

Université de Montréal

Interventions infirmières en regard du phénomène de l'automutilation en milieu
pédopsychiatrique : étude qualitative exploratoire

Par

Phi-Phuong Pham

Faculté des sciences infirmières

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Maîtrise ès Sciences (M.Sc)
En sciences infirmières, option expertise-conseil

10 Juin 2013

© Phi-Phuong Pham, 2013

Université de Montréal

Faculté des études supérieures et postdoctorales

Mémoire de recherche intitulé :

Interventions infirmières en regard du phénomène de l'automutilation en milieu
pédopsychiatrique : étude qualitative exploratoire

Présenté par

Phi-Phuong Pham

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

M. Jean-Pierre Bonin, Ph.D
Président rapporteur

Mme Annette Leibing, Ph.D
Directrice de mémoire

Mme Caroline Larue, Ph.D
Co-directrice de mémoire

Mme Christine Genest, Ph.D
Membre du jury

Mémoire accepté le 10 juin 2013

Résumé

En milieu pédopsychiatrique, les infirmières connaissent bien le phénomène de l'automutilation des adolescentes parce qu'elles sont souvent appelées à intervenir lorsque ce type de situation survient. Cependant, puisqu'elles ont parfois une mauvaise compréhension du phénomène, des perceptions erronées et des attitudes négatives quant à celui-ci, les infirmières deviennent moins aptes à intervenir auprès de cette clientèle.

Cette étude a pour objectifs d'explorer le phénomène de l'automutilation auprès des infirmières œuvrant en milieu pédopsychiatrique et de décrire les interventions infirmières privilégiées en cas d'automutilation ainsi que les facteurs du contexte organisationnel susceptible d'avoir une influence sur la façon dont ces interventions sont prodiguées.

L'étude privilégie un devis qualitatif de type exploratoire. Plusieurs méthodes de collecte des données ont été sélectionnées pour mener à bien cette étude entre autres des entrevues auprès des participantes et une période d'observation au sein de l'unité où la recherche a eu lieu. L'analyse des verbatim selon les étapes élaborées par Tesch (1990) a permis d'identifier sept catégories d'interventions infirmières : les interventions de relation d'aide, d'accompagnement, d'évaluation, de sécurité, d'enseignement, les interventions en lien avec les émotions et les perceptions de l'automutilation ainsi que les interventions pour éviter la contamination sociale. En ce qui a trait aux facteurs ayant une influence sur ces interventions infirmières, trois catégories sont ressorties des données : la constitution de l'équipe interpersonnelle, la lourdeur des tâches de l'infirmière en pédopsychiatrie ainsi que la culture organisationnelle dans laquelle évoluent les membres de l'équipe soignante.

Les résultats qui sont issus de cette étude permettront aux infirmières de mieux comprendre le phénomène de l'automutilation chez les adolescentes. Cette étude suggère également des pistes d'interventions qui pourraient aider les infirmières œuvrant en milieu pédopsychiatrique à mieux intervenir. De plus, cette étude serait

susceptible de permettre aux gestionnaires des établissements d'apporter certains ajustements notamment en ce qui a trait à l'organisation du travail et à la formation des infirmières.

Mots-clés : automutilation, interventions infirmières, facteurs du contexte organisationnel, adolescentes, milieu pédopsychiatrique, étude qualitative

Abstract

Nurses in the field of child psychiatry are familiar with the phenomenon of self-harm among adolescents because, when the situation arises, they are often called upon to intervene. However, sometimes misunderstandings, misperceptions and negatives attitudes in regard to self-harm may impair their ability to work with the patients involved.

This study seeks to explore self-harm from the standpoint of nurses in child psychiatry, describe recommended nursing interventions and outline organizational-context factors that may affect the way these interventions are executed.

An exploratory qualitative research approach was adopted, and several data-gathering methods were used, including interviews with participants and a period of observation in the unit in which the study was conducted. Analysis of the verbatim records in accordance with the procedure developed by Tesch (1990) elicited seven categories of nursing interventions: helping relationships, guidance, evaluation, safety, teaching, emotions and perceptions of self-harm, and prevention of social contamination. Three categories of factors that influence these interventions also emerged: interpersonal team work, nurses' duties in child psychiatry, and the organizational culture in which members of the care team operate.

The results of this study will help nurses better understand adolescent self-harm. The study further suggests possible approaches that might help nurses in child psychiatry improve their interventions. The findings may also make it possible for the management of institutions to bring about changes, particularly in terms of work organization and training for nurses in the field.

Keywords: self-mutilation, self-harm, self-injurious behaviors, psychiatry, nursing interventions, organizational context factors, adolescents, qualitative study

Table des matières

Résumé.....	iv
Abstract.....	vi
Table des matières.....	vii
Liste des tableaux.....	xi
Dédicace.....	xii
Remerciements.....	xiii
Préface.....	xv
Introduction.....	1
CHAPITRE I : LA PROBLÉMATIQUE	3
1. Problématique de recherche	4
1.1 But et questions de recherche	7
CHAPITRE II : RECENSION DES ECRITS	8
2. Recension des écrits.....	9
2.1 Démarche de la recherche documentaire	9
2.2 Description du phénomène de l'automutilation chez les adolescentes	10
2.3 Perceptions et attitudes des infirmières devant le phénomène de l'automutilation chez les adolescentes.....	14
2.4 Quelques pistes d'interventions selon le point de vue de quelques professionnels de la santé (les infirmières et les psychiatres)	16
2.5 Facteurs influençant les interventions quant au phénomène de l'automutilation.....	26
CHAPITRE III : LA MÉTHODE.....	32
3. Méthode	33
3.1 Type d'étude	33
3.2 Milieu de recherche.....	33
3.3 Échantillonnage.....	34
3.4 Recrutement et gestion des participantes	35

3.5 Méthode de collecte et gestion des données	36
1. Observation.....	36
2. a) Entrevues.....	38
b) Mini entrevues informelles.....	39
3. Questionnaire des données sociodémographiques.....	40
4. Recherche documentaire.....	40
5. Journal de bord.....	41
3.6 Analyse des données.....	42
Méthode d'analyse des données.....	42
3.7. Critères de qualité	44
1. Crédibilité	44
2. Fiabilité	45
3.8. Considérations éthiques	45
1. Consentement libre et éclairé.....	45
2. Avantages de l'étude.....	46
3. Confidentialité des données	46
 CHAPITRE IV : PRÉSENTATION DES RÉSULTATS.....	 47
4. Présentation des résultats	48
4.1 Profil sociodémographique des participantes	48
4.2 Thèmes émergents de l'étude.....	51
4.2.1 Compréhension du phénomène de l'automutilation	52
Définitions du phénomène	52
Raisons de l'automutilation.....	56
Formes d'automutilation.....	57
Comorbidités et traits caractéristiques spécifiques à cette clientèle	61
Effets.....	63
Émotions, perceptions et attitudes des participantes face à l'automutilation.....	65

4.2.2 Interventions infirmières en regard du phénomène de l'automutilation ..	71
Interventions en relation d'aide	73
Interventions d'accompagnement	74
Interventions d'évaluation	76
Interventions de sécurité	78
Interventions reliées à l'enseignement.....	81
Interventions en lien avec les émotions et les perceptions des infirmières face à l'automutilation.....	83
Interventions pour éviter la contamination auprès des jeunes en milieu pédopsychiatrique	86
4.2.3 Facteurs du contexte organisationnel susceptible d'avoir une influence sur les interventions infirmières.....	87
La contribution de l'équipe interprofessionnelle	87
Tâches et responsabilités de l'infirmière en milieu pédopsychiatrique ...	91
Culture organisationnelle	95
CHAPITRE V : LA DISCUSSION	100
5. Discussion.....	101
5.1 Discussion relative aux résultats de l'étude en lien les écrits scientifiques.....	101
5.1.1 Compréhension du phénomène de l'automutilation	101
Pourquoi choisit-on de s'automutiler volontairement ?	102
Différentes formes de l'automutilation	104
Comorbidités et traits caractéristiques des adolescentes qui s'automutilent	107
5.1.2 Interventions infirmières en regard du phénomène de l'automutilation.....	108
Interventions en relation d'aide	109
Interventions d'accompagnement	111
Interventions d'évaluation	112
Interventions de sécurité.....	113
Interventions d'enseignement	116

Interventions en lien avec les émotions et les perceptions des infirmière en regard du phénomène de l'automutilation.....	118
Interventions pour éviter la contamination des jeunes en milieu pédopsychiatrique	118
5.1.3 Facteurs du contexte organisationnel susceptible d'avoir une influence sur les interventions infirmières.....	120
Constitution de l'équipe interprofessionnelle.....	120
Tâches et responsabilités de l'infirmière en milieu pédopsychiatrique..	123
Culture organisationnelle du milieu de recherche	127
5.2 Forces de l'étude.....	129
5.3 Limites de l'étude	131
5.4 Recommandations.....	133
CONCLUSION.....	137
6. Conclusion	138
RÉFÉRENCES	139
Annexe A : Affiche de recrutement de participantes.....	151
Annexe B : Feuillet-explicatif pour la période d'observation	153
Annexe C : Guide pour la période d'observation auprès du milieu et des participantes.....	156
Annexe D : Formulaire d'information et de consentement	159
Annexe E : Approbation scientifique du projet	169
Annexe F : Guide d'entrevue.....	172
Annexe G : Questionnaire des données sociodémographiques	175
Annexe H : Niveau d'intentionnalité suicidaire selon la perception des participantes	178
Annexe I : Schéma corporel.....	180

Liste des tableaux

Tableau 1 : Profil sociodémographique des participantes	49
Tableau 2 : Interventions infirmières privilégiées en cas d'automutilation et les facteurs organisationnels ayant une influence sur ces interventions	71

À Patrick Martin,

*Pour ton amour, ta patience et
ton support incommensurable*

***À Thi Nhung Vu et Van Minh Pham,
mes chers parents.***

*En espérant que vous serez toujours
fiers des réussites de votre fille*

Remerciements

Ce mémoire de maîtrise représente à mes yeux un travail de grande envergure. Plusieurs personnes m'ont permis de concrétiser ce projet et je tiens à les remercier chaudement.

Tout d'abord, j'ai une très grande reconnaissance à l'égard de l'établissement où a été réalisée cette étude. Sans l'appui des intervenants provenant de ce milieu, jamais cette étude n'aurait pu prendre place. Je tiens également à remercier les sept infirmières qui exerçaient dans ce même établissement et qui se sont investies dans cette étude de par leur participation essentielle. Je tiens à vous remercier d'avoir partagé votre point de vue relativement au phénomène de l'automutilation auprès des adolescentes et en ce qui a trait aux interventions infirmières se rattachant à ce phénomène. J'ai appris énormément à travers les entrevues que vous m'avez accordées et je dois avouer que ce fût un réel plaisir de discuter avec vous.

Je tiens à remercier grandement le groupe de recherche Le Médicament comme objet social (MÉOS), qui est un groupe de recherche interdisciplinaire affilié à l'Université de Montréal, le Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) et la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal pour leur support financier.

Je remercie chaleureusement mes collègues avec qui j'ai étudié à l'Université de Montréal qui ont été présentes pour moi et qui m'ont encouragée à travers tous les projets que j'ai mis en branle durant mes études de deuxième cycle. J'aimerais souligner le soutien continu d'une grande amie, Claudiane Poisson, avec qui j'ai partagé de longues heures lors de la rédaction de nos travaux académiques respectifs. Merci Claudiane d'avoir accepté de m'accompagner d'une bibliothèque à l'autre durant cette période de rédaction et d'avoir fait en sorte qu'elle soit des plus agréable.

