state and whether or not the person is accompanied by family or a friend or came alone.

Irene's admission in 1994 was her 18th visit to the short-term unit. She was 55 years old at that time and well known to the staff. The first entry notes are as follows:

14-06-1994 (22h00) - Pt admitted to floor ambulatory accompanied by son. [Vital signs (VS)] taken. Personal effects searched. Personal history taken with help from son – pt unable to answer most questions – unable to comprehend. Pt cooperative during interview with son present. Paranoid ideas present – not allowing certain staff members to approach her. Often asking for food – saying she is very hungry. Pt

⁸³ A fictive name that I personally gave to this patient.

repetitive in her demands but calm. (23h00) Walking in hallway with beverage in her hands.⁸⁴

During the initial contact with the patient, the nurse is assessing the patient's different needs. For example, the nurse takes vital signs and searches personal effects to ensure that all security measures are taken before accompanying the patient to her room. This search is routine, and is done systematically every time the patient leaves the unit for any period of time. The fact that the patient is accompanied by her son gives a first impression of family involvement. In this case, the son's positive influence helps the admitting nurse complete the "Nursing Evaluation" questionnaire. The patient is more cooperative and calm with her son by her side. However, Irene seems distressed upon admission, with the nurse noting some concentration difficulties, paranoid ideation and mistrust of some the staff. The initial observation of mental status is important to assist the entire psychiatric team meet Irene's physical, sociological and psychological needs during her hospital stay.⁸⁵ The team can already anticipate the patient will return home with her family when ready for discharge.

During the course of Irene's hospitalization, the nurses wrote about her mood, her feelings or what they deemed her appropriate or inappropriate behaviours. During her hospitalization in 1994, Irene was quite hostile and suspicious of the staff. On her fourth day, the nurse wrote:

17-06-1994 (15h30–23h30) Pt walking in hallway on arrival with towel on top of her head – hostile toward nurse – saying that she doesn't want me near her. Suspicious

⁸⁴ Reference no. pt2181.id9218.nn.pdf. Please note that Pt refers to the word patient and VS to vital signs.

⁸⁵ Blackwood Kozier & Witter DuGas (1967), p. 37

about her 17h00 meds – said that they were not the right meds + wanted to take all of her meds for the day. Pt dressed in blue gown + housecoat, did not complain of the heat. Pt often at front desk during evening requesting meds – remained suspicious + hostile. Did not eat supper – said she was on a diet – drank well throughout evening.

Because Irene has a towel on her head and is quite overdressed for the temperature on the unit, the nurse believed she demonstrated inadequate behavior. During the day, Irene had been suffering from the heat because of the heat wave, and the staff was quite worried about her risk of dehydration. But her behaviour changed during the evening and she doesn't dress appropriately now. Furthermore, she is still hostile and suspicious toward the personnel but at the same time it seemed that she needed to feel safe by spending some time at the nursing front desk.

One month later, the day nurse reported:

14-07-1994 (07h30-15h30) Up at 10h35, goes immediately to her activity (crafts). Ate well at lunch. At pm, agrees to get dressed and goes outside with her nursing assistant. Asked to return a second time. When back, called her husband to ask him to come visit her. No suspicious or hostile mood noted. More independent.⁸⁶

This is the first report of Irene's improvement, but although she participated in different activities and seemed less isolated, the next reports are still focused on her inappropriate behaviours and her abnormal mental status. Not until a week later did the nurses note more constant amelioration of her mental status. Her mood is more stable and she begins to socialize with other patients. She is

⁸⁶ The nursing notes are written in French or English at the nurse convenience because Montfort Hospital has a bilingual status. This notes is a free translation by the author.

more autonomous in her carrying out her personal hygiene and she is cooperative about her care. She starts talking about her family and expresses some sad feelings.

22-07-1994 (15h30-23h30) Dressed. Mood stable. Socialized with us. Went for a walk outside alone. Ate her supper. Cleaned her clothes on her own initiative. Husband visited. Went to walk outside with him. Happy. Calm. Asked about possible weekend pass.⁸⁷

The nurses must report some steady improvement of Irene's mental status before she can be considered eligible for a pass to go home. A week later, she obtained permission to spend a few hours at home. Irene and her husband planned the short leave with the nursing staff, and she left in the morning to return to her home environment for few hours.

31-07-1994 (07h30 – 15h30) Got up at 08h00. In a good mood. Very adequate and comfortable. Leaves for the day with her husband at 10h00. ... Will return at 22h00. Back at 19h45 with her husband. Smiling, relaxed. States had a good day at home.⁸⁸

Some patients are anxious about the first short stay at home, often understanding that being away from the house for a few days and even weeks may put some stress on their families. By the time patients are eligible for a pass, their mental status is normally improving. Still, the result of the time away from the unit will have an impact on the length of their hospitalization. If the results

⁸⁷ Free translation

⁸⁸ Free translation

were positive, the patient could obtain several weekend passes or even her discharge, otherwise, the hospital stay may be prolonged.

At Irene's return, the nurse evaluated the effect of this short stay in her home environment, noting the significant improvement in her mood and behaviour. The nurse wrote that she was in a good mood, socialized with other patients, had a good level of energy, was calm and cooperative and took care of her appearance. Irene also started to talk about the impact of her illness on her family. The day after her short leave, she was already planning her next weekend at home.

During hospitalization, psychiatric nurses observe the interaction between the patient and family members and record their visits as part of the process of discharge planning. Close family involvement, or the lack of it, gives a clear indication of the possibility of the patient's return home or whether placement in a group home or a residence would be better. In Irene's case, the nursing notes reflect the frequent visits of by her husband. For example:

13-07-1994 19h00 Husband in visiting – out to walk on hospital grounds with him.

Activities carried out during family visits, as well as the patient's positive or negative reactions to the visit, can also be added. Occasionally, the nursing notes reveal a partnership between nursing staff and the family member in some therapeutic interventions.

03-07-1994 (07h30-15h30) Remains motionless in her bed for long periods of time ... Keeping complete silence in my presence. 13h30. Husband's visit on the unit.

Suggestion made to her husband to attempt to mobilize her and do some activities during his visit.⁸⁹

Following the nurse's intervention, Irene's husband took her on frequent walks on the hospital grounds and to a nearby shopping mall, and out for occasional dinners at a restaurant.

19-07-1994 18h30 Husband in visiting – said he was taking [his wife] out for supper – advised that she had already eaten. Return at 20h00. In good spirits – smiling.

The collaborative work between nursing staff and Irene's husband prepares Irene and her family for leaves and eventually permanent discharge. Irene obtained a total of three weekend passes before she was able to return home.

The psychiatrist seemed to be influenced by the nurses' observation written in the patient's chart. In fact, the medical notes reflect the progress noted by the nurses during Irene's hospitalization. The psychiatrist resumed, in just a few words, what the nurses described in a daily basis. Observing an improvement, the doctor signed the patient's leave.

11-08-1994 [...] The evolution of the patient in the department has been very slow. The patient gradually displayed a better contact with reality, her behaviours became more appropriate. Her childish behaviour disappeared. Her mental state

⁸⁹ Free translation

has stabilized and she was discharge from the hospital, improved. She will be followed in the outpatient clinic.⁹⁰

Irene had stayed 58 days in the short-term psychiatric unit during this hospitalization, reflecting the journey of the majority of patients admitted to the same unit.

The nursing notes and their observations directly influenced the care and the discharge planning of those individuals and their return to the community.

CONCLUSION

The destruction of nurse's notes contributes to the loss of collective memory in our understanding of the transition process of mental health care and services to the community. These notes, written between 1976 and 1987, could have revealed the organization and evolution of nursing care on the short-stay psychiatric department. However, nurses' notes do not necessarily do justice to the nurse's place within the multidisciplinary or interdisciplinary team, rarely indicating the multiple nursing interventions carried out by nurses for their patients. Yet, when I analyzed this set of notes, I realized that nurses took their place among the other mental health professionals by establishing a therapeutic environment in the acute care setting through interpersonal interactions with patients. Indeed, nurses decided which observations and critical information were relevant and must be recorded in the patient's chart, which, in turn, had a major influence on the decision process and the development of the treatment plan devised by the other mental health professionals and the psychiatrist.

⁹⁰ Free translation of the psychiatrist discharge note.

I believe that this part of nursing history deserves further consideration to fill the gap in the historiography of nursing and the development of community psychiatric services. Actually, it would be quite interesting to complete this part of nursing history and finally make more visible these psychiatric care pioneers.

BIBLIOGRAPHY

Almond, Richard: *The healing community: dynamics of the therapeutic milieu*. New York: J.

Aronson 1974.

Artiss, Kenneth L.: *Milieu therapy in schizophrenia*. New York: Grune & Stratton 1962.

Asylum Project. *Brockville Asylum for the insane* 2014

http://www.asylumprojects.org/index.php?title=Brockville_Asylum_for_the_insane

Bennett, A.E.; Eaton, June T.: *The role of the psychiatric nurse in the newer therapies*. In:

American Journal of Psychiatry 108 (1951), pp. 167-170.

Black, Kathleen: *Appraising the psychiatric patient's nursing needs*. In: *American Journal of Nursing* 52(6) (1952), pp.718-721.

Blackwood Kozier, Barbara; Witter DuGas, Beverly: Fundamentals of patient care, a comprehensive approach to nursing. W.B. Saunders Company, Philadelphia & London 1967.

Boschma, Geertje: Community mental health nursing in Alberta, Canada: An oral history. In: Nursing History Review 20 (2012), pp. 103-135.

Boschma, Geertje; Groening, Marlee; Boyd Mary Ann: Psychiatric and mental health nursing from past to present. In: Austin, Wendy; Boyd, Mary Ann (Ed.): Psychiatric nursing for Canadian practice. Lippincott Williams & Wilkins 2008, pp. 3-17.

Boschma, Geertje; Yonge, O.; Mychajilunow, L.: Gender and professional identity in psychiatric nursing practice in Alberta, Canada, 1930-1975. In: Nursing Inquiry 12(4) (2005), pp. 243-255.

Bouchard, Louise; Desmeules, Martin : Minorités de langue officielle du Canada: Égales devant la santé? Presses de l'Université du Québec 2011.

Callaway, Barbara J.: Hildegard Peplau, Psychiatric nurse of the century. Springer Publishing Compagny 2002.

Church, Olga Maranjian: From custody to community in psychiatric nursing. In: Nursing Research 36(1) (1986), pp. 48-55.

D'Antonio, Patricia; Beeber, Linda; Sills, Grayce; Naegle, Madeline: The future in the past: Hildegard Peplau and interpersonal relations in nursing. In *Nursing Inquiry* 21(4) (2014), pp. 311-317.

Eldred, Stanley H.; Vanderpol, Maurice: *Psychotherapy in the designed therapeutic milieu*. Boston: Little, Brown 1968.

Foucher, Pierre : Francophone minoritaire en droit canadien: une question de choix? In : *Revue du Nouvel-Ontario*, 35-36 (2010-2011), pp. 47-67.

Gratton, Michel : Montfort. La lutte d'un peuple. Centre Franco-Ontarien des Ressources pédagogiques 2003.

Greenland, Cyril; Griffin, Jack D.; Hoffman, Brian F.: *Psychiatry in Canada from 1952 to 2001*. In: Rae-Grant, Quentin (Ed.): *Psychiatry in Canada: 50 years*. Canadian Psychiatric Association 2001, pp. 1-16.

Hanly, Charles: *Mental Health in Ontario. A study for the committee on the healing arts*. Ontario 1970.

Harrison, Sandra; Bruyninx, Gladys; MacCordick, Nicolas M.H.; Tessier, François : Note de recherche : Incursion dans les archives de l'Hôpital Montfort : Partir à la quête du processus de «

déhospitalisation » des patients hospitalisés sur les unités psychiatriques de courte durée. In: Canadian Bulletin of Medecine History 32(2) (2015), pp. 411-421.

Kandler, Harriet; Behymer, Alice F.; Kegeles, Stephen; Boyd, Richard W.: A study of Nurse-patient interaction in a mental hospital. In: American Journal of Nursing 52(9) (1952), pp. 1100-1103.

Kremsdorf, Diris: Redefining the role of the psychiatric nurse. In: Nursing World 125 (1951), pp. 109-111.

LeCuyer, Elizabeth A.: Milieu therapy for short stay units. A transformed practice theory. In: Archives of Psychiatric Nursing 6(2) (1992), pp. 108-116.

Mereness, Dorothy: Preparation of the nurse for the psychiatric team. In: American Journal of nursing 51(5) (1951), pp. 320-322.

Peplau, Hildegard: Interpersonal relations in nursing. A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing. Springer Publishing Company, New York 1991.

Peplau, Hildegard: Peplau's theory of interpersonal relations. In: Nursing Science Quaterly 10(4) (1997), pp. 162-167.

Rioch, David; Stanton, Alfred: Milieu therapy. In: Psychiatry 16(1) (1953), pp. 65-72.

Rainville, Thérèse; Bourdon, Marie-Andrée : La formation des infirmières, clé du changement?

In: Santé Mentale au Québec 11(2) (1986), pp. 59-64.

Senn, Joanne F.: Peplau's theory of interpersonal relations: Application in emergency and rural nursing. In: Nursing Science Quarterly 26(1) (2013), pp. 31-35.

Smith, Mary; Khanlou, Nazilla: An analysis of Canadian psychiatric mental health nursing through the junctures of history, gender, nursing education, and quality of work life in Ontario, Manitoba, Alberta, and Saskatchewan. ISRN Nursing 2013, pp. 1-13.

<http://dx.doi.org/10.1155/2013/184024>

Sœurs de la Charité et Sœurs Grises de Montréal : Le soin des malades, principes et techniques. Institut Marguerite d'Youville. École supérieure d'Infirmières affiliée à l'Université de Montréal 1947.

Tipliski, Meryl Margaret: Parting in the crossroads: the emergence of education for psychiatric nursing in three Canadian provinces, 1909-1955. In: Canadian Bulletin of Medicine History, 21(2) (2004), pp. 253-279.

Tudbury, Mary: The psychiatric nurse in the general hospital. Charles C. Thomas, publisher (1959).

Tyhurst, J.S.; Chalke, F.C.R.; Lawson, F.S.; McNeel, B.H.; Roberts, C.A.; Taylor, G.C.; Weil, R.J.; Griffin, J.D.: More for the mind. The Canadian Mental Health Association 1963.

6. Discussion

C'est en 1976, à l'ouverture du Département de psychiatrie de courte durée de l'Hôpital Montfort que la population franco-ontarienne de l'Est-Ontarien - ayant jusque-là accès à des soins de santé mentale exclusivement en anglais - bénéficie de services psychiatriques de qualité en français. Montfort se distingue des autres offres de services de santé dans la capitale nationale. En effet, il est le seul hôpital francophone de la région est-ontarienne. De plus, son réseau communautaire en santé mentale comprend un hôpital général, une clinique externe et un centre de jour. Historiens et sociologues, dont Marcel Martel (2005), Marie Lebel (2016), Louise Bouchard (2011), Marie Drolet et al (2015) et Marie-Claude Thifault (2016), ont travaillé sur l'importance de l'offre de services en matière de santé pour la population en situation minoritaire francophone au Canada. Tous s'entendent sur l'importance de recevoir des soins dans sa propre langue, d'autant plus lors de problèmes de troubles mentaux ou « la qualité des soins peut être amoindrie par des difficultés de communication et de compréhension » (Bouchard & Desmeules, 2011, p.58).

Cette thèse sur la déshospitalisation psychiatrique au sein de la communauté francophone Est-ontarienne présente des pistes de solutions concernant les hauts taux de visites répétées des patients au département de psychiatrie de courte durée de l'Hôpital Montfort. Mon intérêt porte particulièrement sur le parcours transinstitutionnel des patients psychiatisés entre l'hospitalisation et le retour dans la communauté. L'étude des trajectoires des patients du département de psychiatrie de Montfort, faite à partir des notes d'observations de l'infirmière, a permis de mettre en évidence l'effet de la chronicisation de la maladie mentale sur le milieu familial et le réseau hospitalier, ainsi que le rôle essentiel de l'infirmière dans la planification des congés. Inévitablement, les courts séjours au département de psychiatrie et les retours hâtifs au sein de la

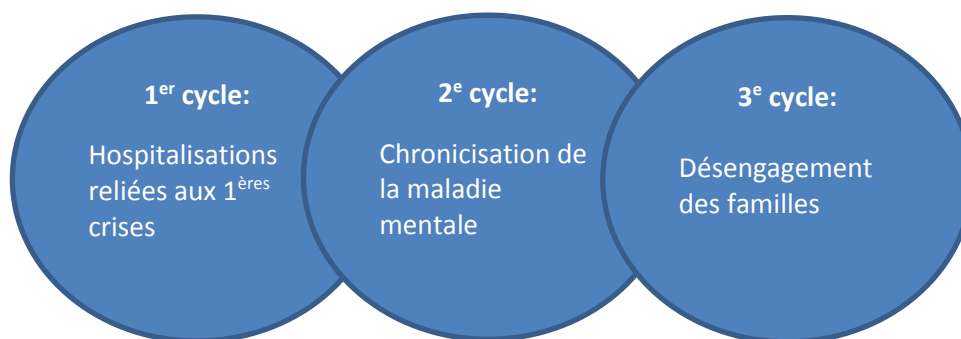
communauté découlent de nouvelles pratiques implantées par les politiques provinciales en santé mentale. Il en résulte une augmentation de la charge du *care* après des familles. Cette discussion fait un bref retour sur les articles scientifiques publiés ou acceptés qui traitent des résultats de cette recherche. Elle se termine par les recommandations, les forces et les limites de mon étude.

6.1 Chronicisation de la maladie mentale

L'impact de la chronicisation de la maladie mentale tant sur le milieu familial que sur le réseau hospitalier a, jusqu'ici, fait l'objet de peu d'études. Pourtant, il s'agit d'un facteur important dans l'utilisation des services en santé mentale. L'article « L'effet de la chronicisation de la maladie mentale sur le milieu familial et le réseau hospitalier Est-ontarien : une étude socio-historique » (Harrisson, 2016) démontre le processus du désinvestissement de la famille suite à l'état chronique de la maladie mentale ainsi que les répercussions sur le système hospitalier. Quatre thèmes émergent de l'analyse thématique, soit la présence de la famille lors des premières admissions, l'implication des familles lors de l'hospitalisation, le désengagement éventuel des familles et l'isolement des patients. Cet article fait un lien important entre la dégradation de la relation familiale et la chronicisation de la maladie mentale associée aux fréquentes admissions au département de psychiatrie causées, entre autres, par la charge constante du *care* des membres de la famille.

