

L'espace professionnel de l'infirmière au sein d'une équipe multidisciplinaire : Clinique externe
de psychiatrie de l'Hôpital Montfort 1976-2002

Silvia Maria Valentina Moya

Thèse présentée à la
Faculté des études supérieures et postdoctorales
dans le cadre du programme de
sciences infirmières en vue de l'obtention du grade
Maîtrise en sciences infirmières

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

© Silvia Maria Valentina Moya, Ottawa, Canada, 2017

Table de matières

Table de matières	ii
Résumé.....	iv
Préface.....	vi
Remerciements.....	vii
Introduction.....	1
Problématique	2
Recension des écrits	5
Désinstitutionnalisation psychiatrique	5
Équipe multidisciplinaire	8
Méthodologie	11
Approche sociohistorique	11
Étude de cas	12
Cadre théorique.....	14
L’intersectionnalité	14
Théorie du parcours de vie.....	16
Méthode	20
Article soumis	22
Discussion générale	53
Contribution à la pratique infirmière	53

Contribution au champ de la santé mentale	62
Contribution à la discipline infirmière et à la recherche	62
Forces et limites	64
Conclusion	64
Annexe 1	67
Annexe 2	72
Bibliographie.....	74

Résumé

À la suite de la désinstitutionnalisation psychiatrique, les services communautaires sont devenus essentiels et ont permis l'introduction des équipes multidisciplinaires comme nouvelle approche de soins en santé mentale. À Ottawa, c'est en juillet 1973 que l'Hôpital Montfort ouvre les portes de sa clinique externe psychiatrique où l'équipe multidisciplinaire — composée d'un psychiatre, un travailleur social, un psychologue, un ergothérapeute, un récréologue et une infirmière — prend en charge le suivi des patients francophones de l'est-ontarien. Cette thèse de maîtrise en sciences infirmières propose une étude de cas qui analyse en profondeur le parcours de vie psychiatrique d'une patiente francophone suivie à la clinique externe de Montfort pendant 26 ans afin de rendre compte de l'espace professionnel occupé par les infirmières psychiatriques au sein de l'équipe multidisciplinaire. Ce faisant, notre but est de déconstruire le mythe qui sous-entend que l'infirmière est peu présente dans les équipes multidisciplinaires et que son rôle dans ces dernières est peu significatif. Les objectifs de cette thèse sont :

- Documenter l'espace relationnel que développe l'infirmière avec la patiente témoin ;
- Cibler les interactions que développent les principaux membres de l'équipe multidisciplinaire, et leurs fréquences, avec la patiente témoin ;
- Analyser l'impact des professionnels de l'équipe multidisciplinaire sur le parcours psychiatrique de la patiente témoin.

L'accès aux dossiers psychiatriques des patients hospitalisés au Département de psychiatrie de Montfort se révèle être une porte d'entrée privilégiée pour comprendre les soins psychiatriques depuis les années 1970 jusqu'à nos jours. Les dossiers sont la mémoire écrite de l'histoire de soins de chaque patient ayant fréquenté le programme de santé mentale de Montfort

et témoignent de l'organisation des soins des professionnels de la santé. En particulier, les notes d'« évaluation psychiatre » permettent de suivre sur une base régulière (hebdomadaire, bimensuelle ou mensuelle) les interventions effectuées par les membres de l'équipe multidisciplinaire pour soutenir les patients fréquentant la clinique externe. Ce service de la clinique externe contribue à éviter la réhospitalisation des patients. C'est en nous appuyant sur la théorie du parcours de vie que nous évaluerons l'espace relationnel sur lequel peut compter le patient en psychiatrie durant ses différentes trajectoires et transitions de vie ainsi que l'impact qu'ont les nombreux professionnels de la santé sur celles-ci, spécialement l'infirmière. De façon quantitative, 63 % des interventions documentées ont été effectuées par l'infirmière, 27 % par les psychiatres, 5 % par les ergothérapeutes, 4 % par les travailleurs sociaux et 1 % par les psychologues. Parmi les différentes interventions faites par l'infirmière on retrouve : évaluation d'admission au centre de jour, animation d'ateliers, présence et évaluation durant les ateliers animés par d'autres professionnels de la santé et l'administration de médicaments. Le dossier étudié révèle donc que l'infirmière occupe un espace relationnel plus important (plus grand) que les autres professionnels de l'équipe multidisciplinaire. Cette étude nous convainc qu'il est faux de croire que les infirmières, dans le contexte des soins psychiatriques en clinique externe, occupent une place moins importante que les autres professionnels de la santé et nous permet donc de déconstruire le mythe qui prévalait dans les milieux de soins.

Préface

Cette thèse avec insertion d'un article a été réalisée dans le cadre de ma maîtrise en sciences infirmières. Elle consiste à déconstruire le mythe qui sous-entend que l'infirmière est peu présente dans les équipes multidisciplinaires et que son rôle dans ces dernières est peu significatif. Ce traité comprend aussi un article intitulé : « L'infirmière psychiatrique, leader de l'équipe multidisciplinaire : Hôpital Montfort 1976-2002 » qui a été soumis et accepté par le comité éditorial de la revue *Minorités linguistiques et société* pour fin de publication. Cet article sera inséré dans le numéro thématique portant sur la santé mentale des jeunes des communautés de langue officielle en situation minoritaire au Canada, dirigé par Ann Beaton, Monique Benoit et Paulin Mulatris. Cette recherche a été réalisée avec le soutien financier des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), l'Université d'Ottawa et l'Unité de recherche sur l'histoire du nursing (URHN). J'ai obtenu les certificats d'éthique nécessaires à la réalisation de cette recherche de la part de l'Université d'Ottawa et de l'Hôpital Montfort¹.

¹ Vous trouverez une copie des certificats d'éthique dans l'annexe 1.

Remerciements

Je tiens à remercier chaleureusement toutes les personnes qui m'ont soutenue à travers cette belle trajectoire de vie. Tout d'abord, je veux remercier Mme Marie-Claude Thifault, pour son soutien, son intérêt et surtout pour sa grande disponibilité ainsi que ses nombreux conseils durant la rédaction de ma thèse. Je veux également remercier Sandra Harrison et Alexandre Klein d'avoir lu et relu mon article et d'avoir apporté de riches commentaires. Merci à tous les membres de l'Unité de recherche sur l'histoire du nursing (URHN) pour leur soutien : les discussions mensuelles m'ont beaucoup aidée à développer mon sujet de thèse. Enfin, je veux tout spécialement remercier mes proches. Sans leur appui moral, je n'aurais jamais réussi à mener à terme ce projet. Merci à ma mère, Claudia Reyes, pour sa patience et son soutien inconditionnel ; à Lida Anisley Perez Santana pour son écoute et son talent à me motiver à continuer dans les moments de doutes et à sa mère, Adelaida Santana, infirmière de profession, qui du haut du ciel me donne la motivation de faire valoir la profession infirmière.

Introduction

Après mon Baccalauréat en sciences infirmières, prendre des signes vitaux, changer des pansements, donner des médicaments et suivre les prescriptions du médecin c'était, en tant que nouvelle diplômée, ce que je considérais comme les principales tâches d'une infirmière. La surcharge de travail, comme infirmière au chevet à l'hôpital, faisait en sorte que peu de temps était consacré à l'interaction avec les autres professionnels de la santé et je ne sentais pas que je travaillais en équipe. Ce n'est que lorsque j'ai changé d'environnement de travail que ma vision de l'infirmière a changé. Après un an de travail au chevet, j'ai eu un poste comme infirmière dans un centre communautaire de désintoxication où le travail multidisciplinaire est un atout. Travailler étroitement avec des médecins, psychologues et éducateurs m'a ouvert les yeux au monde du travail interprofessionnel et a suscité en moi un grand intérêt quant à la place qu'occupe l'infirmière dans ces équipes et à l'implication des différents professionnels de la santé dans le cadre d'une relation d'aide avec des patients en psychiatrie.

L'analyse de la place de l'infirmière dans les différents lieux et contextes de pratique permet de mieux identifier les connaissances propres à la profession, les tâches spécifiques des infirmières, leur statut social, ainsi que leur identité d'infirmière en tant que corps professionnel. « [A] shift in location or place of nursing work has frequently served to reshape nurses' roles as well as their personal and social lives » (Stuart, Elliott, & Toman, 2008, p.3). La place de l'infirmière dans un contexte de désinstitutionnalisation psychiatrique est peu mentionnée dans la littérature. Dans le cadre de cette thèse le terme *place* est utilisé, selon la définition du dictionnaire Larousse, comme étant l'« [e] space occupé par quelqu'un » (Larousse, s.d. — a). Afin de contribuer à l'évolution de notre discipline infirmière, cette thèse de maîtrise en sciences

infirmières a comme but de décrire l'espace professionnel qu'occupent les infirmières psychiatriques au sein d'une équipe multidisciplinaire, pendant et après la désinstitutionnalisation des soins de santé mentale pour ainsi déconstruire le mythe courant dans les milieux de soins qui sous-entend que l'infirmière est peu présente dans ces équipes. Comme l'explique Meleis (2012), « [k]nowing our history empowers us for a future in which we can better deal with barriers and change them into assets » (Meleis, 2012, p.41). Pour commencer, nous allons présenter notre problématique, les questions de recherche auxquelles nous voulons répondre et comment l'article inclut dans cette thèse contribue à répondre celles-ci. Une recension des écrits, une description de la méthodologie et du cadre théoriques plus approfondie que dans l'article suivront pour compléter et enrichir ce travail. Ensuite, nous allons présenter l'article, élément central de cette thèse. Avant de conclure, les résultats de notre étude, sa pertinence et son apport original seront présentés dans la partie discussion.

Problématique

À la fin du 20^e siècle, dans le contexte de restructuration des soins de santé mentale, les infirmières ont fait face à d'énormes changements, principalement en ce qui concerne leur rôle et leur façon de travailler avec les autres professionnels de la santé (Al Sayah, Szafran, Robertson, Bell, & Williams, 2014 ; Boschma, 2012). Dans les cliniques externes, elles ont été confrontées à l'introduction des équipes multidisciplinaires comme nouvelle approche de soins. Dans la littérature actuelle, très peu d'attention est donnée à l'expérience et à la place qu'occupent les différents professionnels dans les équipes multidisciplinaires (Hills, Mullett, & Carroll, 2007; Wilkes, Cioffi, Cummings, Warne, & Harrison, 2014). Les différents rôles et responsabilités des membres des équipes multidisciplinaires sont peu étudiés et de plus en plus, on retrouve un

discours informel dans les milieux de santé qui soulève l'absence de participation des infirmières dans ces équipes. Nous nous appuyons sur le concept de « mythe » pour décrire ce discours informel présent dans les différents milieux où la place de l'infirmière est considérée comme étant inférieure, ou moins importante que celle des autres professionnels, car ce sont des informations pour lesquelles nous ne sommes pas en mesure de trouver des preuves dans la littérature. Selon le dictionnaire Larousse, un mythe est un « ensemble de croyances [et] de représentations idéalisées autour d'un [...] phénomène [...] qui [lui donne] une force, une importance particulière » (Larousse, s. d.). Nous entendons par mythe dans cette thèse une « représentation de faits ou de personnages souvent réels, déformés ou amplifiés par l'imagination collective » (Docteur, s. d.). C'est en dépouillant le dossier psychiatrique de la clinique externe d'une patiente suivie pendant 26 ans au programme de santé mentale de l'Hôpital Montfort, de 1976 à 2002, que nous voulons rendre compte de l'espace professionnel qu'occupent les infirmières psychiatriques au sein de l'équipe multidisciplinaire.

Étant donné l'existence de ce mythe, qui sous-entend que l'infirmière est peu présente dans les équipes multidisciplinaires et que son rôle dans ces dernières est peu significatif, il s'avère très important pour nous d'enquêter à ce sujet dans un milieu psychiatrique, où l'utilisation d'équipes multidisciplinaires prédomine pour ainsi déconstruire le mythe autour de l'infirmière qui suggère qu'elle est absente des équipes multidisciplinaires.

Le but de cette étude est de déconstruire le mythe autour de l'infirmière qui suggère qu'elle est absente des équipes multidisciplinaires. Pour y arriver, les questions de recherche au cœur de cette étude sont 1) Quel est l'espace relationnel que développe l'infirmière avec la patiente témoin ; 2) Quelles sont les interactions que développent les principaux membres de l'équipe

multidisciplinaire, et leurs fréquences, avec la patiente témoin, et 3) Quel impact ont les membres de l'équipe multidisciplinaire sur le parcours psychiatrique de la patiente témoin.

Cette thèse participe à combler le manque dans la littérature sur l'espace relationnel occupé par les infirmières psychiatriques et les autres professionnels de l'équipe multidisciplinaire pendant et après la période de désinstitutionnalisation des soins de santé mentale en Ontario. Aussi, mettre en évidence l'importance des infirmières dans les équipes multidisciplinaires et dans le parcours de vie des patients psychiatriques permettra de souligner la relation privilégiée que l'infirmière développe de façon naturelle avec ces patients. Nul doute que cette recherche fournira des arguments nécessaires pour convaincre les décideurs en santé de continuer à encourager le développement de la discipline infirmière en santé mentale.

Afin de répondre à cette problématique, tout en tenant compte, depuis les années 1960, des facteurs ayant catalysé les changements dans la pratique infirmière, il est essentiel de comprendre les changements politiques à l'origine de la désinstitutionnalisation psychiatrique et leur influence sur la création des départements de psychiatrie. Il est également nécessaire de comprendre le concept d'équipe multidisciplinaire, l'introduction de cette approche dans les soins de santé mentale et la place de l'infirmière au sein de l'équipe de soins.

L'article « L'infirmière psychiatrique, leader de l'équipe multidisciplinaire : Hôpital Montfort 1976-2002 », à la page 29 de cette thèse, a comme but spécifique de décrire la dynamique où « l'espace relationnel » entre les différents professionnels et les patients francophones en situation minoritaire fréquentant le programme de santé mentale de Montfort. Bien que cet article propose une revue de la littérature qui couvre l'évolution des soins de santé mentale en Ontario d'un point de vue politique ; les services francophones en santé mentale dans la région d'Ottawa et la place des infirmières psychiatriques dans la communauté, pour enrichir

cette recension des écrits, nous allons, dans la prochaine section, approfondir l'état de la question sur la désinstitutionnalisation psychiatrique et sur la pratique multidisciplinaire.

Recension des écrits

Désinstitutionnalisation psychiatrique

La désinstitutionnalisation psychiatrique est connue comme étant le processus de transition de soins de santé mentale des hôpitaux psychiatriques vers la communauté (Boschma, 2012; Goodwin & Happell, 2007; Happell, Hoey, & Gaskin, 2012; Henderson, Willis, Walter, & Toffoli, 2008). Ce mouvement est apparu peu de temps après la Deuxième Guerre mondiale, avec l'apparition du premier *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)* qui explique le système limbique et vient appuyer les théories qui démontrent le lien entre les émotions et la maladie mentale (Silverstein, 2006). De plus, « la réflexion existentialiste sur les droits de la personne rendait le traitement autrefois infligé aux psychiatisés intolérable, ce qui donna naissance à un courant de critiques et de réformes institutionnelles qui ont marqué les années 1950 et 1960 un peu partout en occident » (Pelletier-Audet & Cellard, 2014, p.14). La transition vers la communauté ne s'est pas faite simultanément dans tous les pays. En Irlande et au Royaume-Uni, le transfert s'est fait graduellement au début des années 1960 et les services en place pour aider les patients dans la communauté étaient peu nombreux (Walsh, Cleary, & Dowling, 2012). En Australie, le changement s'est fait un peu plus tard, soit dans les années 1970 (Goodwin & Happell, 2007). En Taiwan, même si le mouvement de désinstitutionnalisation s'est fait à la fin des années 1950, les préjugés envers les personnes ayant une maladie mentale sont encore très présents et les fortes valeurs culturelles font en sorte qu'il

est encore difficile aujourd'hui d'offrir des soins psychiatriques dans la communauté (Huang, Ma, Shih, & Li, 2008).

Au Canada, la santé mentale est financée par le gouvernement provincial. En Ontario, le premier asile a vu le jour en 1841 à Toronto (Mulvale, Abelson, & Goerong, 2007). En 1910, les asiles changent de nom et deviennent des hôpitaux psychiatriques (Thifault et al., 2012). Entre 1930 et 1940, la grande dépression amène un surpeuplement de ceux-ci, compromettant grandement les soins des patients (Mulvale et al., 2007). Au tournant des années 1950, le modèle médical canadien reçoit de plus en plus de critiques concernant, non seulement, les conditions de vie dans les hôpitaux psychiatriques, mais également leur coût pour le gouvernement provincial. Ainsi, les questions sur l'endroit approprié pour la prestation des soins psychiatriques commencent à apparaître dans le système de santé et au niveau politique (Boschma, 2012). Selon une lettre du Ministère de la Santé de l'Ontario², adressée aux administrateurs des hôpitaux publics offrant des services psychiatriques, les services psychiatriques dans les hôpitaux généraux se sont développés au tour de 1950 et 1960. Par contre, ces services étaient uniquement destinés aux personnes qui n'étaient pas en mesure de payer des services privés. Après l'introduction de Medicare en 1969, le ministère de santé de l'Ontario transfère la gestion et la responsabilité administrative des soins psychiatriques aux hôpitaux généraux et les cliniques psychiatriques deviennent des services externes des départements psychiatriques des hôpitaux généraux (Harrison & Thifault, 2014; Hartford, Schrecker, Wiktorowicz, Hoch, & Sharp, 2003; Lurie & Goldbloom, 2015; Mulvale et al., 2007; Watt, 1979). Cette décision du gouvernement provincial est appuyée par quatre importants rapports sur les soins et services de santé mentale

² Lettre trouvée dans les documents de planification du département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort fournis par M. Michel Tremblay, chef de la gouvernance et conseiller exécutif en 2011, Hôpital Montfort

publiés en Ontario entre 1960 et 2000 : « More for the mind », « rapport Graham », « Putting people first » et « Making it happen » (Simmons, 1990). L'introduction de *Medicare* ainsi que les différents rapports mentionnés sont adressés en profondeur dans l'article « L'infirmière psychiatrique, leader de l'équipe multidisciplinaire : Hôpital Montfort 1976-2002 » à la page 29.