Je désire exprimer toute ma gratitude à l'endroit de ma directrice, madame Annette Leibing et ma co-directrice, madame Caroline Larue. Je tiens à vous remercier de tout coeur pour vos commentaires des plus pertinents, pour votre esprit critique, pour vos conseils judicieux, pour votre grande disponibilité, pour votre écoute et pour votre confiance à mon égard. Je tiens également à remercier les membres du jury, madame Christine Genest et monsieur Jean-Pierre Bonin, pour leurs précieux commentaires.

Je ne peux passer sous silence le soutien indéfectible de ma famille, de mes parents, de mes soeurs, de mon frère et de mes nièces et neveux. Chacun à votre façon, vous m'avez supportée dans ce grand projet qu'est la maîtrise. Vous avez fait ressortir le meilleur de moi-même et vous m'avez propulsée vers la réussite.

Enfin, toute ma reconnaissance et mes remerciements les plus sincères vont à celui que je qualifierais comme mon « correcteur personnel » : Patrick Martin. Merci pour ton amour, ton précieux temps, ton aide et surtout ta patience sans limite. Malgré les nombreux obstacles tout au long de mon parcours académique, tu as toujours cru en moi. Je te remercie du plus profond de mon coeur pour tout !

Préface

Comme infirmière¹ clinicienne travaillant dans un centre pour adolescents d'un hôpital psychiatrique du Québec depuis bientôt cinq ans, j'interviens dans le but de promouvoir et de maintenir la santé mentale des jeunes. C'est après avoir réalisé que les infirmières sont souvent prises au dépourvu lorsqu'il est question d'automutilation des adolescentes en milieu pédopsychiatrique — je ne fais pas exception à la règle — que je me suis attardée particulièrement à ce phénomène et plus particulièrement aux interventions qui y sont associées.

Je me rappelle encore de la première adolescente automutilatrice auprès de laquelle je suis intervenue en tant qu'infirmière clinicienne. Il s'agissait d'une jeune qui était hospitalisée depuis quelques jours au centre où j'exerce parce qu'elle avait des idées suicidaires et s'automutilait. Au moment que j'ai constaté qu'elle s'était automutilée durant mon quart de travail, dans sa chambre, avec un couteau en plastique qu'elle avait dissimulé sous son lit, je me suis sentie responsable et impuissante face à cette situation. J'étais paralysée à la vue des blessures qu'elle s'était infligées, à l'avant-bras gauche, et du sang qui jaillissait de ces blessures. Les seules interventions que j'avais été à même de réaliser avait été de lui retirer le couteau en plastique, de désinfecter ses blessures et de lui administrer un anxiolytique.

Le fait d'avoir moi-même vécu certaines difficultés au début de ma carrière en pédopsychiatrie à entrer en contact avec ces adolescentes et d'intervenir auprès de celles-ci, a certes exacerbé mon intérêt pour cet objet d'étude. Il faut admettre qu'il n'est pas toujours facile d'intervenir auprès des adolescentes qui sont en pleine période de développement et de changements, alors qu'en est-il lorsque celles-ci adoptent des comportements auto-destructeurs tels que l'automutilation?

¹ L'utilisation du genre féminin sera employée dans ce présent mémoire afin de faciliter la lecture.

Pour terminer, choisir le phénomène de l'automutilation comme sujet de mémoire, c'est choisir de mieux comprendre ce phénomène et bien entendu, de vouloir apprendre de nouveaux outils pour intervenir adéquatement. Grâce à ma soif d'apprendre davantage sur le phénomène de l'automutilation, j'espère pouvoir ainsi aider d'autres infirmières dans le domaine de la pédopsychiatrie à intervenir plus aisément en cas d'automutilation auprès de la clientèle adolescente.

Introduction

L'organisation de toutes les sphères de la société à travers des principes généraux de performance, a des effets indéniables sur les individus qui y évoluent : hommes, femmes, adolescentes et enfants (Honneth, 2008). Les exigences inédites qui découlent de cette organisation sociale peuvent induire une pression intense sur la clientèle adolescente, qui constitue un groupe particulièrement fragile. Dès le début de l'adolescence, les jeunes se retrouvent engagés dans une multitude de projets qui constituent la norme, et dont ils ne saisissent pas encore toute l'essence et la finalité. Ils se retrouvent contraints à performer académiquement, doivent s'engager dans une orientation sexuelle, prendre position face à leur famille et notamment composer avec l'image du corps parfait véhiculée ardemment par les médias (Cloutier, 2001 ; Scowen, 2007). Cela engendre des pressions psychiques considérables que certains auteurs comme Cloutier (2001), conceptualisent sous le vocable de « crise d'identité ». Les adolescentes mettront à profit divers moyens de *coping* (moyens d'adaptation) pour faire face aux émotions intenses qui sont rattachées à cette crise interne. L'évitement, le repli sur soi, les pleurs, la colère seront des comportements fréquents chez les adolescentes, mais des moyens de *coping* peu adéquats comme l'automutilation seront aussi susceptibles de se manifester auprès de cette clientèle (Association canadienne pour la santé mentale, 2011).

Il sera question dans ce mémoire du phénomène de l'automutilation ainsi que d'interventions se rapportant à ce phénomène, le tout à partir du point de vue des infirmières œuvrant dans le domaine de la pédopsychiatrie. Puisque ce sont les infirmières en milieu pédopsychiatrique qui, la majorité du temps, vont intervenir auprès de la clientèle hospitalisée ayant des comportements automutilatoires, leur avis sur leur pratique s'avère nécessaire d'autant plus que selon quelques études (Lindley-Starr, 2004; Smith, 2002), les infirmières vivaient un certain malaise et auraient de la difficulté à intervenir convenablement face à ce phénomène. Quelles

sont les raisons justifiant le malaise des infirmières et leurs difficultés à intervenir? Quel est le rôle attendu de l'infirmière lors d'une situation d'automutilation ? Quels sont les facteurs organisationnels qui ont une influence sur ces interventions privilégiées par les infirmières? Voici les questions que nous nous sommes posées.

Nous aborderons ces divers questionnements tout au long de ce mémoire qui est divisé en cinq chapitres : la problématique, la recension des écrits, la méthodologie, les résultats obtenus et la discussion des résultats, des limites et des recommandations de l'étude.

CHAPITRE I
LA PROBLÉMATIQUE

1. Problématique de recherche

L'exercice de la profession infirmière est souvent complexe, et ce, peu importe le domaine de spécialité. Si le domaine de la pédopsychiatrie possède une culture qui lui est propre, il n'échappe pas à ce fait et les infirmières qui y évoluent sont notamment confrontées à des phénomènes face auxquels elles se sentent dépourvues. Le phénomène de l'automutilation qui se définit brièvement comme une destruction directe des tissus du corps sans avoir l'intention de se suicider (Favazza, 1998), compterait parmi ces phénomènes.

Sur le plan international, les résultats des études de Brunner et al. (2007), Eckenrode et Silverman (2007), Kvernmo et Rosenvinge (2009) et Laukkanen et al. (2009) laissent à penser que les infirmières seront de plus en plus susceptibles d'être confrontées à ce type de comportement, et ce, consécutivement à la grande prévalence d'automutilation chez les adolescentes. Selon une étude menée au Canada par Nixon, Cloutier et Jansson (2008) à travers un sondage distribué dans les écoles secondaires, il apparaît que près d'une adolescente sur cinq aurait avoué s'être automutilée à au moins une reprise au cours de sa vie. Une étude similaire réalisée au Québec par Ross et Heath (2002) corrobore ces résultats et indique que près d'une adolescente sur six aurait déjà eu des comportements automutilatoires. En ce qui a trait spécifiquement aux adolescentes admises en milieux pédopsychiatriques, l'étude de Nock et Prinstein (2004) démontre que plus de 80% de ces adolescentes se seraient déjà automutilées.

Puisque plusieurs adolescentes qui s'automutilent présentent des composantes de troubles mentaux (Drew, 2001; Goodman-Lesniack, 2008) et que les lésions corporelles qu'ils s'infligent nécessitent parfois leur hospitalisation, ceux-ci seront le plus souvent dirigés vers les milieux de soins pédopsychiatriques où ils seront pris en charge par des équipes de professionnels de la santé. Chacune de ces équipes, qui sont habituellement composées d'infirmières, de psychiatres, de psychologues et de travailleurs sociaux qui interagissent les uns avec les autres, constitue un système

social en soi. Consécutivement à la nature de leur travail et plus particulièrement de par la relation étroite qu'elles entretiennent avec les patientes, les infirmières seront celles qui seront le plus portées à intervenir auprès des adolescentes qui s'automutilent (Drew, 2001). Cependant, il apparaît selon Smith (2002) et Lindley-Starr (2004) que les infirmières auraient de la difficulté à intervenir et à prodiguer des soins permettant de répondre aux besoins particuliers de cette clientèle. De plus, selon l'expérience clinique de l'étudiante-chercheuse, il apparaît que ses collègues infirmières mentionnent vivre un certain malaise quant au phénomène de l'automutilation et auraient de la difficulté à intervenir auprès des adolescentes qui s'automutilent en milieu pédopsychiatrique.

Les difficultés qu'éprouvent les infirmières à intervenir auprès des patientes qui s'automutilent seraient associées à l'insatisfaction de ces patientes à l'égard du travail des infirmières. D'après les résultats de certaines études investiguant l'expérience des soins reçus par des patientes qui s'automutilent, il apparaît que la majorité des patientes se sentiraient frustrées puisqu'elles auraient l'impression que les professionnels de la santé et notamment les infirmières, auraient de la difficulté, tant à comprendre les comportements automutilatoires, qu'à intervenir en regard de ces comportements (Lindgren, Wilstrand, Gilje, & Olofsson, 2004; Smith, 2002). Une étude réalisée au Royaume-Uni a d'ailleurs révélé que près de 50% des patientes qui présentaient des comportements automutilatoires lors de leur hospitalisation seraient insatisfaites des soins reçus par les infirmières (Warm, Murray & Fox, 2002).

Des études ont offert certaines pistes d'explications quant aux difficultés rencontrées par les infirmières lorsqu'elles interviennent auprès des patientes qui s'automutilent. Clarke et Whittaker (1998) indiquent entre autres que les infirmières ont souvent des perceptions erronées quant au phénomène de l'automutilation et que ces fausses perceptions peuvent engendrer chez les infirmières des attitudes négatives envers les patientes qui s'automutilent. Selon Slaven et Kisely (2002) et

Lindley-Starr (2004), ces perceptions et attitudes négatives de la part des infirmières auraient un grand impact sur la qualité de la relation qu'elles entretiennent avec les patientes qui s'automutilent, en plus d'avoir une influence néfaste sur la façon dont elles interviennent auprès des jeunes.

Pour sa part, l'étude de O'Donovan et Gijbels (2006) a permis de mettre en lumière le manque d'autonomie et de contrôle des infirmières, le peu de support qui leur est conféré, les lacunes associées à la continuité de soins (trop grand roulement du personnel) et la dominance du modèle biomédical au sein de la culture psychiatrique, comme étant des facteurs qui seraient à l'origine des difficultés éprouvées par les infirmières à intervenir auprès des patientes qui s'automutilent. Des études comme celles Jacobs, Fontana, Kehoe, Matarese et Chinn (2005) et Jarrin (2006), qui se sont appuyées sur des théories critiques issues de la philosophie sociale et politique, mais qui ne sont pas spécifiques au milieu psychiatrique, abondent en ce sens et indiquent que le manque d'autonomie et de contrôle des infirmières, le peu de support qui leur est attribué et la dominance du domaine biomédical empêchent les infirmières de donner des soins empreints d'humanisme. Ces mêmes études révèlent aussi que les infirmières doivent généralement faire passer les impératifs économiques des institutions au-devant de priorités relatives aux soins qui sont prodigués aux patientes, ce qui a des répercussions directes sur la qualité des soins et nécessairement sur le choix des interventions ainsi que sur la façon dont elles sont prodiguées.