L'utilisation de l'approche sociohistorique permet d'établir trois cycles qui expliquent le problème des fréquentes hospitalisations des individus atteints de problèmes mentaux (figure 1).

Figure 1 – Cycles de ré-hospitalisations



Dans ce schéma, le premier cycle d'hospitalisation est relié aux premières crises, à l'énoncé d'un diagnostic de maladie mentale, à l'ajustement des médicaments et à la stabilisation de l'état du patient. Quelques visites au département de psychiatrie peuvent être nécessaires durant cette phase. Ce phénomène est représenté, dans les données, par une ou plusieurs admissions dans les premiers mois suivant l'hospitalisation initiale. Le deuxième cycle perdure pendant quelques années. La maladie mentale devient chronique. La charge du *care* augmente au fil du temps et épuise les familles. Sans ressources spécialisées, celles-ci n'ont pas d'autres choix que de ramener les patients instables dans le réseau hospitalier. Les hospitalisations sont alors plus ou moins longues, dépendamment de l'état de la crise. Parfois, les patients retournent au domicile dans un état instable dû au fait qu'aucune amélioration n'est possible dans le milieu hospitalier de courte durée. Après plusieurs hospitalisations, la famille se désinvestit de la tâche du *care* et refuse de reprendre le patient à la maison. Le troisième cycle débute lors du désengagement des membres de la famille. À ce stade, le patient perd une partie de son réseau et devient socialement isolé. Cette perte est inévitablement accentuée par le contexte de minorité linguistique. Plusieurs

patients dans cette situation se tournent alors vers le réseau hospitalier pour combler leurs besoins physiques, psychologiques et sociaux.

Tout comme Tessler et Gamache (2000), je crois que les familles sont responsables de la structure informelle du système communautaire de santé mentale. Il est donc pressant de trouver des moyens efficaces pour soutenir ces familles responsables des soins des personnes atteintes sévèrement de troubles mentaux afin de prévenir leur désinvestissement et ainsi briser les cycles de ré-hospitalisations.

6.2 Les théories du care et les politiques en santé mentale de l'Ontario

Mon article « Le langage du *care* et les politiques en santé mentale de l'Ontario, 1976-2006 » (Harrisson & Thifault, 2014) souligne la participation de l'Hôpital Montfort dans l'expansion des unités de soins psychiatriques au sein des hôpitaux généraux. Cette institution a rapidement développé une expertise dans ce domaine tout en offrant des services à la population francophone de la région de la capitale nationale. Mon analyse des politiques provinciales en santé mentale met en évidence l'influence de ces recommandations auprès du département de psychiatrie. En effet, l'étude des registres d'admissions du département de psychiatrie démontre quelques variations entre le taux d'admissions et la durée des séjours en lien avec la publication des différents rapports gouvernementaux.

Mon analyse des rapports et politiques en santé mentale questionne la mise en place de ressources et de services ciblés, principalement auprès des personnes atteintes sérieusement de maladie mentale. Contrairement à l'image de personnes seules et souvent isolées qui est véhiculée, mon enquête révèle la présence incontestable de la famille auprès de la clientèle psychiatisée. Il semble que les politiques portent peu d'intérêt face à un groupe d'individus jugés

légèrement atteints de maladies mentales ou requérant des soins aigus. Pourtant, ceux-ci sont les plus grands utilisateurs des services psychiatriques offerts à l'Hôpital Montfort. De plus, il est clair que l'État s'appuie, en grande partie, sur l'implication des familles pour la réussite de son programme de communautarisation des services de santé mentale, et ce, sans reconnaître l'ampleur de la charge du *care* qui leur est imposée.

6.3 Le rôle de l'infirmière dans la planification de congés

L'étude du contenu des notes des infirmières fait ressortir l'étendue du pouvoir des infirmières dans le processus de transition des patients du milieu hospitalier vers la communauté. En effet, mon article « *Psychiatric nurses: An invisible role in the transition between the general hospital and the community* » (Harrisson, sous presse) démontre le rôle central des infirmières dans les soins aux patients et leur implication dans la planification de congés. Celles-ci contribuent et influencent le processus de décisions face aux diagnostics, aux plans de soins et de traitements de l'équipe multidisciplinaire, à la préparation et à la décision d'accorder le congé définitif. Cet article questionne, également, la construction des notes infirmières qui ne rend pas justice à l'ampleur du travail qu'elles accomplissent.

6.4 Recommandations

À la suite des résultats de ma recherche, j'émet certaines recommandations pour l'évolution de la pratique infirmière en ce qui concerne la clinique, l'enseignement et la recherche.

6.4.1 *Pratique infirmière*

Sur le plan des recommandations cliniques, il serait souhaitable que les professionnels de la santé reconnaissent les divers besoins de la famille lors de leur implication dans les soins de

leur proche malade, ainsi que l'ampleur de la charge du *care* qui leur est demandée. Pour ce faire, les infirmières doivent être sensibilisées au fait que la maladie mentale peut devenir chronique et qu'elle affecte les sphères personnelle, familiale, professionnelle et sociale (Falvo, 2005). La trajectoire imprévisible et irréversible de la maladie mentale génère un impact sur tous les membres de la famille (MacCourt, 2013). Les professionnels de la santé ont tendance à se concentrer sur la personne malade, laissant de côté la famille (Weihs, Fisher & Baird, 2002; Fisher, 2006). Pourtant, celle-ci a besoin de soutien et de répit pour éviter l'épuisement et ainsi prévenir son désengagement.

De plus, je crois qu'il serait intéressant que les infirmières s'interrogent sur la rédaction de leurs notes d'observations. Celles-ci ont été créées dans le but de faciliter la communication entre le médecin et les infirmières. Malheureusement, il semble qu'elles ont peu évolué et qu'elles ne représentent pas l'évolution de la discipline. En effet, elles mettent peu en valeur l'autonomie et l'influence des infirmières au sein de l'équipe professionnelle. Il importe donc que les infirmières soient sensibilisées à la valeur de leurs notes et participent à la reconstruction de celles-ci pour refléter le caractère scientifique et académique du *nursing*.

6.4.2 Formation

L'utilisation du cadre de référence des théories du *care* dans ma thèse apporte un questionnement sur son application possible en sciences infirmières. Ma pensée première est de recourir à ce cadre théorique comme complément aux théories infirmières existantes. Je crois que le *care* devrait être enseigné, au même titre, par exemple, que la science du *caring* de Watson (1979; 2008). Ce cadre apporte certaines connaissances sociopolitiques qui sont absentes de la formation des infirmières. La compréhension de la division des sphères publique et privée

véhiculées par différentes valeurs permet d'analyser les différentes décisions politiques en lien avec le système de santé et le *care* en général. Ce cadre questionne l'apport positif de la sphère privée dans une culture dite démocratique afin de révéler les positions de pouvoir dans notre société (Paperman & Laugier, 2011). À l'aide des concepts du *care*, de la vulnérabilité et de l'interdépendance, l'infirmière comprend l'importance des familles et la charge du *care*. Ce cadre de référence apporte les connaissances nécessaires pour donner aux infirmières une voix afin de dénoncer, entre autres, les injustices sociales et politiques vécues par les individus vulnérables et leur famille.

6.4.3 Recherche

Sur le plan de la recherche, je recommande de poursuivre les études sur la maladie mentale et la famille. Afin de compléter mes résultats, il serait intéressant d'interroger les familles aux prises avec la charge du *care* d'un proche atteint de trouble psychique pour comprendre le processus de désengagement. Le but de cette recherche serait de trouver des pistes de solutions efficaces pour éviter les cycles de ré-hospitalisations et ainsi diminuer le taux d'admissions au département de psychiatrie de courte durée dans les hôpitaux généraux. De plus, les familles pourraient être mises à contribution pour développer des services communautaires adéquats. Il serait alors possible de leur venir en aide et de les soutenir lors de la prise en charge de leur proche malade.

Le manque de services communautaires en santé mentale est souvent souligné par les instances gouvernementales, les travaux de recherche et les médias. Il serait donc intéressant d'utiliser l'approche sociohistorique pour étudier l'évolution des services communautaires en

santé mentale dans un contexte de minorité francophone. On pourrait y découvrir l'influence des différentes politiques gouvernementales avec l'accroissement ou le décroissement de ces services.

De plus, mon projet de recherche a soulevé un manque important dans l'historiographie des sciences infirmières. La transition des infirmières psychiatriques de soins de longue durée dans la communauté et leur contribution dans le développement des services communautaires psychiatriques ont été étudiées (Boschma, 2012; Boschma, Groening & Boyd, 2008). Par contre, peu d'auteurs se sont intéressés à la transition des infirmières psychiatriques dans les départements de courte durée des hôpitaux généraux. La destruction des notes infirmières de l'Hôpital Montfort contribue à la perte de notre mémoire collective. Il serait donc intéressant de retrouver quelques-unes des infirmières qui ont contribué à l'instauration du nouveau département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort pour combler cette partie de l'histoire du *nursing* et, ainsi, et mettre en valeur le travail de ces pionnières du *care*.

6.5 Forces et limites de l'étude

6.5.1 Forces

Une des plus grandes forces de mon projet doctoral repose sur l'utilisation de l'approche sociohistorique. Cette méthode, peu utilisée en sciences infirmières, se résume à l'étude systématique et à l'évaluation critique des événements du passé afin de répondre à des questions qui peuvent éclairer les pratiques ou les comportements actuels (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007; Noiriél, 2009). Le problème des fréquentes hospitalisations au département de psychiatrie des hôpitaux généraux a amplement été étudié depuis les quarante dernières années (Dorvil, 1987; Dorvil, Guttman, Ricard & Villeneuve, 1997; Newman, 1998; Mulvale, Abelson & Goering, 2007). Plusieurs études ont décrit la lenteur et les tentatives décevantes de l'instauration d'une

politique de communautarisation des services en santé mentale (Poulin & Massé, 1994; Barnard-Thompson, 1997; Goering, Wasylenki & Durbin, 2000; Hartford, Schrecker, Wiktorowicz, Hoch & Sharp 2003; Mulvale, Abelson & Goering, 2007; Bissinger, 2009), relevant le manque de volonté politique, économique et sociale. Malgré toutes les recommandations, la problématique perdure. L'utilisation de l'approche sociohistorique a permis de répondre aux questions de recherche et d'expliquer le contexte de déshospitalisation au sein de la communauté francophone psychiatrique de l'Est de l'Ontario. Cette approche longitudinale a permis d'apporter un autre élément à ceux relevés dans les études précédentes, qui sont le manque de financement, l'isolement social et la stigmatisation des personnes atteintes de maladie mentale. Mon projet met de l'avant l'effet de la chronicisation de la maladie mentale sur le milieu familial et le réseau hospitalier.

L'accès aux dossiers cliniques actifs et inactifs de patients hospitalisés au département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort est un apport inestimable pour la recherche en santé mentale. Cette source primaire est peu utilisée en histoire, car elle demeure difficile d'accès pour les chercheurs à cause de son aspect jugé sensible (Lebel & Dallaire-Blais, 2016). En effet, on y découvre des données confidentielles au sujet de personnes en contexte de vulnérabilité. Mon article intitulé « Les notes « Observations de l'infirmière » du Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort : une source archivistique incontournable en santé mentale » fait ressortir la valeur inestimable de cette source primaire en recherche. Une analyse plus poussée de son contenu offre la possibilité de comprendre les expériences personnelles des patients et des intervenants face à la maladie mentale, les processus institutionnels et les structures sociales (Coker, 2003). Elles laissent un témoignage inestimable et donne une voix, souvent peu entendue, aux personnes atteintes de troubles psychiques ainsi qu'à leurs intervenants.

6.5.2 *Limites*

Cette étude comporte certaines limites. Étant donné que le critère de sélection des dossiers est de trois admissions et plus, cela met de côté près de la moitié des personnes hospitalisées au département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort. Certains de ces patients ont été admis pour une crise aiguë de maladie et n'auront plus besoin de services actifs en santé mentale. Quelques-uns d'entre eux sont considérés hors secteur, donc sont transférés ou suivis dans un autre établissement de santé à la suite de leur admission. D'autres sont seulement de passage dans la capitale nationale. On ne peut donc pas assumer que la moitié des patients hospitalisés à Montfort sont guéris après une seule hospitalisation de courte durée. De plus, cette recherche met de côté les individus qui n'ont pas consulté à l'hôpital, donc qui ne figurent pas dans mon échantillon. Il est donc impossible de généraliser les résultats à cette catégorie de personnes. Certains d'entre eux fréquentent, probablement, les services communautaires de santé mentale. D'autres font partie d'un réseau familial ou social efficace, ou encore se retrouvent en situation d'itinérance.

L'absence des notes d'observations de l'infirmière entre 1976 et 1988 occasionne une perte du récit des infirmières sur la construction de leur nouveau rôle dans l'unité de soins de courte durée. Mon article «Psychiatric nurses: An invisible role in the transition between the general hospital and the community » souligne la disparition de cette source primaire et les conséquences que cela implique pour la recherche. Même si les notes sont des sources de données précieuses, elles renferment tout de même certaines limites, comme le manque d'information. De plus, elles ne peuvent pas être questionnées au même titre qu'un individu lors d'entrevues dirigées ou semi-dirigées.

Pour terminer, il est difficile de déclarer que les résultats de recherche portent exclusivement sur la population minoritaire de l'Est-ontarien. L'Hôpital Montfort est le seul établissement de santé à offrir des services bilingues (francophones et anglophones). Malheureusement, l'information sur la langue n'est pas toujours mentionnée dans les données administratives ou cliniques. De plus, certains francophones se disent également bilingues.

Références

- Barnard-Thompson, K. (1997). L'avenir des hôpitaux psychiatriques en Ontario. *Santé Mentale au Québec*, 22(2), 53-70.
- Bissinger, C. (2009). *Analyse critique de la réforme des services de santé mentale en Ontario. Mémoire de maîtrise en service social*, Université d'Ottawa.
- Boschma, G. (2012). Community mental health nursing in Alberta, Canada: An oral history. *Nursing History Review*, 20, 103-135.
- Boschma, G., Groening, M. & Boyd, M. A. (2008). *Psychiatric and mental health nursing from past to present*. Dans Austin, W. & Boyd, M. A. (Dir.). *Psychiatric nursing for Canadian practice*. Lippincott Williams & Wilkins, 3-17.
- Bouchard, L. (2011). Le mouvement de santé en français en contexte linguistique minoritaire : les représentations des acteurs sur l'avenir des services. *Canadian Review of Sociology / Revue Canadienne de Sociologie*, 48(2), 203-215.
- Bouchard, L. & Desmeules, M. (2011). *Minorités de langue officielle du Canada. Égales devant la santé?* Presses de l'Université du Québec.
- Coker, E. M. (2003). Narrative strategies in medical discourse: constructing the psychiatric 'case' in a non-western setting. *Social Science of Medicine*, 57, 905-916.
- Dorvil, H. (1987). Les caractéristiques du syndrome de la porte tournante à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. *Santé Mentale au Québec*, 12(1), 79-89.
- Dorvil, H., Guttman, H. A., Ricard, N. & Villeneuve, A. (1997). *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale. Pour une réponse efficace et efficiente aux besoins des personnes atteintes de troubles mentaux graves*. Gouvernement du Québec. Ministère de la Santé et des Services Sociaux.

- Drolet, M., Arcand, I., Benoît, J., Savard, J., Savard, S. & Lagacé, J. (2015). Agir pour avoir accès à des services sociaux et de santé en français : des Francophones en situation minoritaire nous enseignent quoi faire! *Canadian Social Work Review / Revue Canadienne de Service Social*, 32 (1-2), 5-26.
- Falvo, D. (2005). *Medical and Psychological. Aspects of chronic illness and disability* (3^e éd.). Jones and Bartlett Publishers.
- Fisher, L. (2006). Research on the family and chronic disease among adults: major trends and directions. *Families, Systems & Health*, 24, 373-380.
- Goering, P., Wasylenki, D. & Durbin, J. (2000). Canada's mental health system. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23(3-4), 345-359.
- Harrisson, S. (2017). *Psychiatric nurses: an invisible role in the transition between the general hospital and the community*. Dans Hähner-Rombach, S. & Nolte, K. (eds). *Patients and social practice of psychiatric nursing in the 19th and 20th century*. Stuttgart. Franz Steiner Verlag.
- Harrisson, S. (2016). Les notes « Observations de l'infirmière » du Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort : une source archivistique incontournable en santé mentale. Santé Mentale Québec.
- Harrisson, S. (2016). L'effet de la chronicisation de la maladie mentale sur le milieu familial et le réseau hospitalier est-ontarien : une étude socio-historique. *Revue francophone de Recherche Infirmière*, 2, 41-48. <http://dx.doi.org/10.1016/j.refiri.2015.12.002>
- Harrisson, S. & Thifault, M.-C. (2014). *Le langage du care et les politiques de santé mentale de l'Ontario, 1976-2006*. Dans Thifault, M.-C. & Dorvil, H. (dir.). *Désinstitutionnalisation psychiatrique en Acadie, en Ontario francophone et au Québec, 1930-2013*. Montréal: Presses des Universités du Québec.

- Hartford, K., Schrecker, T., Wiktorowicz, M., Hoch, J. S. & Sharp, C. (2003). Four decades of mental health policy in Ontario, Canada. *Administration and Policy in Mental Health*, 31(1), 65-73.
- Lebel, M. & Dallaire-Blais, F. (2016). *Quand les sources traditionnelles ne répondent pas... De quelques stratégies pour broser un portrait sociohistorique de la déshospitalisation en santé mentale dans le Nord ontarien (1950-2010)*. Dans Perreault, I. & Thifault, M.-C. (dir.). *Récits inachevés. Réflexions sur la recherche qualitative en sciences humaines et sociales*. Les Presses de l'Université d'Ottawa.
- Loiselle, C. G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières. Approches quantitatives et qualitatives*. Éditions du Renouveau Pédagogique, Inc.
- MacCourt, P. (2013). *Directives pancanadiennes en faveur d'un système de prestation de services pour les proches aidants ayant une maladie mentale*. Commission de la santé mentale du Canada.
- Martel, M. (2005). Usage du passé et mémoire collective franco-ontarienne : le souvenir du Règlement 17 dans la bataille pour sauver l'hôpital Montfort. *Mensuel Revue d'Histoire intellectuelle de l'Amérique française*, 6(1), 69-94
- Mulvale, G., Abelson, J. & Goering, P. (2007). Mental health service delivery in Ontario, Canada: How do policy legacies shape prospects for reform? *Health, Economics, Policy and Law*, 2, 363-389.
- Newman, D. (1998) *Mental health: 2000 and beyond: strengthening Ontario's mental health system*. Ministry of Health and Long-term Care of Ontario. Repéré sur internet le 25 mars 2012. <http://www.health.gov.on.ca/english/public/pub/mental/mentalreform.html>

Noiriel, G. (2009). Qu'est-ce que la socio-histoire? Canal U. Disponible sur :

http://www.canalu.tv/video/ifea/qu_est_ce_que_la_socio_histoire.15841

Paperman, P. & Laugier, S. (2011). *Le souci des autres. Éthique et politique du care* (2^e éd.).