Plusieurs auteurs soutiennent que la désinstitutionnalisation psychiatrique n'était pas la solution aux problèmes financiers et de surpeuplement des asiles (Boschma, 2012 ; Henderson et al., 2008 ; Wilson & Dunn, 1996). Au Canada, malgré la diminution d'admissions psychiatriques à long terme, les hospitalisations à court terme et les patients dans la communauté en besoin de services de santé ont grandement augmenté après la désinstitutionnalisation (Harrison & Thifault, 2014). Selon Wilson & Dunn (1996), les services communautaires n'étaient pas prêts à recevoir un si grand nombre de patients psychiatriques. En Ontario, on voit également un manque de ressources communautaires pour venir en aide aux nouveaux arrivants dans la communauté (Harrison & Thifault, 2014). Le mouvement de désinstitutionnalisation a eu des conséquences à différents niveaux, non seulement pour le personnel soignant, mais également pour les familles des patients qui se retrouvent à prendre soin de leurs proches. En Australie, quelques dizaines d'années après le mouvement de désinstitutionnalisation, le pourcentage de personnes souffrant d'une maladie mentale vivant dans la communauté était de 70 % tandis que seulement 20 % du budget gouvernemental pour la santé mentale était investi dans les services communautaires (Wilson & Dunn, 1996). Selon Maddock (2015), l'introduction des équipes multidisciplinaires est une des stratégies utilisées pour essayer de combler le manque de ressources en santé mentale au sein des communautés.

Équipe multidisciplinaire

C'est lors de l'ouverture du Département de psychiatrie en 1976, dans le cadre du programme de santé mentale de Montfort, qu'une nouvelle approche de soins voit le jour à l'Hôpital Montfort : les équipes multidisciplinaires. Souvent, le concept multidisciplinaire est utilisé comme synonyme d'interdisciplinaire. Pourtant, ces deux concepts n'ont pas la même signification. D'une part, les membres d'une équipe multidisciplinaire fonctionnent de façon individuelle et souvent peu de communication existe entre les membres de cette équipe (Priest et al., 2008 ; Wilkes et al., 2014). Selon Payette (2001), les membres d'une équipe multidisciplinaire « travaillent **parallèlement** pour un même objectif, le service au client. Il y a collaboration occasionnelle, mais il n'y a pas d'interaction et d'échange dynamique prévu dans l'organisation et le fonctionnement de l'équipe » (p.29). Lorsqu'on fait référence à une équipe multidisciplinaire, il est important de « faire la distinction entre une équipe qualifiée de multidisciplinaire, à cause de la diversité de sa composition, et une équipe qualifiée de multidisciplinaire, à cause de son mode de fonctionnement » (Payette, 2001, p.30). Dans le cas de notre recherche, l'équipe multidisciplinaire de la clinique externe du Département de psychiatrie est appelée ainsi à cause de la diversité de sa composition : soit un psychiatre, un travailleur social, un psychologue, un ergothérapeute, un récréologue et une infirmière.

D'autre part, le travail d'une équipe interdisciplinaire fait référence aux différents professionnels qui travaillent ensemble avec un but commun (Al Sayah et al., 2014) dans des situations complexes (Payette, 2001).

L'interdisciplinarité est une modalité de l'organisation du travail qui vise l'interaction entre différentes disciplines. Cette interaction a pour but de produire l'**intégration** des connaissances, des expertises et des contributions propres à chaque discipline dans un processus de résolution de problèmes complexes (Payette, 2001, p.24).

Le concept d'équipe interdisciplinaire est assez nouveau dans la littérature et il est difficile de déterminer à quel moment précis il est apparu. Néanmoins, sans vouloir remettre en question l'idée de collaboration professionnelle que suggère l'usage plus fréquent de nos jours du concept d'interdisciplinarité, dans le cadre de cette étude, nous utilisons le concept d'équipe multidisciplinaire. Ce choix repose sur la terminologie adoptée en 1976 lors de l'ouverture du Département de psychiatrie, alors que l'équipe multidisciplinaire était lancée comme étant une façon innovatrice de travailler. Avant de concevoir le travail d'équipe, l'historiographie a surtout mis en lumière les concurrences professionnelles qui se développent à partir des années 1940 dans les institutions psychiatriques. Effectivement, l'arrivée des paramédicaux en milieu hospitaliers psychiatrique a eu un impact important sur la pratique infirmière. Cela, entre autres, en banalisant le statut accordé aux infirmières et en semant la confusion au niveau des rôles, en particulier, entre les travailleuses sociales, les ergothérapeutes et les infirmières (Perreault, 2012 ; Prud'homme, 2011, 2012 ; Thifault et Desmeules, 2012).

Au Québec, comme en Ontario, les enjeux autour des cliniques externes de psychiatrie ont très peu retenu l'attention des chercheurs. Lecomte et Lesage soulèvent ce constat dans un numéro spécial de Santé mentale au Québec (1999). Effectivement, le rôle pivot des cliniques externes dans le processus de transformation du système asilaire en une psychiatrie communautaire ainsi que le rôle des équipes multidisciplinaires y œuvrant sont les grands oubliés des Politiques de santé mentale (p.8). Selon cet article, il est très difficile d'évaluer la contribution des différents membres de l'équipe multidisciplinaire, car

[à] la longue [...] à partir des discussions de cas en équipe, des séminaires permanents et du travail avec leurs collègues, les divers professionnels ont amélioré leurs connaissances et développé des habiletés semblables. [...] Il en a résulté [de ce partage] une dissémination transdisciplinaire des connaissances, se traduisant par un chevauchement des connaissances et des habiletés. Les

différences de rôle se sont estompées au point que certains ont pu parler de confusion de rôle (Lecompte & Lesage, 1999, p. 21).

« Chose sûre, le champ de la santé mentale et le partage des responsabilités et des tâches dans les cliniques externes sont en voie de mutation, et obligeront les divers professionnels à s’y intéresser » (Lecompte & Lesage, 1999, p. 21), la réorganisation des soins dans les cliniques externes psychiatriques est une expérience rapportée, mais où peu d’attention est centrée sur l’implication des différents professionnels de la santé responsables des suivis avec les patients (Fédération des CLSC du Québec, 1996 ; Edisbury, Lebel et Letendre, 1981 ; Lecompte, Y., 1986 ; Pelsler, R., 1980). Bref, ce sujet, bien que peu étudié, est mieux connu au Québec qu’ailleurs au Canada et dans les faits, le sujet de la clinique externe psychiatrique rend difficilement compte de l’espace professionnel investi par les infirmières.

Le travail multidisciplinaire est considéré, selon plusieurs chercheurs, comme étant bénéfique non seulement pour le patient, mais également pour les professionnels faisant partie des équipes (Cioffi et al., 2010 ; Maddock, 2015). Parmi ces bénéfices, on retrouve une capacité accrue pour résoudre des problèmes ensemble à travers un échange d’idées et répondre aux besoins identifiés avec la disponibilité d’un plus grand éventail de compétences (Colombo, Bendelow, Fulford, & Williams, 2003 ; Maddock, 2015). En plus, Cioffi et al (2011), mentionnent que l’intégration des savoirs des différentes disciplines est un atout pour soigner les patients atteints des maladies chroniques, ce qui est le cas de la maladie mentale la plupart du temps. La complexité qui accompagne la maladie chronique est mieux adressée lorsque les soins sont axés sur le patient et non sur la maladie, une caractéristique du travail multidisciplinaire (Cioffi et al., 2010). Par contre, pour que cette approche soit efficace, les différents professionnels de l’équipe doivent avoir des rôles clairement définis, une bonne communication et maîtriser les savoirs nécessaires

pour cerner les problématiques des patients (Cioffi et al., 2010 ; Hills et al., 2007 ; Maddock, 2015). Cioffi et al (2010) documentent que très peu d'études existent sur la communication entre les membres de l'équipe multidisciplinaire, car la plupart des échanges sont de type informel, c'est-à-dire, dans les couloirs, dans les salles de repas et lorsque deux professionnels se croisent dans l'établissement. Ce type de communication est très difficile à documenter et donc très difficile à étudier (Cioffi et al., 2010). La communication de type formelle est celle qu'on retrouve dans les notes au dossier, sous forme de référence ou événement documenté. Toutefois, très peu d'information peut être tirée de ces notes par rapport aux relations entre les professionnels (Cioffi et al., 2010). Dans le cadre de cette étude, c'est ce type de communications que nous voulons étudier et nous utilisons le concept d'« interaction » pour les décrire. Selon le dictionnaire Larousse, une interaction est une « relation interpersonnelle entre deux individus au moins, par laquelle les comportements de ces individus s'influencent mutuellement et se modifient chacun en conséquence » (Larousse, s.d. — b).

Méthodologie

Approche sociohistorique

Le terme sociohistoire a été proposé pour la première fois par Gérard Noiriel, historien français qui a participé activement dans le développement de cette approche méthodologique (Ledent, 2007). Dans son livre *Introduction à la sociohistoire*, il décrit le but de cette approche comme étant celui de faire valoir l'histoire du monde pour être en mesure de comprendre comment le passé influence notre présent (Noiriel & Frajerman, 2007). Avec l'approche sociohistorique, les chercheurs étudient les phénomènes du passé dans le présent, dans leur contexte social et historique (Ledent, 2007). C'est ce vers quoi tend cette étude. C'est-à-dire

d'étudier aujourd'hui les interactions professionnelles entre une patiente de la clinique externe du Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort et les membres de l'équipe multidisciplinaire entre 1976 et 2002. Cela en tenant compte des politiques de santé mentale en Ontario, influencées par le mouvement de désinstitutionnalisation psychiatrique et du développement du programme de santé mentale de l'Hôpital Montfort, où lors de l'ouverture du Département de psychiatrie sont créées les équipes multidisciplinaires. Pour mener à terme ce projet, nous avons eu recours à l'étude de cas proposé par Gagnon (2012).

Étude de cas

Selon Gagnon (2012), « *L'étude de cas comme méthode de recherche* est l'analyse intensive d'une unité (personne ou communauté), mettant l'accent sur les facteurs de développement en relation avec l'environnement » (p. XII). La plus grande force de l'étude de cas est de permettre une analyse en profondeur des phénomènes dans leur contexte (Gagnon, 2012). En ce qui concerne cette recherche, l'étude de cas permet de révéler l'espace relationnel qu'occupent les infirmières durant le parcours de vie d'une patiente de la clinique externe du programme de santé mentale de l'Hôpital Montfort. L'espace relationnel est défini comme étant un endroit d'interactions³ et d'échanges entre l'espace privé et l'espace public d'une personne, « un espace où se tissent des liens humains » (Meder-Klein, 2005, p.12). Une autre force de l'étude de cas est qu'elle assure une forte validité interne, car les phénomènes étudiés deviennent des représentations authentiques de la réalité à l'étude (Gagnon, 2012). Gagnon (2012) propose huit étapes pour accomplir une étude de cas : établir la pertinence, assurer la véracité des résultats, la préparation, le recrutement des cas, la collecte des données, le traitement des

³ Le terme interaction sera utilisé tout au long du texte pour qualifier les notes enregistrées au dossier de la patiente sur le document « évolution psychiatrie ». Nous référons donc à chaque note comme étant une interaction.

données, l'interprétation des données et diffuser les résultats. Comme l'explique Gagnon (2012) dans son livre, « le recours à l'étude de cas doit obéir à des normes scientifiques. Il faut que sa réalisation soit empreinte d'une rigueur au moins équivalente à celle des méthodes quantitatives de recherche » (p.4). Une des étapes les plus importantes, pour suivre les normes scientifiques, est celle d'assurer la véracité des résultats. Durant cette étape, nous devons démontrer que les résultats obtenus sont rigoureux et conformes à la réalité (Gagnon, 2012). Pour respecter la fiabilité interne de cette recherche, nous avons soumis l'interprétation des données à des pairs lors de la présentation de deux conférences internationales : conférence annuelle de l'Association canadienne pour l'histoire du nursing à Vancouver, le 18 juin 2016 et The Three Societies Meeting à Edmonton, le 22 juin 2016. Ensuite, pour nous assurer de respecter la fiabilité externe, nous avons décrit le processus de sélection des informateurs⁴, précisé la stratégie de collecte de données⁵ et défini les concepts et unités d'analyse⁶ (Gagnon, 2012). En ce qui a trait à la validité interne, principale force de l'étude de cas, elle est très forte dans notre étude, car nous analysons des dossiers médicaux, donc il n'y a aucune présence d'observateur au moment de recueillir les données. De plus, le recours à des articles scientifiques nous a permis de corroborer les données recueillies. Finalement, la validité externe, étant la principale faiblesse de l'étude de cas, est très faible, car nous ne sommes pas en mesure de généraliser les résultats obtenus et il ne s'agit pas du but de l'étude.

⁴ Décrit dans l'article « L'infirmière, leader de l'équipe multidisciplinaire : étude de cas sur l'espace relationnelle des différents professionnels du département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort »

⁵ Idem

⁶ Idem

Cadre théorique

En milieu universitaire, le concept d'intersectionnalité connaît une popularité certaine. Il est de plus en plus utilisé comme cadre théorique pour guider les recherches en études des femmes et du genre ou encore en santé. Au début de cette recherche, ce cadre nous a semblé très prometteur pour révéler les données tirées des dossiers médicaux de la clinique externe de l'Hôpital Montfort. Par contre, nous avons été rapidement confrontées aux limites des sources consultées pour exploiter toutes les dimensions du concept d'intersectionnalité. Nous avons alors opté pour la théorie du parcours de vie qui nous permet de mieux révéler l'espace relationnel occupé par les professionnels de la santé de la clinique externe en suivant le parcours de vie psychiatrique d'une patiente suivie, pendant près de trente années, à l'une ou à l'autre des activités du programme de santé mentale de Montfort. Étant donné que l'intersectionnalité nous a permis de mieux cerner notre problématique, et que cette démarche fait partie intrinsèque du processus de recherche, il est, selon nous, fort pertinent de lui accorder quelques lignes dans cette thèse avant de définir les concepts de la théorie du parcours de vie.

L'intersectionnalité

L'idée d'analyser et d'étudier les différentes identités sociales (race, sexe, âge) comme étant interreliée existe depuis une centaine d'années. Cependant, ce n'est qu'au début des années 1990 que Kimberley Crenshaw utilise le terme « intersectionnalité » pour la première fois pour décrire comment la race, le genre et la classe interagissent pour renforcer des inégalités sociales (Bauer, 2014 ; Bowleg, 2012 ; Hancock, 2007 ; Harper, 2012). L'approche intersectionnelle est née avec les écrits d'Anna Julia Cooper (1858-1964) et W.E.B Du Bois⁷ (1869-1963). Au tournant du 20^e siècle, les femmes afro-américaines se sont vues prises dans

⁷ William Edward Burghardt Du Bois

plus d'une forme d'oppression. Selon Cooper, non seulement elles étaient des femmes, mais elles étaient aussi des personnes de « couleur ». Cette position sociale particulière les a poussées à se rassembler pour revendiquer et pour faire valoir leur place dans la société (Harper, 2012). Crenshaw et Collins remettent en question le féminisme blanc inscrivant ainsi l'intersectionnalité dans le mouvement de la troisième vague féministe (Harper, 2012 ; Sirma, 2009). À ce moment, l'intersectionnalité est définie comme une théorie transdisciplinaire visant à appréhender la complexité des identités et des inégalités sociales par une approche intégrée. Elle réfute le cloisonnement et la hiérarchisation des grands axes de la différenciation sociale que sont les catégories de sexe/genre, classe, race, ethnicité, âge, handicap et orientation sexuelle (Sirma, 2009, p.2).

Il est important de mentionner que l'intersectionnalité n'est pas seulement applicable pour faire avancer les connaissances en matière de marginalisation des minorités. Cette approche nous aide à expliquer comment l'organisation sociale façonne notre vie en général. Toutefois, il ne s'agit pas d'un modèle de recherche spécifique et considérant que son utilisation dans le domaine de la santé est encore limitée, il est nécessaire, en tant que chercheur, d'avoir l'esprit ouvert.

Vivian M. May, spécialiste en études des femmes et du genre, a une prise de position plus large que les autres auteurs par rapport à l'intersectionnalité et à son utilisation. Mise à part une définition plus large de l'intersectionnalité où elle encourage les chercheurs à ne pas rester prisonniers des catégories, May (2015) propose une approche pour analyser des documents historiques de façon intersectionnelle qu'elle appelle « Intersectionality as a Resistant Imaginary and Historical Intervention » (p. 53). En défaisant des hypothèses, en prenant conscience des lacunes et en contestant les versions officielles d'événements historiques, cette approche, toujours selon May, nous amène à voir le monde autrement, nous aide à « déconstruire » les

différentes idées sociales qui persistent et attire notre attention vers les endroits les moins explorés. Elle nous incite aussi à retravailler et à repenser les discours existants, à les interroger et à poser sur eux un regard critique (May, 2015).

En utilisant la technique d'approche rétrospective proposée par May pour analyser les archives médicales de la clinique externe nous avons été en mesure de nuancer la place des infirmières parmi les autres professionnels de la santé. En allant à contre-courant des différents discours informels par rapport à la place des infirmières et en notant surtout les lacunes en matière des notes des infirmières, nous avons essayé de déconstruire un discours qu'on répète à travers les années dans le milieu infirmier, mais qui n'a pas de bases scientifiques, soit celui que l'infirmière est inférieure aux autres professionnels. Notre détermination à vérifier cette opinion, selon nous préconçue, qui dévalorise le travail de l'infirmière pouvait être vérifiée en consultant directement les notes des professionnels de la santé enregistrées dans les dossiers médicaux. Nous avons cru que le concept d'intersectionnalité nous permettrait de faire valoir le travail des infirmières travaillant à la clinique externe à travers les différentes données démographiques. Malheureusement, c'est en consultant un dossier de la clinique externe que nous avons fait le constat que l'obtention de ces données était très difficile, voire impossible, à partir des documents disponibles pour notre étude. Avec le recul et une meilleure connaissance des possibilités de notre source de première main, le parcours de vie nous offre une meilleure opportunité d'exploiter nos sources au maximum et d'en tirer plus d'informations.