À notre connaissance, peu d'études ont porté sur l'exploration du phénomène de l'automutilation chez les adolescentes ainsi que sur les interventions privilégiées par les infirmières qui exercent en milieu pédopsychiatrique. D'ailleurs, la vaste majorité des études que nous avons recensées n'étaient pas associées à une population adolescente, et ce, même si la prévalence d'automutilation chez les adolescentes est de loin la plus élevée (Nixon & al, 2008; Ross & Heath, 2002). L'influence de la culture qui est associée au milieu pédopsychiatrique et des *patterns* d'interactions sociales qui prennent place au sein de celle-ci, sur le choix des

interventions ainsi que sur la façon dont les infirmières prodiguent ces interventions, demeurent à notre connaissance inexplorée. Les savoirs ayant trait aux normes, aux valeurs, aux croyances, aux pratiques institutionnelles, aux motivations, aux intentions et attitudes qui modélisent les interventions prodiguées par les infirmières qui exercent en milieu pédopsychiatrique auprès d'adolescentes qui s'automutilent, sont aussi extrêmement limités, voir marginaux, et ce, même s'il apparaît que ces savoirs permettraient de favoriser la mise en place de solutions adaptées à la réalité des infirmières, de façon à ce qu'elles puissent mieux intervenir auprès de ces patientes.

1.1 But et questions de recherche

À partir de la perspective d'infirmières qui exercent en milieu hospitalier pédopsychiatrique, le but de cette étude qualitative sera d'explorer le phénomène de l'automutilation et de décrire les interventions que les infirmières privilégient lorsqu'il y a automutilation chez les adolescentes ainsi que les facteurs qui influent sur la façon dont ces interventions sont prodiguées. Afin de répondre à ce but, trois questions de recherche ont été formulées :

1. Quelle est la compréhension des infirmières en ce qui a trait au phénomène de l'automutilation chez les adolescentes en milieu pédopsychiatrique ?
2. Quelles sont les interventions privilégiées par les infirmières qui exercent en milieu pédopsychiatrique au regard du phénomène de l'automutilation chez les adolescentes ?
3. Quels sont les facteurs du contexte organisationnel en milieu hospitalier pédopsychiatrique susceptibles d'influencer le choix des interventions privilégiées par les infirmières auprès d'adolescentes qui s'automutilent ?

CHAPITRE II

RECENSION DES ÉCRITS

2. RECENSION DES ÉCRITS

Ce chapitre consacré à la recension des écrits présentera, dans un premier temps, la démarche de recherche documentaire puis, dans un deuxième temps, des études en lien avec l'automutilation, les interventions infirmières relatives à ce phénomène ainsi que les facteurs qui peuvent influencer sur la façon dont les interventions infirmières sont prodiguées aux adolescentes qui s'automutilent. Les principaux thèmes qui seront abordés sont les suivants : la description du phénomène de l'automutilation chez les adolescentes, la perception et les attitudes des infirmières relativement au phénomène de l'automutilation, des pistes d'interventions proposées par différents professionnels de la santé (les infirmières et les psychiatres) et enfin les facteurs influençant ces interventions, notamment la culture organisationnelle des milieux psychiatriques, les lobbys pharmaceutiques, l'idéologie néolibérale ainsi que leurs effets.

2.1 Démarche de recherche documentaire

Différentes stratégies de recherches ont été mises à profit afin de permettre la recension des écrits concernant le phénomène de l'automutilation. La recherche informatisée (recherche à partir de différentes bases de données), la recherche à partir des références d'articles consultés et la recherche internet (world wide web) ont été utilisées. Pour ce qui est de la recherche informatisée, les bases de données MEDLINE, CINAHL, PsycINFO, CLINICAL EVIDENCE, EMBASE et ATRIUM ont été consultés. En ce qui a trait à la recherche internet, qui va au-delà de la recherche informatisée en permettant notamment de localiser des articles n'ayant pas été indexés dans les diverses bases de données, le moteur de recherche Google a été utilisé.

Tous les mots-clés associés au phénomène de l'automutilation que nous avons utilisés dans ces bases de données ont été sélectionnés à l'aide de la banque de

données terminologiques et linguistiques du gouvernement du Canada (Termium Plus): *self-harm*, *self-injurious behavior*, *self-mutilation* et *autodestructive behavior*. Les mots-clés sélectionnés ont ensuite été combinés avec les mots-clés *interventions* et *treatments*. Il est à noter que des tronçatures ont été utilisées pour chacun de ces mots-clés de façon, entre autres, à éviter les limitations associées au singulier et au pluriel. En tout, près de 3381 articles et de documents ont été répertoriés. Notons que dans tous les articles, les mots-clés de l'automutilation figuraient soit dans le titre, dans le résumé ou dans la liste des mots-clés. Comme nous pouvons le constater, la littérature en regard du phénomène de l'automutilation est très vaste. Cependant, pour la rédaction du chapitre de ce mémoire concernant la recension des écrits, nous avons retiré plusieurs articles et documents et sélectionné méticuleusement que ceux qui, selon nous, paraissent les plus importants. Tout d'abord, les divers articles et documents consultés étaient associés aux disciplines suivantes : les sciences infirmières, la psychologie et la médecine. Ensuite, ceux n'abordant aucunement les interventions et traitements de l'automutilation ont été rejetés. D'autres ont aussi été mis de côté consécutivement à l'orientation beaucoup trop grande de ceux-ci quant à une pathologie spécifique (par exemple, le phénomène de l'automutilation chez les personnes autistes ou ayant une déficience intellectuelle). Enfin, les articles et documents relatifs au phénomène de l'automutilation chez une clientèle adulte ont été rejetés principalement en raison du temps limité dont disposait l'étudiante-chercheuse pour la rédaction de ce mémoire.

2.2. Description du phénomène de l'automutilation chez les adolescentes

Terminologies utilisées pour décrire l'automutilation. Avant d'exposer les différentes perceptions du phénomène de l'automutilation chez les adolescentes, il est important de spécifier que l'« automutilation » n'est qu'une appellation parmi tant d'autres pour décrire un phénomène qui consiste à s'infliger à soi-même des blessures (Mangnall & Yurkovich, 2008). Les auteurs qui s'intéressent à l'automutilation utilisent différentes terminologies en lien avec ce que cette problématique représente à leurs yeux, mais aussi en fonction de leurs croyances et

perceptions. Voici quelques exemples de termes anglophones mis à profit dans une revue de littérature proposée par Mangnall et Yurkovich (2008) ainsi que dans l'article de Goodman-Lesniack (2008) : *self-harm*, *self-injurious behavior*, *repeated self-injury*, *self-wounding*, *parasuicide*, *self-mutilation*, *episodic and repetitive self-injury*, *autodestructive behavior* et *self-inflicted violence*. Plusieurs auteurs évitent l'utilisation du mot « automutilation » probablement parce que ce terme évoque des images grotesques et implique aussi des dommages permanents sur le corps (Alderman, 1997). La plupart de ces auteurs empruntent le terme *self-injury behavior* ou *self-harm*, puisque cela fait allusion à un comportement qui est considéré comme étant temporaire, discret et paraît affecter moins l'estime de l'adolescente qui s'inflige des blessures (Goodman-Lesniak, 2008). Parfois, l'utilisation de plusieurs termes pour décrire des comportements similaires donne l'impression qu'il y a confusion quant à la conceptualisation de ce phénomène. Des auteurs comme Mangnall et Yurkovich (2008) s'entendent pour dire qu'il est nécessaire d'uniformiser les terminologies associées au phénomène pour favoriser une meilleure compréhension. Il est à noter que tout au long de ce mémoire, nous ferons référence au terme « automutilation » puisque la plupart des professionnels de la santé qui exercent en milieu clinique au Québec se réfèrent à ce terme dans la majorité des écrits consultés.

Différents types du phénomène de l'automutilation. Le phénomène de l'automutilation n'est pas classé comme un désordre, un trouble ou une maladie mentale dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)*, mais selon l'*American Psychiatric Association* (2000), il serait classé comme une des neuf manifestations du trouble de personnalité limitée² ou *Borderline*

² Le trouble de personnalité limitée est caractérisé comme étant un mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des neuf manifestations suivantes : 1) Efforts effrénés pour éviter les abandons, 2) Instabilité et excès dans le mode de relations interpersonnelles exprimées avec intensité et caractérisées par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation, 3) Perturbation de l'identité, 4) Impulsivité, 5) Menaces, comportements ou gestes suicidaires ou comportement automutilatoire, 6) Instabilité affective avec réactivité marquée, 7) Sentiments chroniques de vide ou d'ennui, 8) Colères intenses et inappropriées, 9) Idées paranoïdes liées à un stress ou dissociation sévère (*American Psychiatric Association*, 2000).

personality disorder. Armando R. Favazza, un psychiatre américain est un des premiers auteurs à avoir travaillé sur le phénomène de l'automutilation. Son livre intitulé *Bodies Under Siege : Self-mutilation and Body modification in Culture and Psychiatry*, publié en 1987, est d'après nos recherches, le premier livre ayant été publié sur ce phénomène. Selon cet auteur, le phénomène de l'automutilation serait divisé en trois classes : la classe majeure, la classe stéréotypée et la classe modérée ou superficielle.

La classe majeure de l'automutilation ou dite « classe grave » comprend des actes plutôt rares dans lesquels il y a destruction significative d'une partie du corps (énucléation ou extraction des yeux, castration et amputation d'un membre). Ces gestes peuvent être associés à un état psychotique, une maladie mentale ou à une intoxication aigüe. La deuxième classe est associée aux automutilations stéréotypées, c'est-à-dire des actes qui sont répétitifs, monotones et parfois rythmés. Nous les retrouvons principalement chez les personnes institutionnalisées ayant un retard mental, mais les patientes ayant des maladies comme l'autisme, la schizophrénie, le Syndrome de Gilles de la Tourette ou le trouble obsessionnel-compulsif sont aussi susceptibles de présenter cette forme d'automutilation (Favazza & Rosenthal, 1993). Les comportements de se frapper la tête contre le mur à plusieurs reprises, d'émettre une pression au niveau des globes oculaires, de se mordre ou de se ronger les ongles sont des comportements représentatifs chez ces personnes. Finalement, le type d'automutilation le plus commun est l'automutilation modérée ou superficielle. Ce type d'automutilation est associé à des gestes à faible létalité qui apparaissent de façon épisodique et répétitive. Les actes d'automutilation de ce type peuvent comprendre le fait de se couper des tissus corporels, entre autres avec un couteau, une lame de rasoir, des ciseaux, des morceaux de vitres; de se brûler notamment avec des mégots de cigarette ou tout simplement avec du feu; de s'arracher des cheveux à répétition; d'insérer des objets dans la peau ou dans les orifices du corps et finalement de se gratter ou de manipuler des plaies existantes à la surface de la peau. Les sites communs qu'utilisent les adolescentes pour s'infliger des blessures de ce type comprennent principalement les bras, les poignets, les chevilles et les jambes.

Les endroits moins communs où ces lésions sont réalisées, qui passent aussi plus inaperçues, sont l'abdomen, le dessous des seins et les parties génitales (McDonald, 2006).