Édition de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales.

Poulin, C. & Massé, R. (1994). De la désinstitutionnalisation au rejet social: point de vue de l'ex-patient psychiatrique. *Santé Mentale au Québec*, 19(1), 175-194.

Tessler, R. & Gamache, G. (2000). *Family experiences with mental illness*. Westport, Connecticut: Auburn House.

Thifault, M.-C. (2016). *Sur les traces d'une relation d'aide. Programme de santé mentale de l'Hôpital Montfort, 1972-2002*. Dans Doucet, M.-C. & Viviers, S. (dir.). *Métiers de la relation. Nouvelles logiques et nouvelles épreuves du travail*. Québec, PUL, 163-176.

Watson, J. (1979). *Nursing: The philosophy and science of caring*. Little, Brown & Co.

Watson, J. (2008). *Nursing. The philosophy and science of caring* (revised edition). University Press of Colorado.

Weihl, K., Fisher, L. & Baird, M. (2002). Families, health and behavior: a section of the Commissioned Report by the Committee on Health and Behavior: Research, practice and policy, division of neuro-science and behavioral health and division of health promotion and disease prevention, Institute of medicine, National academy of sciences. *Families, Systems and Health*, 1, 7-46.

Conclusion générale

Mon projet de thèse avait pour but d'expliquer le contexte de déshospitalisation (transition entre l'hôpital et les ressources communautaires) au sein de la communauté

francophone psychiatrique de l'Est de l'Ontario. Ce qui ressort principalement des résultats de cette recherche est l'importance du milieu familial pour les personnes atteintes de troubles mentaux chroniques. Les familles font intégralement partie du réseau communautaire informel des soins et services en santé mentale. Souvent mises de côté par l'État, elles éprouvent certaines difficultés, à long terme, en ce qui concerne la charge du *care* de leur proche malade.

Ma thèse contient cinq articles publiés ou acceptés. Chacun de ces articles apportent une contribution dans le développement de la connaissance en sciences infirmières, en histoire et en santé mentale. Mon premier article, « Note de recherche : Incursion dans les archives de l'Hôpital Montfort : Partir à la quête du processus de « déhospitalisation » des patients hospitalisés sur les unités psychiatriques de courte durée », explique la création de la base de données informatisées pour entreposer les dossiers cliniques numérisés des patients hospitalisés au département de psychiatrie. Cette méthode d'entreposage propose une solution à la conservation de ces précieuses données. À l'ère de l'informatisation, plusieurs établissements de santé procèdent à la destruction des dossiers médicaux inactifs en format de papier par souci d'économie d'espace et d'argent. La photonumérisation de ces données assure la préservation de cette mémoire collective souvent négligée. L'article « Les notes « Observations de l'infirmière » du Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort : une source archivistique incontournable en santé mentale » met de l'avant les notes écrites par les infirmières. Cette source primaire est inestimable pour la recherche en santé mentale. Elle permet de porter un regard sur l'intérieur du département de psychiatrie. Cet article montre les différentes facettes de la complexité des notes et son potentiel pour les recherches futures. L'article « Le langage du *care* et les politiques de santé mentale de l'Ontario, 1976-2006 » démystifie le cadre de référence des théories du *care* et son utilisation dans l'analyse des rapports et des politiques en santé mentale en Ontario. Il met en évidence la mise de côté par

l'État d'un groupe d'individus atteints de troubles mentaux et leur famille. Pourtant, ceux-ci sont les plus grands utilisateurs des services internes de psychiatrie à l'Hôpital Montfort. L'article « L'effet de la chronicisation de la maladie mentale sur le milieu familial et le réseau hospitalier est-ontarien : une étude socio-historique » explique les quatre termes qui émergent de l'analyse des données, soit : la présence des familles lors des premières admissions, l'implication des familles lors de l'hospitalisation, le désengagement des familles et l'isolement social des patients.

L'approche sociohistorique fait ressortir les différents cycles de ré-hospitalisations qui décrivent les fréquentes admissions des patients au département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort.

L'article « Psychiatric nurses : an invisible role in the transition between the general hospital and the community » met en évidence le rôle central des infirmières psychiatriques dans l'énoncé d'un diagnostic médical, dans l'élaboration du plan de traitement multidisciplinaire et dans la planification de congés, grâce à leurs précieuses observations et à leurs interventions auprès des patients hospitalisés.

L'Hôpital Montfort est un emblème fort de la francophonie en Ontario. Comme le souligne Marcel Martel, Marie Lebel et Louise Bouchard, il est un symbole identitaire important auprès de la minorité francophone canadienne. Mon étude révèle qu'une parcelle de l'histoire des soins et des services de psychiatrie en Ontario. Néanmoins, elle contribue à la compréhension du contexte de déshospitalisation et permettra de pousser la réflexion sur ce sujet afin de trouver des moyens efficaces pour accompagner les familles durant ce long parcours de vie avec la maladie mentale et ainsi briser les cycles de ré-hospitalisations.

Bibliographie

Rapports et politiques gouvernementaux

Agence de santé publique de l'Ontario. (2012). *Agir pour prévenir les maladies chroniques.*

Recommandations pour améliorer la santé de la population ontarienne. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé et Action Cancer Ontario.

Agence de la santé publique du Canada. (2006). *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada.* Gouvernement du Canada.

Agence de la santé publique du Canada (2006). *Santé mentale, maladie mentale.* Santé Canada.

Archives of Ontario (2009) *Dossiers d'hôpitaux psychiatriques.* Gouvernement Ontario. Repéré sur internet le 25 mars 2012. <http://www.archives.gouv.on.ca/french/on-line-exhibits/health-records/psychiatric.aspx>

Ballon, D. (2011). Looking back: Reflections on community mental health in Ontario. Canadian Mental Health Association, Ontario. Repéré sur internet le 19 mars 2014.

<http://ontario.cmha.ca/network/looking-back-reflections-on-community-mental-health-in-ontario/>

Conseil de planification social d'Ottawa. (2010). *Profil de la communauté francophone à Ottawa selon le recensement de 2006.* Canadian Electronic Library (Film).

Corbeil, J.P., Grenier, C. & Lafrenière, S. (2007). *Les minorités prennent la parole: résultats de l'enquête sur la vitalité des minorités de langue officielle.* Ministre de l'Industrie.

Dorvil, H., Guttman, H. A., Ricard, N. & Villeneuve, A. (1997). *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale. Pour une réponse efficace et efficiente aux besoins des personnes atteintes de troubles mentaux graves.* Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services Sociaux.

- Former, D. (2010). *Retracer la question de l'immigration au sein des communautés francophones en situation minoritaire : bilan et enjeux*. Cahier de la recherche actuelle sur l'immigration francophone au Canada, Patrimoine Canada.
- Gouvernement du Canada. (1985). Lois sur la protection des renseignements personnels, L.R.C., ch. P-21 (1985). Repéré sur internet le 15 septembre 2014. <http://lois.justice.gc.ca/fra/lois/P-21/page-1.html>
- Graham, R. (1988). *Building community support for people: A plan for mental health services in Ontario*. The Provincial Community Mental Health Committee.
- Groupe de travail sur les services de santé en français (2005). *Services de santé pour la communauté franco-ontarienne : Feuille de route pour une meilleure accessibilité et une plus grande responsabilisation*. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée.
- Health Services Restructuring Commission. (1999). *Advice to the Minister of health on building a community mental health system in Ontario*. Toronto, Ontario, Canada: Ontario Ministry of Health.
- Health Services Restructuring Commission. (2000). *Looking back, looking forward: The Ontario health services restructuring commission (1996-2000) – A legacy report*. Toronto, Ontario, Canada: Ontario Ministry of Health and Long-Term Care.
- Heseltine, G. F. (1983). *Towards a Blueprint for Change: A Mental Health Policy and Program Perspective*. Toronto, Ministère de la Santé de l'Ontario.
- INESSS. (2015). Indicateurs de qualité et prise en charge des maladies chroniques. Repéré sur internet le 28 janvier 2015. <https://www.inesss.qc.ca/activites/projets-speciaux/indicateurs-de-qualite-prise-en-charge-des-maladies-chroniques/base-de-donnees/introduction.html>

- Kirby, M. (2004). *Mental health, mental illness and addiction: Overviews of policies and programs in Canada, Report 1.*
- Kirby, M. (2004). *Mental health, mental illness and addiction: report 3, issues and options for Canada.*
- Kirby, M. (2006). *Out of the shadows at last: Transforming mental health, mental illness & addiction services in Canada: final report on mental health, mental illness and addiction.* Version électronique.
- Loi sur les hôpitaux publics de l'Ontario. (2013). R.R.O. 1990, Règlement 965 : Gestion hospitalière. Dossiers de renseignements personnels sur la santé 20. (1)(2). Règlement de l'Ontario 204/06, article 1. Repéré sur internet : <https://www.ontario.ca/fr/lois/reglement/900965>
- MacCourt, P. (2013). *Directives pancanadiennes en faveur d'un système de prestation de services pour les proches aidants ayant une maladie mentale.* Commission de la santé mentale du Canada.
- Mental Health Commission of Canada. (2009). *Toward recovery and well-being a framework for a mental health strategy for Canada: draft, for public discussion.* Disponible sur: <http://www.mentalhealthcommission.ca>
- Mental Health Commission of Canada. (2012). *Changing directions, changing lives. The mental health strategy for Canada.* Calgary, Atla.
- Ministère de la santé de l'Ontario. (1993). *Mettre la personne au premier plan. La réforme des services de santé mentale en Ontario* (Putting people first). Ontario.
- Ministère de la santé de l'Ontario. (1999). *Franchir les étapes. Plan de mise en œuvre continue de la réforme du système de santé mentale* (Making it Happen). Ontario.

Ministère de la santé de l'Ontario. (1999). *Franchir les étapes. Cadre de prestation des services de santé mentale et des services de soutien connexes* (Making it Happen). Ontario.

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. (2011). *Réseaux locaux d'intégration des services de santé, pour un véritable système de santé*. Gouvernement de l'Ontario. Repéré sur internet le 10 février 2012.

http://www.health.gov.on.ca/renouvellement/lhinf/lhin_mnf.html

Ministry of Health and Long-term Care. (1998). *A report of the consultative review of mental health reform in the province of Ontario*. Toronto, OMHLTC.

Ministry of Health and Long-term Care. (2000). *Consultation on proposal legislative changes to the mental health act and the care consent act*. Toronto, OMHLTC.

Ministry of Health and Long-term Care. (2000). *The next steps: Strengthening Ontario's mental health system. Consultation on proposed legislative changes to the mental health act and the health care consent act*. Toronto. OMHLTC.

Newman, D. (1998) *Mental health: 2000 and beyond: strengthening Ontario's mental health system*. Ministry of Health and Long-term Care of Ontario. Repéré sur internet le 25 mars 2012. <http://www.health.gouv.on.ca/english/public/pub/mental/mentalreform.html>

Ontario Council on Health. (1979). *Agenda for action: Report of the committee on mental health services on Ontario*. Toronto, Ontario, Canada: Ontario Ministry of Health.

Ontario Ministry of Health. (1987). *Advocacy in psychiatric hospitals: Evaluation of the psychiatric patient advocacy office*. Toronto, Ontario, Canada: Author

Ontario Ministry of Health. (1991). *The road of reform: Final report of the implementation strategy sub-committee*. Toronto, Ontario, Canada: Author.

Tyhurst, J. S., Chalke, F. C. R., Lawson, F. S., McNeel, B. H., Roberts, C. A., Taylor, G. C., Weil, R. J. & Griffin, J. D. (1963). *More for the mind: a study of psychiatric services in Canada*, Canadian Mental Health Association, Committee on Psychiatric Services, Toronto.

Unité de recherche sur les systèmes de santé. Institut psychiatrique Clarke. (1997). *Examen des meilleures pratiques de la réforme des soins de la santé mentale. Analyse situationnelle*. Ministère des travaux publics et Services gouvernementaux, Canada.

WHO (2014). *Mental health: a state of well-Being*. Repéré sur internet le 11 juillet 2016.

http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/fr/

WHO (2016). *Santé Mentale*. Repéré le 14 juin 2016.

<http://www.enro.who.int/fr/health-topics/mental-health/Page-1.html>

Ouvrages et collectifs

Almond, R. (1974). *The healing community: dynamics of the therapeutic milieu*. New York: J. Aronson.

Arcangeli, A. (2012). *Cultural history. A concise introduction*. Routledge, Taylor & Francis Group, London and New York.

Artiss, K. L. (1962). *Milieu therapy in schizophrenia*. New York: Grune & Stratton.

Association canadienne-française de l'Ontario (ACFO). (1994). *Les réalités franco-ontariennes: Les francophones tels qu'ils sont* (3^e éd.). Ottawa, Ontario.

Austin, W. & Boyd, M. A. (dir.) (2008). *Psychiatric nursing for Canadian practice*. Lippincott Williams & Wilkins.

- Balcou-Debussche, M. (2004). *Écriture et formation professionnelle. L'exemple des professions de la santé*. Presses Universitaires du Septentrion.
- Barnsteiner, J., Disch, J. & Walton, M. K. (2014). *Person and family centred care*. Sigma Theta Tau International.
- Bartlett, P. & Wright, D. (dir.) (1999). *Outside the walls of the asylum: The history of care in the community, 1750-2000*. London, New Brunswick, N. J., Athlone Press.
- Belleville, G. (2015). *Assieds-toi et écris ta thèse*. Presses de l'Université Laval.
- Blackwood Kozier, B. & Witter DuGas, B. (1967). *Fundamentals of patient care, a comprehensive approach to nursing*. W.B. Saunders Company, Philadelphia & London.
- Bloom, D.J. & Sussman, S. (1989). *Pioneers of mental health and social change, 1930-1989*. Third eye, London, Canada.
- Bouchard, L. & Desmeules, M. (2011). *Minorités de langue officielle du Canada. Égales devant la santé?* Presse de l'Université du Québec.
- Boudreau, F. (1984). *De l'asile à la santé mentale. Les soins psychiatriques: Histoire et institutions*. Éditions Saint Martin.
- Bourgault, S. & Perreault, J. (dir.) (2015). *Le care. Éthique féministe actuelle*. Les éditions du remue-ménage.
- Bouvier-Ajam, M. (1970). *Essai de méthodologie historique*. Le Pavillon-Roger Maria Éditeur, Paris.
- Brooks, P. C. (1969). *Research in archives. The use of unpublished primary sources*. The University of Chicago Press, Chicago and London.
- Brugère, F. (2011). *L'éthique du « CARE »*. PUF, Presses Universitaires de France.

- Brundage, A. (2008). *Going to the sources. A guide to historical research and writing* (4^e éd.). Harlan Davidson, Inc.
- Burguière, A. & Crew, R. (2001). *The Construction of Minorities*. The University of Michigan Press.
- Burke, P. (1992). *New perspectives on historical writing*. University Park, PA: The Pennsylvania State University Press.
- Callaway, B. J. (2002). *Hildegard Peplau, Psychiatric nurse of the century*. Springer Publishing Compagny.
- Campioli, G. (1975). *L'analyse de contenu*. Presses Universitaires de Liège A.S.B.L.
- Cellard, A. & Thifault, M.C. (2007). *Une toupie sur la tête. Visages de la folie à Saint-Jean-de-Dieu*. Éditions du Boréal.
- Chartier, R. (1988). *Cultural history. Between practices and representations*. Polity Press.
- Chartier, R. (1997). *On the edge of the cliff: History, language, and practice*. Johns Hopkins University Press.
- Châtel, V. & Roy, S. (2008). *Penser la vulnérabilité: Visages de la fragilisation du social*. Québec, Presses Universitaires du Québec (P.U.Q).
- Cohen, Y. (2000). *Profession infirmière. Une histoire des soins dans les hôpitaux du Québec*. Les Presses de l'Université de Montréal.
- Cohen, Y., Pépin, J., Lamontagne, E. & Duquette, A. (2002). *Les sciences infirmières, genèse d'une discipline*. La Presse de l'Université de Montréal.

- Coleborne, C. (2010). *Madness in the family: Insanity and institutions in the Australasian colonial world, 1860-1914*. Basingstoke, MacMillan.
- Commission on Chronic Illness. (1957). *Chronic illness in the United States, prevention of chronic illness*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Cotnam, J., Frenette, Y. & Whitfield, A. (1995). *La francophonie canadienne, bilan et perspectives de recherche*. Les Éditions du Nordir.
- Crubellier, M. (1997). *Histoire culturelle de la France, XIXe-XXe siècle*. Paris, Armand Colin.
- Crump, C. G. (1974). *History and historical research*. Burt Franklin Reprints New York, N.Y.
- Dallaire, C. & Le May S. (2010). *Potter & Perry Soins Infirmiers Fondements Généraux (éd. française)*. Chenelière Éducation.
- Dear, M. J. & Wolch, J. R. (1987). *Landscapes of despair from deinstitutionalization to homelessness*. Polity Press.
- Demilly, L. (2011). *Sociologie des troubles mentaux*. Éditions La Découverte, Paris.
- Desjardins, E., Giroux, S. & Flanagan, E. C. (1970). *Histoire de la profession infirmière au Québec*. L'Association des Infirmières et Infirmiers de la Province de Québec, Montréal.
- Dick, E. (2009). *Psychedelic Psychiatry. LSD on the Canadian prairies*. University of Manitoba Press.
- Dijker, A. J. M. & Koomen, W. (2007). *Stigmatization, tolerance and repair. An integrative psychological analysis of response to deviance*. Cambridge University Press.
- Dorvil, H. (1988). *Histoire de la folie dans la communauté, 1962-1987: de l'Annonciation à Montréal*. Montréal, Éditions Émile-Nelligan.