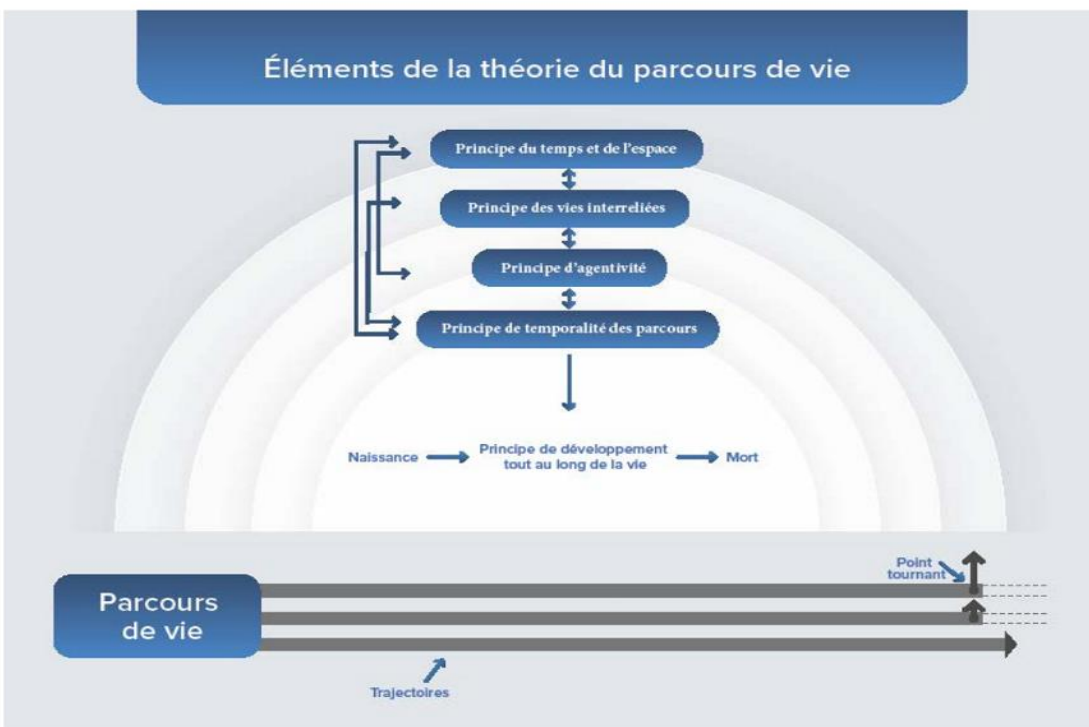
Théorie du parcours de vie

La théorie du parcours de vie a été élaborée à partir du désir de comprendre les liens entre le développement individuel, les expériences sociales et le contexte sociohistorique auxquels une personne doit faire face tout au long de sa vie (Gherghel & Gherghel, 2013). Cette théorie est

abordée brièvement dans l'article « L'infirmière psychiatrique, leader de l'équipe multidisciplinaire : Hôpital Montfort 1976-2002 », mais nous considérons qu'il est à propos ici d'élaborer davantage sur les principaux concepts et principes de cette théorie.

Dans la figure 1, nous pouvons voir une vue d'ensemble du fonctionnement et de l'interaction des différents concepts et principes de cette théorie. Nous allons donc commencer par définir les concepts pour ensuite expliquer les différents principes propres à cette théorie.

Figure 1 : Schématisation de la théorie du parcours de vie⁸



Le concept *Parcours de vie* « est défini comme une séquence d'événements qui se déroule en fonction des groupes d'âge et qui est socialement définie et ordonnée dans le temps et le contexte historique » (Gherghel & Gherghel, 2013, p.14). Le parcours de vie est le

⁸ Figure tirée du texte de (Dumont, 2015) à la page 2.

résultat de l'ensemble de trajectoires et de transitions de l'individu. Une *trajectoire* est l'ensemble « de rôles et d'expériences qui sont définies ou délimitées par des *transitions* caractérisées comme des périodes d'instabilité (ex. : l'émancipation, la parentalité, la retraite) » (Gherghel & Gherghel, 2013, p.16). Les périodes entre les transitions, soit des périodes de stabilité dans la vie de la personne, sont appelées *stades de vie*. Tout au long de sa vie, l'individu fait face à des *points tournants* qui changent l'orientation d'une trajectoire en particulier. Un *point tournant* est défini comme étant « des événements, des transitions ou des contextes qui déclenchent un changement considéré comme substantiel dans le cheminement individuel » (Gherghel & Gherghel, 2013, p.20). À la différence des points tournants, les transitions sont des changements qui suivent un modèle général, c'est-à-dire des changements socialement attendus. De plus, les points tournants engendrent obligatoirement un changement dans la trajectoire tandis que les transitions peuvent engendrer soit la stabilité soit le changement (de Montigny & de Montigny, 2014). Dans le cadre de notre étude, nous pouvons donc déterminer que l'ouverture du Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort est un point tournant dans la vie de notre patiente, car sa trajectoire, en tant que patiente psychiatrique, a été changée avec l'ouverture des services psychiatriques qui lui offrait des soins dans sa langue maternelle.

La théorie du parcours de vie est composée de cinq principes de base. « Tout d'abord, avec le principe du développement tout au long de la vie, on considère que le développement biologique, psychologique et social d'un individu se poursuit de sa naissance à sa mort » (Dumont, 2015, p.2). Cette théorie est donc très pertinente dans notre étude de cas, car nous suivons pendant 26 ans le parcours de vie psychiatrique d'une patiente pour laquelle il nous a été possible de retracer les différents stades de sa vie. La

théorie du parcours de vie accorde, également, une grande importance au temps. Selon son principe de *temporalité du parcours*, « le moment et l'ordre dans lequel arrivent les événements ont une incidence sur la suite du parcours » (Dumont, 2015, p.3). De plus, le *principe des vies interreliées* stipule que le parcours de vie de chaque individu est considéré comme étant associé aux parcours de vie des personnes de son entourage. « Il faut savoir [...] que la vie de chaque individu est reliée à différents systèmes, par exemple institutionnels, et est donc influencée par eux » (Dumont, 2015, p.3). Ce principe est particulièrement important dans notre recherche, car à l'aide de celui-ci nous pouvons expliquer comment le parcours de vie de notre patiente est influencé par les membres de l'équipe multidisciplinaire de la clinique externe. Le quatrième principe, celui du *temps et de l'espace* précis « que le parcours des individus s'intègre et est façonné par l'époque et l'endroit à l'intérieur desquels leur vie prend place » (Dumont, 2015, p.3). L'expérience des patients et des professionnels de la santé de la clinique externe n'est pas vécue de la même façon en 1976 qu'en 2016. Cette expérience dépend aussi de l'endroit où ces patients et ces professionnels se trouvent. Comme nous l'avons vu précédemment, les années 1960-1970 en Ontario sont marquées par le mouvement de désinstitutionnalisation psychiatrique. Par contre, ce même mouvement n'a pas eu lieu au même moment dans d'autres pays du monde et l'expérience des patients et des professionnels de la santé, dans cette même période de temps, mais dans un autre pays, ne sera probablement pas la même. Le *principe d'agentivité*, dernier principe, donne une place importante à la subjectivité de chaque individu (Dumont, 2015). Selon ce principe, les personnes construisent leur parcours de vie à partir du sens qu'ils donnent aux influences extérieures et à partir de leur choix de vie (Dumont, 2015). C'est-à-dire qu'ils sont responsables de leur parcours de vie

à travers les décisions qu'ils prennent. Les différents concepts et principes de cette théorie nous aident donc à mieux approcher notre problématique. Lors de futures recherches, il y aurait place à développer d'autres volets à partir de ce cadre théorique en utilisant chacun de ses principes. Pour ce qui est de cette recherche, nous mettons l'accent sur le principe des vies interreliées et le principe de temporalité.

Méthode

Cette thèse s'inscrit dans un projet plus vaste intitulé « Déhospitalisation psychiatrique et accès aux services de santé mentale. Regards croisés Ontario-Québec » pour lequel une première base de données a été conçue à partir de toutes les admissions au Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort de 1976 à 2006. Les registres d'admission de ce département ont été utilisés pour saisir, principalement, toutes les données en lien avec les 15 000 admissions — date d'admission, psychiatre responsable, diagnostic, nombre de jours d'hospitalisation, date de sortie, etc. Considérant les récurrences nombreuses, ces 15 000 admissions concernent 7 535 patients différents (Harrison et al, 2014). Selon un échantillon basé sur une année sur cinq, seuls les dossiers documentant plus de trois admissions ont été retenus. De sorte qu'au final, 216 dossiers ont fait l'objet d'un dépouillement minutieux. Pour chacun d'eux, les pages « observations infirmières » et « résumé de sortie » en lien avec chacune des hospitalisations ont été numérisées. De cette collecte d'information s'ajoutent quelques dossiers de la clinique externe pour lesquels les pages « notes évaluation : psychiatrie » et « Life history questionnaire » ont également été numérisées.

Cette thèse repose sur les données secondaires de cette base de données, spécifiquement le dossier de la clinique externe d'une seule patiente qui documente à lui seul les 26 années de suivi dans le cadre du programme de santé mentale de l'Hôpital Montfort. De ce dossier, nous

n'avons eu accès qu'aux pages numérisées par l'équipe de Dre Thifault, spécifiquement les notes d'évaluation psychiatrie (1976 à 2002).⁹

À la suite de cette revue de la littérature et de la présentation de la méthodologie et du cadre théorique, vous trouverez, dans la prochaine section, l'article « L'infirmière psychiatrique, leader de l'équipe multidisciplinaire : Hôpital Montfort 1976-2002 » qui a été soumis pour publication dans la revue *Minorités linguistiques et Société* dans leur édition thématique sur la santé mentale.

⁹ Un exemple des formulaires « notes évaluation : psychiatrie » et « Life history questionnaire » se trouve en annexe

Article soumis

L'infirmière psychiatrique, leader de l'équipe multidisciplinaire : Hôpital Montfort 1976-2002¹⁰

Introduction

Suite au mouvement de désinstitutionnalisation psychiatrique des années 1960, les services communautaires en santé mentale sont devenus essentiels (Boschma, Yonge, & Mychajlunow, 2005) et ont permis l'introduction des équipes multidisciplinaires comme nouvelle approche de soins en santé mentale (Gage et al., 2015; Hills, Mullett, & Carroll, 2007; Maddock, 2015; Wilkes, Cioffi, Cummings, Warne, & Harrison, 2014). À Ottawa, c'est en juillet 1973 que le programme de santé mentale de l'Hôpital Montfort prend son envol avec l'ouverture de sa clinique externe suivie, en 1976, de celle de son Département de psychiatrie. On assiste alors à la mise en place d'une nouvelle structure de travail, celle des équipes multidisciplinaires responsables des patients tant à l'interne que ceux de la clinique externe. Selon Maddock (2015), les équipes multidisciplinaires en psychiatrie sont créées en réponse à l'inefficacité du modèle médical à traiter les troubles de santé mentale. Jusqu'ici, peu d'études se sont intéressées à l'expérience, au rôle et à la place des différents professionnels de santé impliqués au sein des équipes multidisciplinaires (Hills et al., 2007 ; Wilkes et al., 2014) et de plus en plus on retrouve un discours informel dans les milieux de santé qui soulève l'absence de participation des infirmières dans ces équipes.

Nous proposons, dans le cadre de cet article, une approche innovatrice qui permet, à partir d'une étude de cas, d'évaluer l'espace relationnel occupé par les professionnels de la santé

¹⁰ Cette recherche a été possible grâce à deux bourses d'études, l'une du projet « Déhospitisation psychiatrique et accès aux services de santé mentale. Regards croisés Ontario-Québec 1950-2012 » subventionné par les IRSC et l'autre de l'Unité de recherche sur l'histoire du nursing de l'Université d'Ottawa.

engagés dans le suivi thérapeutique d'une patiente de la clinique externe de Montfort. L'espace relationnel est entendu comme un endroit d'interaction¹¹ et d'échange entre l'espace privé et l'espace public d'une personne. Lors d'un entretien entre deux personnes, on retrouve d'un côté la personne qui partage des éléments de son intimité et de l'autre côté la personne qui reçoit l'information. Lorsque la personne qui reçoit l'information le fait de façon emphatique et sans jugement nous pouvons observer l'apparition de l'espace relationnel, « un espace où se tissent des liens humains » comme le dit (Meder-Klein, 2005 : 12). Selon le cadre d'éthique des rapports entre individus, l'espace relationnel est créé si 4 principes fondamentaux sont respectés : l'engagement, la personnification¹², le respect mutuel et l'environnement (Cloutier, Martin-Matthews, Byrne, & Wolse, 2015). Précisément, le lieu de rencontre et d'échange entre soignant et soigné, dans le cadre de notre étude, a été documenté à partir des notes « évolution psychiatrie » rédigées par les membres de l'équipe multidisciplinaire et colligées dans le dossier médical d'une patiente de la clinique externe de Montfort. L'étude de cas, ici proposée, a comme but de déconstruire le mythe autour de l'infirmière qui suggère qu'elle est absente des équipes multidisciplinaires à travers le parcours de vie d'une patiente francophone suivie à la clinique externe du Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort entre 1976 et 2002. La trajectoire psychiatrique de cette femme nous donne accès à l'espace relationnel développé avec les membres de l'équipe multidisciplinaire et permet de comprendre, en particulier, l'influence qu'ont eue les infirmières dans le parcours de vie de cette patiente franco-ontarienne.

Considérant que l'Ontario est la province canadienne avec le plus grand nombre de francophones

¹¹ Le terme interaction sera utilisé tout au long du texte pour qualifier les notes enregistrées au dossier de la patiente sur le document « évolution psychiatrie ». Nous référons donc à chaque note comme étant une interaction.

¹² Traduction libre de « embodiment », dans le cadre de ce texte, personnification veut dire comprendre que chaque individu est unique et vit la maladie de façon unique.

vivants en situation linguistique minoritaire (Kalay, Chomienne, & Farmanova, 2013), notre étude sur les services en santé mentale pour la population de l'est-ontarien est importante. Selon une présentation classique, cet article propose, premièrement, une revue de la littérature sur l'évolution des soins de santé mentale en Ontario dans un contexte de communautarisation des services psychiatriques. Deuxièmement, nous présentons l'approche méthodologique qui a guidé cette étude, avant, dans un troisième temps, de soumettre nos résultats tirés d'une étude de cas. Celle-ci a été documentée à partir du dossier de la clinique externe d'une patiente qui a fréquenté le programme de santé mentale de Montfort et qui permet par conséquent de tracer l'espace relationnel qui en émerge. Finalement, avant de conclure, une discussion sur l'espace relationnel investi par les infirmières nous permet de souligner leurs contributions toutes particulières au sein de l'équipe multidisciplinaire de la clinique externe de l'Hôpital Montfort.

Revue de la littérature

Soins psychiatriques en Ontario

Après la Deuxième Guerre mondiale, le gouvernement fédéral accorde aux différentes provinces et territoires canadiens les « Dominion Health Grants (DHG) » pour mettre en place les services de santé dans lesquels un budget de \$5 millions a été prévu pour développer des unités psychiatriques dans les hôpitaux généraux (Lurie & Goldbloom, 2015 ; Mulvale, Abelson, & Goerong, 2007). En 1959, l'Ontario applique l'« Hospital Insurance Act » en vertu duquel les services hospitaliers sont couverts par le régime d'assurance publique (Hartford, Schrecker, Wiktorowicz, Hoch, & Sharp, 2003; Lurie & Goldbloom, 2015; Mulvale et al., 2007; Simmons, 1990). Ensuite, en 1966, le gouvernement fédéral accepte le partage des coûts des soins médicaux avec toutes les provinces et territoires à travers le « Medical Care Act » (Mulvale et al., 2007 ; Simmons, 1990). Cependant, ce n'est qu'en 1969 que l'Ontario met sur pied le régime

d'assurance des soins médicaux. Ces deux régimes d'assurance publique sont regroupés sous l'« Ontario Health Insurance Program (OHIP) » (Mulvale et al., 2007 ; Simmons, 1990).

Étant donné que le DHG ne finance pas les hôpitaux psychiatriques, anciennement appelés asiles, et que l'OHIP ne couvre pas les soins prodigués dans ces institutions, le gouvernement provincial s'est vu dans l'obligation, pour réduire des coûts, de transférer les soins psychiatriques dans les hôpitaux généraux (Mulvale et al., 2007). Cette décision du gouvernement provincial est appuyée par quatre importants rapports sur les soins et services de santé mentale sur lesquels s'appuie l'Ontario entre 1960 et 2000 : « More for the mind », « rapport Graham », « Putting people first » et « Making it happen » (Harrison & Thifault, 2014 ; Hartford et al., 2003 ; Mulvale, 2007). Dans ces quatre rapports, la communautarisation des services psychiatriques est hautement recommandée.

Dans le rapport « More for the Mind », publié en 1963, l'Association canadienne pour la santé mentale a documenté l'incapacité du système de santé canadien de développer des services de santé mentale appropriés (Lurie & Goldbloom, 2015). Les auteurs de ce rapport concluent que « la maladie doit être traitée dans le même cadre organisationnel et administratif que la maladie physique » (Lurie & Goldbloom, 2015 : 23) et que l'hospitalisation des patients psychiatriques doit être adoptée seulement en dernier recours (Tyhurst et al., 1963). Ce rapport introduit l'idée d'ouvrir des départements de psychiatrie à courte durée dans les hôpitaux généraux pour que ceux-ci puissent devenir le point central des services communautaires (Harrison & Thifault, 2014; Lurie & Goldbloom, 2015; Simmons, 1990). Ainsi « les patients, quand ils reçoivent leur congé de l'hôpital, doivent pouvoir maintenir un lien personnalisé avec un intervenant dans un centre de santé » (Lurie & Goldbloom, 2015 : 24).

En 1988, le rapport Graham se distingue des autres, car il tient compte des intérêts des patients psychiatriques et de leur famille (Mulvale et al., 2007). Il prône la reconnaissance des personnes gravement atteintes des problèmes psychiatriques comme étant un groupe de personnes ayant une maladie chronique que les services communautaires doivent aider pour qu'ils puissent avoir une vie en communauté (Graham, 1988 ; Harrison & Thifault, 2014 ; Simmons, 1990). Les auteurs de ce rapport dénoncent le manque de coordination entre les services hospitaliers et communautaires en santé mentale et, encore une fois, mettent l'accent sur le besoin de services psychiatriques dans la communauté (Graham, 1988 ; Mulvale et al., 2007).