Les raisons de l'automutilation. Nous savons que l'automutilation est le résultat de dommage intentionnel sur le corps qu'une personne s'inflige. Mais quelles sont les raisons qui motivent ce comportement jugé autodestructif? Tel que décrit par Favazza (1998), le but du passage à l'acte automutilatoire est le relâchement de la tension psychique interne. Cette tension est parfois décrite comme une souffrance morale. Toute la gamme des affects peut y être associée : angoisse, tristesse, sentiment de solitude ou craintes d'abandon, colère et rage. La question de la douleur physique qui est associée à ces comportements est complexe. Certaines patientes affirment qu'elles ne ressentent aucune douleur corporelle au moment où elles se blessent volontairement (Richard, 2005). D'ailleurs, la plupart de celles-ci affirment que c'est justement la douleur physique qui les soulage de leur insupportable tension interne. Pendant l'acte automutilatoire, il y a libération d'endorphines et cette activité chimique amènerait en premier lieu une absence de douleur suivie d'un sentiment de soulagement à la toute fin (Favazza, 1998). Effectivement, les endorphines sont des neurotransmetteurs agissant sur les récepteurs opiacés, elles sont sécrétées lors d'une activité physique intense, de douleur ou d'orgasme. Les endorphines ressemblent aux opiacés par leur capacité analgésique et procurent une sensation de relaxation, de bien-être, d'euphorie et d'excitation (Goodman-Lesniack, 2008). Le fait que l'automutilation se produise la majorité du temps à l'heure du coucher, de façon à ce que les adolescentes puissent dissimuler cet acte, provoquerait chez ce groupe d'individu la détente et favoriserait même le sommeil (Sutton, 2005). D'ailleurs, ce geste pourrait éventuellement créer une forme de dépendance selon Derouin et Bravender (2000).

Qui s'automutile ? L'incidence de l'automutilation est inconnue parce que l'automutilation est un comportement tabou et socialement inacceptable. Elle est

souvent négligée, non diagnostiquée par les psychiatres et par ailleurs, cachée et non rapportée par les patientes (Favazza, 1998). Par contre, il est reconnu selon plusieurs études, que la grande majorité des personnes qui s'automutilent sont des adolescentes caucasiennes, de sexe féminin qui ont une histoire d'abus physique ou sexuel et où la dépression et l'alcoolisme des parents sont souvent en cause (Goodman-Lesniack, 2008; Ross & Heath, 2002). La personne qui s'automutile semble stable et fonctionnelle de l'extérieur, mais intérieurement, possède habituellement une très faible estime de soi. Plusieurs études présentent une classification de l'automutilation comme un symptôme appartenant au trouble de personnalité limite, tel que vu antérieurement. D'autres conditions de comorbidité sont souvent présentes : trouble dissociatif, trouble de l'humeur, trouble anxieux, troubles alimentaires, trouble post-traumatique ou dépression (Goodman-Lesniack, 2008). Finalement, une recherche conduite par Levander (2005) indique que près de 13% des automutilatrices ont été témoins d'un comportement d'automutilation chez une autre personne avant d'en faire elles-mêmes l'expérience. Il y aurait un phénomène de contagion chez ces jeunes qui s'auto-infligent des lésions corporelles (Levander, 2005).

2.3 Perceptions et attitudes des infirmières devant le phénomène de l'automutilation chez les adolescentes

Les résultats de certaines études indiquent que la plupart des infirmières en milieu psychiatrique auraient des perceptions négatives quant aux comportements automutilatoires (Clarke & Whittaker, 1998; Huband & Tantam, 2000; McAllister et al, 2002). Elles auraient tendance à croire, à tort, que ces patientes sont manipulatrices et qu'elles recherchent à mobiliser l'attention. Pourtant, la majorité des personnes qui s'automutilent ne recherchent aucunement à attirer l'attention. Bien au contraire, elles redoublent d'efforts afin de cacher leur propension à l'automutilation qui est un comportement hors-norme, tabou (McAllister, 2003) qui favorise l'exclusion des individus dans une société qui valorise le contrôle des

sentiments, des perceptions et des actions des personnes (Pembroke, 1991). L'acte automutilatoire serait donc dans la vaste majorité des cas, un acte solitaire qui prendrait place dans le secret le plus complet (Emerson, 2010). Il est à noter que les adolescentes choisissent parfois de s'automutiler à des endroits tels que l'abdomen, le dessous des seins et les parties génitales (McDonald, 2006), comme nous l'avons vu précédemment. Cela étant opposé à la croyance générale qui veut que la personne s'infligeant de telles blessures cherche à mobiliser l'attention des gens de leur entourage, puisque la plupart des adolescentes auront tendance à porter des vêtements plus amples et longs de façon à couvrir les cicatrices et les blessures qu'elles se sont infligées (Goodman-Lesniack, 2008).

Une autre perception négative ou erronée en lien avec le phénomène de l'automutilation est l'association entre l'automutilation et l'échec associé à une tentative de suicide (Emerson, 2010; Jeffery & Warm, 2002). Favazza (1998) indique plutôt que les comportements d'automutilation ne seraient pas considérés comme des tentatives de suicide. Favazza (1998) qualifie même ce phénomène comme étant un modèle d'« antisuicide ». L'automutilation, non seulement, s'oppose au suicide, mais protégerait du suicide. C'est en quelque sorte un mécanisme de *coping* qui protégerait la vie. Une personne qui tente de commettre un suicide désire mettre fin à son existence, tandis qu'une personne qui s'automutile ne recherche généralement pas à s'enlever la vie, mais utilise plutôt l'automutilation comme une source de soulagement des souffrances ressenties. Toutefois, les personnes qui s'automutilent seraient quand même 18 fois plus à risque de commettre un suicide (Van Sell & al., 2005). L'automutilation délibérée est en conséquence, une méthode de résolution de problèmes inefficace et il y a possibilité d'agir autrement. Enfin, en ce qui se rapporte aux perceptions des infirmières rattachées au phénomène de l'automutilation, Jeffery et Warm (2002) rapportent qu'il est important de prendre en considération ces perceptions puisqu'elles ont, la plupart du temps, un impact sur la façon dont les professionnels de la santé vont intervenir auprès des personnes qui s'automutilent.

De par ces perceptions négatives et erronées quant au phénomène de l'automutilation, il se dégage des attitudes négatives de la part des infirmières. Les infirmières expriment souvent de l'horreur, du dégoût, de l'impuissance, de l'incompétence, de la culpabilité et parfois même de la colère lorsqu'elles ont à intervenir auprès d'individus qui s'automutilent (Huband & Tantam, 2000; McAllister et al, 2002).

Dans une étude quantitative de McAllister et al. (2002) réalisée en Australie où toutes les infirmières d'une urgence ont répondu à un questionnaire, celui du *The Attitude Towards Delicate Self-Harm Questionnaire* (ADSHQ), les auteurs en arrivent à la conclusion que près de 75% des participantes ont rapporté avoir eu de la difficulté à gérer l'automutilation auprès des clientes admises à l'urgence pour ce type de comportements et que 65% ont eu de la difficulté à établir une relation thérapeutique avec les patientes automutilées (McAllister et al. 2002). Les infirmières n'évoluent pas en marge de l'orientation normative de la critique sociale à l'égard de ceux qui présentent des comportements automutilatoires et les divers comportements identifiés par Goodman-Lesniack (2008), comme le fait de se faire saigner, de se brûler, de s'infliger des blessures diverses, de se faire « volontairement mal », amèneraient *a priori* les infirmières à réagir dans le sens de la norme soit à identifier ces comportements comme incompréhensibles. D'autant plus que le phénomène de l'automutilation va à l'encontre des valeurs humaines comme celle de la préservation de soi (McAllister, 2003).

2.4 Quelques pistes d'interventions selon le point de vue de quelques professionnels de la santé (les infirmières et les psychiatres)

Selon la perspective infirmière. Pour intervenir adéquatement auprès des adolescentes qui s'infligent des blessures, il est essentiel pour le personnel infirmier de développer tout d'abord une relation de confiance avec ces patientes (Goodman-Lesniak, 2008). Cela est essentiel à toutes interventions infirmières efficaces. Une relation de confiance commence par une écoute active, une grande disponibilité, une

honnêteté et une ouverture à la réalité de l'autre (Goodman-Lesniak, 2008). Or, tel que mentionné précédemment, les attitudes des infirmières exerçant auprès des personnes qui s'automutilent se révèlent majoritairement négatives.

Selon Hicks et Hinck (2009), les interventions infirmières en regard de l'automutilation se regroupent sous trois dimensions : émotionnelle, sociale et biologique. La dimension émotionnelle des interventions met l'accent sur le *counseling* et favorise le *journaling*. Le but de ces activités est de promouvoir l'expression des sentiments. Le *counseling* consiste en des thérapies individuelles, de groupes ou familiales tandis que le *journaling* est une stratégie qui permet de noter sur papier le pourquoi, le quand et le comment de l'acte d'automutilation. Par ces deux moyens, la personne apprend à s'exprimer de manière beaucoup plus adéquate. La dimension sociale des interventions consiste en des activités instaurées avec l'intention de vouloir changer ou réduire la fréquence des comportements autodestructeurs. L'utilisation de contrats établis entre la patiente et le professionnel de la santé peut en être un exemple. Normalement, le contrat est un engagement écrit qui détermine un comportement attendu par la patiente, permettant de diminuer les actes d'automutilation. La thérapie cognitivo-comportementale est aussi très utilisée selon certains auteurs (Hicks & Hinck, 2009; Crowe & Bunclark, 2000). C'est en fait, une thérapie qui aide la personne ayant des comportements automutilatoires à changer sa manière d'agir, son comportement, en modifiant ses pensées, qui sont la plupart du temps irrationnelles. Pour ce qui est de la dimension biologique des interventions, elle comprend essentiellement l'administration d'agents pharmacologiques de manière à aider et à offrir aux personnes ayant un problème d'automutilation un contrôle sur l'impulsivité, l'anxiété, la colère ou la dépression. Les antidépresseurs, notamment les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS), sont habituellement les médicaments privilégiés (Derouin & Bravender, 2004; Favazza, 1998; Glenn & DeNisco, 2006; McDonald, 2006). Pour celles qui ne répondent pas à ce traitement, les neuroleptiques ou les anxiolytiques peuvent aussi être utilisés (Glenn & DeNisco, 2006).

Il est à noter que les interventions infirmières énumérées ci-dessous proviennent d'études majoritairement descriptives et que ces études ont été réalisées spécifiquement auprès d'une clientèle adulte. Sans remettre en question la valeur des résultats de ces études, à notre connaissance, aucune étude scientifique ne porte sur des interventions infirmières propres au phénomène de l'automutilation chez les adolescentes. Il est plutôt étonnant de constater ce fait puisque c'est chez cette clientèle que l'on retrouve la plus grande incidence quant au phénomène de l'automutilation (Ross & Heath, 2002; Nixon & al, 2008). Il est donc tout à fait justifiable de mener une étude portant sur les interventions infirmières privilégiées auprès d'adolescentes qui s'automutilent en milieu pédopsychiatrique.

Selon la perspective des psychiatres. À la suite de plusieurs recherches sur les interventions lors d'une situation d'automutilation d'après la perspective des psychiatres, nous avons répertorié un guide clinique, une méta-analyse et deux recensions systématiques des écrits. À notre connaissance, ces documents sont les plus récents relativement à l'efficacité des interventions en regard de l'automutilation.

Le premier document consiste en un guide clinique. Il s'agit du guide clinique élaboré en 2004 par le *National Collaborating Centre for Mental Health* (NCCMH), un des centres du *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) en Angleterre. Celui-ci, développé entre autres par des psychiatres et des psychologues et destiné à l'attention des professionnels de la santé, décrit un panorama d'interventions nécessaires pour bien gérer et prévenir le phénomène de l'automutilation dans les soins de première et de deuxième ligne. Des interventions psychosociales, psychologiques et pharmacologiques de l'automutilation ont été énumérées tout au long de ce guide clinique. Celles qui apparaissent comme étant les plus importantes d'après l'étudiante-chercheuse sont décrites comme suit de façon

non exhaustive : les interventions intensives³, les traitements donnés à domicile et les contacts téléphoniques.