- Doucet, M.-C. & Viviers, S. (2016). *Métiers de la relation. Nouvelles logiques et nouvelles épreuves du travail*. Québec, PUL, 163-176.
- Duhamel, F. (2014). *La santé et la famille: une approche systémique en soins infirmiers*. Chenelière Éducation.
- Eldred, S. H. & Vanderpol, M. (1968). *Psychotherapy in the designed therapeutic milieu*. Boston: Little, Brown 1968.
- Emard, R. & Aubry, T. (dir.) (2004). *Le suivi communautaire en santé mentale. Une invitation à bâtir sa vie*. Les Presses de l'Université d'Ottawa.
- Falvo, D. (2005). *Medical and Psychological. Aspects of chronic illness and disability* (3^e éd.). Jones and Bartlett Publishers.
- Ferretti, L. (2014). *Histoire de l'Hôpital Sainte-Anne de Baie-Saint-Paul. Dans Charlevoix, tout se berce*. Septentrion.
- Fortinash, K. M. & Holoday Worret, P. A. (2013). *Soins Infirmiers santé mentale et psychiatrie* (éd. Française). Chenelière Éducation.
- Frigon, S. (dir.) (2012). *Corps suspect, corps déviant*. Montréal, Éditions du Remue-Ménage.
- Galynker, I. (2011). *Talking to families about mental illness*. W. W. Norton & Company.
- Gaut, D. A. & Leininger, M. (1991). *Caring: the compassionate healer*. National League for Nursing Press, N.Y.
- Gertz, C. (1973). *The interpretation of cultures*. London: Fontana.
- Gervais, G. (2003). *Des gens de résolution. Le passage du «Canada Français» à l'«Ontario français»*. Institut franco-ontarien. Prise de parole.
- Ghiglione, R. & Blanchet, A. (1991). *Analyse de contenu et contenus d'analyses*. Dunod, Paris.

- Gilligan, C. (2008). *Une voix différente pour une éthique du care* (3^e éd.). Champs essais.
- Goffman, E. (2007). *Asiles : étude sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. Paris, Éditions de Minuit.
- Goldner, E. M., Jenkins, E., Palma, J. & Bilsker, D. (2011). *A concise introduction to mental health in Canada*. Canadian Scholars Press Inc.
- Goodheart, C. D. & Lansing, M. H. (1997). *Treating people with chronic disease: A psychological guide*. American Psychological Association, Washington, DC.
- Goulet, O. (1993). *La profession infirmière. Valeurs, enjeux, perspectives*. Gaëtan Morin Éditeur.
- Gordon, M. (2010). *Manual of nursing diagnosis*. Jones and Bartlett Publishers.
- Gottlieb, L. N. (2014). *Les soins infirmiers fondés sur les forces: la santé et la guérison de la personne et de la famille*. Montréal: Pearson.
- Gratton, M. (2003). *Montfort, la lutte d'un peuple*. Centre Franco-Ontarien des Ressources Pédagogiques.
- Grob, G. N. (1991). *From asylum to community. Mental health policy in modern America*. Princeton University Press, New Jersey.
- Gunn, S. & Faire, L. (2012). *Research methods for history*. Edinburgh University Press.
- Hamington, M. & Miller, C. D. (2006). *Socializing care. Feminist ethic and public issues*. Rowman & Littlefield Publishers, Inc.
- Hanly, C. (1970). *Mental Health in Ontario. A study for the committee on the healing arts*. Ontario.
- Hannem, S. & Bruckert, C. (dir.) (2012). *Stigma revisited. Implications of the mark*. University of Ottawa Press.

- Harmer, B. & Henderson, V. (1939). *Textbook of the principles and practice of nursing* (4^e éd.). New York, The MacMillan Compagny.
- Held, D. (1980). *Introduction to critical theory: Horkheimer to Habermas*. Berkeley: University of California Press.
- Henderson, V. (1961). *Basic principles in nursing care*. International Council of nurses, Geneva.
- Hochmann, J. (2015). *Les antipsychiatries, une histoire*. Odile Jacob.
- Hughes, E. C., MacGill Hughes, H. & Deutscher, I. (1958). *Twenty thousand nurses tell their story*. J. B. Lippincott Company, Philadelphia & Montréal.
- Hunt, L. (1989). *The new cultural history*. Berkeley: University of California Press.
- Iyer, P. W. & Camp, N. H. (1995). *Nursing documentation. A nursing process approach* (2^e éd.). Mosby.
- Jaenen, C. J. (1993). *Les Franco-Ontariens*. Les Presses de l'Université d'Ottawa.
- Jones Shafer, R. (1980). *A guide to historical method*. The Dorsey Press.
- Karp, D. A. (2002). *The burden of sympathy: how families cope with mental illness*. New York; Oxford: Oxford University Press.
- Kawashini, Y. (2006). *Families coping with mental illness. Stories from the US and Japan*. Routledge Taylor and Francis Group.
- Kuppuram, G. & Kumudamani, K. (2002). *Methods of historical research*. Sundeep Prakashan New Delhi.
- Labrie, N. & Forlot, G. (1999). *L'enjeu de la langue en Ontario français*. Sudbury, Prise de Parole.
- Larsen, P. D. (2016). *Lubkin's chronic illness, impact and intervention* (9^e éd.). Jones & Bartlett Learning.

- Leblanc, G. (2007). *Vies ordinaires, vies précaires*. Éditions du Seuil.
- Leblanc, G. (2009). *L'invisibilité sociale*. Presses Universitaires de France.
- Lefley, H. P. (1996). *Family caregiving in mental illness*. Sage Publication.
- Leray, C. (2007). *L'analyse de contenu de la théorie à la pratique. La méthode Morin-Chartier*.
 Presse de l'Université du Québec.
- Létourneau, J. (2006). *Le coffre à outils du chercheur débutant: guide d'initiation au travail intellectuel*. Montréal: Boréal.
- Loiselle, C. G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières. Approches quantitative et qualitative*. Éditions du Renouveau Pédagogique Inc.
- Lubkins I. (1995). *Chronic Illness: Impact and interventions* (3^e éd.). Sudbury, M A: Jones & Bartlett.
- Lubkins, I. M. & Larsen, P. D. (2002). *Chronic Illness. Impact & Interventions* (5^e éd.). Jones & Bartlett Publishers.
- Lubkins, I. M. & Larsen, P. D. (2006). *Chronic illness, impact and interventions* (6^e éd.). Jones and Bartlett Publishers.
- Marcotte, J. (2015). *La santé globale par le mieux-être et la prévention: Apprendre à mieux manger, mieux bouger et mieux gérer ses émotions*. Presse de l'Université du Québec.
- McPherson, K. (2009). *Bedside matters. The transformation of Canadian Nursing, 1900-1990*.
 University of Toronto Press.
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing. Development & progress*. Wolters Kluwer Health / Lippincott Williams & Wilkins.
- Molinier, P., Laugier, S. & Paperman, P. (dir.) (2009). *Qu'est-ce que le care? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*. Petite Bibliothèque Payot.

- Moran, J. E. & Wright, D. (dir.) (2008). *Mental health and Canadian Society, historical perspectives*. McGill-Queen's University Press.
- Nurock, V. (dir.) (2010). *Carol Gilligan et l'éthique du care*. PUF, Presses Universitaires de France.
- Nouschi, A. (2005). *Initiation aux sciences historiques*. Paris: Armand Colin.
- Otero, M. (2003). *Les règles de l'individualité Contemporaine, Santé Mentale et Société*. La Presse de l'Université Laval.
- Paperman, P. & Laugier, S. (dir.) (2011). *Le souci des autres. Éthique et politique du care* (2^e éd.). Édition de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales.
- Paquette, G., Binette, A. & Palacio-Quintin, E. (2012). *L'indépendance maintenant!* Michel Brûlé.
- Pépin, J., Kérouac, S. & Ducarme, S. (2010). *La pensée infirmière* (3^e éd.). Chenelière Éducation.
- Peplau, H. (1991). *Interpersonal relations in nursing. A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. Springer Publishing Company, New York.
- Perreault, I. & Thifault, M.-C. (2016). *Récits inachevés. Réflexions sur la recherche qualitative en sciences humaines et sociales*. Les Presses de l'Université d'Ottawa.
- Petit, A. (1989). *Les infirmières de la vocation à la profession*. Boréal.
- Poirrier, P. (2004). *Les enjeux de l'histoire culturelle. L'histoire en débats*. Éditions du Seuil.
- Poirrier, P. (2008). *L'histoire culturelle: un «tournant mondial» dans l'historiographie?* Dijon, Éditions universitaires de Dijon.
- Quérel, C. (2009). *Histoire de la folie, de l'antiquité à nos jours*. Tallandier.
- Rae-Grant, Q. (dir) (2001). *Psychiatry in Canada: 50 years*. Canadian Psychiatric Association.

- Rioux, J.-P. & Strinelli, J.-F. (1997). *Pour une histoire culturelle*. L'Univers Historique, Seuil.
- Sartorius, N., Leff, J., Lopez-Ibor, J. J., Maj, M. & Okasha, A. (2005). *Families and mental disorders. From burden to empowerment*. Wiley.
- Savage, H. & McCague, C. (1987). *Mental Health law in Canada*. Toronto, Ontario, Canada: Butterworths.
- Shafer, J. R. (1980). *A guide to historical method*. The Dorsey Press.
- Sherwood, G. & Barnsteiner, J. (2012). *Quality and safety in nursing: A competency approach to improving outcomes*. Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell.
- Simmons, H. G. (1990). *Unbalanced mental health policy in Ontario, 1930-1989*. Wall & Thompson, Toronto.
- Slote, M. (2007). *The ethics of care and empathy*. Routledge, Taylor & Francis Group: London and New York.
- Sœurs de la Charité, Sœurs grises, de Montréal. (1947). *Le soin des maladies, principes et techniques*. Institut Marguerite D'Youville, École supérieure d'Infirmières Affiliées à l'Université de Montréal.
- Strauss, A., Corbin, J., Fagerhaugh, S., Glaser, B., Maines, D., Sucek, B. & Wiener, C. L. (1984). *Chronic illness and the quality of life* (2^e éd.). St. Louis, MO: Mosby.
- Strauss, A. & Glaser, B. (1975). *Chronic illness and the quality of life*. St. Louis, MO: Mosby.
- Stuckler, D. & Siegel, K. (2011). *Sick societies: Responding to the global challenge of chronic disease*. Oxford University Press.
- Suzuki, A. (2006). *Madness at home: The psychiatrist, the patient, and the family in England, 1820-1860*. University of California Press.

- Tessler, R. & Gamache, G. (2000). *Family experiences with mental illness*. Westport, Connecticut: Auburn House.
- Thériault, J. Y. (1999). *Francophonies minoritaires du Canada. L'état des lieux*. Moncton, Éditions de l'Acadie.
- Thériault, J. Y., Gilbert, A. & Cardinal, L. (2008). *L'espace francophone en milieu minoritaire au Canada: nouveaux enjeux, nouvelles mobilisations*. Montréal: Fides.
- Thifault, M.-C. (dir.) (2012). *L'incontournable caste des femmes. Histoire des services de santé au Québec et au Canada*. Les Presses de l'Université d'Ottawa.
- Thifault, M.-C. & Dorvil, H. (dir.) (2014). *Désinstitutionnalisation psychiatrique en Acadie, en Ontario francophone et au Québec, 1930-2013*. Montréal: Presse Université du Québec.
- Tronto, J. (2009). *Un monde vulnérable pour une politique du care*. Éditions La Découverte.
- Tudbury, M. (1959). *The psychiatric nurse in the general hospital*. Charles C. Thomas, publisher.
- Watson, J. (1979). *Nursing: The philosophy and science of caring*. Little, Brown & Co.
- Watson, J. (2008). *Nursing. The philosophy and science of caring* (édition révisée). University Press of Colorado.
- Whall, A. & Fawcett, J. (1991). *Family theory development in nursing: State of the science and art*. Philadelphia, F. A. Davis.
- Whyte, D. A. (1997). *Explorations in family nursing*. London & New York.
- Wright, L. & Leahey, M. (1987). *Families and chronic illness*. Pennsylvania: Springhouse.
- Wright, L. & Leahey, M. (2013). *Nurses and families: a guide to family assessment and intervention* (6^e éd.). Philadelphia: F.A. Davis.
- Wright, L. M., Watson, W. L. & Bell, J. M. (1996). *Beliefs: The heart of healing in families and illness*. New York: Basic Books.

Revues scientifiques et sites internet

Abram, H. (1972). The psychology of chronic illness. *Journal of Chronic Diseases*, 25, 659-664.

Adler, D. A., Drake, R. E. & Stern, R. (1984). Viewing chronic mental illness: A conceptual framework. *Comprehensive Psychiatry*, 25(2), 192-206.

Anderson, C. (2008). Depression and families. *Journal of Psychotherapy and the Family*, 3(3), 33-47.

Anderson, J. M. & Elfert, H. (1989). Managing chronic illness in the family: women as caretakers. *Journal of Advanced Nursing*, 14, 735-743.

Arboleda-Florez, J. (2003). Consideration on the stigma of mental illness. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48(10), 645-650.

Asylum Project. Brockville Asylum for the insane. Disponible sur internet

[http://www.asylumprojects.org/index.php?title=Brockville Asylum for the insane](http://www.asylumprojects.org/index.php?title=Brockville_Asylum_for_the_insane)

Audet, M.-P. & Drolet, M. (2014). Les services de santé mentale pour les jeunes francophones de la région d'Ottawa. *Reflets: Revue d'Intervention Sociale & Communautaire*, 20(2), 190-210.

Austgard, K. I. (2008). What characterises nursing care? A hermeneutical philosophical inquiry. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 22, 314-319.

Bachrach, L. L. (1992). « The chronic patient »: In search of a title. *Hospital and Community Psychiatry*, 43, 867-868.

Bachrach, L. L. (1996). The state of the state mental hospital in 1996. *Psychiatric Services*, 47(10), 1071-1078.

- Bachrach, L. L. (2001). The state of the state mental hospital at the turn of the century. *New Directions for Mental Health Services*, 91, 89-106.
- Barnard-Thompson, K. (1997). L'avenir des hôpitaux psychiatriques en Ontario. *Santé Mentale au Québec*, 22(2), 53-70.
- Barnard-Thompson, K. & Leichner, P. (1996). Psychiatrist administrators in Ontario psychiatric hospitals: Roles and job satisfaction. *Administration and Policy in Mental Health*, 24(2), 167-171.
- Baron, R. J. (1990). Medical hermeneutics: where is the 'text' we are interpreting? *Theoretical Medicine*, 11, 25-28.
- Bartram, M. & Chodos, H. (2013). Changer les orientations, changer des vies: Stratégies en matière de santé mentale pour le Canada. Appel à une réflexion critique sur la mise en œuvre. *Revue Canadienne de Santé Mentale Communautaire*, 32(4), 1-8.
- Bélangier, G. (1990). La provincialisation des services de santé. *Recherches sociographiques*, 31(3), 339-357.
- Belche, J.-L., Berrewaerts, M.-A., Ketterer, F., Henrard, G., Vanmeerbeeck, M. & Giet, D. (2015). De la maladie chronique à la multimorbidité: quel impact sur l'organisation des soins de santé? *La Presse Médicale*, 44(11), 1146-1154.
- Bennett, A. E. & Eaton, J. T. (1951). The role of the psychiatric nurse in the newer therapies. *American Journal of Psychiatry*, 108, 167-170.
- Benson, P.R. (1994). Deinstitutionalization and family caretaking of the seriously mentally ill: The policy context. *International Journal of Law and Psychiatry*, 17(2), 119-138.
- Berg, M. (1996). Practices of reading and writing: the constitutive role of the patient record in medical work. *Sociology of Health and Illness*, 18(4), 499-524.

- Bertakis, K. D., Azari, R., Helms, L. J., Edward, J. & Robbins, J. A. (2000). Gender differences in the utilization of health care services. *The Journal of Family Practice*, 49(2), 147-152.
- Billings, C. V. (1993). Psychiatric-mental health nursing professional progress notes. *Archives of Psychiatric Nursing*, VII(3), 174-181.
- Björkman, T., Angelman, T. & Jönsson, M. (2008). Attitudes towards people with mental illness: a cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 22, 170-177.
- Björkman, T., Svensson, B. & Lundberg, B. (2007). Experiences of stigma among people with severe mental illness. Reliability, acceptability and construct validity of the Swedish versions of two stigma scales measuring devaluation/discrimination and rejection. *Nordic Journal of Psychiatry*, 61(5), 332-338.
- Black, K. (1952). Appraising the psychiatric patient's nursing needs. *American Journal of Nursing*, 52(6), 718-721.
- Boissonneault, J. (2004). Se dire ... mais comment et pourquoi? Réflexions sur les marqueurs d'identité en Ontario français. *Francophonies d'Amérique*, 18, 163-169.
- Bonin, J. P., Chicoine, G., Fradet, H., Larue, C., Racine, H. Jacques, M.-C. & St-Cyr, Tribble, D. (2014). Le rôle des familles au sein du système de santé mentale au Québec. *Santé Mentale au Québec*, 39(1), 159-173.
- Boschma, G. (2012). Community mental health nursing in Alberta, Canada: An oral history. *Nursing History Review*, 20, 103-135.
- Boshma, G., Yonge, O. & Mychajilunow, L. (2005). Gender and professional identity in psychiatric nursing practice in Alberta, Canada, 1930-1975. *Nursing Inquiry*, 12(4), 243-255.

- Bouchard, L. (2011). Le mouvement de santé en français en contexte linguistique minoritaire : les représentations des acteurs sur l'avenir des services. *Canadian Review of Sociology / Revue Canadienne de Sociologie*, 48(2), 203-215.
- Bouchard, L. (2013). La cartographie conceptuelle des représentations de l'avenir des services en français en situation linguistique minoritaire. *Revue Canadienne Santé Publique*, 104(6), (suppl.1), 560-564.
- Bouchard, L. & Desmeules, M. (2013). Les minorités linguistiques du Canada et la santé. *Health Care Policy*, 9 (issue spéciale), 38-47.
- Boudreau, F. (1987). The making of mental health policy: The 1980s and the challenge of sanity in Quebec and Ontario. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 6(1), 27-47.
- Boudreau, F. (1999). Langue minoritaire et services de santé mentale en l'an 2000: Droits et besoins des francophones de Toronto. *Reflets: Revue d'Intervention Sociale & Communautaire*, 5(2), 123-154.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101.
- Breton, R. (1994). Modalités d'appartenance aux francophones minoritaires: essai de typologie. *Sociologie et sociétés*, 26(1), 59-69.
- Brilowski, G. A. & Wendler, M. C. (2005). An evolutionary concept analysis of caring. *Journal of Advanced Nursing*, 50, 641-650.
- Brown, B., Nolan, P., Crawford, P. & Lewis, A. (1996). Interaction, language and the 'Narrative turn' in psychotherapy and psychiatry. *Social Science of Medicine*, 43(11), 1569-1578.
- Brugère, F. (2010). Quelle société voulons-nous? Le soin et le care. *La vie des idées*, 1-8.