De plus, les rapports « Putting people first », publié en 1993 et « Making it happen » en 1998 proposent une stratégie de réforme des services de santé mentale centrée sur la priorisation des services communautaires pour les patients dits chroniques sur une durée de 10 ans (Harrison & Thifault, 2014; Simmons, 1990; Thifault & Dorvil H. (Dir), 2014). Malgré les recommandations de ces rapports, peu de financement fut, dans les faits, accordé aux services communautaires psychiatriques (Lurie & Goldbloom, 2015). Cette situation problématique est encore plus marquée pour les communautés linguistiques vivant en situation minoritaire.

Services francophones en santé mentale

De plus en plus d'études démontrent l'importance pour les francophones ayant des besoins en santé mentale, de s'exprimer en français, lorsqu'ils reçoivent des services de santé (Audet et al., 2014; Boudreau et al., 1999 ; Drolet et al., 2015 ; Société Santé & Consortium national de formation, en sante, 2008). « Une difficulté de communication pourrait inévitablement mener à un mauvais diagnostic, à une difficulté de compréhension vis-à-vis du traitement [et/ou] de l'intervention à entreprendre » (Audet et al., 2014 : 193). L'enjeu de communication dans une langue seconde devient encore plus grand lorsque le patient est en

situation de détresse (Drolet et al., 2015), ce qui est le cas pour la plupart des patients consultant un médecin à l'hôpital. Considérant qu'« [u]ne personne ayant besoin de services en santé mentale [...] peut éprouver de la difficulté à communiquer et à analyser un trouble émotionnel complexe dans une langue autre que sa langue première » (Drolet et al., 2015 : 8), il est d'autant plus important lors de la relation d'aide avec le professionnel de la santé que le patient francophone puisse s'exprimer dans sa langue maternelle. Selon Drolet (2015), lorsqu'un professionnel s'exprime dans la langue maternelle du patient, il facilite la communication des éléments clés de l'évaluation tels que les émotions et les sentiments, renforce la relation d'aide et augmente le sentiment de confiance du patient envers le professionnel ce qui contribue à la création de l'espace relationnel. Selon le cadre d'éthique des rapports, le développement de relations d'aide est fondamental pour les praticiens qui souhaitent développer un espace relationnel avec leurs patients (Cloutier et al., 2015). Néanmoins « [m]ême si les droits des francophones de l'Ontario sont garantis par la Loi de 1986 sur les services en français, l'accès à des services sociaux et de santé en français dans cette province s'avère complexe en raison d'importantes barrières à recevoir de tels services sur un continuum » (Drolet et al., 2015 : 6). Si à ce fait on ajoute le manque de financement pour les services communautaires en santé mentale à la suite de la désinstitutionnalisation, le problème gagne en importance et le besoin de recherche à ce sujet s'amplifie. Les professionnels de la santé, de même que les utilisateurs des services de santé mentale, ont été touchés par les changements politiques de cette époque, spécialement les infirmières.

L'infirmière psychiatrique dans la communauté

La création de services externes en santé mentale suite à la désinstitutionnalisation psychiatrique a donné à l'infirmière une place importante dans le développement des services de

réinsertion sociale et de réadaptation en santé mentale (Al Sayah, Szafran, Robertson, Bell, & Williams, 2014 ; Boschma, 2012). Plusieurs études révèlent qu'une expansion du rôle de l'infirmière a eu lieu (Al Sayah et al., 2014 ; Elsom, Happell, & Manias, 2009). Différentes études démontrent que les infirmières sont passées d'un rôle orienté vers des tâches spécifiques, à un rôle de gestionnaire de cas où elles sont plus autonomes et ont la possibilité de prendre l'initiative et de participer activement dans la prise de décisions (Al Sayah et al., 2014; Happell, Hoey, & Gaskin, 2012; Huang, Ma, Shih, & Li, 2008; Wilson & Dunn, 1996). Happell et al. (2012) affirment que le rôle de gestionnaire de cas s'est beaucoup plus développé au Royaume-Uni et en Australie. Au Canada et aux États-Unis, le mouvement de désinstitutionnalisation a engendré une augmentation de la charge de travail des infirmières (Al Sayah et al., 2014; Henderson, Willis, Walter, & Toffoli, 2008; Loukidou, Ioannidi, & Kalokerinou-anagnostopoulou, 2010) ce qui a permis tranquillement l'introduction d'autres professionnels de la santé désignés pour accomplir les tâches que les infirmières n'avaient pas le temps d'accomplir (Henderson et al., 2008). Par exemple, au Canada, les travailleurs sociaux se sont peu à peu appropriés des interventions sociales qui appartenaient à l'infirmière (Happell et al., 2012). Parmi les autres rôles occupés par les infirmières après le mouvement de désinstitutionnalisation psychiatrique on retrouve celui de consultante, d'infirmière de liaison, de coordonnatrice de soins et d'éducatrice (Boschma, 2012 ; Elsom et al., 2009 ; Guy, 1997 ; Huang et al., 2008 ; Wilson & Dunn, 1996).

Malgré les impacts positifs de la désinstitutionnalisation psychiatrique sur la profession infirmière, tous changements opérés au cours de ce mouvement n'ont pas eu, nécessairement, un résultat favorable. Les expériences des infirmières durant ce mouvement varient beaucoup selon la culture et le pays où elles se trouvent. Les expériences personnelles et professionnelles de

chaque infirmière, leur formation scolaire ainsi que le poste qu'elles occupent sont des facteurs qui influencent également la façon de faire face aux changements vécus (Elsom, Happell, & Manias, 2008). Aux États-Unis et à Taiwan, contrairement à l'Australie, le Canada, la Grèce et la Nouvelle-Zélande, les infirmières psychiatriques travaillant dans la communauté avaient un rôle plus restreint ce qui a créé des sentiments de frustration chez certaines infirmières (Huang et al., 2008). De plus, différentes études démontrent que les réformes des soins de santé mentale ont semé de la confusion au niveau des rôles de différents professionnels, surtout au niveau des tâches spécifiques à chacun (Al Sayah et al., 2014 ; Boschma, 2012). Afin de répondre à cette confusion, notre étude entend mieux décrire les responsabilités des différents professionnels travaillant à la clinique externe du Département de psychiatrie de Montfort.

Méthodologie

Une étude qualitative couplée à une approche sociohistorique a été réalisée sur le parcours de vie psychiatrique d'une patiente de la clinique externe de Montfort, afin de décrire l'espace relationnel qu'occupent les différents professionnels de la santé œuvrant auprès d'une communauté en situation linguistique minoritaire, spécialement celui de l'infirmière. La collecte de données a été faite à partir des données secondaires découlant du projet « Déhospitisation psychiatrique et accès aux services de santé mentale. Regards croisés Ontario-Québec » financés par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). Parmi les 15 000 admissions au Département de psychiatrie de Montfort de 1976 à 2006 colligées dans la base de données, un seul cas a été retenu pour notre étude. Sur la vingtaine de dossiers de la clinique externe numérisés au moment de réaliser notre enquête et considérant notre intérêt pour le parcours de vie psychiatrique d'un patient, nous avons sélectionné le dossier avec le suivi psychiatrique le plus long permettant de documenter un plus grand nombre d'interventions notées par les

membres de l'équipe multidisciplinaire à pied d'œuvre. Le dossier choisi est celui d'une patiente à qui nous avons donné le nom fictif de Suzanne pour protéger son identité et être en conformité avec les demandes des comités d'éthique de la recherche (CER) de l'Université d'Ottawa et de l'Hôpital Montfort¹³. Suzanne a été suivie pendant 26 ans à la clinique externe, sa langue maternelle est le français. Elle a été en contact avec des intervenants de cinq professions de la santé différentes. Les dossiers actifs et inactifs des patients psychiatriques de l'Hôpital Montfort sont la mémoire écrite de l'histoire de soins de chaque patient ayant fréquenté le programme de santé mentale et témoignent de l'organisation des soins des professionnels de la santé.

L'étude de cas est utilisée comme méthode de recherche pour analyser le dossier choisi. Selon Gagnon (2012), l'étude de cas est recommandée pour décrire et expliquer des phénomènes. La plus grande force de l'étude de cas est de permettre une analyse en profondeur des phénomènes dans leur contexte. Dans le cas de cette recherche, l'étude de cas permet d'étudier l'espace relationnel qu'occupent les infirmières durant le parcours de vie d'une patiente psychiatrique de la clinique externe. Le formulaire « évolution psychiatrie » est utilisé par les intervenants de l'équipe multidisciplinaire pour documenter les interactions avec le patient et nous permet de suivre sur une base régulière (hebdomadaire, bimensuelle ou mensuelle) l'évolution du patient lors de sa réinsertion dans la communauté et les stratégies utilisées par les différents professionnels pour éviter sa réhospitalisation. Dans le cadre de cette étude, c'est principalement ce document qui est analysé¹⁴.

¹³ Dans le cadre de cette recherche, nous avons fait une entente avec l'équipe des archives de l'Hôpital Montfort dans laquelle on s'engage à ne pas révéler les numéros de dossiers, les noms des patients ni les noms des différents professionnels de la santé travaillant au département de psychiatrie.

¹⁴ Le formulaire « Life history questionnaire » a également été consulté. Il est rempli par le patient admis à la clinique externe du département de psychiatrie. Les documents relatifs à un transfert interétablissement ont également été consultés.

Cadre théorique

C'est en nous appuyant sur la théorie du parcours de vie que nous évaluerons l'espace relationnel créé entre Suzanne et les différents professionnels de la santé et l'impact de ces derniers tant sur sa trajectoire psychiatrique que sur ses transitions de vie. La théorie du parcours de vie a vu le jour grâce aux contributions de différentes disciplines — sociologie, psychologie, anthropologie, écologie et plusieurs autres — faisant de celle-ci une théorie interdisciplinaire qui peut être utilisée dans une multitude de champs d'études, incluant les sciences infirmières (Dumont, 2015 ; Gaudet, Burlone, Lévesque, Portal, & Canadian, 2013 ; Gherghel & Gherghel, 2013). Cette théorie cherche à « saisir comment la réalité biologique des individus, le contexte historique et la réflexivité de l'individu peuvent expliquer les parcours individuels » (de Montigny & de Montigny, 2014 : 3). Les spécialistes de cette théorie sont d'accord pour dire que ce sont les trajectoires et les transitions dans la vie d'un individu qui déterminent son parcours de vie (de Montigny & de Montigny, 2014 ; Dumont, 2015 ; Gaudet et al., 2013 ; Gherghel & Gherghel, 2013). Cette étude cherche à comprendre comment, à travers les transitions et les trajectoires de vie de Suzanne, les professionnels de l'équipe multidisciplinaire de la clinique externe ont eu un impact sur son parcours de vie de 1976 à 2002.

L'accès au dossier psychiatrique de Suzanne qui couvre 26 années s'avère une opportunité unique pour étudier les différentes trajectoires et transitions de sa vie. Selon la théorie du parcours de vie, « la vie de chaque individu est reliée à différents systèmes, par exemple institutionnels, et est donc influencée par eux » (Dumont, 2015 : 3). Si nous appliquons ce principe à notre recherche, Suzanne a passé une grande partie de sa vie à fréquenter les services du programme de santé mentale de Montfort. Son parcours de vie est donc influencé par les services qu'elle reçoit de la clinique externe et par conséquent des différents professionnels qu'elle y rencontre. La théorie du parcours de vie donne également une grande importance au

temps. Selon Dumont (2015), « le parcours des individus s'intègre et est façonné par l'époque et l'endroit à l'intérieur desquels leur vie prend place » (p. 3). Dans le cas de Suzanne, son parcours de vie est influencé par son recours à des services psychiatriques. Un point tournant important observé dans son dossier est l'ouverture du Département de psychiatrie de Montfort. Avant 1976, Suzanne était suivie à l'hôpital Royal d'Ottawa où tous les services reçus par un travailleur social et un psychiatre étaient en anglais. L'hôpital Royal d'Ottawa est un centre de santé anglophone situé dans la région d'Ottawa qui offre des services de troisième ligne en santé mentale. Étant donné que la langue maternelle de Suzanne est le français, l'ouverture du département de psychiatrie lui a permis de recevoir des soins adaptés dans sa langue maternelle.

En plus de nous permettre de mieux comprendre l'espace relationnel qu'occupent les différents professionnels de la santé dans la vie des patients psychiatriques, l'utilisation de la théorie du parcours de vie dans cette recherche permet également d'analyser l'efficacité des différentes interventions politiques en santé mentale. Selon Gaudet et al. (2013), il est en effet primordial de « baser les décisions publiques sur des données empiriques étudiées à travers le temps, la durée et l'espace » (p. 5)

Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort d'Ottawa

Pour être en mesure de comprendre le fonctionnement du Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort, nous avons eu recours aux documents de planification du programme de santé mentale de Montfort, fournis par Michel Tremblay¹⁵. Selon ces documents, les équipes multidisciplinaires des cliniques externes devaient être composées d'un psychiatre, un travailleur social, un psychologue, un ergothérapeute, un récréologue et une infirmière. Au total, quatre

¹⁵ En 2011, chef de la gouvernance et conseiller exécutif, Hôpital Montfort.

équipes ont été formées avec une charge de cas variant entre 200 et 300 patients par équipe. Il est important de noter que dans ces équipes, certains professionnels étaient désignés de façon permanente ou semi-permanente pour permettre un meilleur suivi. Cela s'applique surtout aux infirmières et aux ergothérapeutes.

Dans la section de description de tâche du document de planification de l'ouverture du département de psychiatrie, il est spécifié que le psychiatre serait le chef d'équipe et le décideur principal en ce qui a trait au plan de traitement des patients. L'infirmière serait responsable de recevoir les demandes de service, de compiler les informations pertinentes au dossier auprès du patient même ou de sa famille et par la suite de désigner le cas à une équipe multidisciplinaire. Malheureusement, pour ce qui est de la description de tâches des autres professionnels de l'équipe multidisciplinaire, aucun document n'a été trouvé.

Si nous nous basons seulement sur ces documents de planification du département de psychiatrie, datés de 1975, nous avons déjà une petite idée de la place qu'occupent les infirmières de la clinique externe. Par contre, comme le titre du document l'indique, ce sont des documents de planification et il n'y a aucune certitude que les tâches ont été effectivement distribuées de cette manière en 1976, lors de l'ouverture officielle du Département de psychiatrie. Si les tâches sont effectivement restées comme dans les documents de planification, de nombreuses questions restent toutefois en suspens. Par exemple, une fois les différents cas attribués à une équipe multidisciplinaire, quel est l'espace relationnel, selon notre exemple, entre Suzanne et les différents professionnels de l'équipe multidisciplinaire ?

La lecture et l'analyse du dossier psychiatrique de Suzanne permettent de clarifier en grande partie les différentes responsabilités non seulement des infirmières, mais également des autres membres de l'équipe. Cette étude de cas n'a pas pour but de définir de façon exhaustive « le

rôle » de l’infirmière au sein de l’équipe multidisciplinaire, mais plutôt de décrire la dynamique ou « l’espace relationnel » entre les différents professionnels et les patients fréquentant la clinique externe de Montfort.

Résultats

Parcours de vie psychiatrique de Suzanne

Suzanne est née le 3 juillet 1939 dans la région d’Ottawa, Ontario. Au moment de son admission à la clinique externe, Suzanne avait 38 ans. Elle était mariée depuis 18 ans et avait quatre enfants : deux garçons de 14 et 17 ans et deux filles de 13 et 16 ans. Pour ce qui est de son historique psychiatrique, le document de transfert du psychiatre de l’hôpital Royal ainsi que la note d’admission du psychiatre de l’Hôpital Montfort nous donnent un très bon aperçu. Le décès de son père en 1970 a déclenché, chez Suzanne, une dépression psychotique, ce qui a donné lieu à sa première hospitalisation à l’hôpital Royal d’Ottawa où elle a été diagnostiquée avec une dépression et une personnalité histrionique.

En 1974, Suzanne a été évaluée pour la première fois par un psychiatre à Montfort. À ce moment, elle reçoit un diagnostic de dépression de type schizoaffective, mais est considérée en rémission totale. Aucune médication n’est prescrite et aucun besoin de suivi psychiatrique n’est nécessaire. Son admission officielle à la clinique externe de Montfort a eu lieu le 12 février 1976 à la suite d’une rechute dans sa condition psychiatrique. À partir de cette date, Suzanne fréquente le centre de jour et la clinique externe de façon régulière jusqu’au 21 novembre 2002. Le 31 mai 2003, son dossier externe est fermé et aucune réadmission au service externe n’a été notée par la suite.

Durant tout son suivi à la clinique externe, Suzanne a participé de façon intermittente aux activités du centre de jour. Lorsque, la maladie de Suzanne était stable, elle assistait seulement

aux suivis de la clinique externe. Par contre, lorsque sa maladie se détériorait, elle participait plus régulièrement aux activités du centre de jour (CDJ). Entre 1976 et 2002¹⁶, elle a fréquenté le CDJ pendant environ neuf ans non consécutifs. Au centre de jour, les patients sont vus plusieurs fois par semaine selon leurs besoins et ils participent à des différentes activités animées par différents professionnels de la santé.

Pendant les 26 années de suivi psychiatrique, Suzanne a été vue par : vingt infirmières dont trois de façon plus régulière, deux psychiatres, six ergothérapeutes, deux travailleurs sociaux et un psychologue. À partir du formulaire titré « évolution psychiatrie », nous avons pu récupérer 583 interactions notées de la part des infirmières, 252 de la part des psychiatres, 46 de la part des ergothérapeutes, 33 de la part des travailleurs sociaux et 5 de la part du psychologue. Lorsqu'on transforme ces mêmes données en pourcentage, nous avons une vision plus claire de la participation des différents professionnels.

Tableau 1 : Suivi de Suzanne entre 1976 et 2002

Profession	Nombre de professionnels	Nombre d'interactions	Pourcentage d'interactions
Psychiatrie	2	252	27 %
Ergothérapie	6	46	5 %
Sciences infirmières	20	583	63 %
Travail social	2	33	4 %
Psychologie	1	5	1 %

Dans le tableau numéro 1, nous pouvons observer que 1 % des interactions sont celles du psychologue, 4 % celles des travailleurs sociaux et 5 % celles des ergothérapeutes. De manière plus constante, 27 % des notes sur le document « évolution psychiatrie » sont celles d'un

¹⁶ Le dossier médical de Suzanne n'a pas été consulté et cette étude ne rend pas compte de ses hospitalisations sur le Département de psychiatrie. Seulement le dossier externe a été consulté.

psychiatre et 63 % celles des infirmières. Ensemble, les psychiatres et les infirmières sont responsables de 90 % des interactions avec Suzanne lors de ses 26 ans de suivi psychiatrique à la clinique externe de Montfort.