Le guide clinique NICE (2004) constitue un outil de référence de façon à favoriser l'éducation des professionnels quant aux pratiques exemplaires actuelles. À ce propos, ce guide clinique présente entre autres certaines recommandations quant à l'importance pour les personnes travaillant au triage, de pouvoir bénéficier d'une solide formation ayant trait aux différents problèmes de santé mentale qu'elles sont susceptibles de rencontrer (ce qui inclut les comportements automutilatoires). De l'information basée sur les meilleures « évidences » ou données probantes pour favoriser le rapport coût-efficacité est aussi présentée dans ce guide. Il est d'ailleurs indiqué dans celui-ci que la totalité des recommandations qui y figurent sont basées sur des données probantes. Pourtant, il ne ressort que très peu de données probantes quant à l'efficacité réelle des interventions suggérées (Pitman & Tyrer, 2008 ; Royal College of Psychiatrists, 2010). À propos des conclusions présentées, il apparaît impossible d'identifier clairement les meilleures interventions basées sur des données probantes puisque, comme nous l'avons mentionné, très peu de données probantes sont présentées de façon à ce que le lecteur puisse statuer si une intervention fonctionne ou ne fonctionne pas. Ce guide clinique présente tout de même un portrait des multiples interventions possibles. Les diverses interventions présentées pour un meilleur dépistage des problèmes de santé mentale, entre autres celle ayant trait au triage, constituent aussi un point fort de ce guide clinique.

³ L'intervention intensive (aussi connue sous le nom *assertive outreach*) consiste en l'utilisation de diverses stratégies comme les contacts téléphoniques réguliers et les visites à domicile, de façon à accroître l'engagement du client et ainsi réduire les comportements automutilatoires (Burns, Michael, Hazell & Patton, 2005).

Pour poursuivre, nous avons repéré une méta-analyse traitant de l'efficacité de la thérapie de résolution de problèmes⁴ comme intervention face au phénomène de l'automutilation. Dans l'introduction, Townsend et al. (2001) clarifient le contexte dans lequel ils ont mené cette méta-analyse. Ils indiquent qu'une autre méta-analyse (Hawton et al., 1998), faite antérieurement et ayant comme but de démontrer l'efficacité de la thérapie de résolution de problème sur la fréquence des comportements automutilatoires, aurait permis de révéler que cette thérapie serait efficace. Le taux de répétition des comportements automutilatoires aurait été de 15,5 % chez les sujets ayant bénéficié de la thérapie de résolution de problème en comparaison avec un taux de 19,2 % chez le groupe contrôle. Pourtant, cette différence ne s'est pas révélée statistiquement significative, et ce, probablement à cause du petit nombre de participants selon Hawton et al., (1998). Connaissant ces résultats, ces auteurs ont décidé d'effectuer d'autres analyses quant au phénomène de l'automutilation en lien avec les composantes de la dépression, du désespoir et de l'amélioration des problèmes. Ceux-ci ont tenté d'explorer ces composantes puisque la plupart des personnes qui s'automutilent vivent avec des conditions de comorbidité telles que la dépression (Hawton et al., 1998). Dans la méthodologie de cette méta-analyse, les auteurs ont utilisé des procédures standardisées provenant de *Cochrane Collaboration*, ces procédures étant considérées de sources fiables. Les articles recherchés devaient être des essais cliniques randomisés pour être inclus dans cette méta-analyse. La définition de la thérapie de résolution de problème a été décrite en détail par les auteurs. L'extraction des données utilisées pour réaliser cette méta-analyse a été faite par deux juges qui ont procédé à l'aveugle ce qui, selon Burns & Grove (2009), est parfaitement adéquat. La façon dont ces deux juges ont extrait les essais cliniques randomisés a été vaguement expliquée, ce qui constitue une faiblesse de cette méta-analyse. En tout, six essais cliniques randomisés ont été retenus (n=583 participants).

⁴ La thérapie de résolution de problèmes consiste en une série d'étapes séquentielles de résolution de problèmes et vise à minimiser les émotions négatives et de maximiser l'identification, l'évaluation et la mise en œuvre de solutions optimales (Soomro, 2006).

Un tableau-synthèse des caractéristiques des essais randomisés retenus pour cette méta-analyse a été présenté aux lecteurs de façon à clarifier les caractéristiques des participants et celles des interventions prodiguées. À l'aide de ce tableau, nous pouvons répertorier plusieurs différences quant à la façon dont les interventions ont été mises en place dans chacune des études. Dans certains cas, les groupes expérimentaux ont reçu des traitements qui n'étaient pas similaires d'une étude à l'autre. Plusieurs disparités étaient aussi présentes pour les groupes contrôles. Parfois certains de ces groupes auraient même bénéficié partiellement des interventions. Les interventions de thérapies cognitives avaient souvent des durées variables d'une étude à l'autre (de trois semaines à trois mois), ces durées n'étant même aucunement spécifiées pour un des essais. La grande disparité entre les caractéristiques de ces études nous amène donc à émettre certaines réticences quant à la mise en commun de ces résultats et constitue selon nous une limite à l'étude. Les résultats de cette méta-analyse ont tout de même permis de démontrer que l'effet de la thérapie de résolution de problème diminuait la composante de la dépression (n=258 participants) avec un écart-type moyen de -0,36 ce qui veut dire qu'elle est statistiquement significative. La thérapie a aussi permis une diminution de la composante du désespoir de façon significative. En somme, les auteurs en concluent que la thérapie de résolution de problème a apporté des données probantes sur les composantes de la dépression, du désespoir et de l'amélioration des problèmes auprès de personnes qui s'automutilent.

Mise à part cette méta-analyse, nous avons répertorié une recension systématique des écrits provenant de la librairie *Cochrane*, qui a été réalisée par Hawton et al. (2009). Elle traite de l'efficacité des interventions ainsi que des traitements psychosociaux et pharmacologiques prodigués à des patientes ayant des comportements automutilatoires. Nous avons constaté que les auteurs de cette recension systématique ont procédé à l'évaluation de la qualité de chacune des études primaires de façon structurée, en ayant recours à des cotes d'appréciation variant de pauvre (C) à excellent (A). Il est à noter que deux juges ont procédé à ces évaluations et qu'un troisième juge avait aussi été prévu en cas de problème

consensuel. En tout, 23 essais cliniques randomisés (n=3014 participants) ont été retenus pour cette recension systématique et 70 % des écrits répertoriés auraient obtenu la côte d'excellence (A). La présentation de la description détaillée des caractéristiques ayant justifié le retranchement de certains articles de l'échantillon initial de cette recension, nous est aussi apparue comme étant pertinente et transparente. Ce simple fait permet aux lecteurs de juger par eux-mêmes de la pertinence de ces choix qui, ont un impact sur la validité des données de la recension des écrits.

La méthode de recherche utilisée afin de localiser les études constitutives d'une recension des écrits est hautement importante puisqu'elle est garante de la rigueur déployée par ses auteurs et de la force des inférences de la recension en question (Oxman & Guyatt, 1988). La méthode de recherche utilisée par Hawton et al. (2009) pour mener à bien leur recension systématique, présente pourtant certaines failles. Ces auteurs avouent notamment ne pas avoir été à même de répertorier suffisamment de données concernant certaines variables des résultats. Selon les écrits de Conn, Isaramalai, Rath, Jantarakupt, Wadhawan et Dash (2003) quant à l'importance de diversifier les méthodes de recherche documentaire, il apparaît que certaines stratégies de recherche comme la consultation des divers registres de recherches, la recherche d'actes de conférences, la recherche internet d'études non publiées et la recherche à partir de la littérature internationale (rapport publié dans d'autres langues que l'anglais), auraient pu être mises à profit par les auteurs de façon à permettre la localisation de ces données manquantes.

En ce qui a trait aux conclusions présentées dans cette recension systématique des écrits, il n'en ressort que très peu de données probantes permettant d'émettre des recommandations claires en lien avec les interventions et traitements de l'automutilation. Cependant, la mesure des rapports de cotes ajustées à la variable « thérapie de résolution de problème » (valeur de 0,71), a indiqué que cette intervention a eu un effet global significatif avec un intervalle de confiance de 95 %. La probabilité que les sujets exposés à l'intervention continuent de s'automutiler

serait donc moins grande. Pourtant, comme le nombre d'essais cliniques randomisés répertorié à propos de la thérapie de résolution de problème n'était que de cinq (n=571 participants), les auteurs de cette recension rapportent qu'il serait impératif de bénéficier de plus d'études afin de statuer réellement sur l'efficacité de cette intervention. Enfin, selon les résultats présentés, la thérapie pharmacologique du Flupenthixol⁵ (n=30 participants) et la thérapie dialectique comportementale⁶ (n=39 participants) ont toutes deux significativement diminué la fréquence des comportements automutilatoires. Toutefois, au même titre que pour ce qui est de la thérapie de résolution de problème, les auteurs indiquent que l'efficacité réelle de la thérapie pharmacologique et de la thérapie dialectique demeure incertaine, puisqu'un seul essai clinique randomisé a été répertorié pour chacune de ces deux interventions.

Enfin, nous avons pris en considération une deuxième recension systématique des écrits, une recension conduite par Soomro (2008). Elle porte sur une question simple : quel est l'effet des traitements de l'automutilation? La description des traitements de l'automutilation (*cognitive therapy*⁷; *continuity of care*; *dialectical behavioural therapy*; *emergency card*; *flupentixol depot injection*; *general practice-based guidelines*; *hospital admission*; *intensive outpatient follow-up plus outreach*; *mianserin*; *nurse-led case management*; *oral antipsychotics*; *paroxetine*; *problem-solving therapy*; *psychodynamic interpersonal therapy*; and *telephone contact*) est

⁵ Le Flupenthixol est un dérivé des thioxanthènes ayant des propriétés antipsychotiques. Il est le plus souvent utilisé pour le traitement d'entretien chez les patientes qui souffrent de schizophrénie. L'effet du Flupenthixol varie beaucoup d'une personne à l'autre, son utilisation nécessite donc une surveillance très étroite (Association des pharmaciens du Canada, 2009).

⁶ La thérapie dialectique comportementale « consiste à recourir au dialogue pour aider le client à retravailler les modes de gestion de crises destructifs. La thérapie dialectique comportementale apprend au client qu'il existe des choix qui, pendant la résolution de crises, peuvent atténuer les pensées suicidaires et les modes de réaction émotionnelle. Cette thérapie se concentre sur l'apprentissage par le client de nouveaux modes de pensée et de comportement » (Fortinash & Holoday-Worret, 2003 p.282).

⁷ La thérapie cognitive est une forme de psychothérapie visant à corriger les pensées déformées et les croyances erronées responsables de la récurrence de la maladie. Elle consiste en l'utilisation du questionnement socratique en mettant à profit des arguments logiques, et en évaluant de façon empirique les croyances du client (Soomro, 2006).

présentée immédiatement après le résumé sous forme de tableau. Cette présentation graphique permet d'informer rapidement le lecteur quant aux interventions qui seront abordées tout au long de la recension. La qualité des données probantes répertoriées a été classée selon la méthode d'évaluation *GRADE* (haut, modéré ou très bas).

En tout, 19 recensions systématiques, essais cliniques randomisés et études observationnelles ont été répertoriés dans le cadre de cette recension. Dans tous les écrits que nous avons répertoriés pour mener à bien cette recension critique des écrits, Soomro (2008) est le seul auteur à avoir utilisé des études observationnelles. Si l'on se réfère aux indications de Maisson (2010) en ce qui a trait à la force limitée de ce type d'étude, nous pouvons entrevoir un biais consécutif à la grande disparité des divers niveaux d'« évidences » de chacun des écrits utilisés dans cette recension.