- Burnard, P. (1991). A method of analysis interview transcripts in qualitative research. *Nurse Education Today*, 11, 461-466.
- Cain, A. (1955). Microfilming – the situation to-day. *Aslib Proceedings*, 7(1), 23-30.
- Callaghan, P. & Owen, S. (2005). Psychiatric and mental health nursing: past, present and future. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, 639-642.
- Casey, B. & Long, A. (2003). Meanings of madness: a literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 89-99.
- Castonguay, C. (2005). La cassure linguistique et identitaire du Canada français. *Recherches Sociographiques*, 46(3), 473-494.
- Chartier, R. (2003). La nouvelle histoire culturelle existe-t-elle? *Les Cahiers du Centre de Recherches Historiques*. Repéré sur internet le 20 novembre 2011.
<http://ccrh.revues.org/index291.html>
- Cheevakasemsook, A., Chapman, Y., Francis, K. & Davies, C. (2006). The study of nursing documentation complexities. *International Journal of Nursing Practice*, 12, 366-374.
- Cheung, J. (1998). Caring as the ontological and epistemological foundations of nursing: A view of caring from the perspectives of Australian nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 4(4), 225-233.
- Chouinard, S. (2012). Quel avenir pour le projet autonomiste des communautés francophones en situation minoritaire? Réflexion sur les politiques publiques canadiennes en matière de langues officielles. *Minorités linguistiques et société*, 1, 195-213.
- Church, O. M. (1986). From custody to community in psychiatric nursing. *Nursing Research*, 36(1), 48-55.

- Clarke, J. B. & Wheeler, S. J. (1992). A view of the phenomenon of caring in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 1283-1290.
- Clifford, C. (1995). Caring: fitting the concept to nursing practice. *Journal of Clinical Nursing*, 4, 37-41.
- Cody, W. K. (1998). Critical theory and nursing science: Freedom in theory and practice. *Nursing Science Quarterly*, 11(2), 44-46.
- Coffman, M. J. (2004). Cultural caring in nursing practice: A meta-synthesis of qualitative research. *Journal of Cultural Diversity*, 11(3), 100-109.
- Coker, E.M. (2003). Narrative strategies in medical discourse: constructing the psychiatric « case » in a non-western setting. *Social Science & Medicine*, 57, 905-916.
- Collishaw, N. E. (1980). Historique de l'évolution des modes de financement des services de santé au Canada. *L'Actualité économique*, 56(2), 154-163.
- Compagnon, A. (1998). Pourquoi le français deviant une langue comme les autres? *Cahiers de l'Association Internationale des Études Françaises*, 50, 17-36.
- Cook, J., Lefley, H. P., Pickett, S. A. & Cohler, B. J. (1994). Age and family burden among patients of offspring with severe mental illness. *American Journal Orthopsychiatry*, 64(3), 435-447.
- Corbin, A. (1990). Histoire et anthropologie sensorielle. *Anthropologie et Sociétés*, 14(2), 13-24.
- Corbin, J. (1998). The Corbin & Strauss chronic illness trajectory model: An update. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 12(1), 33-41.
- Couillerot-Peyrondet, A.-L., Midy, F. & Bruneau, C. (2011). Perception de la qualité des soins reçus par les personnes atteintes de maladie chronique. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 59(1), 23-31.

- Cox, S. (1978). Fifteen years after asylums: Description of a program for victims of the total institution. *Clinical Social Work Journal*, 6(1), 44-52.
- Craig, B. L. (1990). Hospital records and record-keeping, c. 1850 – c. 1950. Part II: The development of record-keeping in hospitals. *Archivaria*, 30, 21-38.
- Crawford, P. & Brown, B. (1999). A language for nursing: furthering the debate. *Nursing Standard*, 14(12), 36-37.
- Crawford, P., Johnson, A. J., Brown, B. J. & Nolan, P. (1999). The language of mental health nursing reports: firing paper bullets? *Journal of Advanced Nursing*, 29(2), 331-340.
- Dalpezzo, N. K. (2009). Nursing care: A concept analysis. *Nursing Forum*, 44(4), 256-264.
- D'Antonio, P., Beeber, L., Sills, G. & Naegle, M. (2014). The future in the past: Hildegard Peplau and interpersonal relations in nursing. *Nursing Inquiry*, 21(4), 311-317.
- Davoli, J.H. (2003). No Room at the Inn: How the Federal Medicaid Program Created Inequities in Psychiatric Hospital Access for the Indigent Mentally Ill. *American Journal of Law and Medicine*, 29, 159-183.
- Desrosiers, G. (1999). Le système de santé au Québec bilan historique et perspective d'avenir: conférence inaugurale du 51^e congrès de l'Institut d'histoire de l'Amérique française, octobre 1998. *Revue d'Histoire de l'Amérique Française*, 53(1), 3-18.
- Dick, E. (2011). Après l'asile – After the asylum. *Histoire Sociale / Social History*, 44(88).
- Doré, M. (1987). La désinstitutionalisation au Québec. *Santé mentale au Québec*, 12(2), 144-157.
- Dorvil, H. (1982). La maladie mentale: Définition des normaux versus celle des déviants. *Santé Mentale au Québec*, 7(2), 189-193.
- Dorvil, H. (1987). La tolérance de la communauté à l'égard du malade mental. *Santé Mentale au Québec*, 12(1), 55-65.

Dorvil, H. (1987). Les caractéristiques du syndrome de la porte tournante à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. *Santé Mentale au Québec*, 12(1), 79-89.

Dorvil, H. (1988). L'accueil différentiel de la communauté à l'égard du malade mental. *Santé Mentale au Québec*, 13(1), 105-118.

Dorvil, H. (1990). La maladie mentale comme problème social. *Service Social*, 39(2), 44-58.

Dorvil, H. (2005). Nouveau plan d'action: quelques aspects médicaux, juridiques, sociologiques de la désinstitutionnalisation. *Cahiers de recherche sociologique*, 41-46, 209-235.

Dorvil, H. & Gagné, J. (1992). La délicate cohabitation du communautaire et de l'institutionnel en santé mentale : entrevue avec le ministre Marc-Yvan Côté. *Nouvelles Pratiques Sociales*, 5(1), 7-23.

Drazenovich, G. (2004). Towards an ethos of value, mental health reform in the province of Ontario and psychosocial rehabilitation: A dialogue. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28(1), 3-7.

Drolet, M., Arcand, I., Benoît, J., Savard, J., Savard, S. & Lagacé, J. (2015). Agir pour avoir accès à des services sociaux en français: des Francophones en situation minoritaire nous enseignent quoi faire! *Canadian Social Work Review*, 32(1-2), 5-26.

Duhamel, F. (2010). Implementing family nursing: How do we translate knowledge into clinical practice? Part II: The evolution of 20 years of teaching, research, and practice to a Center of excellence in family nursing. *Journal of Family Nursing*, 16(1), 8-25.

Dunlop, M. J. (1986). Is a science of caring possible? *Journal of Advances Nursing*, 11, 661-670.

Edwards, S. (2011). Is there a distinctive care ethics? *Nursing Ethics*, 18(2), 184-191.

- Eggenberger, S. K., Meiers, S. J., Krumwiede, N., Bliesmer, M. & Earle, P. (2010). Reintegration within families in the context of chronic illness: a family health promoting process. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*, 3, 283-292.
- Eghigian, G. (2011). Deinstitutionalizing the history of contemporary psychiatry. *History of Psychiatry*, 22(2), 201-214.
- Farmer, P. (1999). Pathologies of power: Rethinking health and human rights. *American Journal of Public Health*, 89(10), 1486-1496.
- Fass, P. (2003). Cultural history/social history: some reflections on a continuing dialogue. *Journal of Social History*, 37(1), 39-46.
- Ferrans, C. E. (1996). Development of a conceptual model of quality of life. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 10(3), 293-304.
- Ferretti, L. (2012). L'Hôpital Sainte-Anne de Baie-Saint-Paul et la déficience intellectuelle. *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 65(2-3), 331-361.
- Fingeld-Connett, D. (2008). Meta-synthesis of caring in nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 17(2), 196-204.
- Fisher, L. (2006). Research on the family and chronic disease among adults: major trends and directions. *Families, Systems & Health*, 24, 373-380.
- Forchuk, C., Reynolds, W., Sharkey, S., Martin, M.-L. & Jensen, E. (2007). Transitional discharge based on therapeutic relationships: State of the art. *Archives of Psychiatric Nursing*, 21(2), 80-86.
- Forgues, E. (2010). Autonomie, vitalité et identité des communautés en situation minoritaire: Proposition d'un cadre conceptuel. *International Journal of Canadian Studies*, 42, 183-206.

- Foucher, P. (2010-2011). Francophone minoritaire en droit canadien: une question de choix? *Revue du Nouvel-Ontario*, n°35-36, 47-67.
- Frankenburg, F. (1982). The 1978 Ontario Mental Health Act in historical context. *HSTC Bulletin: Journal of the History of Canadian Science, Technology and Medicine*, 6(3), 172-177.
- Fredriksson, L. (1999). Modes of relating in a caring conversation: a research synthesis on presence, touch and listening. *Journal of Advanced Nursing*, 30(5), 1167-1176.
- Ganassale, S. (2008). Faire parler les mots: vers un cadre méthodologique pour l'analyse thématique des réponses aux questions ouvertes. *Decision Marketing*, 51(Jul-Sep), 55-88.
- Gascon, L. (1977). La réadaptation du malade mental chronique. *Santé Mentale au Québec*, 2(1), 1-12.
- Gaut, D. A. (1993). Caring: a vision of wholeness for nursing. *Journal of Holistic Nursing*, 11(2), 164-171.
- Gennart, M., Vannotti, M. & Zellweger, J.-P. (2001). La maladie chronique: une atteinte à l'histoire des familles. *Thérapie Familiale*, 22, 231-250.
- George, T. B. (2002). Care meanings, expressions, and experiences of those with chronic mental illness. *Archives of Psychiatric Nursing*, XVI(1), 25-31.
- Gervais, G. (1986). Le problème des institutions en Ontario français. *Revue du Nouvel-Ontario*, 8, 9-12.
- Gilligan, C. (2009). Le care, éthique féminine ou éthique féministe? Entretien avec Carole Gilligan. *Multitudes*, 37-38, 76-78.
- Gingras, Y. (2010). Mapping the structure of the intellectual field using citation and co-citation analysis of correspondences. *History of European Ideas*, 36(3), 330-339.

- Goering, P., Wasylenki, D. & Durbin, J. (2000). Canada's mental health system. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23(3-4), 345-359.
- Gortner, S. R. (1993). Nursing's syntax revisited: A critique of philosophies said to influence nursing theories. *International Journal of Nursing Studies*, 30(6), 477-488.
- Graham, D. C., Dickinson, G. T. & Godden, J. O. (1964). Much more for the mind. *The Canadian Medical Association Journal*, 90, 1130-1131.
- Griffith, R. (2014). Disclosing personal health information relating to adults who lack capacity. *British Journal of Community Nursing*, 19(3), 144-147.
- Guberman, N. (1990). Les femmes et la politique de santé mentale. *Santé Mentale au Québec*, 15(1), 62-84.
- Guillemain, H. (2015). Le soin en psychiatrie dans la France des années 1930. Une observation à partir des dossiers patients et des manuels de formation infirmière. *Histoire, médecine et santé*, 7, 77-90.
- Hamden, A., Newton, R., McCauley-Elsom, K. & Cross, W. (2011) Is deinstitutionalization working in our community? *International Journal of Mental Health Nursing*, 20, 274-283.
- Hamilton, D. (1988). Faith and finance. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*, 20(3), 124-127.
- Hans de Haan, J. & Rotmans, J. (2010). Pattern in transitions: Understanding complex chains of change. *Technological Forecasting & Social Change*. doi:10.1016/j.techfore.2010.10.008
- Harrisson, S. (2016). L'effet de la chronicisation de la maladie mentale sur le milieu familial et le réseau hospitalier Est-ontarien, 1976-2006. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, 2, 41-48. <http://dx.doi.org/10.1016/j.refiri.2015.12.002>
- Harrisson, S., Bruyninx, G., MacCordick, N. M. H. & Tessier, F. (2015). Note de recherche : Incursion dans les archives de l'hôpital Montfort : Partir à la quête du processus de «

- déhospitalisation » des patients hospitalisés sur les unités psychiatriques de courte durée. *CBMH/BCHM*, 32(2), 411-421.
- Hartford, K., Schrecker, T., Wiktorowicz, M., Hoch, J. S. & Sharp, C. (2003). Four decades of mental health policy in Ontario, Canada. *Administration and Policy in Mental Health*, 31(1), 65-73
- Hays, J. C. (1989). Voices in the record. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*, 21(4), 200-204.
- Heartfield, M. (1996). Nursing documentation and nursing practice: a discourse analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 98-103.
- Hein, L. C. & Scharer, K. M. (2015). A modern history of psychiatric-mental health nursing. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29, 49-55.
- Henderson, V. (1982). The nursing process: Is the title right? *Journal of Advanced Nursing*, 7, 103-109.
- Henneman, E. A. & Cardin, W. (2002). Family-centered care: a practical approach to making it happen. *Critical Care Nurse*, 22(6), 12-19.
- Herz, M. I. & Endicott, J. (1975). Brief hospitalization of patients with families: Initial results. *American Journal of Psychiatry*, 132(4), 413-417.
- Hobbs, C., Tennant, C., Rosen, A., Newton, L., Lapsley, H.M., Tribe, K. & Brown, J.E. (2000). Deinstitutionalisation for long-term mental illness: a 2-year clinical evaluation. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 476-483.
- Hôpital Montfort. Les origines. Repéré sur internet le 4 août 2014.
www.hopitalmontfort.com/fr/origines.
- Hôpital Montfort. (2014). Montfort a 60 ans! Repéré le 19 mars 2014.
www.hopitalmontfort.com/fr/60ans

- Howse, E. & Bailey, J. (1992). Resistance to documentation – a nursing research issue. *International Journal of Nursing Studies*, 29(4), 371-380.
- Hunt, L. (1986). French history in the last twenty years: The rise and the fall of the Annales paradigm. *Journal of Contemporary history*, 21(2), 209-224.
- Jassak, P. F. & Knafl, K. A. (1990). Quality of family life: Exploration of a concept. *Seminars in Oncology Nursing*, 6, 298-302.
- Kaiser, A. H. (2009). Lois en matière de santé mentale au Canada: reconnaître et rectifier une situation problématique. *Santé Mentale au Québec*, 34(2), 75-91.
- Kalay, A. L. Chomienne, M.-H. & Farmanova, E. (2013). Les priorités de recherche sur la santé des francophones en Ontario. *Revue Canadienne de Santé Publique*, 104(6) (suppl.1), S83-S87.
- Kandler, H., Behymer, A. F., Kegeles, S. & Boyd, R. W. (1952). A study of Nurse-patient interaction in a mental hospital. *American Journal of Nursing*, 52(9), 1100-1103.
- Keightley, M., Kendall, V., Jang, S.-H., Parker, C., Agnihotri, S., Colantonio, A., Minore, B., Katt, M., Cameron, A., White, R., Longboat-White, C. & Bellavance, A. (2011). From health care to home community: An aboriginal community-based ABI transition strategy. *Brain Injury*, 25(2), 142-152.
- Kelly, S. & McKenna, H. P. (2004). Risks to mental health patients discharges into the community. *Health, Risk & Society*, 6(4), 377-385.
- Kitt, I. A. (2008). What characterises nursing care? A hermeneutical philosophical inquiry. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 22, 314-319.

- Knight, M. T. D. & Moloney, M. (2005). Anonymity or visibility? An investigation of stigma and community mental health team (CMHT) services using interpretative phenomenological analysis (IPA). *Journal of Mental Health*, 14(5), 499-512.
- Kremsdorf, D. (1951). Redefining the role of the psychiatric nurse. *Nursing World*, 125, 109-111.
- Kroll, P. & Legault, A. (2008). Mieux comprendre l'apprentissage du caring, une nécessité pour préserver l'approche humaniste au cœur des soins. *L'Infirmière Clinicienne*, 5(1), 35-41.
- Lanouette, N. (1976). L'intégration du malade mental dans la société. *Santé Mentale au Québec*, 1(1), 121-130.
- Lapointe, J. (1986). Vie culturelle et institutions autonomes: minorités culturelles et institutions. *Revue du Nouvel-Ontario*, 8, 97-102.
- Laugier, S. (2009). L'éthique comme politique de l'ordinaire. *Multitudes*, 37-38, 80-88.
- Laugier, S. & Molinier, P. (2009). Politiques du care. *Multitudes*, 37-38, 74-75.
- Launer, J. (1999). Narrative based medicine: A narrative approach to mental health in general practice. *British Medical Journal*, 318(7176), 117-119.
- Laurin, C. (1986). La maladie mentale : un défi à notre conscience collective. *Santé Mentale au Québec*, 11(1), 105-116.
- Lavigueur, H. (1980). Rencontre avec des parents de schizophrènes. *Santé Mentale au Québec*, 5(1), 54-62.
- LeCuyer, E. A. (1992). Milieu therapy for short stay units. A transformed practice theory. *Archives of Psychiatric Nursing*, 6(2), 108-116.
- Lefebvre, Y. (1987). Chercher asile dans la communauté. *Santé Mentale au Québec*, 12(1), 66-78.

- Lefley, H.P. (1989). Family burden and family stigma in major mental illness. *American Psychologist*, 44(3), 556-560.
- Leighton, A. H. (1984). Barriers to adequate care for mentally ill people. *Social Science & Medecine*, 18(3), 237-241.
- Lemay, R. A. (2009). Deinstitutionalization of people with developmental disabilities: A review of the literature. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 28(1), 181-194.
- Lemercier, C. (2005). Analyse de réseaux et histoire. *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, 2(52-2), 88-112.
- Lévesque, J.-F., Feldman, D., Dufresne, C., Bergeron, P., Pinard, B. & Gagné, V. (2009). Barrières et éléments facilitant l'implantation de modèle intégrés de prévention et de gestion des maladies chroniques. *Pratiques et Organisation des soins*, 40(4), 251-265.
- Link, B. G. & Phelan, Jo C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Reviews of Sociology*, 27, 363-385.
- Lipmann, B. (2009). Elderly homeless men and women: Aged care's forgotten people. *Australian Social Work*, 62(2), 272-286.
- Little, M. O. (1998). Care: From theory to orientation and back. *Journal of Medecine and Philosophy*, 23(2), 190-209.
- Lurie, S. (2005). Comparative mental health policy: Are there lessons to be learned? *International Review of Psychiatry*, 17(2), 97-101.
- MacCallum, E. J. (2002). Othering and psychiatric nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, 87-94.
- Maheu, P., Guberman, N. & Dorvil, H. (1989). Le maintien en milieu naturel: une question de santé mentale. *Santé Mentale au Québec*, 14(1), 165-178.