Ces précieuses informations nous amènent à la prochaine étape de notre enquête sur l'espace relationnel qu'occupent les différents professionnels de la clinique externe. Quelles traces peut-on trouver dans les notes au dossier de chaque professionnel pour déterminer les tâches qu'ils accomplissaient, et ainsi décrire l'espace relationnel investi par chacun d'entre eux ?

Comme mentionné précédemment, le transfert des soins de santé mentale vers la communauté a occasionné des confusions au niveau des champs de pratique des différentes professions travaillant dans le milieu communautaire (Al Sayah et al., 2014 ; Henderson et al., 2008 : 163 ; Loukidou et al., 2010). La lecture et l'analyse en profondeur des notes des différents spécialistes dans la section « évolution psychiatrique » du dossier de Suzanne nous ont permis de retracer les tâches des psychiatres, des infirmières, des ergothérapeutes, des travailleurs sociaux et des psychologues de la clinique externe.

Suzanne et les infirmières

Selon les informations jusqu'ici présentées, nous pouvons déjà comprendre qu'à la clinique externe, c'est l'infirmière qui a le plus d'interaction avec le patient ou, le cas échéant, qui documente le plus ses interactions. Cela nous permet d'appuyer ce que nous avons trouvé dans la littérature, soit que le rôle de l'infirmière dans une équipe multidisciplinaire est central. (Al Sayah et al., 2014 ; Boschma, 2012 ; Walsh, Cleary, & Dowling, 2012).

Entre 1976 et 2002, nous avons pu retracer six différentes tâches effectuées par l'infirmière ainsi que la nature de la relation d'aide développée avec Suzanne. Dans les prochaines lignes,

chacune des tâches sera décrite et des exemples pertinents seront exposés lors des entrevues, les ateliers et les groupes, afin d'illustrer l'espace relationnel investi par l'infirmière.

1. Entrevues

1.1 Entrevue d'admission

La première tâche attribuée à l'infirmière est celle de faire l'admission des patients au Centre de Jour (CDJ). Lors de chacune de ces admissions, l'infirmière responsable de Suzanne fait une évaluation complète de sa situation actuelle pour être en mesure d'adapter l'horaire et le choix d'activités auxquelles Suzanne assisterait. Un très bon exemple a été saisi dans la note de l'infirmière n^o17³ en date du sept mars 1995 :

Réadmission au C. de jour le 4-04-95 : pte a reçu son congé de notre dep. interne le 30-03-95 suite à une hospitalisation d'environ un mois pour un diagnostic de dépression majeure. Elle viendra au C. de jour dans le but d'un suivi et thérapie par le milieu. [...] Son programme au C. de jour doit prendre en considération qu'elle travaille tous les jours de 11⁰⁰ am à 13¹⁵ pm. Elle viendra les mardi, mercredi et jeudi à 14 h 30 pour la création murale et entrevue individuelle, groupe d'email sur cuir et à compter du 27-04 le gr. d'estime de soi.

Dans son évaluation, l'infirmière explore tous les éléments de la situation de Suzanne afin de lui offrir le meilleur service, celui qui répond le plus à ses besoins. Une fois l'entrevue terminée, l'infirmière remplit un document dans lequel elle inscrit les dates auxquelles Suzanne sera présente et les activités auxquelles elle assistera.

Malheureusement nous n'avons pas le document pour l'exemple précédent, mais nous avons trouvé celui en date du 21 novembre 1977¹⁸.

¹⁷ Par souci d'anonymat, les signataires du formulaire « évolution psychiatrie » sont identifiés par leur titre professionnel et un numéro.

¹⁸ Une reproduction informatisée du document a été faite pour faciliter la compréhension étant donné la qualité très faible de la photo originale.

Image 1 : Programme d'activités

<u>OBSERVATION</u> : _____	<u>DATE</u> : _____	21-11-77			
<u>ERGOTHÉRAPIE</u> : _____		√			
<u>PSYCHOTHERAPIE</u> : _____					
<u>ATELIER EN BOIS</u> : _____					
<u>LUNDI</u> : 10 ³⁰ : Réunion départementale _____		√			
13 ¹⁵ : Adaptation sociale _____		√			
13 ¹⁵ : Travaux manuels _____					
14 ³⁰ : Sports _____					
<u>MARDI</u> : 10 ¹⁰ : Groupe de [Travailleur social N° 1] _____		√			
10 ³⁰ : Groupe de [Psychiatre N° 1] _____					
11 ³⁰ : Expression corporelle _____					
13 ¹⁵ : Travaux manuels _____		√			
14 ³⁰ : Piscine _____		√			
<u>MERCREDI</u> : 9 ¹⁵ : Jeux thérapeutiques _____					
13 ¹⁵ : Créativité _____					
13 ¹⁵ : Groupe anglais _____					
13 ¹⁵ : Remotivation _____					
<u>JEUDI</u> : 8 ⁴⁵ : Relaxation _____					
9 ¹⁵ : Cuisine _____					
10 ³⁰ : Groupe de [Travailleur social N° 1] _____		√			
10 ³⁰ : Travaux manuels _____					
13 ¹⁵ : Remotivation : Inf _____					

1.2 Entrevues individuelles

Tout au long de son suivi par les infirmières de la clinique externe, Suzanne a profité d'entrevues individuelles avec l'infirmière responsable de son dossier pour adresser toute sorte d'inquiétudes et/ou problématiques. Les infirmières de la clinique externe appellent ces rencontres « entrevues de support ». Les infirmières explorent les peurs de Suzanne, ses plaintes physiques, ses problèmes au travail, son avenir, ses conflits avec son mari et son fils, ainsi que plusieurs autres sujets. Au moyen de ces entrevues, les infirmières sont en mesure, sur une vingtaine d'années, d'accompagner Suzanne lors de l'adolescence de ses enfants, le mariage de l'un de ses fils, la grossesse et l'accouchement de sa fille, ses déménagements, la maladie de sa mère et plusieurs autres transitions marquantes de son parcours de vie. C'est ce dont témoignent les deux extraits suivants tirés de son dossier de la clinique externe :

Infirmière n 1 le treize décembre 1976 :

[Suzanne] vient seule pour son entrevue. Elle est très déprimée. Elle veut rester dans l'hôpital. Elle veut tuer elle-même. Elle pleure pour une heure. Elle demande pour une pilule « magic » prendre et tous les problèmes disparaîtront. Elle demande de voir son médecin chaque semaine au lieu de chaque mois. [...] Elle verra [Psychiatre n° 1] jeudi prochain¹⁹.

Infirmière n° 1 le vingt décembre 1977 :

En entrevue, Parle beaucoup des relations entre elle-même et son mari. Beaucoup colère s'exprime, elle était excitée qu'elle est essayé de changer. Elle verbalise que son premier problème est la communication entre elle et son mari. Toute l'entrevue nous parlons de communication. Les exercices et la bibliothérapie était donnée. À voir dans 2 sem.

1.3 Entrevues conjointes

¹⁹ Les citations ont été reproduites fidèlement sans rien changer au texte. Considérant que les abréviations sont nombreuses et pour ne pas alourdir le texte, aucun [sic] n'a été ajouté à la suite des mots mal orthographiés.

Pour compléter son plan de traitement, des entretiens conjoints avec Suzanne et son mari ont été recommandés par le psychiatre n°1, car les conflits conjugaux étaient nombreux et prenaient beaucoup de place dans sa vie et n'ont pas été réglés par une première thérapie conjugale à l'extérieur de la clinique externe. C'est l'infirmière qui a été attitrée comme responsable de ces rencontres conjoints. Le 6 juillet 1976 la note de l'infirmière n°4 précise : « Rencontre [avec] M & Mme [...] pour parler des difficultés au foyer et comment la maladie de Mme affecte la famille. M. dit que la situation est intolérable et qui se sent dépasser par ça. Mme dit qu'il veut s'en débarrasser [...] hospitalisation recommander ». Bien que cette problématique ait été abordée par différents professionnels, à partir du 6 novembre 1986 ce n'est que l'infirmière qui s'occupe de ces questions avec Suzanne.

Selon l'exemple précédent, les rencontres conjoints ne sont pas toujours très productives et nous voyons s'ajouter des entretiens individuelles avec le conjoint de Suzanne après quelques séances conjoints. C'est également l'infirmière qui est responsable de ces entretiens. Le 6 février 1978, l'infirmière n°1 écrit : « En entretien avec M [...] (seul). Il est très optimiste vis-à-vis la condition de sa femme. Il a commencé à améliorer la communication entre les deux ».

2. Présence aux groupes

Une autre responsabilité qu'il est possible de retracer à partir des notes de l'infirmière est la présence de celle-ci aux différents groupes et ateliers auxquels Suzanne assiste pendant son traitement au CDJ. En assistant aux différents groupes, en tant qu'observatrice, l'infirmière est capable d'évaluer les différents comportements et réactions de Suzanne face aux sujets traités lors des thérapies. Elle est donc en mesure de documenter ces informations dans le dossier de Suzanne pour les rendre disponibles aux autres professionnels. Le 17 juin 1976, l'infirmière n°2

observe que « [Suzanne] semble intéressée à la conférence sur la diététique. Au groupe de M. [travailleur social n°1], elle est très ambivalente et pleure. Nous dit qu'elle veut guérir et quelques instants plus tard nous dit qu'elle veut tout laisser le centre de jour et les médicaments ».

3. Accompagnement

Les infirmières de la clinique externe étaient également disponibles pour aider Suzanne avec les différentes démarches qu'elle devait effectuer pour avoir des services complémentaires aux services de la clinique externe. Par exemple, le 30 octobre 1976 l'infirmière n°4 aide Suzanne avec ses démarches pour trouver une thérapie maritale dans la communauté. L'infirmière offre également du soutien et de l'écoute suite à une réponse négative reçue par Suzanne de la part d'un centre communautaire.

4. Support téléphonique

Malgré le fait que Suzanne passe beaucoup de temps à la clinique externe où elle a accès à différentes personnes pour parler et recevoir du support, les infirmières étaient disponibles pour offrir du support téléphonique lorsque Suzanne n'était pas à la clinique externe. Le 3 janvier 1982 l'infirmière n°6 écrit : « [Suzanne] téléphone en pleurant, voudrait cesser son emploi, craint de devenir agressive. Support donné ». Aussi, le 30 septembre 1985, l'infirmière n°6 reçoit un appel de détresse et offre le support nécessaire :

Pte appelle en pleurs disant que ce ne va pas du tout. Se sent déprimée +++ et a peur de ne plus pouvoir s'en sortir. Dit que son médecin de famille a cessé subitement son antidépresseur pour lui en [prescrire] un autre. Rassurons la pte que le nouvel antidépresseur n'a pas encore commencé son effet et qu'elle devrait se sentir mieux dans environ 3 sem. Pte soulagée.

5. Animation d'ateliers

Au CDJ, un ensemble d'ateliers et d'activités sont disponibles pour tous les patients. Ces ateliers sont donnés la plupart du temps par les ergothérapeutes et les travailleurs sociaux, mais lors de notre lecture nous avons pu retracer dans les notes des infirmières qu'elles aussi animaient certains ateliers. Le 21 janvier 1987, l'infirmière n° 6 débute l'animation d'un atelier intitulé « nutri santé » auquel Suzanne participera jusqu'au 23 mars 1987.

6. Tâches techniques

À toutes les responsabilités de l'infirmière jusqu'ici énumérées, s'ajoutent des tâches techniques spécifiques que seules les infirmières peuvent effectuer. Parmi ces tâches, on retrouve des prises de sang, la prise des signes vitaux et la distribution de médicaments antipsychotiques. Nous avons regroupé ces tâches, même si elles sont effectuées que très rarement à la clinique externe.

Suite à ces spécificités concernant les tâches de l'infirmière, nous ne pouvons pas passer sous silence comment les autres professionnels de l'équipe multidisciplinaire ont également développé avec Suzanne des espaces relationnels. La lecture du dossier de la clinique externe permet de comprendre que comme les infirmières, les psychiatres, les travailleurs sociaux et les psychologues faisaient des entrevues individuelles et conjointes avec Suzanne où ils évaluent son état de santé mentale et faisaient les ajustements nécessaires à son plan de traitement et à travers lesquelles ils développaient des liens thérapeutiques avec Suzanne. Les psychiatres rencontrent Suzanne aux semaines lorsqu'elle est instable et aux deux à trois mois lorsqu'elle est stable. Les travailleurs sociaux de leur côté rencontrent Suzanne seulement à la demande de l'équipe multidisciplinaire. Il est possible pour nous de démontrer le pouvoir décisionnel des psychiatres par rapport aux autres professionnels lorsqu'ils font des références aux différents services, et prennent les décisions finales en ce qui trait le plan de traitement. De leur côté, les

ergothérapeutes développent leur espace relationnel avec Suzanne à travers les différentes thérapies de groupe et ateliers. Nous avons noté la création d'un lien thérapeutique entre un ergothérapeute et Suzanne. Le 12 décembre 1976, l'infirmière n°4 écrit ainsi : « [Suzanne] semble très contente de son ergo (terre) ».

Discussion

L'approche du parcours de vie nous a permis d'explorer en profondeur la trajectoire complexe d'une femme vivant avec une maladie mentale, surtout lorsque ses troubles psychiques sont chroniques. Suivre le parcours psychiatrique de Suzanne pendant les 26 ans qu'elle a été suivie dans le cadre du programme de santé mentale de Montfort, en particulier, à la clinique externe, nous a permis d'explorer également sa trajectoire professionnelle et sa trajectoire familiale. Selon Gherghel (2013), ces trajectoires font partie de « l'ensemble de trajectoires [...] généralement suivies par les individus et les groupes dans une société » (Gherghel & Gherghel, 2013:15) également appelé cheminement social.

En plus de nous permettre de mieux comprendre l'impact de la maladie mentale sur le parcours de vie de Suzanne, cette approche nous permet également de réaliser l'importance de l'infirmière dans l'équipe multidisciplinaire. Pendant vingt-six ans de suivi à la clinique externe, Suzanne a été en interaction avec des infirmières qui l'ont soutenue tout au long de sa trajectoire en tant que patiente psychiatrique. Les interactions régulières en français, entre les infirmières et Suzanne, ont créé des liens thérapeutiques très forts où la confiance était un atout. Nous pouvons donc confirmer l'existence d'un espace relationnel entre Suzanne et les infirmières. Au moyen des entrevues et du support téléphoniques, les infirmières étaient en mesure d'accompagner Suzanne et de lui offrir du support tout au long de son parcours de vie créant des sentiments de sécurité chez elle. Certains extraits des notes des infirmières nous permettent de comprendre que

dans les moments difficiles l'infirmière était celle qui intervenait le plus souvent pour aider Suzanne. La présence des infirmières aux différents groupes et ateliers augmente également le lien thérapeutique entre celles-ci et Suzanne. Être présente aux thérapies donne aux infirmières des informations privilégiées qui les aident à adapter leurs interventions, car elles ont une vision globale de Suzanne de sa maladie et de son évolution. Cet exemple confirme le rôle pivot de l'infirmière dont certaines tâches sont en lien avec les activités des autres professionnels de l'équipe multidisciplinaire. Considérant que les infirmières étaient les professionnelles de l'équipe qui ont eu le plus d'interactions avec Suzanne et qui étaient les mieux placées pour la soutenir lors de toutes ses transitions de vie, nous pouvons conclure que l'espace relationnel entre Suzanne et les infirmières est plus grand que celui développé avec tous les autres professionnels.

Lorsqu'on compare les différentes tâches des infirmières et des travailleurs sociaux retracés dans le dossier médical, nous constatons qu'il y a beaucoup de similarités. Nous pouvons aller jusqu'à dire qu'à un certain niveau, à la clinique externe, il y a un dédoublement des tâches. Si l'on prend l'exemple des conflits maritaux de Suzanne, le psychiatre, les infirmières et les travailleurs sociaux font des rencontres conjointes pour aborder ce problème. Est-ce que c'est vraiment bénéfique pour Suzanne de partager ses soucis sur ce sujet avec trois différents professionnels ? Ne serait-il pas mieux pour un seul professionnel de se concentrer sur cette problématique à cent pour cent ? De fait, après la lecture du dossier médical, nous avons trouvé qu'à partir du 6 novembre 1986, l'infirmière est la seule intervenante consultée au sujet des thérapies conjugales. Est-ce que cela a été déterminé par le fait que l'infirmière est la professionnelle de l'équipe multidisciplinaire qui a le plus d'interaction avec Suzanne et la connaît le mieux ? Est — ce que le sentiment de confiance que Suzanne a développé envers les

infirmières a fait en sorte que la thérapie soit plus efficace lorsqu'elle est donnée par l'infirmière ? Une chose est certaine, l'espace relationnel entre Suzanne et les infirmières est le plus important et celui qui offre aux infirmières la possibilité d'avoir un plus grand impact dans son parcours de vie. Toutefois, en 1995, nous voyons dans le cas de Suzanne que cette tâche est devenue la responsabilité de l'infirmière. À notre avis, cela s'explique par le fait que c'est l'infirmière qui faisait l'évaluation d'admission au CDJ et qu'elle a donc un portrait plus complet de la situation de Suzanne pour être en mesure de déterminer la durée du traitement.

L'équipe multidisciplinaire

L'espace relationnel créé entre Suzanne et les autres professionnels font de l'équipe multidisciplinaire une composante clé et indispensable pour les soins de santé mentale de cette dernière. Son dossier médical nous a permis d'explorer le travail des différents professionnels de l'équipe, même s'il est difficile de déterminer la relation entre les professionnels, nous pouvons affirmer que cette approche de soins est bénéfique pour Suzanne, car elle a facilement accès à plusieurs services professionnels en un seul endroit. L'étude du parcours psychiatrique de Suzanne nous permet d'appuyer que « delivery of care by [multidisciplinary teams] to people with chronic conditions is generally considered to be the ideal service delivery model because division of labour increases efficiency and patients benefit from the specific skills of different professionals » (Gage et al., 2015 : 556). De plus, recevoir tous les des soins de santé mentale en français a facilité la communication entre Suzanne et les différents professionnels de l'équipe, renforçant ainsi la relation d'aide et donnant place à la création de l'espace relationnel.