En ce qui a trait aux conclusions, l'auteur indique qu'aucune « évidence » n'est perceptible quant à la plus grande efficacité d'une intervention par rapport à une autre. Cependant, d'après les résultats d'une étude clinique randomisée réalisée par Brown, Ten Have, Henriques, Xie, Hollander et Beck (2005), que l'auteur a répertorié dans sa recension, il apparaît que la fréquence des comportements de l'automutilation est moins grande lorsque les sujets étaient exposés à la thérapie cognitive. La mesure des rapports de hasard (*hazard ratio* = 0.51) ajustée de la variable « thérapie cognitive », s'est avérée significative avec un intervalle de confiance de 95 %. Comme la valeur P associée à ce rapport de hasard était de 0,045, l'hypothèse nulle doit être rejetée, soit celle qui prétend que cette intervention n'a aucun effet. Même si cette intervention avait des effets sur la fréquence des comportements automutilatoires, il est à noter que l'essai randomisé qui a été utilisé pour en arriver à cette conclusion avait tout de même été classifié comme ayant une qualité modérée. Ce qualificatif aurait été attribué à cette étude consécutivement au peu de données sur lesquelles elle s'appuie. Pourtant, l'échantillon utilisé pour cette étude était de 120 participants. Même si l'effet de cette intervention était modéré, l'auteur de cette recension suggère l'utilisation de la thérapie cognitive lorsqu'aucune autre intervention ne s'est avérée efficace. La thérapie de résolution

de problème, la thérapie dialectique comportementale ainsi que la thérapie pharmacologique du Flupentixol n'ont pas démontré d'efficacité dans cette recension systématique contrairement aux recommandations de Hawton et al., (2009) par exemple.

Pour résumer toutes les interventions énumérées selon le point de vue des psychiatres, revoyons brièvement celles qui ont pu démontrer des données probantes à travers les quatre documents exposés précédemment. Il y a tout d'abord, les interventions intensives en externe, les traitements donnés à domicile ainsi que les contacts téléphoniques qui ont été décrits dans le guide clinique de NICE. Par ailleurs, la thérapie dialectique comportementale s'est montrée efficace dans l'étude de Hawton et al. (2009). Cependant, cette thérapie est habituellement dédiée aux jeunes femmes ayant un trouble de la personnalité limite (Hawton et al., 2009). En ce qui a trait à la thérapie pharmacologique du Flupentixol dont l'étude de Hawton et al. (2009) démontre un effet positif, nous devons inévitablement nous rendre à l'évidence que les conclusions de l'étude de Soomro (2008), révèlent plutôt une absence d'effet. Dans la méta-analyse de Townsend et al. (2001), il y a eu présentation de données probantes quant à l'efficacité de la thérapie de résolution de problème sur les comportements d'automutilation. Pourtant, la différence entre le taux de répétition des comportements automutilatoires chez les sujets ayant bénéficié de la thérapie de résolution de problème et le taux chez les sujets du groupe contrôle ne s'est pas révélé statistiquement significative. Cette thérapie serait tout de même considérée comme prometteuse selon les résultats de l'étude de Hawton et al. (2009). La thérapie cognitive a démontré sa pertinence et son utilisation serait salutaire lorsqu'aucune autre intervention ne s'avère efficace (Soomro, 2008). En somme, il apparaît qu'aucune intervention ne serait préconisée de façon nette et précise. Cependant, à la lueur de ces réflexions, les interventions qui nous semblent le plus efficaces auprès des personnes qui s'automutilent seraient les suivantes : la thérapie de résolution de problème ainsi que la thérapie cognitive.

La partie suivante sera consacrée à la description des facteurs qui ont une influence sur les interventions privilégiées en situation d'automutilation chez les adolescentes.

2.5 Facteurs influençant les interventions quant au phénomène de l'automutilation

Culture organisationnelle. La culture organisationnelle se définit comme étant l'ensemble des valeurs et des traits caractéristiques qui sont communs aux membres d'une organisation. Il s'agit d'un ensemble complexe de valeurs, de croyances, de prémisses, de traditions et de symboles qui définissent la manière dont une organisation réalise ses activités (Bergeron, 2006). Les hôpitaux ont une culture organisationnelle rattachée à une structure bureaucratique très développée. Cette structure bureaucratique ne favorise pas l'autonomie et l'autogestion, mais s'inscrit plutôt dans un mode de processus décisionnels non participatifs (Tremblay, 1999 ; Bergeron, 2006).

En effet, dans l'étude de O'Donovan et Gijbels (2006), la plupart des infirmières ont l'impression de manquer d'autonomie et de contrôle au sein du milieu psychiatrique. Dans cette même étude, un autre facteur à l'origine des difficultés des infirmières à intervenir est exposé, il s'agirait du modèle biomédical au sein de la culture psychiatrique. Ce modèle, qui met principalement l'accent sur le traitement (*cure*) va influencer les soins (*care*) prodigués par les infirmières. Les résultats d'une étude de O'Donovan (2007) révèlent que l'intervention infirmière favorisée pour les patientes qui s'automutilent en milieu psychiatrique consisterait principalement en une intervention pharmaceutique suivie d'une intervention médicale. Selon Tremblay (1999), le domaine médical influence inextricablement la culture organisationnelle des divers centres hospitaliers. Une étude australienne réalisée par Slaven et Kisely (2002) auprès d'intervenantes de la santé dont plus de la moitié étaient des infirmières, a permis d'identifier que le manque de structure organisationnelle (par exemple au niveau de la gestion des cas des patientes et du

suivi des soins) était la barrière la plus importante en ce qui a trait aux difficultés à intervenir auprès de celles qui s'automutilent, ce qui est en accord avec les résultats de l'étude O'Donovan et Gijbels (2006). Ce manque de structure organisationnelle est principalement dû au fait qu'il y a peu de lignes directrices qui indiquent clairement les interventions à prodiguer en situation d'automutilation chez les adolescentes et ce, afin d'aider les professionnels à mieux faire face avec cette problématique. Des recommandations permettant de favoriser une meilleure structure organisationnelle ont d'ailleurs été proposées à la toute fin de cette étude. Parmi celles-ci, notons une meilleure communication interservices, interdisciplinaires et la création de lignes directrices.

Lobbys pharmaceutiques, idéologie néolibérale et effets secondaires. Actuellement en Occident, les médicaments prennent énormément de place dans les milieux institutionnels psychiatriques et le recours systématique à la médication influence nécessairement la pratique des infirmières. Au Québec, les restrictions budgétaires dans le domaine de la santé ont contribué à favoriser l'utilisation de la médication comme traitement de l'automutilation puisqu'elle est considérée comme étant un traitement peu coûteux en comparaison avec d'autres formes de traitements comme les thérapies et les rencontres avec les différents professionnels qui demandent plus de ressources professionnelles et de temps (Del Barrio, Corin & Poirel, 2001).

Le recours aux traitements pharmacologiques en psychiatrie est aussi largement influencé par le puissant lobby de l'industrie pharmaceutique. D'après Laboutière (2005), ce lobby se décline sous deux formes spécifiques : le premier de ces lobbys serait directement pratiqué auprès des médecins par un vaste réseau de visiteurs médicaux, mais aussi particulièrement à travers le curriculum de formation continue qui est largement financé par l'industrie pharmaceutique. Le deuxième de ces lobbys, qualifié d'indirect, s'exercerait auprès des grands médias et des associations de patients, de façon à ce que ceux-ci influencent à leur tour les prescripteurs – soit les médecins. Ces deux types de lobby, qui sont extrêmement

puissants, ont pour effet délétère d'évincer insidieusement de la psychiatrie, la mise en place d'une relation avec le patient qui est thérapeutique et pour laquelle il est impératif d'accorder du temps (Laboutière, 2005). Les infirmières qui travaillent en santé mentale sont grandement influencées par l'approche biomédicale qui prône les traitements pharmacologiques; Argenty (2005) se questionne d'ailleurs à savoir si les infirmières ne sont pas devenues de simples exécutantes de ce pouvoir pharmacologique hégémonique, celui-ci fait donc appel à une pratique infirmière qui ne consiste pas en une banale reformulation de la pratique médicale. Il apparaît d'ailleurs qu'il est extrêmement difficile pour les infirmières de ne pas tomber dans ce piège puisque ce sont souvent les infirmières qui suggèrent aux médecins de prescrire certains médicaments aux patientes en plus d'être celles qui les administrent et en évaluent l'efficacité.

D'après St-Onge (2013), les compagnies pharmaceutiques exploitent littéralement le mal-être des patients qui ont des troubles psychiatriques au détriment de la santé publique. Parce qu'elles désirent par-dessus tout satisfaire l'appétit démesuré de leurs actionnaires, celles-ci n'hésiteraient d'ailleurs pas à favoriser la médicalisation d'évènements qui sont tout à fait courants dans la vie des individus (St-Onge, 2013). Ces compagnies contribueraient à la mise en place d'essais cliniques falsifiés et n'auraient aucune gêne à corrompre les médecins, à intimider les chercheurs et même à infiltrer différents ordres professionnels (St-Onge, 2013). Toujours selon ce même auteur, les amendes parfois faramineuses qui découlent de ces agissements ne permettraient aucunement de faire cesser ces pratiques déloyales. Dans le même ordre d'idée, Laboutière (2005) souligne qu'il est de plus en plus courant de voir apparaître simultanément de nouveaux troubles au DSM et de nouvelles molécules offertes par l'industrie pharmaceutique. Ce même auteur laisserait entendre que l'on créerait littéralement de nouveaux troubles au DSM à partir des molécules nouvellement découvertes par les pharmaceutiques, une pratique des plus questionnable sur le plan éthique.

Chez les Québécois, la consommation des antidépresseurs est en hausse auprès des enfants et des adolescentes. La vente de ces médicaments aurait triplé chez cette clientèle (Pineault, 2009). Entre 2005 et 2008, le nombre d'ordonnances d'antidépresseurs à des jeunes de moins de 19 ans est passé de 676 642 à 2 004 416, soit une hausse fulgurante de 196% (Pineault, 2009). Pour la première fois en 2008, le Québec est aussi devenu la province canadienne où l'on a prescrit le plus d'antidépresseurs à de jeunes patientes (Pineault, 2009). Il y a plusieurs raisons qui font en sorte que les jeunes patientes se voient prescrire de plus en plus d'antidépresseurs. Tout d'abord, en ce qui a trait spécifiquement au système de santé, il est certain que la logique de rationalisation des coûts qui y est omniprésente (Contandriopoulos, 1994) a une influence majeure sur l'augmentation de ce type de prescription. Par exemple, la prescription d'antidépresseurs demande effectivement l'intervention de beaucoup moins d'intervenants que la mise en place d'une thérapie cognitivo-comportementale ou qu'une rencontre régulière avec un psychologue ou un psychiatre. Et ce, même si nous l'avons vue précédemment d'après les recherches que nous avons effectuées, ces thérapies apparaissent comme étant plus efficaces que l'utilisation de la médication. Même si les coûts associés à la consommation d'antidépresseurs peuvent apparaître élevés (Pineault, 2009), il en coûte tout de même moins cher de prioriser ce traitement. De plus, la pénurie d'intervenants dans le domaine de la santé réduit le nombre d'options envisageables. Il y a aussi pénurie de médecins et ceux-ci ont souvent tendance à prescrire des antidépresseurs par manque de temps (Del Barrio, Corin & et Poirel, 2001). Avec le ratio médecin/patients qui est de plus en plus déséquilibré, il apparaît beaucoup plus facile de prescrire que planifier la mise en place de traitements à long terme qui demande une logistique particulière et nécessite l'intervention de plusieurs intervenants. Ainsi, la vente d'antidépresseurs rapporte énormément d'argent aux compagnies pharmaceutiques. L'an dernier, les patientes québécoises ont déboursé près de 341,4 millions de dollars pour se procurer des antidépresseurs qui leur avaient été prescrits par leur médecin. La portion qui touche principalement les jeunes de moins de 19 ans est de 61,7 millions de dollars (Pineault, 2009).