- Mansell, J. (2006). Deinstitutionalisation and community living: progress, problems and priorities. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 31(2), 65-76.
- Martel, M. (2005). Usage du passé et mémoire collective franco-ontarienne : le souvenir du Règlement 17 dans la bataille pour sauver l'hôpital Montfort. *Mensuel Revue d'Histoire intellectuelle de l'Amérique française*, 6(1), 69-94
- Martin, L. & Ashworth, M. (2010). Deinstitutionalization in Ontario, Canada: Understanding who moved when. *Journal of Policy and Intellectual Disabilities*, 7(3), 167-176.
- Martin, M.-L., Jensen, E., Coatsworth-Puspoky, R., Forchuk, C., Lysiak-Globe, T. & Beal, G. (2007). Integrating an evidences-based research intervention in the discharge of mental health clients. *Archives of Psychiatric Nursing*, 21(2), 101-111.
- Mercier, C. & White, D. (1995). La politique de santé mentale et la communautarisation des services. *Santé Mentale au Québec*, 20(1), 17-30.
- Mereness, D. (1951). Preparation of the nurse for the psychiatric team. *American Journal of nursing*, 51(5), 320-322.
- Mill, J. E., Allen, M. N. & Morrow, R. A. (2001). Critical Theory: Critical Methodology to Disciplinary Foundations in Nursing. *Canadian Journal of Nursing Research*, 33(2), 109-127.
- Mills, M. J. & Cummins, B. D. (1982). Deinstitutionalization reconsidered. *International Journal of Law and Psychiatry*, 5, 271-284.
- Mohr, W. K. & Noone, M. J. (1997). Deconstructing progress notes in psychiatric settings. *Archives of Psychiatric Nursing*, 11(6), 325-331.
- Morin, P. (1990). L'oubli de l'espace dans le Plan d'organisation de services. *Santé mentale au Québec*, 15(2), 4-13.

- Morissette, L. & Biard, C. (1987). Hospitalisation brève: en psychiatrie (moins de sept jours): expérience du Pavillon Albert-Prévost. *Santé Mentale au Québec*, 12(1), 99-107.
- Mulvale, G., Abelson, J. & Goering, P. (2007). Mental health service delivery in Ontario, Canada: How do policy legacies shape prospects for reform? *Health, Economics, Policy and Law*, 2, 363-389.
- Nicholson, N.R. (2012). A review of social isolation: An important but underassessed condition in older adults. *Journal of Primary Prevention*, 33, 137-152.
- Noiriel, G. (2009). Qu'est-ce que la socio-histoire? *Canal U*. Disponible sur : http://www.canalu.tv/video/ifea/qu_est_ce_que_la_socio_histoire.15841
- Nolan, M. & Grant, G. (1989). Addressing the needs of informal carers: A neglected area of nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 14, 950-961.
- Noone, J. H. & Stephens, C. (2008). Men, masculine identities, and health care utilization. *Sociology of Health and Illness*, 30(5), 711-725.
- Ordre des Infirmières et Infirmiers de l'Ontario (2009). Norme d'exercice. La tenue de dossiers, édition révisée de 2009. Repéré sur internet le 24 avril 2016. https://www.cno.org/globalassets/docs/prac/51001_documentation.pdf
- Ory, P. (1987). L'histoire culturelle de la France contemporaine, question et questionnement. Vingtième siècle. *Revue d'Histoire*, 16, 67-8.
- Osborne, C. A., Batty, G. M., Maskrey, V., Swift, C. G. & Jackson, S. H. D. (1997). Development of prescribing indicators for elderly medical inpatients. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 43, 91-97.
- Otero, M. (2010). Le fou social et le fou mental: amalgames théoriques, synthèses empiriques et rencontres institutionnelles. *Sociologies (en ligne)*. Repéré le 21 novembre 2011 sur internet. <http://sociologies.revues.org/index3268.html>

- Pelletier, J.-Y. (2013). *Chronologie de l'histoire de l'Hôpital Montfort d'Ottawa (1947-2013)*. Ottawa: Hôpital Montfort, 14.
- Peplau, H. E. (1994). Psychiatric mental health nursing: challenge and change. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 1, 3-7.
- Peplau, H. (1997). Peplau's theory of interpersonal relations. *Nursing Science Quarterly*, 10(4), 162-167.
- Perese, E. F. & Wolf, M. (2005). Combating loneliness among persons with severe mental illness: social network interventions' characteristics, effectiveness, and applicability. *Issue of Mental Health Nursing*, 26, 591-609.
- Perreault, I. & Thifault, M.-C. (2014). Les Sœurs de la Providence et les psychiatres modernistes: enjeux professionnels en santé mentale au Québec, 1910-1965. *Études d'Histoire religieuse*, 78(2), 59-79.
- Pinfold, V. (2000). 'Building up safe havens...all around the world': users' experiences of living in the community with mental health problems. *Health & Place*, 6, 201-212.
- Plessis, E., Greeff, M. & Koen, M.P. (2004) The Psychiatric Outpatient's Family as a Support System. *Health SA Gesondheid*, 9(2), 3-19.
- Poland, B., Lehoux, P., Holmes, D. & Andrews, G. (2005). How place matters: unpacking technology and power in health and social care. *Health and Social Care in the Community*, 13(2), 170-180.
- Poulin, C. & Massé, R. (1994). De la désinstitutionnalisation au rejet social: point de vue de l'ex-patient psychiatrique. *Santé Mentale au Québec*, 19(1), 175-194.
- Pyke, J., Nimigon, L. & Robertson, V. (1998). Le Community Resources Consultants de Toronto : deux programmes de case management. *Santé Mentale au Québec*, 23(2), 70-92.

Radio-Canada. (2011). Radio journal 8 juin 2011. Repéré sur internet le 5 octobre 2011.

http://www.radio-canada.ca/audio-video/#urlMedia=http://radio-canada.ca/Medianet/2011/CBF/Radiojournal201106081700_5.aspx&pos=0

Rainville, T. & Bourdon, M.-A. (1986). La formation des infirmières, clé du changement? *Santé Mentale au Québec*, 11(2), 59-64.

Reed, S. I. (2008). First-episode psychosis: A literature review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17, 85-91.

Remysen, W. (2003). L'insécurité linguistique des francophones ontariens et néo-brunswickois. Contribution à l'étude de la francophonie canadienne. *Culture française d'Amérique*, 95-116.

Renaud, M. (1977). Réforme ou illusion? Une analyse des interventions de l'État québécois dans le domaine de la santé. *Sociologie et Sociétés*, 9(1), 127-152.

Rioch, D. & Stanton, A. (1953). Milieu therapy. *Psychiatry*, 16(1), 65-72.

Risse, G. B. & Warner, J. H. (1992). Reconstructing clinical activities: Patient records in medical history. *Social History of Medicine*, 5(2), 183-205.

Rocheffort, D. A. & Portz, D. A. (1993). Different systems, shared challenges: Assessing Canadian mental health care from a U.S. perspective. *American Review of Canadian Studies*, printemps, 65-82.

Rolland, J. S. (1987). Chronic illness and the life cycle: A conceptual framework. *Family Process*, 26(2), 203-221.

Rose, L. E., Mallinson, R. K. & Walton-Moss, B. (2004). Barriers to family care in psychiatric settings. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(1), 39-47.

- Rose, L. E., Mallinson, R. K. & Gerson, L. D. (2006). Mastery, burden, and areas of concern among family caregivers of mentally ill persons. *Archives of Psychiatric Nursing*, 20(1), 41-51.
- Sargent, A. (2012). Reframing caring as discursive practice: a critical review of conceptual analyses of caring in nursing. *Nursing Inquiry*, 19(2), 134-143.
- Sealy, P. & Whitehead, P. C. (2004). Forty years of deinstitutionalization of psychiatric services in Canada: An empirical assessment, *Canadian Journal of Psychiatry*, 49(4), 249-257.
- Senn, J. F. (2013). Peplau's theory of interpersonal relations: Application in emergency and rural nursing. *Nursing Science Quarterly*, 26(1), 31-35.
- Siegler, E. L. & Cohen, A. B. (2011). Conflicts over control and use of medical records at the New York Hospital before standardization movement. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 640-648.
- Sjöblom, L. M., Hellzen, O. & Lilja, L. (2013). «I scream for help»: A single case study of one sister's experiences with formal psychiatric care when her brother became mentally ill. *Health*, 5, 417-425.
- Sklar, T. & Zazworsky, D. (2010). Donor rewards sustainable plan for homeless. *Health Progress*, 91(2), 55-57.
- Smith, M. & Khanlou, N. (2013). An analysis of Canadian psychiatric mental health nursing through the junctures of history, gender, nursing education, and quality of work life in Ontario, Manitoba, Alberta, and Saskatchewan. *ISRN Nursing*, 1-13.
<http://dx.doi.org/10.1155/2013/184024>
- Stevens, L. F. & Henrie, D. D. (1966). A history of psychiatric nursing. *Periodicals Archive Online*, 30(1). 32-38.

- Swenson, J. R. & Bradwejn, J. (2002). Mental health reform and evolution of general psychiatry in Ontario. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47(7), 644-651.
- Tam, C. (2010) Developing Collaborative Mental Health Care for Homeless Persons at a Drop-in Center. *Ps.psychiatryonline.org*, 61(6), 549-551.
- Thérien, R. (1990) La désinstitutionalisation, les maladies, les familles et les femmes: des intérêts à concilier. *Santé mentale au Québec*, 15(1), 100-119.
- Thibodeau, Y. (1993). Les ressources communautaires et la désinstitutionnalisation en santé mentale. *Nouvelles Pratiques Sociales*, 6(1), 215-220.
- Thifault, M.-C. (2010). Le nursing psychiatrique à l'École des gardes-malades de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu : le côté spirituel en tête du côté technique. *Scientia Canadensis: Canadian Journal of the History of Science, Technology and Medicine*, 33(1), 95-118.
- Thifault, M.-C. & Perreault, I. (2011). 1^{ère} initiative d'intégration sociale des malades mentaux dans une phase de pré-désinstitutionnalisation. L'exemple de Saint-Jean-de-Dieu, 1910-1950. *Histoire Sociale / Social History*, 44(88), 197-222.
- Tipliski, V. M. (2004). Parting in the crossroads: the emergence of education for psychiatric nursing in three Canadian provinces, 1909-1955. *Canadian Bulletin of Medicine History*, 21(2), 253-279.
- Tomm, W. (1994). Beyond 'family models': Family as dialogical process in a cultural house of language. *Journal of Feminist Family Therapy*, 6(2), 1-20.
- Traisnel, C. (2010-2011). Enjeux linguistiques locaux, représentation politique et interférences identitaires dans la définition d'une francophonie multiscalair au Canada. *Revue du Nouvel-Ontario*, 35-36, 137-159.

- Traisnel, C. & Forgues, E. (2009). La santé et les minorités linguistiques: l'approche canadienne au regard de cas internationaux. *Francophonies d'Amérique*, 28, 17-46.
- Tronto, J. (1987). Beyond gender difference to a theory of care. *Signs*, 12(4), 644-663.
- Tully, M. P. & Cantrill, J. A. (2005). Insights into creation and use of prescribing documentation in the hospital medical record. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 11(5), 430-437.
- Turner, T. (2004). The history of deinstitutionalization and reinstitutionalization. *Psychiatry*, 3(9), 1-4.
- Vanlaere, L. & Gastmans, C. (2011). A personalist approach to care ethics. *Nursing Ethics*, 18(2), 161-173.
- Vanoutrive, J., Derobertmeasure, A. & Friant, N. (2012). Analyse thématique et analyse propositionnelle: application à un corpus de témoignages concernant l'injustice scolaire. *Mesure et Évaluation en Éducation*, 35(2), 97-123.
- Wagner, E. H., Austin, B. T., Davis, C., Hindmarsh, M., Schaefer, J. & Bonomi, A. (2012). Improving chronic illness care: Translating evidence into action. *Health Affairs*, 20(6), 64-78.
- Weaver, K. & Olson, J. K. (2006). Understanding paradigms used for nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 53(4), 459-469.
- Weihs, K., Fisher, L. & Baird, M. (2002). Families, health and behavior: a section of the Commissioned Report by the Committee on Health and Behavior: Research, practice and policy, division of neuro-science and behavioral health and division of health promotion and disease prevention, Institute of medicine, National academy of sciences. *Families, Systems and Health*, 1, 7-46.

Weisstub, D. N. & Arboleda-Flôrez, J. (2006). Les droits en santé mentale au Canada: une perspective internationale. *Santé Mentale au Québec*, 31(1), 19-46.

Wolitski, R. J., Kidder, D. P., Pals, S. L., Royal, S., Aidala, A., Stall, R., Holtgrave, D. R., Harre & D., Courtenay-Quirk, C. (2010). Randomized trial of the effects of housing assistance on the health and risk behaviors of homeless and unstably housed people living with HIV. *AIDS Behavior*, 14, 493-503.

Thèses maitrises et doctorales

Bissinger, C. (2009). *Analyse critique de la réforme des services de santé mentale en Ontario. Mémoire de maitrise en service social.* Université d'Ottawa.

Camirand, C. (1997). *La désinstitutionnalisation psychiatrique et le « communautaire » en Ontario... De quoi parle-t-on? Enjeux de la réforme des soins de santé mentale en Ontario. Mémoire de maitrise en service social.* Université d'Ottawa.

Gagnon, B. (1996). « *Tout ce qu'on veut c'est vivre le plus normalement possible* ». *Désinstitutionnalisation psychiatrique et communautarisation des pratiques en milieu franco-ontarien. Mémoire de maitrise en service social.* Université d'Ottawa.

Genest, C. (2013). *La résilience des familles endeuillées par le suicide d'un adolescent: Rebondir malgré la blessure indélébile. Thèse de doctorat.* Université de Montréal.

Nadon, L. M. (1998) *L'insertion Sociale, Rêve ou Réalité? Mémoire Service Sociale.* Université d'Ottawa.

Roussel, N. (2004). *L'expérience des familles qui accompagnent un proche vivant avec un problème de santé mentale. Thèse de Maitrise*. Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue. Université de Montréal.

APPENDICE 1

Sélection des dossiers médicaux sur une base quinquennale

Tableau 1 : Sélection des dossiers médicaux sur une base quinquennale

Années	Nombre total de dossiers	20%	Nombre de dossiers disponibles	Admissions dossiers disponibles
1976-1977	232 dossiers	46	42	308
1982-1983	153 dossiers	30	27	246
1986-1987	168 dossiers	33	27	234
1991-1992	126 dossiers	25	23	161
1996-1997	179 dossiers	35	32	287
2001-2002	186 dossiers	36	32	357
2005-2006	167 dossiers	33	33	291
Total	1211 dossiers	238	216	1884

*4 dossiers médicaux n'étaient pas disponibles à l'année 1976-1977 et quelques dossiers ont été sélectionnés plus d'une fois.

Le registre d'admissions de l'année 1981-1982 a été détruit.

APPENDICE 2
Certificats d'éthiques
de
l'Université d'Ottawa

Numéro de dossier: H05-13-23

Date (mm/jj/aaaa): 06/14/2013



Université d'Ottawa **University of Ottawa**
 Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche Office of Research Ethics and Integrity

Certificat d'approbation déontologique

CÉR Sciences et science de la santé

Chercheur principal / Superviseur / Co-chercheur(s) / Étudiant(s)

<u>Prénom</u>	<u>Nom de famille</u>	<u>Affiliation</u>	<u>Rôle</u>
Marie-Claude	Thifault	Sciences de la santé / Sciences infirmières	Superviseur
Sandra	Harrisson	Sciences de la santé / Sciences infirmières	Étudiant-chercheur

Numéro du dossier: H05-13-23

Type du projet: Thèse de doctorat

Titre: Déshospitalisation psychiatrique: pratique de soins et d'insertion sociale au sein de la communauté francophone est-ontarienne, 1976-2006, une approche socio-historique

Date d'approbation (mm/JJ/aaaa)	Date d'expiration (mm/JJ/aaaa)	Approbation
06/14/2013	06/13/2014	Ia

(Ia: Approbation complète, Ib: Autorisation préliminaire de libération de fonds de recherche)

Conditions Spéciales / Commentaires:

N/A

1

550, rue Cumberland Ottawa (Ontario) K1N 6N5 Canada
 550 Cumberland Street Ottawa, Ontario K1N 6N5 Canada
 (613) 562-5387 • Téléc./Fax (613) 562-5338
<http://www.research.uottawa.ca/ethics/index.html>
<http://www.recherche.uottawa.ca/deontologie/index.html>

Numéro de dossier: H05-13-23

Date (mm/jj/aaaa): 06/14/2013



Université d'Ottawa **University of Ottawa**
 Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche Office of Research Ethics and Integrity

La présente confirme que le Comité d'éthique de la recherche (CER) de l'Université d'Ottawa identifié ci-dessus, opérant conformément à l'Énoncé de politique des Trois conseils et toutes autres lois et tous règlements applicables de l'Ontario, a examiné et approuvé la demande d'approbation déontologique du projet de recherche ci-nommé. L'approbation est valide pour la durée indiquée plus haut et est sujette aux conditions énumérées dans la section intitulée "Conditions Spéciales / Commentaires".

Lors de l'étude, le protocole ne peut être modifié sans approbation préalable écrite du CER sauf si le sujet doit être retiré en raison d'un danger immédiat ou s'il s'agit d'un changement ayant trait à des éléments administratifs ou logistiques de l'étude comme par exemple un changement de numéro de téléphone. Les chercheurs doivent aviser le CER dans les plus brefs délais de tout changement pouvant augmenter le niveau de risque aux participants ou affecter considérablement le déroulement du projet. Ils devront aussi rapporter tout événement imprévu et / ou dommageable et devront soumettre toutes les nouvelles informations pouvant nuire à la conduite du projet et/ou à la sécurité des participants. Toutes modifications apportées au projet, aux lettres d'information / formulaires de consentement ainsi qu'aux documents de recrutement doivent être soumises pour approbation à ce Service en utilisant le document intitulé "Modification au projet de recherche" au: <http://www.recherche.uottawa.ca/deontologie/formulaires.html>

Veuillez soumettre un rapport annuel au Responsable de la déontologie en recherche, quatre semaines avant la date d'échéance indiquée afin de fermer le dossier ou demander un renouvellement de l'approbation déontologique. Le document nécessaire est disponible en ligne au: <http://www.recherche.uottawa.ca/deontologie/formulaires.html>

Pour toutes questions, vous pouvez communiquer avec le bureau de déontologie en composant le poste 5387 ou en nous contactant par courriel à: ethique@uOttawa.ca.