Conclusion

À l'aune de ce qui précède, nous sommes en mesure d'appuyer différentes affirmations sur les services communautaires francophones en santé mentale en Ontario et de tirer des conclusions sur la place des différents professionnels de la santé dans les équipes multidisciplinaires de l'Hôpital Montfort. Cette étude de cas nous permet d'affirmer que la région d'Ottawa offre une panoplie de services communautaires entièrement en français pour les personnes atteintes d'un trouble psychiatrique chronique. L'accès à ce genre de services vient pallier l'enjeu de communication des personnes atteintes des troubles de santé mentale vivant en situation minoritaire, surtout suite à la mise en place du programme de santé mentale de Montfort en 1976.

De plus, nous sommes en mesure de démontrer l'importance des différents professionnels de santé dans la vie des patients psychiatriques à la suite de la désinstitutionnalisation. Le dossier étudié révèle que l'infirmière occupe un espace relationnel plus important que les autres professionnels de l'équipe multidisciplinaire. Ce qui nous amène à réfléchir sur notre pratique infirmière et nous démontre qu'en tant qu'infirmière, nous avons une influence plus grande que celle que nous pensons avoir dans et sur la vie des patients. Les résultats de cette étude de cas pourront guider les décideurs en santé mentale concernant l'efficacité des équipes multidisciplinaires. La compréhension du fonctionnement de la relation entre les différents professionnels et les patients psychiatriques peut également donner des pistes d'action pour les gestionnaires des cliniques de santé mentale en ce qui trait la distribution des tâches de chaque professionnel.

Références

- Al Sayah, F., Szafran, O., Robertson, S., Bell, N., R., & Williams, B. (2014). Nursing perspectives on factors influencing interdisciplinary teamwork in the canadian primary care setting. *Journal of Clinical Nursing, 23*(19), 2968-2979. doi:10.1111/jocn.12547
- Audet, M., Drolet, M., Garceau, M., Dubouloz, C., Benoît, J., & Dubois, M. (2014). Les services en santé mentale pour les jeunes francophones de la région d'Ottawa. *Reflets, 20* (2), 190-200.
- Boschma, G. (2012). Community mental health nursing in alberta, canada: An oral history. *Nursing History Review, 20*, 103-135. doi:10.1891/1062-8061.20.103
- Boschma, G., Yonge, O., & Mychajlunow, L. (2005). Gender and professional identity in psychiatric nursing practice in alberta, canada, 1930-75. *Nursing Inquiry, 12*(4), 243-55. doi:10.1111/j.1440-1800.2005.00287.x
- Boudreau, F., Carrière, R., Picard, L., Hébert, D., Fraser, C., Charron, M.,... Pelletier, A. (1999). Langue minoritaire et services de santé mentale en l'an 2000 : Droits et besoins des francophones de toronto. *Reflets : Revue Ontaroise D'Intervention Sociale Et Communautaire, 5* (2), 123-154.
- Cioffi, J., Wilkes, L., Cummings, J., Warne, B., & Harrison, K. (2010). Multidisciplinary teams caring for clients with chronic conditions: Experiences of community nurses and allied health professionals.(report). *Contemporary Nurse, 36*(1), 61.
- Cloutier, D. S., Martin-Matthews, A., Byrne, K., & Wolse, F. (2015). The space between: Using 'relational ethics' and 'relational space' to explore relationship-building between care

- providers and care recipients in the home space. *Social & Cultural Geography*, 16(7), 764-782. doi:10.1080/14649365.2015.1020336
- de Montigny, P., & de Montigny, F. (2014). Théorie du parcours de vie., 09/06/2016 — https://cerif.uqo.ca/sites/cerif.uqo.ca/files/cahier6_theorie_du_parcours_de_vie_web.pdf.
- Drolet, M., Arcand, I., Benoît, J., Savard, J., Savard, S., Lagacé, J., . . . Provencher, Y. (2015). Agir pour avoir accès à des services sociaux et de santé en français. *Canadian Social Work Review*, 32(1-2), 5-26.
- Dumont, A. (2015). La théorie du parcours de vie et la recherche en violence conjugale., <https://www.criviff.qc.ca/sites/criviff.qc.ca/files/fiche-synth-se-parcours-de-vie-finale.pdf>.
- Elsom, S., Happell, B., & Manias, E. (2008). Expanded practice roles for community mental health nurses in australia: Confidence, critical factors for preparedness, and perceived barriers. *Issues in Mental Health Nursing*, 29(7), 767-780.
- Elsom, S., Happell, B., & Manias, E. (2009). Informal role expansion in australian mental health nursing. *Perspectives in Psychiatric Care*, 45(1), 45-53. doi:10.1111/j.1744-6163.2009.00199.x
- Gage, H., Family, H., Murphy, F., Williams, P., Sutton, J., & Taylor, D. (2015). Comparison of sole nurse and team-delivered community clozapine services for people with treatment-resistant schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing*, 71(3), 547-558 12p. doi:10.1111/jan.12527
- Gaudet, S., 1973 —, Burlone, N., Lévesque, M., 1955 —, Portal, S., & Canadian, E. L. (2013). *Repenser la famille et ses transitions repenser les politiques publiques*. Québec, Qué.] : Québec, Qué. : Presses de l'Université Laval, c2013.

- Gherghel, A., author, & Gherghel, A., auteur. (2013). In Scholars Portal (Ed.), *La théorie du parcours de vie (life course) : Une approche interdisciplinaire dans l'étude des familles* Québec Quebec : Presses de l'Université Laval, 2013.
- Graham, R. (1988). *Building community support for people: A plan for mental health services in ontario*. Bishop Mills: The Provincial Community Mental Health Committee.
- Guy, S. (1997). Assertive community treatment of the long-term mentally ill. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 3(6), 185-190.
- Happell, B., Hoey, W., & Gaskin, C., J. (2012). Community mental health nurses, caseloads, and practices: A literature review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(2), 131-137. doi:10.1111/j.1447-0349.2011.00777.x
- Harrison, S., & Thifault, M. (2014). Le langage du *Care* et les politiques de santé mentale de l'ontario, 1976-2006. *Désinstitutionnalisation psychiatrique en acadie, en ontario francophone et au québec, 1930-2013* (pp. 87-108). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Hartford, K., Schrecker, T., Wiktorowicz, M., Hoch, J., & Sharp, C. (2003). Report : Four decades of mental health policy in ontario, canada. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 31(1), 65-73. doi:10.1023/A :1026000423918
- Henderson, J., Willis, E., Walter, B., & Toffoli, L. (2008). Community mental health nursing: Keeping pace with care delivery? *International Journal of Mental Health Nursing*, 17(3), 162-170.

- Hills, M., Mullett, J., & Carroll, S. (2007). Community-based participatory action research: Transforming multidisciplinary practice in primary health care. *Revista Panamericana De Salud Publica*, 21(2), 125-135 11p.
- Huang, X., Ma, W., Shih, H., & Li, H. (2008). Roles and functions of community mental health nurses caring for people with schizophrenia in taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 17(22), 3030-3040. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02426.x
- Kalay, A., Chomienne, M., & Farmanova, E. (2013). Les priorités de recherche sur la santé des francophones en ontario. *Canadian Journal of Public Health*, 104(6), S83-S87.
- Loukidou, E., Ioannidi, V., & Kalokerinou-anagnostopoulou, A. (2010). Institutionalized nursing staff : Planning and developing a specialized educational framework that enhances psychiatric nurses' roles and promotes de-institutionalization. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 17(9), 829-837. doi:10.1111/j.1365-2850.2010.01597.x
- Lurie, S., & Goldbloom, D. (2015). More for the mind and its legacy. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 34(4), 7.
- Maddock, A. (2015). Consensus or contention : An exploration of multidisciplinary team functioning in an irish mental health context. *European Journal of Social Work*, 18(2), 246-261 16p. doi:10.1080/13691457.2014.885884
- Meder-Klein, M. (2005). L'espace relationnel et les territoires de l'intime. *Journée D'étude « Les Frontières De L'intime*, 7
- Mulvale, G., Abelson, J., & Goerong, P. (2007). Mental health service delivery in ontario, canada: How do policy legacies shape prospects for reform? *Health Economics, Policy and Law; HEPL*, 2 (4), 363-389. doi :10.1017/S1744133107004318

- Mulvale, G. (2007). In Goering P., Abelson J. and McMaster University. Centre for Health Economics and Policy Analysis (Eds.), *Mental health service delivery in ontario, canada how do policy legacies shape prospects for reform?*. Hamilton, Ont. : Hamilton, Ont. : Centre for Health Economics and Policy Analysis, 2007.
- Pelletier-Audet, A., & Cellard, A. (2014). Le second conflit mondial et la genèse de la désinstitutionnalisation au Canada, 1939-1961. *Désinstitutionnalisation psychiatrique en acadie, en ontario francophone et au québec, 1930-2013* (pp. 13-41). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Simmons, H. G. (. G., 1935 — . (1990). *Unbalanced : Mental health policy in ontario, 1930-1989*. Toronto : Toronto : Wall & Thompson, c1990.
- Société Santé, e. f., & Consortium national de formation, en sante. (2008). *Société, langue et santé les barrières à l'accès aux services de santé pour les communautés francophones minoritaires : 2e forum national de recherche sur la santé des communautés francophones en situation minoritaire : Rapport final : 22, 23, 24 novembre 2007 hotel crowne plaza, ottawa*. Ottawa, Ont. : Ottawa, Ont. : Secrétariat national, Consortium national de formation en santé, 2008.
- Thifault, M., & Dorvil H. (Dir). (2014). *Désinstitutionnalisation psychiatrique en acadie, en ontario francophone et au québec, 1930-2013*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Tyhurst, J. S., Chalk, F. C. R., Lawson, F. S., McNeel, B. H., Roberts, C. A., Taylor, G. C., . . . Griffin, J. (1963). In Canadian Mental Health Association (Ed.), *More for the mind*. Toronto : Canadian Mental Health Association.

Walsh, F., Cleary, A., & Dowling, M. (2012). Maximising psychiatric nurses' contribution to interdisciplinary working. *British Journal of Community Nursing*, 17(6), 270-275.

Wilkes, L., Cioffi, J., Cummings, J., Warne, B., & Harrison, K. (2014). Clients with chronic conditions: Community nurse role in a multidisciplinary team. *Journal of Clinical Nursing*, 23(5), 844-855 12p. doi:10.1111/jocn.12245

Wilson, K., & Dunn, R. (1996). Psychiatric care: Change means opportunity. *Australian Nursing Journal*, 3 (9), 36-38.

Discussion générale

Ce projet de recherche basé sur les archives médicales de la clinique externe de psychiatrie de l'Hôpital Montfort contribue à déconstruire le mythe qui sous-entend que l'infirmière est peu présente dans les équipes multidisciplinaires et que son rôle dans ces dernières est peu significatif. L'étude de cas réalisé à partir du dossier de la clinique externe de Suzanne, patiente suivie à la clinique externe entre 1976 et 2002, rend compte de l'espace relationnel occupé par les infirmières psychiatriques et les autres professionnels de l'équipe multidisciplinaire, et nous permet de mettre en évidence l'importance des infirmières psychiatriques pour le bon fonctionnement de ces équipes, ainsi que pour le traitement des patients atteints des maladies psychiatriques chroniques.

Contribution à la pratique infirmière

Le dossier de la clinique externe de Suzanne, documenté sur une durée de 26 ans, démontre que l'infirmière occupe un espace relationnel plus important que les autres professionnels de l'équipe multidisciplinaire. Entre 1976 et 2002, Suzanne a eu 583 interactions avec les infirmières, ce qui équivaut à 63 % des interactions avec l'équipe multidisciplinaire. Il est clair que les opportunités de créer des liens thérapeutiques avec Suzanne ont été plus nombreuses pour les infirmières et, par conséquent, l'espace relationnel qu'elles ont développé était plus significatif. Cela dit, les infirmières de la clinique externe étaient, sans l'ombre d'un doute, des intervenantes pivots et la première ressource pour Suzanne. Leur présence continue auprès des patients à la clinique externe et au Centre de Jour (CDJ) amplifie les liens de confiance créés. Leur participation aux activités journalières leur permet de récolter des informations privilégiées auxquels les autres professionnels de la santé n'ont pas accès. Les infirmières psychiatriques se distinguent des autres professionnels de la clinique externe de

l'Hôpital Montfort par leur façon unique d'offrir leurs services. Pendant que tous les autres professionnels sont disponibles pour rencontrer les patients que sur rendez-vous, les infirmières sont les seules qui sont présentes en tout temps et les patients ne nécessitent pas de rendez-vous pour avoir accès à leurs conseils et leur aide. L'infirmière psychiatrique de la clinique externe n'est pas seulement une gestionnaire de cas, comme décrit dans les documents de planification du Département de psychiatrie, elle devient donc **la personne ressource**, celle qui est toujours présente, prête à aider avec les difficultés et à trouver des solutions pour ainsi créer des liens humains avec leurs patients. À cette infirmière psychiatrique, nous pouvons donc attribuer toutes les valeurs de l'approche humaniste du Caring : le respect, l'engagement, la compassion, la préservation de la dignité humaine, la liberté de choix, la compétence et la réciprocité (« Caring | La philosophie », s. d.). Selon la philosophie du Caring, « les intervenants informent, guident, conseillent, soutiennent et encouragent la personne soignée et ses proches tout au long de leur trajectoire de soins » (« Caring | La philosophie », s. d.) ce qui, avec toute évidence, font les infirmières psychiatriques avec Suzanne tout au long de ses 26 ans de suivi à la clinique externe. Toute cette réflexion nous amène à réfléchir sur notre pratique infirmière, et nous démontre qu'en tant qu'infirmière, nous avons une influence plus grande que celle que nous pensons dans et sur la vie des patients et une place privilégiée au sein des équipes multidisciplinaires, laquelle nous devons défendre et continuer à développer. Bref, cette thèse est très importante pour la pratique infirmière puisque la littérature scientifique s'est rarement intéressée à la contribution professionnelle des infirmières au sein des équipes multidisciplinaires en milieu psychiatrique. De plus, l'approche du parcours de vie est innovatrice pour documenter l'espace relationnel de l'infirmière avec son patient.

À travers le parcours de vie de Suzanne, nous avons pu également explorer également l'espace relationnel créé avec les différents professionnels de l'équipe multidisciplinaire.

Suzanne et les psychiatres

La lecture du dossier de Suzanne nous a également permis de retracer trois différentes tâches spécifiques aux psychiatres : entrevues, prise de décision et prescription des médicaments.

1. Entrevues

1.1 Entrevues individuelles

Comme l'infirmière, le psychiatre fait des entrevues individuelles avec Suzanne où il évalue son état de santé mentale et fait les ajustements nécessaires à son traitement. La fréquence des entrevues individuelles varie selon la stabilité de l'état psychologique de Suzanne et selon les services qu'elle reçoit. Ainsi, lorsque Suzanne est instable les rencontres se déroulent aux semaines ou aux deux semaines dépendamment de la situation. Par contre, lorsque la maladie de Suzanne est stable et qu'elle visite la clinique externe seulement, les rencontres avec le psychiatre sont aux deux à trois mois environ. Dans le même ordre d'idées, quand Suzanne participe aux activités du CDJ, le psychiatre rencontre Suzanne aux trois à quatre semaines d'intervalle ou selon les besoins.

1.2 Entrevues conjointes

En lisant le dossier de Suzanne nous avons pu également constater que les psychiatres font des aussi entrevues conjointes. Le six juillet 1976, on retrouve, dans la note d'une infirmière l'affirmation suivante : « [psychiatre n° 1] rencontre les deux, hospitalisation recommandée ». Aussi, le huit septembre 1976, le psychiatre n° 1 mentionne dans sa note « Bonne entrevue conjointe, référés à thérapie conjugale ».

2. Prendre de décisions

2.1 Plan de traitement

Lors de chaque rencontre avec Suzanne, le psychiatre évalue son état de santé mentale et prescrit les traitements à suivre et leur durée et les ajustements à faire au plan de traitement si nécessaire. Dans la note du psychiatre n° 1 en date du 8 septembre 1976, il prescrit un suivi au centre de jour en raison de deux jours par semaine. Le 24 avril 1978 nous trouvons une note du psychiatre n° 1 qui démontre le pouvoir décisionnel du psychiatre en ce qui trait le traitement offert à Suzanne.

A la suite d'une hospitalisation comme malade à l'interne, nous donnions suite de façon intensive pour consolider l'amélioration à un programme au Centre de Jour. [...] Thérapie individuelle et de groupe intensive, pharmacothérapie avec Stélazine et Paranate, éventuellement une psychothérapie individuelle avec Mme [infirmière n° 1], infirmière comme thérapeute primaire.

Les psychiatres décident également si une hospitalisation au département interne est nécessaire. Par exemple, le 16 novembre 1977, le psychiatre n° 1 écrit : « rechute dépressive due à cessation du Paranate, dépression sévère, suicidaire. Readmission STAT ».

2.2 Références aux différents services

Ensuite, lorsque le psychiatre le juge nécessaire, il réfère Suzanne aux différents services disponibles à la clinique externe du département de psychiatrie. Le 12 avril 1976, suite à l'état « inchangé » de Suzanne, le psychiatre n° 1 réfère celle-ci au centre de jour pour essayer de la stabiliser et éviter une hospitalisation au département interne. Également, le 29 mai 1986, le psychiatre n° 2 documente au dossier : « Elle est instable [...] j'ai l'intention d'en parler à [travailleuse sociale n° 2] » et une semaine plus tard nous trouvons la note de la première rencontre de la travailleuse sociale n° 2 avec Suzanne.

3. Prescription de médicaments

Suite à chaque rencontre de Suzanne avec le psychiatre, on retrouve dans la note de ce dernier la liste de médicaments qui ont été prescrits ainsi que la durée de la prescription. Le psychiatre mentionne aussi dans sa note s'il y a eu des modifications à la prescription ou si celle-ci est restée inchangée. Au cours de la lecture du dossier de Suzanne, nous avons pu retracer des échanges entre les psychiatres et le médecin de famille de Suzanne. Lorsque le psychiatre de la clinique externe faisait des modifications à la médication de Suzanne, il envoyait une note, sous forme de prescription, au médecin de famille pour l'informer de la nature des modifications.