Mis à part les antidépresseurs comme traitement pharmacologique, les psychiatres peuvent aussi prescrire des antipsychotiques (ex: Zyprexa, Seroquel ou Haldol) chez les jeunes qui s'automutilent, et ce, dans un but premier de diminuer l'impulsivité des gestes ou l'anxiété immédiate. Il est bien connu que tous les médicaments possèdent des effets secondaires (OMS, 2013); les antipsychotiques ne font pas exception. Les effets extrapyramidaux des antipsychotiques sont des effets indésirables représentant un ensemble de manifestations physiques et psychiques. Ils comprennent généralement une hypertonie ou rigidité, une akinésie c'est-à-dire des mouvements rares et lents, une impatience, un besoin de bouger sans cesse et finalement des tremblements importants. L'incidence des symptômes extrapyramidaux est plus grande chez les jeunes personnes que les adultes (OMS, 2013). Par ailleurs, les adolescentes sont plus sensibles à l'impact des effets secondaires des médicaments. Par exemple, le gain de poids, qui est l'effet secondaire le plus fréquent des antipsychotiques, affectera l'image corporelle de la jeune et est susceptible de diminuer son estime de soi. Il est à noter que chez les adolescentes qui s'automutilent, cela est extrêmement problématique puisque l'estime de soi de celles-ci est déjà déficitaire.

En somme, l'étudiante-chercheuse n'a recensé aucune étude qui explore le phénomène de l'automutilation des adolescentes en plus de traiter des interventions infirmières propres à ce phénomène. Par ailleurs, d'après les écrits énumérés précédemment, aucune étude ne porte sur une population d'infirmières d'origine québécoise ayant à intervenir auprès d'adolescentes qui s'automutilent. Les résultats des études déjà présentées ne peuvent donc être transférables (il s'agit ici de transférabilité analytique [Fortin, 2010]) dans des pays comme le Canada puisque chaque système de la santé est « culturellement et contextuellement spécifique » [Traduction libre] (O'Donovan & Gijbels, 2006, p.192). Enfin, aucune étude n'a été menée sur les facteurs culturels ou organisationnels qui sont propres à chaque établissement et qui peuvent avoir une influence considérable sur la façon dont les infirmières interviendront auprès d'adolescentes qui s'automutilent. Il est donc

pertinent de réaliser une étude comme celle-ci, une étude portant sur le phénomène de l'automutilation chez les adolescentes, sur les interventions privilégiées par les infirmières qui exercent en milieu pédopsychiatrique ainsi que sur les facteurs qui influent sur la façon dont ces interventions sont prodiguées.

CHAPITRE III

LA MÉTHODE

3. MÉTHODE

Ce chapitre présentera tout d'abord la méthode privilégiée par l'étudiante-chercheuse pour mener à bien cette étude. Par la suite, elle y décrira le milieu où la recherche a eu lieu, l'échantillonnage, les critères d'inclusion, le recrutement des participantes, la méthode de collecte de données, la méthode d'analyse des données, les critères de qualité, les considérations éthiques, la pertinence et portée du projet de recherche et pour finir le partage de savoirs.

3.1 Type d'étude

L'étudiante-chercheuse a utilisé un devis qualitatif de type exploratoire pour cette étude. La recherche exploratoire a pour but de combler une lacune à propos d'un sujet dans les écrits (Van der Maren, 1996). Le choix de ce devis s'appuie sur le fait qu'il n'y aurait aucune recherche québécoise explorant le phénomène de l'automutilation auprès les adolescentes en milieu pédopsychiatrique. Ce type de devis rejoint aussi le but de la présente étude qui est d'explorer le phénomène de l'automutilation, de décrire les interventions que les infirmières privilégient au regard de ce phénomène chez les adolescentes ainsi que les facteurs qui ont une influence sur la façon dont ces interventions infirmières sont prodiguées.

3.2 Milieu de recherche

Le milieu de recherche privilégié pour cette étude est une unité pour adolescentes dans un centre hospitalier universitaire tertiaire et spécialisé en pédopsychiatrie dans une ville québécoise. Ce type de milieu a été sélectionné parce qu'il permettait d'entrer directement en contact avec la population à l'étude soit les infirmières ayant une expertise en pédopsychiatrie. Le choix de ce milieu découle principalement du fait que les infirmières œuvrant dans le milieu pédopsychiatrique sont susceptibles de côtoyer ou d'avoir côtoyé des adolescentes qui se sont automutilées, et ce, en comparaison avec des infirmières qui exercent par exemple en centre hospitalier de soins primaires ou secondaires.

Il est à noter que l'étudiante-chercheuse travaille actuellement à demi temps dans un centre spécialisé en pédopsychiatrie. Ce milieu de travail ne pouvait donc pas constituer son milieu d'étude puisque d'après celle-ci, mais aussi de l'avis de ses directrices, les données qu'elle aurait recueillies auprès de ses collègues de travail auraient pu être biaisées par le lien qu'elle entretient déjà avec ces dernières. Également, puisqu'elle exerce dans ce milieu hospitalier, elle aurait déjà été imprégnée de sa culture organisationnelle; il aurait donc été difficile pour elle de faire abstraction de ses *a priori* quant à cette culture et ses interprétations auraient été moins objectives.

3.3 Échantillonnage

Selon Patton (2002), il n'y aurait pas de lignes directrices précisant ce que la taille d'un échantillon en recherche qualitative devrait être. Au départ, l'étudiante-chercheuse et ses directrices avaient statué qu'un nombre approximatif de 5 à 7 infirmières réparties sur les trois quarts de travail permettrait de former un échantillon approprié pour mener à bien cette étude. C'est effectivement 7 infirmières qui ont été interviewées, le tout en accord avec ces approximations préalables. L'échantillonnage par choix raisonné, aussi connu sous le vocable d'échantillonnage intentionnel, a été utilisé pour cette étude qualitative de type exploratoire selon les recommandations de Fortin (2010) qui indique que cet échantillonnage est le plus couramment utilisé pour ce type d'étude.

Toutes les infirmières ont répondu aux critères d'inclusion de cette étude afin de pouvoir y participer. Voici les quatre critères :

- 1- Être infirmière ou infirmier
- 2- Avoir au moins un an d'expérience dans le domaine de la pédopsychiatrie
- 3- Être déjà intervenue auprès d'une adolescente avec des comportements automutilatoires
- 4- Parler, comprendre et lire le français

3.4 Recrutement et gestion des participantes

Une première prise de contact a été réalisée auprès de la conseillère clinicienne spécialisée en santé mentale du milieu où a été réalisée la recherche et ce, après que la co-directrice de recherche qui a une grande expertise dans le domaine de santé mentale, ait recommandé à l'étudiante chercheuse d'agir de la sorte. Ce contact s'est, *a priori*, fait par courriel, puis des rencontres formelles dans le milieu hospitalier pédopsychiatrique ont eu lieu avec la conseillère clinicienne spécialisée et par la suite avec les autres informateurs-clés (soit l'infirmière-chef de l'unité où a été réalisée la recherche et la directrice des soins infirmiers). Lors de ces rencontres, l'étudiante-chercheuse les a informées de façon exhaustive de ce en quoi consistait son projet de recherche, et ce, notamment en précisant le but de l'étude ainsi que ses questions de recherche. Après avoir obtenu l'approbation de ces informateurs-clés, l'étudiante-chercheuse a débuté des procédures pour la sollicitation des participantes à l'étude.

Tout d'abord, une annonce (voir Annexe A) sur le projet de l'étudiante-chercheuse a été affichée à différents endroits stratégiques au sein de l'unité du volet pédopsychiatrique de l'établissement hospitalier où a été réalisée l'étude, de façon à solliciter la participation d'infirmières. Parallèlement et de façon à obtenir leur consentement, les informateurs-clés ont fait part aux infirmières œuvrant sur cette unité qu'une période d'observation avait été prévue par l'étudiante-chercheuse. De façon simultanée, les informateurs-clés ont également demandé aux infirmières qui étaient susceptibles de répondre aux critères d'inclusion de l'étude, si elles étaient intéressées à accorder une entrevue semi-dirigée à l'étudiante-chercheuse et si elles étaient d'accord à ce que leurs noms, courriels et téléphones soient transmis à celle-ci (l'étudiante-chercheuse) pour l'obtention d'informations supplémentaires. Les infirmières qui ont signifié leur intérêt à participer à l'étude ont été contactées par téléphone par l'étudiante-chercheuse. Celle-ci les a également informées de façon exhaustive des tenants et aboutissants de son projet de recherche. Les formulaires d'information et de consentement ont été utilisés pour expliquer aux participantes ce

qu'impliquait leur participation à cette étude. Une copie de ces formulaires a d'ailleurs été envoyée par courriel ou par la poste à chacune des participantes potentielles, et ce, selon la préférence de chacune. L'étudiante-chercheuse s'est assurée de répondre à toutes les questions que pouvaient avoir les participantes et est demeurée disponible en tout temps au cas où ces dernières auraient eu besoin de plus amples informations. Un rendez-vous entre l'étudiante-chercheuse et les infirmières qui désiraient participer à une entrevue semi-dirigée a été cédulé après la période d'observation sur l'unité de recherche. Il est à noter que l'endroit, la date et l'heure de ces entrevues ont été fixés selon les préférences et la disponibilité des participantes ; c'est-à-dire à l'intérieur ou à l'extérieur de leurs heures de travail.

3.5 Méthode de collecte et gestion des données

Cinq méthodes de collecte des données ont été mises de l'avant dans cette présente étude exploratoire. Les méthodes sont : l'observation du milieu, les entrevues semi-dirigées et informelles, le questionnaire des données sociodémographiques, la recherche documentaire ainsi que le journal de bord.

1. Observation. L'observation directe est une méthode efficace de collecte de données, elle permet de cerner les situations sociales, dont la dynamique, les processus et les composantes ne sont pas encore découverts (Laperrière, 1992). Laperrière (1992), mentionne que le contexte physique dans lequel a lieu l'observation doit être bien circonscrit afin de faciliter le processus (ex : le poste infirmier). L'intégration dans le milieu d'étude s'est faite graduellement afin de ne pas trop modifier les comportements des personnes qui étaient observées.

Pour mener à bien cette étude, il était nécessaire d'observer la culture spécifique du milieu pédopsychiatrique. Tout d'abord, il était question d'observer l'environnement physique du milieu où travaillent les infirmières tel que le poste de travail, les chambres des patientes, la salle d'isolement, la salle à dîner, le salon et les salles de réunions multidisciplinaires. Ces observations ont permis à l'étudiante-

chercheuse de se familiariser principalement avec le fonctionnement et l'organisation du milieu sélectionné pour réaliser cette étude. L'étudiante-chercheuse a également observé les interactions que les infirmières avaient avec leurs collègues de travail sur le « plancher », qu'il s'agisse d'infirmières, d'éducateurs spécialisés ou de préposés aux bénéficiaires. De plus, les interactions avec les autres professionnels de la santé (travailleurs sociaux, pédopsychiatre, psychologue, nutritionniste, professeurs) ont aussi été observées lors des réunions multidisciplinaires.

Suite à l'obtention du certificat d'éthique de recherche octroyé par l'établissement sélectionné pour réaliser cette recherche, la période d'observation a débuté de façon progressive à la mi-décembre 2011 à raison d'une fois par semaine pendant un mois. Elle s'est poursuivie à temps plein sur une période de trois semaines, et ce, sur les trois quarts de travail. La période d'observation s'est terminée au début du mois de février 2012. Un total de 125 heures et 15 minutes d'observation ont été réalisés.