Signature:

Riana Marcotte
 Responsable de la déontologie en recherche
 Pour Daniel Lagarec, Président du CÉR en Sciences et sciences de la santé

Numéro de dossier: H05-13-23

Date (mm/jj/aaaa): 05/16/2014



Université d'Ottawa **University of Ottawa**
 Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche Office of Research Ethics and Integrity

Certificat d'approbation déontologique

CÉR Sciences et science de la santé

Chercheur principal / Superviseur / Co-chercheur(s) / Étudiant(s)

<u>Prénom</u>	<u>Nom de famille</u>	<u>Affiliation</u>	<u>Rôle</u>
Marie-Claude	Thifault	Sciences de la santé / Sciences infirmières	Superviseur
Sandra	Harrisson	Sciences de la santé / Sciences infirmières	Étudiant-chercheur

Numéro du dossier: H05-13-23

Type du projet: Thèse de doctorat

Titre: Déshospitalisation psychiatrique: pratique de soins et d'insertion sociale au sein de la communauté francophone est-ontarienne, 1976-2006, une approche socio-historique

Date de renouvellement (mm/jj/aaaa)	Date d'expiration (mm/jj/aaaa)	Approbation
06/14/2014	06/13/2015	

(Ia: Approbation complète, Ib: Autorisation préliminaire de libération de fonds de recherche)

Conditions Spéciales / Commentaires:

N/A

Numéro de dossier: H05-13-23

Date (mm/jj/aaaa): 05/16/2014



Université d'Ottawa **University of Ottawa**
 Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche Office of Research Ethics and Integrity

La présente confirme que le Comité d'éthique de la recherche (CER) de l'Université d'Ottawa identifié ci-dessus, opérant conformément à l'Énoncé de politique des Trois conseils et toutes autres lois et tous règlements applicables de l'Ontario, a examiné et approuvé la demande d'approbation déontologique du projet de recherche ci-nommé. L'approbation est valide pour la durée indiquée plus haut et est sujette aux conditions énumérées dans la section intitulée "Conditions Spéciales / Commentaires".

Lors de l'étude, le protocole ne peut être modifié sans approbation préalable écrite du CER sauf si le participant doit être retiré en raison d'un danger immédiat ou s'il s'agit d'un changement ayant trait à des éléments administratifs ou logistiques de l'étude comme par exemple un changement de numéro de téléphone. Les chercheurs doivent aviser le CER dans les plus brefs délais de tout changement pouvant augmenter le niveau de risque aux participants ou affecter considérablement le déroulement du projet. Ils devront aussi rapporter tout événement imprévu et / ou dommageable et devront soumettre toutes les nouvelles informations pouvant nuire à la conduite du projet et/ou à la sécurité des participants. Toutes modifications apportées au projet, aux lettres d'information / formulaires de consentement ainsi qu'aux documents de recrutement doivent être soumises pour approbation à ce Service en utilisant le document intitulé "Modification au projet de recherche" au:

<http://www.recherche.uottawa.ca/deontologie/formulaires.html>

Veillez soumettre un rapport annuel au Responsable de la déontologie en recherche, quatre semaines avant la date d'échéance indiquée afin de fermer le dossier ou demander un renouvellement de l'approbation déontologique. Le document nécessaire est disponible en ligne au:

<http://www.recherche.uottawa.ca/deontologie/formulaires.html>

Pour toutes questions, vous pouvez communiquer avec le bureau de déontologie en composant le poste 5387 ou en nous contactant par courriel à: ethique@uOttawa.ca.

Signature:

Mélanie Rioux
 Coordonnatrice de l'éthique
 Pour Catherine Paquet, Directrice du Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche

Numéro de dossier: H05-13-23

Date (mm/jj/aaaa): 05/07/2015



Université d'Ottawa **University of Ottawa**
 Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche Office of Research Ethics and Integrity

Certificat d'approbation déontologique

CÉR Sciences et science de la santé

Chercheur principal / Superviseur / Co-chercheur(s) / Étudiant(s)

<u>Prénom</u>	<u>Nom de famille</u>	<u>Affiliation</u>	<u>Rôle</u>
Marie-Claude	Thifault	Sciences de la santé / Sciences infirmières	Superviseur
Sandra	Harrisson	Sciences de la santé / Sciences infirmières	Étudiant-chercheur

Numéro du dossier: H05-13-23

Type du projet: Thèse de doctorat

Titre: Déshospitalisation psychiatrique: pratique de soins et d'insertion sociale au sein de la communauté francophone est-ontarienne, 1976-2006, une approche socio-historique

Date de renouvellement (mm/jj/aaaa)	Date d'expiration (mm/jj/aaaa)	Approbation
06/14/2015	06/13/2016	Ia

(Ia: Approbation complète, Ib: Autorisation préliminaire de libération de fonds de recherche)

Conditions Spéciales / Commentaires:

N/A

Numéro de dossier: H05-13-23

Date (mm/jj/aaaa): 05/07/2015



Université d'Ottawa **University of Ottawa**
 Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche Office of Research Ethics and Integrity

La présente confirme que le Comité d'éthique de la recherche (CER) de l'Université d'Ottawa identifié ci-dessus, opérant conformément à l'Énoncé de politique des Trois conseils et toutes autres lois et tous règlements applicables de l'Ontario, a examiné et approuvé la demande d'approbation éthique du projet de recherche ci-nommé. L'approbation est valide pour la durée indiquée plus haut et est sujette aux conditions énumérées dans la section intitulée "Conditions Spéciales / Commentaires".

Lors de l'étude, le protocole ne peut être modifié sans approbation préalable écrite du CER sauf si le participant doit être retiré en raison d'un danger immédiat ou s'il s'agit d'un changement ayant trait à des éléments administratifs ou logistiques de l'étude comme par exemple un changement de numéro de téléphone. Les chercheurs doivent aviser le CER dans les plus brefs délais de tout changement pouvant augmenter le niveau de risque aux participants ou affecter considérablement le déroulement du projet. Ils devront aussi rapporter tout événement imprévu et / ou dommageable et devront soumettre toutes les nouvelles informations pouvant nuire à la conduite du projet et/ou à la sécurité des participants. Toutes modifications apportées au projet, aux lettres d'information / formulaires de consentement ainsi qu'aux documents de recrutement doivent être soumises pour approbation en utilisant le document intitulé "Modification au projet de recherche" au: <http://recherche.uottawa.ca/deontologie/submissions-and-reviews>.

Veillez soumettre un rapport annuel au Bureau d'éthique quatre semaines avant la date d'échéance indiquée afin de renouveler de l'approbation éthique. Afin de fermer le dossier, un rapport final doit être soumis. Ces documents sont disponibles en ligne au: <http://recherche.uottawa.ca/deontologie/submissions-and-reviews>.

Pour toutes questions, vous pouvez communiquer avec le Bureau d'éthique en composant le poste 5387 ou par écrit à: ethique@uOttawa.ca.

Signature:

Jasmine Sarazin
 Coordinatrice de l'éthique
 Pour Catherine Paquet, Directrice du Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche

APPENDICE 3
Certificats éthiques
de
l'Hôpital Montfort

713, chemin Montréal Road, Ottawa, ON K1K 0T2
 Tél./Tel.: 613-746-4621 Téléc./Fax: 613-748-4914
hopitalmontfort.com



Un hôpital d'enseignement
 affilié à l'Université d'Ottawa
 A teaching hospital affiliated
 with the University of Ottawa

Avis de renouvellement éthique Comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital Montfort

Le 21 janvier 2013 :

Chercheuse principale :
 Marie-Claude Thifault
 Faculté des sciences de la santé
 École des sciences infirmières
 Université d'Ottawa

Co-chercheurs :
 Sandra Harrisson
 Faculté des sciences de la santé
 École des sciences infirmières
 Université d'Ottawa

Émilie Label
 Faculté des sciences de la santé
 Université d'Ottawa

Titre du projet : « Le champ francophone de la désinstitutionalisation en santé mentale, 1920-1980 »

Numéro du dossier : MCT-18-11-09

Date de début : 21 janvier 2013

Date de fin : 21 janvier 2014

En concordance avec l'énoncé des trois conseils et les lois et règlements applicables en Ontario, je confirme que le Comité d'éthique de la recherche (CÉR) de l'Hôpital Montfort a étudié et approuvé votre demande de renouvellement éthique pour une période d'un an.

Le protocole de l'étude ne peut être modifié sans une approbation préalable du CÉR sauf s'il est question de la sécurité immédiate des participants ou de logistique administrative comme un changement de numéro de téléphone. Vous devez aviser le CÉR immédiatement de tout changement, événement indésirable ou nouvelle information pouvant augmenter le risque de l'étude, modifier le cours de l'étude ou atteindre la sécurité des participants. Les modifications au projet et aux outils de recrutements doivent être soumises au CÉR.

Veillez nous acheminer quatre semaines avant la date d'échéance de cet avis d'approbation, un rapport final afin de fermer le dossier ou de faire une demande de renouvellement du certificat éthique.

Si vous avez des questions, vous pouvez communiquer avec Christian Bergeron, coordonnateur du CÉR de l'Hôpital Montfort, au 613-746-4621, poste 2221 ou par courriel au ethique@montfort.on.ca.

Lynn Casimiro, Ph.D., Ph. D.
 Présidente du Comité d'éthique de la recherche — Hôpital Montfort

713, chemin Montréal Road, Ottawa, ON K1K 0T2
 Tél./Tel.: 613-746-4621 Téléc./Fax: 613-748-4914
 hopitalmontfort.com



Un hôpital d'enseignement
 affilié à l'Université d'Ottawa
 A teaching hospital affiliated
 with the University of Ottawa

Avis de renouvellement éthique Comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital Montfort

Le 14 janvier 2014 :

Chercheuse principale :

Marie-Claude Thifault
 Faculté des sciences de la santé
 École des sciences infirmières
 Université d'Ottawa

Co-chercheurs :

Sandra Harrisson
 Faculté des sciences de la santé
 École des sciences infirmières
 Université d'Ottawa

Émilie Lebel
 Faculté des sciences de la santé
 Université d'Ottawa

Isabelle Perreault
 Faculté des sciences sociales
 Université d'Ottawa

Titre du projet : « Déshospitalisation psychiatrique et accès aux services de santé mentale. Regards croisés Ontario-Québec, 1950-2012 »

Numéro du dossier : MCT-18-11-09

Date de début : 14 janvier 2014

Date de fin : 13 janvier 2015

En concordance avec l'énoncé des trois conseils et les lois et règlements applicables en Ontario, je confirme que le Comité d'éthique de la recherche (CÉR) de l'Hôpital Montfort a étudié et approuvé votre demande de renouvellement éthique pour une période d'un an.

Le protocole de l'étude ne peut être modifié sans une approbation préalable du CÉR sauf s'il est question de la sécurité immédiate des participants ou de logistique administrative comme un changement de numéro de téléphone. Vous devez aviser le CÉR immédiatement de tout changement, événement indésirable ou nouvelle information pouvant augmenter le risque de l'étude, modifier le cours de l'étude ou atteindre la sécurité des participants. Les modifications au projet et aux outils de recrutements doivent être soumises au CÉR.

Veillez nous acheminer quatre semaines avant la date d'échéance de cet avis d'approbation, un rapport final afin de fermer le dossier ou de faire une demande de renouvellement du certificat éthique.

713, chemin Montréal Road, Ottawa, ON K1K 0T2
 Tél./Tel.: 613-746-4621 Téléc./Fax: 613-748-4914
 hopitalmontfort.com



Un hôpital d'enseignement
 affilié à l'Université d'Ottawa
 A teaching hospital affiliated
 with the University of Ottawa



**Avis d'approbation éthique
 Demande de modification
 Comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital Montfort**

Le 3 février 2015 :

Chercheuse principale :

Marie-Claude Thifault
 Faculté des sciences de la santé
 Université d'Ottawa

Co-chercheuses :

Sandra Harrisson
 École des sciences infirmières
 Université d'Ottawa

Sylvia Maria Valentina Moya
 École des sciences infirmières
 Université d'Ottawa

Titre du projet : « Déhospitalisation psychiatrique et accès aux services de santé mentale. Regards croisés Ontario-Québec, 1950-2012 »

Numéro du dossier : MCT-18-11-09

En concordance avec l'Énoncé de politique des trois conseils, le Conseil canadien des normes, les lois et règlements applicables en Ontario, je confirme que le Comité d'éthique de la recherche (CÉR) de l'Hôpital Montfort a étudié et approuvé votre demande de modification soumise le 16 décembre 2014 et le 28 janvier 2015 pour le projet de recherche mentionné ci-dessus. Les modifications approuvées touchent les éléments suivants :

- **Confidentialité des données / Mesures de sécurité :** base de données sera conservée sur le bureau virtuel de l'Hôpital Montfort
- **Changement à l'équipe de recherche :** Mme Isabelle Saumure agira à titre d'assistante de recherche, mais n'aura pas accès au bureau virtuel

Votre certificat éthique valide jusqu'au 2 février 2016 couvre ces modifications.

Si vous avez des questions, vous pouvez communiquer avec le CÉR de l'Hôpital Montfort au 613-746-4621 poste 2221 ou par courriel au ethique@montfort.on.ca.

Lynn Casimiro, Ph.D., Ph. D.
 Présidente du Comité d'éthique de la recherche — Hôpital Montfort

713, chemin Montréal Road, Ottawa, ON K1K 0T2
Tél./Tel.: 613-748-4621 Téléc./Fax: 613-748-4914
hopitalmontfort.com



Un hôpital d'enseignement
affilié à l'Université d'Ottawa
A teaching hospital affiliated
with the University of Ottawa



Avis de renouvellement de l'approbation éthique Comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital Montfort

Le 28 janvier 2016 :

Chercheuse principale :

Marie-Claude Thifault
Faculté des sciences de la santé
Université d'Ottawa

Co-chercheuses :

Sandra Harrisson
École des sciences infirmières
Université d'Ottawa

Sylvia Maria Valentina Moya
École des sciences infirmières
Université d'Ottawa

Titre du projet : « Déshospitalisation psychiatrique et accès aux services de santé mentale. Regards croisés Ontario-Québec, 1950-2012 »

Numéro du dossier : MCT-18-11-09

Date de début : 3 février 2016

Date de fin : 2 février 2017

Renouvellement : 4 de 4 (dernier renouvellement avant l'adoption d'un cadre de gestion pour la banque de données)

Le Comité d'éthique de la recherche (CÉR) de l'Hôpital Montfort vous informe que votre demande de renouvellement annuel de l'approbation éthique soumise le 12 janvier 2016 a été évaluée et approuvée par le CÉR. Le protocole de l'étude ne peut être modifié sans une approbation préalable du CÉR sauf s'il est question de la sécurité immédiate des participants. Les modifications au projet et aux outils de recrutement doivent être soumises au CÉR.

Votre certificat d'approbation est valide pour une année et vous devriez nous acheminer quatre semaines avant la date d'échéance de cet avis d'approbation, un rapport final afin de fermer le dossier ou de faire une demande de renouvellement de l'approbation éthique. Veuillez noter que vous pouvez soumettre votre demande de renouvellement plus tôt que le délai exigé. Toutefois, le CÉR évaluera et émettra le certificat de renouvellement à une date qui ne remonte pas à plus tôt que 30 jours avant la date d'expiration du certificat valide.

Le CÉR est constitué et exerce ses activités en conformité avec l'Énoncé de politique des trois conseils — Éthique de la recherche avec des êtres humains (ÉPTC 2), le Conseil canadien des normes, les bonnes pratiques cliniques : directives consolidées, Conférence internationale sur l'harmonisation des exigences techniques relatives à l'homologation des produits pharmaceutiques à usage humain (ICH-GCP E6), la Partie C, Titre 5, du Règlement sur les aliments et drogues et aux règlements applicables, la partie 4 du Règlement sur les produits de santé naturels; partie 3 du Règlement sur les instruments médicaux, aux « Code of Federal Regulations » des États-Unis, la Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé, les lois et règlements applicables en Ontario.

Vous devez aviser le CÉR immédiatement de tout changement, événement indésirable ou nouvelle information pouvant augmenter le risque de l'étude, modifier le cours de l'étude ou atteindre la sécurité des participants.

Si vous avez des questions, vous pouvez communiquer avec le bureau du CÉR de l'Hôpital Montfort au 613-746-4621 poste 2221 ou par courriel à ethique@montfort.on.ca.

Johanna Pomerleau
Gestionnaire du bureau de l'éthique de la recherche
Hôpital Montfort

APPENDICE 4
Formulaire d'engagement de confidentialité
de
l'Hôpital Montfort

713, chemin Montréal Road, Ottawa, ON K1K 0T2
 Tél./Tel.: 613-746-4621 Téléc./Fax: 613-748-4914
 hopital.montfort.com



an hôpital appartenant
 à l'Université d'Ottawa
 A hospital belonging to
 the University of Ottawa

Entente de confidentialité concernant la protection des données de recherche par toute personne ayant accès aux données d'une étude de recherche

L'objet de ce document consiste à assurer l'adoption d'un comportement conforme à l'éthique en matière de recherche, par le consentement éclairé au respect des mesures de protection de la vie privée et de la confidentialité établies dans le protocole de recherche du présent projet, conformément à l'autorisation du Comité d'éthique de la recherche (CÉR) de l'Hôpital Montfort.

- Je consens à protéger la vie privée de nos participants à la recherche.
- Je consens à ce qu'on maintienne la confidentialité de tous les renseignements sur les participants à la recherche.
- J'utiliserai uniquement l'information que j'ai besoin pour réaliser ma recherche.
- Je vais utiliser une procédure sécuritaire quant à l'accès aux renseignements, ainsi que de l'utilisation, de la conservation et de l'élimination des données de l'étude (dont le déchetage des documents confidentiels avant leur élimination et la suppression des données électroniques dès l'achèvement de l'étude).
- Toute donnée sera anonymisée.
- Je ne divulguerai aucun renseignement confidentiel ni ne permettrai l'accès à ces renseignements par des personnes non autorisées.
- Je garderai mon mot de passe secret. Si j'ometts de le protéger, je sais que j'en serai tenu(e) responsable.
- Je prendrai les mesures adéquates, si je constate un manquement quelconque à l'obligation de confidentialité ou si j'en suis informé(e). (Ces mesures peuvent impliquer la communication du manquement au CÉR de l'Hôpital Montfort.)

Nom de l'étude : _____

Par la signature du présent document, j'atteste avoir lu et compris cet accord et je consens à m'y conformer pour le projet de recherche mentionné ci-dessus.