Suzanne et les ergothérapeutes

Pour ce qui a trait aux différentes tâches des ergothérapeutes, leur principal rôle au CDJ de la clinique externe du département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort, consiste à animer les différents ateliers et activités et à créer des liens avec les patients au cours de ceux-ci. Dans le cas de Suzanne, pendant ses vingt-six ans de suivi, elle a participé à dix ateliers différents animés par les ergothérapeutes : bois, terre, macramé, affirmation de soi, psychomotricité, travail manuel, poster, estime de soi, piscine et sports. Suite à chaque atelier, l'ergothérapeute qui l'a animé ajoute ses observations sur le travail effectué par Suzanne au dossier. Nous avons noté la création d'un lien thérapeutique entre un ergothérapeute et Suzanne. Le 12 décembre 1976, l'infirmière n° 4 écrit ainsi : « [Suzanne] semble très contente de son ergo (terre) ».

Suzanne et les travailleurs sociaux

1. Entrevues

Dans le même ordre d'idées, la lecture des notes des travailleurs sociaux nous a permis de déterminer leur principale tâche dans la clinique externe du département de psychiatrie, les entrevues. Dans le cas de Suzanne, tout au long de son suivi elle a rencontré des travailleurs

sociaux pour des entretiens soit individuelles, soit conjointes. Lors des entretiens individuelles, les travailleurs sociaux abordent des sujets très variés selon les besoins de Suzanne. Les problèmes au travail ainsi que la situation financière de Suzanne sont les principaux sujets traités lors des entretiens individuelles. Comme nous l'avons mentionné précédemment, les problèmes maritaux de Suzanne occupent une grande place dans sa vie et les travailleurs sociaux font également des entretiens conjointes avec son conjoint pour répondre à cette problématique dans la vie de Suzanne.

2. Thérapies de groupe

Mis à part les entretiens, les travailleurs sociaux font également des thérapies de groupe auxquelles Suzanne participe. Les travailleurs sociaux ne font pas de notes au dossier suite à ces thérapies de groupe, mais les notes de l'infirmière nous permettent de savoir lorsque Suzanne y participe, car l'infirmière est présente et décrit le contenu de la thérapie de groupe et la réaction de Suzanne à celle-ci. L'infirmière n° 5 note le 3 août 1976 : « Au groupe de [travailleur social n° 1] elle a surtout verbalisé au sujet de ses problèmes sexuels, elle semble attribuer tous ses autres problèmes à ses difficultés sexuelles ».

Suzanne et les psychologues

Pour finir, le dossier de Suzanne nous permet de décrire l'implication des psychologues dans son plan de traitement. Suzanne a été évaluée pour la première fois par le psychologue n° 1 le 29 juin 1976. Dans la note au dossier, nous retrouvons les résultats de l'examen psychologique « MMPI », mais aucune note de suivi n'a été retrouvée dans le dossier. Le 12 avril 1979, Suzanne a été référée au service de psychologie par le psychiatre n° 1 pour évaluer la possibilité de la référer à un programme de relaxation et de désensibilisation. Un total de quatre séances a

été retracé. Dans la note de la quatrième séance, le psychologue explique que Suzanne n'est pas satisfaite des séances ne croit pas dans l'approche adoptée et elle décide de mettre fin aux séances.

Après l'infirmière, ce sont les ergothérapeutes qui possèdent l'espace relationnel le plus important avec Suzanne. À partir des notes au dossier, il est possible de déterminer l'existence d'un espace relationnel entre les ergothérapeutes et Suzanne. Selon les informations exposées précédemment, Suzanne verbalise aux infirmières son niveau de satisfaction par rapport à l'un de ses ergothérapeutes. Pour ce qui a trait aux psychiatres, malgré le fait qu'ils ont plus d'interactions documentées avec Suzanne, soit 252, leur relation d'aide est peu documentée et il est très difficile de qualifier le lien de confiance que Suzanne entretient avec eux. Étant donné que nous étudions des communications de type formel, il est très difficile d'en tirer des résultats concluants (Cioffi, Wilkes, Cummings, Warne, & Harrison, 2010). Cependant, les notes des psychiatres nous permettent de confirmer ce que les documents de planification de l'ouverture du département de psychiatrie stipulaient : l'importance de leur pouvoir décisionnel. Dans un des exemples de la section « résultats », nous avons vu que le psychiatre précisait dans une note qu'il parlerait à la travailleuse sociale dans l'exemple ou l'étude de cas basé sur le dossier de Suzanne, or, une semaine plus tard, nous trouvons déjà les notes de cette travailleuse sociale sur la situation dont lui a parlé le psychiatre. Diverses études sur les équipes multidisciplinaires ont, elles aussi démontré que le médecin est celui qui prend, la plupart du temps, les décisions finales (Hills et al., 2007 ; Maddock, 2015).

Cette thèse avait pour but de déconstruire le mythe qui sous-entend que l'infirmière est peu présente dans les équipes multidisciplinaires et que son rôle dans ces dernières est peu significatif. Pour y arriver, nous avons répondu aux questions suivantes :

- 1) *Quel est l'espace relationnel que développe l'infirmière avec la patiente témoin* : L'espace relationnel développé par les infirmières à la clinique externe de psychiatrie de l'hôpital Montfort est plus important que celui des autres professionnels de l'équipe multidisciplinaire.
- 2) *Quelles sont les interactions que développent les principaux membres de l'équipe multidisciplinaire, et leurs fréquences, avec la patiente témoin* : Les interactions des différents membres de l'équipe avec la patiente varient selon la profession en question et les besoins de la patiente comme explique dans la section précédant.
- 3) *Quel impact ont les membres de l'équipe multidisciplinaire sur le parcours psychiatrique de la patiente témoin* : cette étude de cas nous a permis de voir l'importance des différents membres de l'équipe multidisciplinaire dans le parcours de vie psychiatrique de Suzanne et tout le soutien apporté par ces derniers pour permettre à la patiente de vivre dans la communauté.

Certes, nous avons été en mesure de constater à maintes reprises le rôle pivot de l'infirmière au sein de l'équipe et la constance de son implication auprès de Suzanne. Wilkes et al. (2014) affirment que les infirmières travaillant dans des équipes multidisciplinaires dans la communauté ont l'opportunité d'élargir leur rôle auprès des patients souffrant des maladies chroniques. Par contre, Henderson et al. (2008) soutiennent que la surcharge de travail des infirmières a permis l'introduction des professions paramédicales et celle-ci ont pris en charge des tâches qu'auparavant étaient assignées à l'infirmière (Henderson et al., 2008). Quant à nous, dans le contexte de soins de santé mentale francophones à l'Hôpital Montfort, nous confirmons que même s'il y a un travailleur social dans l'équipe multidisciplinaire, l'infirmière fait encore beaucoup d'interventions de type social. Si nous comparons les différentes tâches des infirmières à celles des travailleurs sociaux retracées dans le dossier médical, nous constatons qu'elles sont

très semblables. Nous pouvons aller jusqu'à dire qu'à un certain niveau, à la clinique externe du programme de santé mentale de l'Hôpital Montfort, il y a un dédoublement des tâches. Si nous prenons l'exemple des problèmes maritiaux de Suzanne, le psychiatre, les infirmières et les travailleurs sociaux font des rencontres conjointes pour aborder ce problème. Est-ce que c'est vraiment bénéfique pour Suzanne de parler de ce sujet avec trois professionnels différents ? Ne serait-il pas mieux qu'un seul professionnel se concentre sur cette problématique à cent pour cent ? De fait, après la lecture du dossier médical de Suzanne, nous avons relevé en date du 6 novembre 1986 que seule l'infirmière fait maintenant les thérapies conjugales. Est-ce que cela a été déterminé par le fait que l'infirmière est la professionnelle de l'équipe multidisciplinaire qui a le plus de contact avec Suzanne et elle est celle qui la connaît le mieux ? Nous ne pouvons ici le confirmer, toutefois comme Wilkes et al. (2014) nous croyons que les « nurses are well placed to [...] reduce fragmentation of care by assessing, overseeing reviewing and coordinating the client's multidisciplinary health care requirements » (p.845). À une certaine limite, on pourrait penser qu'il y a un dédoublement des tâches, comme dans le cas de la thérapie conjugale, car l'infirmière fait comme les autres professionnels. Par contre, ceci peut être également considéré comme un mythe. Étant donné la présence continue des infirmières auprès de Suzanne, cette dernière a tendance à se dévoiler davantage avec elles ce qui leur donne de meilleures opportunités d'intervention. Cela, jumelé à l'espace relationnel plus important, offre aux infirmières la possibilité d'avoir un plus grand impact dans le parcours de vie de Suzanne. De surcroît, lors de l'ouverture du Département de psychiatrie en 1976, le psychiatre de Suzanne était responsable de prescrire la durée du séjour au CDJ. Toutefois, en 1995, nous voyons dans le cas de Suzanne que cette tâche est devenue la responsabilité de l'infirmière. À notre avis, ceci résulte du fait que c'est l'infirmière qui faisait l'évaluation d'admission au CDJ et qu'elle a donc

un portrait plus complet de la situation de Suzanne pour être en mesure de déterminer la durée du traitement.

Contribution au champ de la santé mentale

L'approche du parcours de vie nous a permis d'explorer en profondeur les bifurcations qu'entraîne la maladie mentale, et nous permet de comprendre l'ampleur et les implications d'avoir des troubles de santé mentale, non seulement pour les patients et leur famille, mais aussi pour le système de santé. Suivre Suzanne pendant les 26 ans qu'elle a reçus de services de la clinique externe nous a permis de retracer une grande partie de son parcours psychiatrique et nous a permis de saisir la trajectoire très complexe d'une personne atteinte d'une maladie mentale et met en évidence l'influence des différents professionnels durant les périodes les plus vulnérables des patients psychiatriques chroniques. Notre étude témoigne que la maladie chronique a une influence dans toutes les sphères de la vie d'une personne et de sa famille. En suivant la trajectoire de Suzanne, en tant que patiente psychiatrique à la clinique externe, nous avons été en mesure d'explorer ses différentes trajectoires professionnelles et familiales et à travers celles-ci nous avons pu mettre en lumière l'importance des infirmières dans le parcours de vie de Suzanne lors de son suivi au sein de l'équipe multidisciplinaire. Nous avons, donc, suffisamment de preuves pour déconstruire le mythe, répété à travers les années dans le milieu infirmier, en ce qui a trait à la fausse représentation collective concernant la dévalorisation de la contribution de l'infirmière au sein de l'équipe multidisciplinaire.

Contribution à la discipline infirmière et à la recherche

Enfin, l'utilisation de l'approche historique pour étudier la place de l'infirmière psychiatrique au sein d'une équipe multidisciplinaire introduit, au monde de la recherche en

sciences infirmières, une façon innovatrice d'utiliser les dossiers médicaux pour analyser notre pratique infirmière et faire avancer notre discipline.

Jusqu'à la fin du 20^e siècle, l'histoire faisait encore partie du curriculum infirmier, mais a peu à peu été remplacée par différentes matières jugées plus importantes (Toman & Thifault, 2012). Le *savoir historique* est souvent sous-représenté dans le domaine des sciences infirmières. Selon Chinn & Kramer (2008) « the fundamental reason for developing knowledge in nursing is the purpose of creating expert and effective nursing practice » (p.22). Le *savoir historique* est défini ici, comme étant la connaissance de l'évolution des sciences infirmières, de son long processus de professionnalisation, ainsi que des événements marquants de son histoire. Ces connaissances, conjuguées à la compréhension des différentes difficultés affrontées par les infirmières au fil du temps, permettent une réflexion critique sur la situation infirmière actuelle et contribueraient à établir de nouvelles lignes directrices bénéfiques au futur de la discipline. Le *savoir historique* nous permet donc d'avoir un regard critique par rapport au passé, au présent et au futur. Thifault et Toman (2012) abordent le concept de *réflexion historique*, qui s'apparente au *savoir historique* décrit dans ci-dessous. « [L] » objectif principal [de la réflexion historique] est de favoriser le développement de connaissances historiques à partir de l'étude active des sources de première main » (p.28), ce qui permet aux étudiants en sciences infirmières de développer un esprit critique. (Thifault & Toman, 2012). Le *savoir historique* s'avère important pour l'avancement des *connaissances* au sein de la discipline infirmière, car l'esprit critique qui fait partie de ce savoir permet des réflexions, des mises en question et des discussions qui favorisent le développement des nouvelles connaissances.

De plus, le privilège d'avoir eu accès au dossier d'une patiente qui a été suivie 26 ans à la clinique externe psychiatrique de l'Hôpital Montfort est d'une richesse incomparable. Les

dossiers actifs et inactifs des patients psychiatriques de l'Hôpital Montfort sont la mémoire écrite de l'histoire de soins de chaque patient ayant fréquenté le programme de santé mentale et témoignent de l'organisation des soins des professionnels de la santé. L'infirmière étant l'une des professionnelles de la santé qui documente les plus ses interventions, étudier les dossiers médicaux sur des longues périodes de temps nous fournis des précieuses informations au sujet de la pratique infirmière.

Forces et limites

Cette thèse, étant une étude qualitative, nous apporte une vision plus proche des représentations sociales. Elle nous permet de comprendre le fonctionnement des interactions entre les professionnels de la santé et les patients psychiatriques et les besoins de ces derniers. Ainsi, les résultats de cette étude nous offrent une capacité de prospective pour le développement de nouvelles politiques en santé mentale. De plus, cette recherche a une forte validité interne, car, dans une étude de cas, les phénomènes étudiés deviennent des représentations authentiques de la réalité à l'étude (Gagnon, 2012). Malgré ceci, cette étude n'est pas sans défaut. Cette recherche a une très faible validité externe. Étant donné la taille de l'échantillon (1 dossier), il est très difficile de généraliser les résultats. La petite quantité de types de documents (2 formulaires) disponibles pour l'étude est également considérée comme une limite de cette étude.

Conclusion

Pour conclure, cette thèse de maîtrise en sciences infirmières sur l'espace professionnel qu'occupent les infirmières psychiatriques, pendant et après la désinstitutionnalisation des soins de santé mentale a permis de façon convaincante de déconstruire le mythe autour de l'infirmière qui suggère qu'elle est absente des équipes multidisciplinaires. Pour ce faire, une étude de cas a

été réalisée à partir du dossier psychiatrique d'une patiente, laquelle nous avons surnommée Suzanne, suivie à la clinique externe de psychiatrie de l'Hôpital Montfort de 1976 à 2002. La théorie du parcours de vie a été choisie comme cadre théorique pour guider cette recherche. Étudier la trajectoire de vie de Suzanne, en tant que patiente psychiatrique, nous a permis de retracer 583 interactions de la part des infirmières, 252 de la part des psychiatres, 46 de la part des ergothérapeutes, 33 de la part des travailleurs sociaux et 5 de la part du psychologue. À travers ces différentes interactions notées au dossier par les infirmières, nous avons trouvé six différentes tâches attribuées à ces dernières. Les infirmières psychiatriques travaillant à la clinique externe faisaient des entrevues (individuelles, conjointes, et avec le conjoint), étaient présentes aux différents groupes, accompagnaient Suzanne dans ses différentes démarches, lui offraient du support téléphonique, animaient des ateliers et effectuaient des tâches techniques. L'analyse et l'interprétation de ces données nous ont permis de déterminer que les différents professionnels de la santé développent un espace relationnel avec Suzanne tout au long de son suivi à la clinique externe et jouent un rôle important dans la vie de celle-ci. De plus, les interactions notées au dossier nous permettent d'établir que l'espace relationnel des infirmières était plus important que celui des autres professionnels de l'équipe multidisciplinaire. Les résultats de cette étude de cas démontrent clairement le rôle de leader de l'infirmière au sein des équipes multidisciplinaires. Cette étude nous convainc qu'il est faux de croire que les infirmières, dans le contexte des soins psychiatriques en clinique externe, occupent une place moins importante que les autres professionnels de la santé.

La trajectoire psychiatrique de Suzanne démontre que l'Hôpital Montfort offre plus de services communautaires entièrement en français pour les personnes atteintes d'un trouble psychiatrique chronique dans la région d'Ottawa que nous l'avions cru. La compréhension du

fonctionnement de la relation entre les différents professionnels et les patients psychiatriques atteints de troubles chroniques peut donner des pistes d'action pour les gestionnaires des cliniques en santé mentale, en ce qui a trait à la distribution des tâches de chaque professionnel afin d'harmoniser le parcours des patients à travers les services, éviter le dédoublement des tâches et créer une meilleure satisfaction de travail aux professionnels de la santé travaillant dans ces milieux. De futures recherches plus poussées sur l'efficacité des équipes multidisciplinaires pourront guider les décideurs en santé mentale sur les nouvelles politiques à implanter.

Annexe 1

713, chemin Montréal Road, Ottawa, ON K1K 0T2
Tél./Tel : 613-746-4621 Téléc./Fax : 613-748-4014
hopitalmontfort.com



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



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

Le 19 octobre 2015

Chercheuse principale :

Silvia Maria Valentina Moya
Université d'Ottawa

Superviseur

Marie-Claude Thifault
Université d'Ottawa

Titre du projet : « La place de l'infirmière au sein d'une équipe multidisciplinaire, Cliniques externes de l'Hôpital Montfort 1976-2006 »

Numéro du dossier : SMM-15-10-15

Documents soumis :

En date du 15 octobre 2015, les documents suivants ont été soumis au CÉR pour une demande d'approbation éthique :

- Formulaire de soumission COREB
- Formulaire de demande d'accès aux dossiers cliniques ou analyse secondaire de données cliniques
- Proposé de recherche
- Lettre expliquant le lien entre ce projet de recherche et le dossier MCT-18-11-09
- Avis d'approbation éthique demande de modifications pour le dossier : MCT-18-11-09
- Lettre d'approbation conditionnelle du CÉR de l'Université d'Ottawa
- Certificat EPTC2 de Silvia Maria Moya

Le Comité d'éthique de la recherche (CÉR) de l'Hôpital Montfort a évalué vos documents et a accordé une approbation conditionnelle à votre demande d'approbation éthique en conformité avec l'Énoncé de politique des trois Conseils — Éthique de la recherche avec des êtres humains, 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.