Nom : _____ Date : _____

Signature : _____

APPENDICE 5

Synthèse de l'analyse thématique

Synthèse analyse thématique

Sous-thèmes spécifiques	Sous-thèmes	thèmes
Personne accompagnée par leur famille lors de leur admission au département	Famille apporte / demande des soins psychiatriques hospitaliers	Implication des familles auprès de la personne hospitalisée pour troubles mentaux
Famille inquiète de l'état du patient		
Famille aide l'équipe à comprendre l'état du patient		
Discute au solarium, vivoir et chambre	Activités famille-patient lors de l'hospitalisation / visites	
Vont à la cafétéria avec famille/visiteurs		
Vont marcher / fumer dehors avec famille / visiteurs	Résultats positifs	
Famille sort le patient pour de courtes périodes ou congés partiels	Résultats négatifs	
famille veut que le patient retourne à la maison suite à son congé	famille s'implique dans le processus de congé	
Famille demande de garder le patient plus longtemps		
Famille demande congé		
Famille prête à héberger le patient		

pour un court placement		
Famille rencontre TS pour la préparation du congé		
Soutien du conjoint ou autres membres de la famille	Famille s'implique dans les soins du patient	
Famille vient en aide au besoin du patient		
Prodigue des soins sur l'unité		

Sous-thèmes spécifiques	Sous-thèmes	Thèmes
Abus	Problèmes conjugaux	Problèmes conjugaux ou relation difficile avec les membres de la famille
Baisse de libido		
Réactions négatives durant la visite de la famille, suite à leur départ ou à un appel téléphonique	Apport négatif de la famille dans les soins	
Déception du patient suite au manque à la promesse de venir le visiter		
Abus d'au moins un membre de la famille		
Demandes accrues envers le conjoint ou les membres de la famille causant des tensions		
Maladie mentale difficile pour la famille		

Peu de support de la famille	Relation difficile avec la famille	
Incapable de rejoindre ou de contacter un membre de la famille		
Environnement difficile à la maison		

Sous-thèmes spécifiques	Sous-thèmes	Thèmes
Se sent seul / abandonné	Isolation	Perte du réseau familial
Perte du conjoint Séparation / décès		
S'ennuie de sa famille		
Famille ne peut plus s'occuper de leur personne malade	Épuisement de la famille	
Famille demande placement		
Patient ne peut plus vivre avec sa famille		

APPENDICE 6

Données sociodémographiques de l'analyse thématique

Données sociodémographiques analyse thématique

# référence	Années admissions	Genre	Âge	Statut civil 1 ^{ère} adm.	Nbre adm.	Durée totale	Langue parlée	Diagnostic	Autres
1990	1976-1979	F	71-73 ans	Veuve 5 enfants	6	188	N/I	Dépression chronique	Placée foyer personnes âgées
2021	1976-1979	F	40-42 ans	Mariée	3	67	N/I	Dépression névrotique	Problèmes conjugaux chroniques Connue à l'Hôpital Pierre Janet
1963	1976-1980	H	23-26 ans	Marié/sépar é	4	22	N/I	Alcoolisme, agressivité	Sa femme le laisse en 1980 Vit chez ses parents
2181	1976-1999	F	38-63 ans	Mariée 2 enfants	25	1337	Français	Schizophrénie	Mari impliqué mais ses enfants et frère et sœurs ont peu de contacts
2191	1976-1990	H	38-52	Séparé 8 enfants	14	271	N/I	Schizo-affectif / bipolaire	Suivi en psychiatrie 15 ans avant ouverture Montfort en 1976 Années 1970 – plusieurs admissions Timmins Psychiatric Hospital + North Bay + Royal Ottawa A fait de la prison

									Foyer de groupes
2172	1976-1978	F	76-78 ans	Veuve	3	96	N/I	État délirant	Peu de contact avec la famille Maison de longue durée – 1978
596	1976-2000	F	29-51 ans	Célibataire	9	431	Français	Névrose hystérique, dépression névrotique	Son père la met à la porte Sa sœur ne peut pas s'occuper d'elle – 1993 Résidence
2424	1976-1978	F	39-40 ans	Mariée 3 enfants	3	59	N/I	Dépression	Séparation avec conjoint Problèmes conjugaux Perd la garde des enfants Déménagement avec sa sœur à Montréal
2551	1976-1979	F	59-61 ans	Marié	6	147	N/I	Dépression	Hospitalisé à Brockville fin années 1940; 1963; 1973
2459	1976-2003	H	20-46 ans	Divorcé 2 enfants	11	83	Français	Dépression	Problèmes conjugaux – séparation Relation instable avec nouvelle conjointe

1731	1976-2006	H	24-53 ans	Célibataire	18	546	Français	Psychose réactionnelle, arriéré mental / déficience mentale, schizo-affectif	Vit en foyer de groupe Famille impliquée mais se désengage par la suite
2104	1976-2006	F	23-53 ans	Célibataire	9	115	Français	Déficience mentale, psychose réactionnelle, trouble schizo-affectif	Relation tendue (abusives) avec son père Père ne peut plus prendre soin d'elle Placement en résidence 2006
4120	1982-2002	H	20-40 ans	Marié 1 enfant	10	374	Français /anglais	Schizophrénie	Relation conjugale difficile Conjointe et fils avec problème santé mentale
774	1976-2005	H	20-49 ans	Marié 3 enfants	25	281	Français	Schizophrénie	Relation difficile avec ses parents Relation difficile avec conjointe – séparation – divorce – foyer de groupe 1 fils avec maladie mentale
399	1976-1993	F	36-54 ans	Célibataire	20	580	Français	Bipolaire, dépression	Relation difficile avec sa mère Habite chez sa mère – déménagement seule
933	1976-2000	F	28-52 ans	Mariée – veuve – remariée	18	621	Anglais	Dépression	Relation difficile avec 2 ^e mari

				2 enfants					Relation difficile avec sa mère
222	1976-1980	F	28-32 ans	Mariée	3	38	N/I	Personnalité hystérique	Relation conjugale difficile Se sépare
1370	1976-1990	F	22-36 ans	Célibataire	13	614	Français	Schizophrénie	Vit chez ses parents Ne peut plus fonctionner dans son environnement familial Milieu familial incapable de la tolérer Placement en foyer
464	1976-1999	F	27-49 ans	Célibataire	8	178	Français	Dépression, schizophrénie ?, déficience intellectuelle	Vit de l'abus physique de la part du beau-père A été placée foyer mais retourne la maison Problèmes familiaux Mis à la porte par son père
2952	1976-2004	H	18-44 ans	Marié – séparé 1 enfant	3	9	N/I	Dépression chronique	Problèmes conjugaux Quitte la maison pour vivre dans un foyer de groupe
3058	1978-2001	F	43-66 ans	Divorcée Enfants	5	176	Français	Dépression	Vit avec sa sœur suite à sa séparation





									Placement dans un foyer pour personnes âgées en 2001
186	1978-1985	F	32-38 ans	Mariée 4 enfants	5	138	N/I	Schizo-affectif	
3133	1978-2004	F	48-73 ans	Séparée – divorcée	10	143	Français / anglais	Dépression	Vit seule ensuite chez une amie – puis seule Dépendante du milieu hospitalier Placement foyer personnes âgées
3312	1979-2001	F	25-46 ans	Mariée – divorcée 1 enfant	27	1375	Français	Désordre de personnalité, dépression	Séjour à Brockville fin 1990 et début 2000 Problèmes conjugaux – divorce
2299	1976-2004	H	40-69 ans	Marié – séparé	3	43	N/I	Dépression	Problèmes conjugaux
2602	1976-1980	F	42-46 ans	Mariée 1 enfant	3	41	N/I	Dépression	Relation difficile avec sa famille
1087	1976-1996	H	34-57 ans	Marié – séparé 1 enfant	3	14	N/I	Alcoolisme, dépression	
1953	1976-1983	F	32-40 ans	Mariée Enfant	5	44	N/I	Dépression	Problèmes conjugaux
2665	1976-1983	M	24-30 ans	Séparé	3	8	N/I	Bipolaire, dépression	Problèmes conjugaux

1853	1976-1985	F	58-67 ans	Divorcée	5	75	N/I	Bipolaire – phase maniaque	Problèmes conjugaux Soutien de sa soeur
------	-----------	---	--------------	----------	---	----	-----	----------------------------------	--


*N/I – signifie non indiqué

APPENDICE 7

Lettres de permission des éditeurs

[puq@puq.ca]     Actions

À : [Harrison, Sandra](#)

Pièces jointes :  [Harrison.pdf \(23 Ko\)](#) [Ouvrir dans le navigateur]

22 août 2016 10:51

- L'expéditeur du message a demandé une confirmation de lecture. [Cliquez ici pour envoyer une confirmation.](#)

Bonjour,




Nous vous donnons l'autorisation pour insérer votre chapitre dans votre thèse.
Ci-annexé le formulaire de cession de droits que vous aviez signé.

Espérant le tout à votre convenance.

Salutations cordiales.

Micheline Auger
Secrétaire de direction

Presses de l'Université du Québec
Édifice Le Delta 1, 2875, boul. Laurier, bur. 450, Québec (QC) G1V 2M2

   **On a tous besoin de savoir
POUR AGIR**

9:35 P
22/08/2



Sandra Harrison, inf. PhD (c.)
Professeure
Département des Sciences Infirmières
Université du Québec à Trois-Rivières

OBJET : Votre demande de permission pour réimprimer les documents qui suivent :

Journal	Volume	Numéro	Année	Auteurs	Article	Pages	Détenteur des droits d'auteur
Bulletin canadien d'histoire de la médecine	32	2	2015	Sandra Harrison, Gedys Bruyninx, Nicolas M.H. Maccordick, François Tessier	<i>IncurSION dans les archives de l'Hôpital Montfort : Partir à la quête du processus de « déshospitalisation » des patients hospitalisés sur les unités psychiatriques de courte durée</i>	411-421	The University of Toronto Press

FRAIS : \$0.00

Nous sommes heureux d'accorder notre permission pour l'utilisation des documents protégés par des droits d'auteur décrits ci-dessus, en échange des frais indiqués et conformément aux conditions énoncées dans la présente lettre. La présente permission ne vise que les documents décrits ci-dessus (c.-à-d. qu'elle ne couvre pas tout document assorti d'un avis de droits d'auteur indépendant ni une source de notation séparée).

1. La présente permission vise l'utilisation de l'article décrit ci-dessus, contenu au thèse doctorale *Déshospitalisation psychiatrique au sein de la communauté francophone est-ontarienne, 1976-2006, une approche socio-historique*, publié par Université d'Ottawa en Novembre 2016 et écrit par Sandra Harrison. La présente permission vise les droits non exclusifs de publier, de reproduire et de distribuer en anglais, dans le monde entier, l'article dans ce volume seulement et dans les documents de promotion, dans toutes les versions imprimées et électroniques du volume, incluant sous forme de livre numérique, ainsi que sous forme d'une banque de données protégée par un mot de passe et contenant ledit volume ou des parties de celui-ci.
2. Les références habituelles doivent être données pour l'auteur, le journal et l'éditeur. Les références doivent également contenir la déclaration qui suit : « Réimprimé avec la permission des Presses de l'Université de Toronto (www.utpjournals.com) », ainsi que l'identificateur d'objet numérique de l'article et l'avis de droits d'auteur tel qu'il apparaît dans notre publication.
3. À moins d'indication contraire, la présente permission n'autorise pas l'utilisation de ces documents dans toute autre édition, ou par tout autre moyen de reproduction, y compris (à titre d'exemples) dans les productions cinématographiques, les bandes sonores, les disques, et ne vise pas les clubs de lecture, les traductions, les abrégés, les résumés ou les sélections pouvant être tirés de la publication. La permission comprend cependant l'utilisation en Braille, en gros caractères ou d'autres éditions des travaux par des organismes sans but lucratif, strictement pour l'utilisation par des personnes handicapées visuellement ou physiquement, à condition qu'aucuns frais ne soient facturés. En ce qui concerne tout contenu demandé en ligne, les documents doivent être protégés par un mot de passe (pas d'accès Internet gratuit). En outre, la présente permission ne comprend pas l'utilisation en ligne de chiffres, images, tableaux ou cartes.
4. La présente permission ne comprend pas la vente ou l'utilisation de tout document par des tiers sauf si les Presses de l'Université de Toronto le permettent expressément.
5. Un chèque au montant des frais exigés doit accompagner la copie signée de l'entente. Veuillez rédiger le chèque au nom des Presses de l'Université de Toronto et l'envoyer par la poste à l'adresse ci-dessous.
6. La présente permission n'est pas exclusive. À moins d'indication contraire, elle est valide dans le monde entier, dans la langue dans laquelle l'article a été publié à l'origine.
7. Toute utilisation qui n'est pas énoncée explicitement dans la présente entente est interdite.

Si vous convenez que les présentes modalités et conditions sont acceptables, veuillez signer une copie de la présente entente et la retourner à la section des permissions avec les frais exigés, à l'adresse ci-dessous.

Section des permissions
The University of Toronto Press, 5201 rue Dufferin, North York, ON, M3H 5T8
mloyd@utpress.utoronto.ca — www.utpjournals.com



ENTENTE SUR LES DROITS D'AUTEURS

Prêre de signer et de retourner le plus tôt possible à l'adresse suivante :

Santé mentale au Québec, a/s directeur
 Université de Montréal
 Faculté de Médecine, Département de psychiatrie
 C.P. 6128, succursale, Centre-ville
 Montréal H3C 3J7
 Ou par courriel à : jeanmariebioteau@gmail.com

Volume 41, numéro 2, année 2016

Titre de l'article : Les notes « Observations de l'infirmière » du Département de psychiatrie de l'Hôpital
 Montfort: une source archivistique incontournable en santé mentale

Nom(s) de(s) l'auteur(s) : Sandra Harrisson

Cher Collègue,

Il nous fait plaisir de confirmer que votre article intitulé (titre mentionné ci-dessus) sera publié dans la revue Santé mentale au Québec. En conformité avec les règles de fonctionnement des autres revues et des lois régissant les droits d'auteur, nous nous devons de vous demander de signer ce formulaire officiel de consentement à la publication de votre article.

Ce formulaire stipule que vous nous autorisez à publier votre article, et que vous nous confirmez :

- 1) Être le titulaire du droit d'auteur sur l'article et qu'il ne contient pas de matériel qui enfreindrait le droit d'auteur d'autrui ou tout autre droit ;
- 2) Que votre article est original, qu'il n'a pas été publié ailleurs et que le copyright n'a pas été cédé à une autre société ;
- 3) Que vous nous autorisez à reproduire et à autoriser la reproduction de votre article auprès d'autres éditeurs ;
- 4) Que vous nous autorisez à diffuser votre article sur média électronique, dans les banques de données informatisées ou sous tout autre support similaire.

Ce formulaire implique d'autre part que l'utilisation, en tout ou en partie, de l'article pour publications futures sous quelque forme que ce soit, fera l'objet d'une entente avec la revue et qu'un coût sera associé à cette entente.

Comme vous le comprendrez, cette entente vise à respecter vos droits d'auteurs. Elle implique aussi que vous cédez à la revue toute somme qu'elle pourrait éventuellement recevoir, en vertu de la législation en vigueur ou à venir, par la publication et la diffusion de votre article. Si cette somme excède toutefois 100\$, la moitié des droits perçus vous sera retournée. De cette façon, vos droits d'auteur sont respectés tout en permettant à la revue un juste retour pour les efforts qu'elle déploie dans la diffusion des travaux de recherche et d'intervention réalisés dans le champ de la santé mentale.

_____ (initialiser si applicable) comme auteur au nom des autres auteurs : Je certifie que je suis autorisé à signer ce document au nom des autres auteurs énumérés au début de ce formulaire.

Signature

Nom en lettres majuscules

20-08-2016

Date

Permission d'utiliser l'article «L'effet de la chronicisation de la maladie mentale sur le milieu familial et le réseau hospitalier Est-ontarien : une étude socio-historique, 1976-2006», Éditeur Elsevier

ELSEVIER
Q SEARCH ≡ MENU

Personal use

Authors can use their articles, in full or in part, for a wide range of scholarly, non-commercial purposes as outlined below:

- Use by an author in the author's classroom teaching (including distribution of copies, paper or electronic)
- Distribution of copies (including through e-mail) to known research colleagues for their personal use (but not for Commercial Use)
- Inclusion in a thesis or dissertation (provided that this is not to be published commercially)
- Use in a subsequent compilation of the author's works
- Extending the Article to book-length form
- Preparation of other derivative works (but not for Commercial Use)
- Otherwise using or re-using portions or excerpts in other works

These rights apply for all Elsevier authors who publish their article as either a subscription article or an open access article. In all cases we require that all Elsevier authors always include a full acknowledgement and, if appropriate, a link to the final published version hosted on Science Direct.

[Back to top ↑](#)

Solutions

[Scopus](#)

[ScienceDirect](#)

[Mendeley](#)

[Evolve >](#)

[Knovel](#)

[Reaxys](#)

[Clinical Key >](#)

Researchers

[Submit your paper](#)

[Find Books & Journals](#)

[Visit Author Hub](#)

[Visit Editor Hub](#)

[Visit Librarian Hub](#)

[Visit Reviewer Hub](#)

Elsevier

[About](#)

[Careers](#)

[Advertising](#)

[Contact](#)

[Support Center](#)

Website

[Sitemap](#)


[Website Feedback](#)

Follow Elsevier

[f](#) [in](#) [t](#) [v](#)

Copyright © 2018 Elsevier, except certain content provided by third party [Terms and Conditions](#) [Privacy Policy](#)

Cookies are used by this site. To decline or learn more, visit our [Cookies page](#)

 RELX Group™

APPENDICE 6





Lettre d'acceptation d'article soumis et sous presse

Acceptation de l'article


«Psychiatric nurses: an invisible role in the process of transition

between general hospital and the community»

your paper

Sylvelyn Haehner [redacted]     Actions

À : [Harrisson, Sandra](#)

Pièces jointes :  [MedGG_Harrison_KN.docx \(54 Ko\)](#) [Ouvrir dans le navigateur]

28 juillet 2016 02:45

Dear Sandra,

it took us some time, for which we apologize, but now we have it. Karen would like you to think about two points:

1. it would be better to use the first edition of Peilau's book and then show the differences between the different editions
2. would be possible to compare the nurses' and the physicians' notes especially in your examples? Because then one could see, to what extent the nurses' notes became part of the physicians' notes.

The rest of her remarks are only peanuts and you can ignore the keywords as we do not print them in our series.

If we could receive your revised version until latest Mid-September we would be very grateful
I wish you a great summer
Bests Sylvelyn