Veuillez noter que la présente ne vous permet pas de démarrer votre recherche. Vous devez tout d'abord obtenir une attestation d'approbation éthique sans condition.

À la suite d'une première analyse de la demande, le CÉR a identifié un besoin d'information additionnelle et aimerait que soient modifiés les documents suivants conformément aux recommandations indiquées et que soient fournies ou clarifiées les explications demandées concernant les divers aspects de votre projet de recherche indiqués ci-dessous :

Base de données originale

Nous avons besoin d'informations spécifiques sur la création et le contenu de la base de données pour le projet « Déshospitalisation psychiatrique et accès aux services de santé mentale. Regards croisés Ontario-Québec, 1950-2012 » (MCT-18-11-09) :

1. Qui est propriétaire de cette base de données dénominalisées ?
2. Veuillez nous confirmer si elle est composée de données originales seulement ou si elle contient des données secondaires (résultats de vos analyses).

Les réponses à ces questions permettront au CÉR et à l'Hôpital Montfort de bien vous accompagner dans le déroulement de votre projet et de protéger les données des participants. Entre autres, s'assurer que nous utilisons l'expression « analyse secondaire » pour désigner la même chose (EPTC2 chapitre 5). En effet, la gestion d'accès à des données primaires versus des données pour analyse secondaire n'est pas identique. Cette réflexion nous permettra d'ajuster nos politiques et de développer une démarche pour poursuivre l'analyse des données de recherche recueillies.

Formulaire COREB

1. Sections 4 et 6 a) *Chercheur principal et collaborateurs*
 - a. Veuillez SVP signer et nous faire parvenir la copie papier pour compléter le dossier.
2. Section 12 *Description des méthodes et procédures*
 - a. Veuillez nous décrire votre méthode d'analyse proposée pour étudier les quatre (4) dossiers identifiés
 - b. Veuillez nous soumettre la grille qui sera utilisée pour extraire les données ou thèmes des dossiers.
 - c. Veuillez également nous confirmer si cette grille sera utilisée pour extraire les données de la base de données Filo Maker.
3. Section 19 *Confidentialité*
 - a. Veuillez préciser où seront enregistrées et conservées les données que vous allez utiliser pour ce projet?
 - b. Veuillez confirmer si des données seront sauvegardées sur une barrette cryptée ou un autre support afin qu'elles deviennent transportables?
 - c. Veuillez spécifier pour combien de temps ces données seront conservées et comment elles seront détruites?

Formulaire de demande d'accès aux dossiers cliniques ou analyse secondaire de données cliniques

1. Page 5, section *Signature du chercheur principal*
 - a. Veuillez SVP signer et nous faire parvenir la copie papier pour compléter le dossier.

Documents manquants

1. Le CÉR, en vertu de l'article 1.10 du règlement universitaire « Directives et procédures internes », a besoin d'une confirmation que la méthodologie du projet de thèse étudiante « *La place de l'infirmière au sein d'une équipe multidisciplinaire, Cliniques externes de l'hôpital Montfort 1976-2006* » a été approuvée. Cette confirmation peut prendre deux formes, soit la lettre d'approbation du Comité de thèse ou une lettre signée du superviseur du projet qui confirme que la méthodologie proposée a été approuvée, celle-ci remplaçant le processus d'évaluation par les pairs.
2. Veuillez soumettre au CÉR l'entente de confidentialité signée par la chercheuse principale pour le projet de recherche.

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 au ethique@montfort.on.ca.

Johanne Pomerleau, BSc., LL.M.
Gestionnaire du bureau de l'éthique de la recherche — Hôpital Montfort



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
Silvia	Moya	Sciences de la santé / Sciences infirmières	Étudiant-chercheur

Numéro du dossier: H06-15-27

Type du projet: Thèse de maîtrise

Titre: La place de l'infirmière au sein d'une équipe multidisciplinaire, cliniques externes de l'hôpital Montfort 1976-2006

Date d'approbation (mm/jj/aaaa)	Date d'expiration (mm/jj/aaaa)	Approbation
11/19/2015	11/18/2016	Ia

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

Conditions Spéciales / Commentaires:

N/A



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>.

Veuillez 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:

Catherine Paquet
 Directrice
 Pour Daniel Lagarec, Président du CÉR en Sciences de la santé et sciences

Certificat d'accomplissement

Ce document certifie que

Silvia Maria Moya

*a complété le cours : l'Énoncé de politique des trois Conseils :
Éthique de la recherche avec des êtres humains :
Formation en éthique de la recherche (EPTC 2 : FER)*

21 mars, 2015

Annexe 2

Formulaire d'évaluation : psychiatrie

Psychiatre

21-10-76 Poursuite avec Soline ^{par mission} - 17-10-76

Amélioration continue.
Pain était véritablement remis en cause par
sa participation à River-P
(diétophon 5 trid par [redacted]
) le kéfir 300 trid. [redacted]

Infirmière

21/10/76 [redacted] est plus calme - elle est en peu mieux
que le Pégale n'accepte pas thérapie cognitive
dit que Robert n'acceptera jamais de venir ici
pour cette thérapie. Dit que [redacted] a dit
qu'elle insiste que [redacted] les premiers [redacted]

Ergothérapeute

21/10/76 Se déplace face à ses graphes, y a toujours un fait apparemment
tout comme la promesse que les choses qui débute par [redacted] dans
l'apparence à distance [redacted]

Infirmière

24/10/76 Participe très bien à la séance,
Verbalise bien avec le groupe de M.
[redacted], parle du mouvement cha-
ronnatique avec humour. Participe
bien à la préparation de l'Halloween.

28-10-76 Participe bien au groupe de la cuisine. Va au groupe
des [redacted]. Verbalise peu. Arrive son [redacted]

Life history questionnaire

- 1 -

If you do not care to answer any questions, merely write "I DO NOT CARE TO ANSWER".

DATE: Dec. 17/77

1. General

NAME: [REDACTED]

ADDRESS: [REDACTED] Ottawa Ont.

TELEPHONE NUMBERS: [REDACTED]

AGE: 38 OCCUPATION: house wife

BY WHOM WERE YOU REFERRED? [REDACTED]

WITH WHOM ARE YOU NOW LIVING? (LIST PEOPLE.) Husband and four children

DO YOU LIVE IN A HOUSE, HOTEL, ROOM, APARTMENT, ETC? half double

MARITAL STATUS: (CIRCLE ANSWER.)

SINGLE: ENGAGED: MARRIED: REHARRIED: SEPARATED: DIVORCED: WIDOWED.

2. Clinical

(a) State in your own words the nature of your main problems and their duration:

I feel depressed at times and I am scared of life.

(b) Give a brief account of the history and development of your complaints (from onset to present):

While adolescent - with sexual problems
After second baby
After father's death - recovery from ^{After husband}

(c) On the scale below please estimate the severity of your problem(s):

Mildly Moderately Very Extremely Totally

(d) When have you previously consulted about your present problem(s)?

My family doctor - friends and
[REDACTED]

Bibliographie

- Al Sayah, F., Szafran, O., Robertson, S., Bell, N., R., & Williams, B. (2014). Nursing perspectives on factors influencing interdisciplinary teamwork in the canadian primary care setting. *Journal of Clinical Nursing, 23*(19), 2968-2979. doi:10.1111/jocn.12547
- Bauer, G. R. (2014). Incorporating intersectionality theory into population health research methodology: Challenges and the potential to advance health equity. *Social Science & Medicine, 110*, 10-17. doi:10.1016/j.socscimed.2014.03.022
- Boschma, G. (2012). Community mental health nursing in alberta, canada: An oral history. *Nursing History Review, 20*, 103-135. doi:10.1891/1062-8061.20.103
- Bowleg, L. (2012). The problem with the phrase women and minorities: Intersectionality - an important theoretical framework for public health.(author abstract). *The American Journal of Public Health, 102*(7), 1267.
- Caring | La philosophie : Le caring | HSCM.ca. (s. d.). Consulté 14 septembre 2016, à l'adresse <http://www.hscm.ca/soins-et-services/les-soins-infirmiers/la-philosophie-le-caring/>
- Chinn, P., & Kramer, M. (2008) Nursing's fundamental patterns of knowing. Dans Chinn, P. & Kramer, M, *Integrated Theory & Knowledge Development in Nursing*. St-Louis: Elseiver-Mosby.
- Cioffi, J., Wilkes, L., Cummings, J., Warne, B., & Harrison, K. (2010). Multidisciplinary teams caring for clients with chronic conditions: Experiences of community nurses and allied health professionals.(report). *Contemporary Nurse, 36*(1), 61.
- Colombo, A., Bendelow, G., Fulford, B., & Williams, S. (2003). Evaluating the influence of implicit models of mental disorder on processes of shared decision making within

community-based multi-disciplinary teams. *Social Science & Medicine*, 56 (7), 1557-1570.
doi:10.1016/S0277-9536 (02) 00156-9

de Montigny, P., & de Montigny, F. (2014). Théorie du parcours de vie., 09/06/2016 —
https://cerif.uqo.ca/sites/cerif.uqo.ca/files/cahier6_theorie_du_parcours_de_vie_web.pdf.

Docteur, A. (s. d.). Espace pédagogique : histoire-géographie-citoyenneté — mythe, récit
fondateur, histoire : construction d'un concept de la 6^e à la 3^e. Consulté 12 décembre 2016,
à l'adresse [http://www.pedagogie.ac-nantes.fr/histoire-geographie-
citoyennete/enseignement/mythe-recit-fondateur-histoire-construction-d-un-concept-de-la-
6e-a-la-3e-970247.kjsp?RH=PER](http://www.pedagogie.ac-nantes.fr/histoire-geographie-citoyennete/enseignement/mythe-recit-fondateur-histoire-construction-d-un-concept-de-la-6e-a-la-3e-970247.kjsp?RH=PER)

Dumont, A. (2015). La théorie du parcours de vie et la recherche en violence conjugale.,
<https://www.criviff.qc.ca/sites/criviff.qc.ca/files/fiche-synth-se-parcours-de-vie-finale.pdf>.

Edisbury, L., Lebel, C., Letendre, R., 1981, Est-ce possible d'offrir des services innovateurs en
psychiatrie ? Le cas Jean-Talon, *Santé mentale au Québec*, VI, 2, 99-106

Fédération des CLSC du Québec, 1996, Virage ambulatoire, *Santé mentale* : Volet 4, Collection
La transformation du réseau.

Gagnon, Y. (2012). In Canadian Electronic Library (Firm) (Ed.), *L'étude de cas comme méthode
de recherche* (2e éd.. ed.). Québec Que.] ; Québec : Québec Que. : Presses de l'Université
du Québec, c2012.

Gherghel, A., author, & Gherghel, A., auteur. (2013). In Scholars Portal (Ed.), *La théorie du
parcours de vie (life course) : Une approche interdisciplinaire dans l'étude des familles*
Québec Quebec : Presses de l'Université Laval, 2013.

- Goodwin, V., & Happell, B. (2007). Psychiatric nurses enhancing consumer and caregiver participation in the state of victoria: The impact of history and policy. *Policy, Politics & Nursing Practice*, 8(1), 55-63.
- Hancock, A. (2007). When multiplication doesn't equal quick addition: Examining intersectionality as a research paradigm. *Perspectives on Politics*, 5(1), 63-79.
doi:10.1017/S1537592707070065
- Happell, B., Hoey, W., & Gaskin, C., J. (2012). Community mental health nurses, caseloads, and practices: A literature review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(2), 131-137. doi:10.1111/j.1447-0349.2011.00777.x
- Harper, E., 1959 — . (2012). In Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes, Canadian Electronic Library (Firm) (Eds.), *Regards sur l'intersectionnalité*. Montréal, Qué.] : Montréal, Qué. : CRI-VIFF, 2012.
- Harrison, S., & Thifault, M. (2014). Le langage du *Care* et les politiques de santé mentale de l'ontario, 1976-2006. *Désinstitutionnalisation psychiatrique en acadie, en ontario francophone et au québec, 1930-2013* (pp. 87-108). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Hartford, K., Schrecker, T., Wiktorowicz, M., Hoch, J., & Sharp, C. (2003). Report : Four decades of mental health policy in ontario, canada. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 31(1), 65-73. doi:10.1023/A :1026000423918
- Henderson, J., Willis, E., Walter, B., & Toffoli, L. (2008). Community mental health nursing: Keeping pace with care delivery? *International Journal of Mental Health Nursing*, 17(3), 162-170.

- Hills, M., Mullett, J., & Carroll, S. (2007). Community-based participatory action research: Transforming multidisciplinary practice in primary health care. *Revista Panamericana De Salud Publica*, 21(2), 125-135 11p.
- Huang, X., Ma, W., Shih, H., & Li, H. (2008). Roles and functions of community mental health nurses caring for people with schizophrenia in taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 17(22), 3030-3040. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02426.x
- Larousse, É. (s.d. — a). Définitions : place — Dictionnaire de français Larousse. Consulté le 31 juillet 2016, sur <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/place/61263>
- Larousse, É. (s.d. — b). Expressions : interaction — Dictionnaire de français Larousse. Consulté le 31 juillet 2016, sur <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/interaction/43595><http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/interaction/43595><http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/interaction/43595>
- Larousse, É. (s.d. — c). Définitions : mythe — Dictionnaire de français Larousse. Consulté le 13 septembre, 2016, sur <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/mythe/53630>
- Lecomte, Y., (1986) Le système de soutien communautaire : hypothèse pour une réforme des *services en santé mentale, Santé mentale au Québec*, XI, 1, 5-18
- Lecompte, Y., & Lesage, A. (1999). Les enjeux des cliniques externes de psychiatrie. *Santé mentale au Québec*, 24 (2), P. 7-27. <https://doi.org/10.7202/013010ar>
- Ledent, D. (2007). *Introduction à la socio — histoire (book review)*
- Lurie, S., & Goldbloom, D. (2015). More for the mind and its legacy. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 34(4), 7.

- Maddock, A. (2015). Consensus or contention : An exploration of multidisciplinary team functioning in an irish mental health context. *European Journal of Social Work*, 18(2), 246-261 16p. doi :10.1080/13691457.2014.885884
- May, V. M., author. (2015). *Pursuing intersectionality, unsettling dominant imaginaries* New York, NY : Routledge, 2015.
- Meder-Klein, M. (2005). L'espace relationnel et les territoires de l'intime. *Journée D'étude « Les Frontières De L'intime*, 7
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical nursing : Development and progress* (Fifth Edition.. ed.). Philadelphia : Philadelphia : Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, 2012.
- Mulvale, G., Abelson, J., & Goerong, P. (2007). Mental health service delivery in ontario, canada: How do policy legacies shape prospects for reform? *Health Economics, Policy and Law; HEPL*, 2 (4), 363-389. doi:10.1017/S1744133107004318
- Noiriel, G., & Frajerman, L. (2007). In Noiriel G., Frajerman L. (Eds.), *Introduction à la socio — histoire*
- Payette, M. (2001). Interdisciplinarité : Clarification des concepts. *Interactions*, 5 (1), 19-36.
- Pelletier-Audet, A., & Cellard, A. (2014). Le second conflit mondial et la genèse de la désinstitutionnalisation au Canada, 1939-1961. *Désinstitutionnalisation psychiatrique en acadie, en ontario francophone et au québec, 1930-2013* (pp. 13-41). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Pelsser, R., 1980, La multidisciplinarité en santé mentale : fiction ou réalité, *Santé mentale au Québec*, V, 2, 3-21.

- 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 *L'incontournable caste des femmes : Histoire des services de santé au Québec et au Canada* (p. 205-228). Ottawa, ON : Presses de l'Université d'Ottawa.
- Priest, H. M., Roberts, P., Dent, H., Blincoe, C., Lawton, D., & Armstrong, C. (2008). Interprofessional education and working in mental health: In search of the evidence base. *Journal of Nursing Management*, 16 (4), 474-485. doi:10.1111/j.1365-2834.2008.00867.x
- Prud'homme, J., (2011). Professions à part entière : histoire des ergothérapeutes, orthophonistes, physiothérapeutes, psychologues et travailleuses sociales au Québec. Montréal : Montréal : Presses de l'Université de Montréal, 2011.
- Silverstein, C. M. (2006). Therapeutic interpersonal interactions: The sacrificial lamb? *Perspectives in Psychiatric Care*, 42(1), 33-41.
- Simmons, H. G. (. G., 1935-. (1990). *Unbalanced : Mental health policy in ontario, 1930-1989*. Toronto : Toronto : Wall & Thompson, c1990.
- Sirma, B. (2009). Théorisations féministes de l'intersectionnalité. *Diogène*, (1), 70.
- Stuart, M. E., Elliott, J., & Toman, C. (2008). *Place and practice in canadian nursing history*. Vancouver ; Vancouver B. C.] : Vancouver : UBC Press, c2008.
- Thifault, M.-C., & Desmeules, M. (2012). Du traitement moral à l'occupation thérapeutique : le rôle inusité de l'infirmière psychiatrique à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, 1912-1962. Dans *L'incontournable caste des femmes : Histoire des services de santé au Québec et au Canada* (p. 229-250). Ottawa, ON : Presses de l'Université d'Ottawa.

- Thifault, M., Lebel, M., Perreault, I., Desmeules, M., Garceau, M., Benoit, M.,... Leis, A. (2012). Regards croisés ontario-québec : Les services de soins de santé mentale des communautés de langue officielle en situation minoritaire de 1950 à nos jours. *Reflets*, 18 (2), 122-139.
- Thifault, M.-C. & Toman, C. (2012) Le cyber-apprentissage et la réflexion historique au service de la formation infirmière. *L'infirmière clinicienne*, 9 (1), 27-36.
- Walsh, F., Cleary, A., & Dowling, M. (2012). Maximising psychiatric nurses' contribution to interdisciplinary working. *British Journal of Community Nursing*, 17(6), 270-275.
- Watt, S. (1979). Social work under medicare: the canadian experience in ontario. *Health and Social Work*, 4(3), 168.
- Wilkes, L., Cioffi, J., Cummings, J., Warne, B., & Harrison, K. (2014). Clients with chronic conditions: Community nurse role in a multidisciplinary team. *Journal of Clinical Nursing*, 23(5), 844-855 12p. doi:10.1111/jocn.12245
- Wilson, K., & Dunn, R. (1996). Psychiatric care: Change means opportunity. *Australian Nursing Journal*, 3 (9), 36-38.