Un consentement oral a été obtenu de la part des infirmières ainsi que des autres professionnels de la santé qui étaient présents et qui ont été observés lors des rencontres multidisciplinaires, le tout ayant été réalisé par l'entremise de l'infirmière-chef de l'unité. Cette dernière a pris la responsabilité d'aviser l'équipe soignante des détails de la période d'observation effectuée par l'étudiante-chercheuse. À cet effet, elle leur a distribué un feuillet explicatif en lien avec cette période d'observation (Voir Annexe B) pour ainsi obtenir leur consentement oral. Il est à mentionner qu'il ne semblait y avoir aucun risque pour les infirmières ou pour les autres professionnels de la santé ayant participé à cette période d'observation. Il se pouvait, par contre, que ces personnes aient ressenti un malaise dû au fait de se savoir observé par l'étudiante-chercheuse. Néanmoins, l'étudiante-chercheuse a fait en sorte de se faire la plus discrète possible, afin que le personnel de l'unité puisse se sentir à l'aise le plus possible et qu'il ne soit pas perturbé dans leur travail quotidien. Par ailleurs, aucun contact verbal et aucune sollicitation n'ont été effectués auprès de ces personnes lors de cette période d'observation et aucun enregistrement

audio/vidéo n'a été effectué. Les personnes qui ont participé à cette période d'observation n'ont reçu aucune compensation financière. Il est à noter également que l'étudiante-chercheuse a pu consigner des notes de terrains (verbatim des conversations) à son journal de bord durant cette période. Par ailleurs, afin de maximiser la richesse des observations, l'étudiante-chercheuse a conçu une grille d'observation pour l'aider à consigner les données (voir Annexe C).

2. a) *Entrevues*. Des entrevues semi-dirigées individuelles (n= 7) d'une durée approximative de 60 minutes ont été réalisées dans le cadre de l'étude, et ce, après la période d'observation. Les participantes susceptibles de répondre aux critères d'inclusion de cette étude ont été contactées par l'étudiante-chercheuse afin de valider leur intérêt à participer à une entrevue semi-dirigée. Les noms, courriels et numéros de téléphone ont préalablement été transmis par les informateurs-clés. L'étudiante-chercheuse a présenté aux participantes un formulaire d'information et de consentement à participer à cette recherche (voir Annexe D) et une copie du formulaire leur a été envoyée. Lors de l'entrevue, les participantes ont toutes reconnu avoir reçu, discuté et compris les renseignements nécessaires au bon déroulement de l'étude (Doucet, 2002). Avant de procéder à l'entrevue, l'étudiante-chercheuse a fait un rappel du but de l'étude et de la procédure de l'entrevue. Elle s'est assurée d'informer les participantes que le contenu de l'entrevue était enregistré sur bande audio, toujours après avoir obtenu leur consentement. L'étudiante-chercheuse s'est assurée également de bien répondre à toutes les questions et aux inquiétudes des participantes et s'est assurée que le formulaire d'information et de consentement avait été signé avant d'entamer l'entrevue.

L'étudiante-chercheuse a préalablement conçu un guide d'entrevue (voir Annexe F) en lien avec les questions de recherche. Les questions du guide d'entrevue qui ont été mises en place selon un ordre particulier ont essentiellement été des repères pour l'étudiante-chercheuse. Au fur et à mesure que des entrevues ont été réalisées, des questions du guide d'entrevue ont été modifiées légèrement en

fonction des réponses fournies par chacune des participantes. Les entrevues se terminaient soit lorsque les participantes ou l'étudiante-chercheuse n'avaient plus rien à rajouter ou lorsqu'une certaine redondance était identifiée par l'étudiante-chercheuse à travers les propos des participantes. En tout, sept infirmiers et infirmières œuvrant dans le milieu où la recherche a eu lieu ont répondu positivement à l'appel, ce qui a permis d'atteindre l'objectif de départ de l'étudiante-chercheuse et de ses directrices concernant la taille d'échantillon (estimation de départ : de 5 à 7 infirmières).

Les entrevues ont été réalisées par l'étudiante-chercheuse dans un local situé dans le milieu hospitalier, et ce, pour faciliter le déplacement des participantes et accroître leurs disponibilités. Elles se sont déroulées à l'intérieur et à l'extérieur des heures de travail des participantes et la date et l'heure de ces entrevues ont été cédulées selon leurs préférences. Pour celles qui ne pouvaient participer à la recherche à l'intérieur de leurs heures de travail régulière, ces infirmières avaient la possibilité de soustraire le temps passé en entrevue de leurs heures de travail prévu. Elles devaient simplement en informer l'infirmière-chef de l'unité. Les participantes avaient donc toutes la possibilité d'être rémunérées comme si elles étaient au travail pour leur contribution à l'étude, et ce, par leur propre institution. Également, en collaborant à l'entrevue semi-dirigée, les participantes étaient éligibles à un tirage d'un certificat-cadeau dans un spa d'une valeur de 100\$ fourni par l'étudiante-chercheuse. Le gagnant ou la gagnante a été contacté(e) à la fin du projet de recherche.

2. b) *Mini entrevues informelles.* Il est important de mentionner qu'il y avait possibilité de mener, uniquement auprès des sept infirmières qui ont participé aux entrevues semi-dirigées, d'autres petites entrevues individuelles ou téléphoniques. Ces mini entrevues dites informelles, réalisées auprès des participantes, permettaient de valider les sentiments, les perceptions et les interprétations de l'étudiante-chercheuse. Fortin (2010) mentionne qu'il est important de toujours approuver nos données collectées, particulièrement si nous avons des questionnements, doutes ou

hésitations sur ces données. Pour que l'étudiante-chercheuse puisse réaliser ces mini-entrevues, il y avait nécessité d'un consentement de la part des participantes et ce consentement a été obtenu à travers le formulaire d'information et de consentement. Ces entrevues ont été réalisées quelques semaines après les entrevues auprès des participantes et elles avaient une durée maximale de 15 à 30 minutes.

3. *Questionnaire des données sociodémographiques.* Un questionnaire des données sociodémographiques a été remis aux participantes et ce, toute de suite après l'entrevue semi-dirigée accordée par ceux-ci. Les participantes ont toutes accepté verbalement à remplir ce questionnaire et une quinzaine de minutes leur a été accordée afin qu'elles puissent y répondre. Des informations sur leur âge, leur sexe, leur état civil, le nombre d'années d'études complétées et nombre d'années d'expérience à titre d'infirmière ont été consignés dans ce questionnaire. Les données recueillies ont été utiles pour l'étudiante-chercheuse puisqu'elles lui ont permis de dresser un profil global des participantes et de constater s'il y avait homogénéité ou hétérogénéité des participantes constituant l'échantillon de l'étude. Nous allons voir subséquemment ce point dans la section des forces de l'étude du chapitre consacré à la discussion (voir chapitre 5). Un résumé du profil sociodémographique des participantes sera également présenté dans le chapitre 4 consacré à la présentation des résultats. Une copie du questionnaire sociodémographique est présentée à l'annexe G. Il est à noter que l'anonymat des participantes a été préservé grâce à l'utilisation de code chiffré et seules les responsables de ce projet de recherche (étudiante-chercheuse et ses directrices) avaient accès à la liste des noms des participantes permettant de les identifier.

4. *Recherche documentaire.* La recherche documentaire est une méthode de collecte de données qui est largement utilisée pour la réalisation de recherches qualitatives. Les documents suivants ont fait l'objet de cette recherche documentaire : dossiers des usagers, principalement les dossiers de ceux ou celles qui présentaient des comportements d'automutilation (sections consultées : motifs d'admission, notes

d'observation de l'infirmière, plan de soins de l'infirmière), rapports écrits interservices, politiques départementales, procédures relatives à la dispensation des soins infirmiers et des aspects relatifs à la sécurité et descriptions officielles des tâches des infirmiers et infirmières durant les trois quarts de travail. Ces documents ont permis à l'étudiante-chercheuse de s'enquérir des interventions privilégiées en cas d'automutilation chez les adolescentes ainsi qu'en apprendre plus sur le fonctionnement et l'organisation du milieu à l'étude. Une autorisation auprès du directeur des services professionnels de l'établissement a préalablement été soumise afin d'obtenir le droit de consultation de ces différents documents. La permission à pouvoir consulter ces documents a été obtenue quelques semaines après le début de l'étude.

5. *Journal de bord.* Tout au long de l'étude, les divers éléments associés aux activités (entrevues et période d'observations) de l'étudiante-chercheuse ont été consignés dans un journal de bord. Tout ce qu'elle a fait, entendu ou observé a été consigné dans ce journal. Ce journal de bord était composé de deux parties. Sur les pages de droite, l'étudiante-chercheuse a consigné le journal d'enquête, tandis que les pages de gauche constituaient le journal de recherche, et ce, conformément aux directives proposées par Beaud et Weber (2003). En haut de chaque page de droite (journal d'enquête), l'étudiante-chercheuse y a inscrit soigneusement lieux, date, circonstances cliniques et noms des personnes qui y ont été impliquées. Elle a inscrit, toujours sur chaque page de droite, des notes de terrains tels que les observations faites, ses impressions, des questions, des descriptions des entrevues, ses idées quant à des lectures, etc. Finalement, sur les pages de gauche, elle y a consigné ses questionnements et ses analyses ayant trait au journal d'enquête.

3.6 Analyse des données

Méthode d'analyse des données. L'analyse qualitative est un « processus de révision, d'organisation, de catégorisation, de synthèse et d'interprétation des données » dans le but de mieux comprendre un phénomène (Fortin, 2010, p. 459). Pour ce faire, les étapes d'analyse élaborées par Tesch (1990) ont été utilisées.

La 1^{ère} étape consistait à lire brièvement toutes les transcriptions pour ainsi obtenir une vision globale des données. Pour réaliser cette étape, l'étudiante-chercheuse a préalablement transcrit intégralement toutes les entrevues (n=7) faites auprès des participantes dans un format commun (logiciel Word) et ce, de façon organisée pour en faciliter la compréhension. Ce processus a duré près de 78 heures.

À la 2^e étape de Tesch (1990), l'étudiante-chercheuse a choisi un document de transcription parmi les sept disponible pour en faire une analyse plus prononcée. Elle a fait une relecture détaillée de ce document, et ce, à plusieurs reprises jusqu'à ce qu'elle puisse se familiariser avec son contenu. À partir de ce qui semblait pertinent en regard des buts de l'étude, l'étudiante-chercheuse a choisi un mot ou une courte phrase pour ainsi déterminer des thèmes les plus importants. L'étudiante-chercheuse a fait ressortir ces thèmes en les annotant de façon électronique sur le côté droit des marges du document de transcription. Les six autres transcriptions ont, par la suite, été prises en compte de la même façon par l'étudiante-chercheuse.

À la 3^e étape, tous les thèmes ont été regroupés ensemble afin d'en faire une liste. Ces thèmes ont été comparés entre eux avec leurs similarités et leurs différences. Les thèmes ayant des ressemblances ont été fusionnés. En cas de doute, Tesch (1990) suggère aux chercheuses de revenir aux documents originaux.

À la 4^e étape, chaque transcription a été relue une troisième fois ou une quatrième fois au besoin pour en dégager d'autres thèmes. Un système de codage a été établi par la suite pour classifier les données, et ce, par des catégories et des

codes. C'est à partir des catégories que des concepts descriptifs et explicatifs ont été identifiés (codes — ces codes sont ordinairement liés entre eux). Par la suite, ces données ont été placées sous la forme de trois colonnes dans un même tableau : grands thèmes principaux, catégories et codes. Un tableau-synthèse a été présenté dans le chapitre sur la présentation des résultats (voir chapitre 4, tableau 2, p.55).

À la 5^e étape, l'étudiante-chercheuse a tenté de dégager d'autres thèmes, des catégories et des codes. Tout au long de ce processus de codification, il y avait donc eu la possibilité de créer de nouvelles catégories ou codes, d'en élargir ou modifier le sens ou tout simplement d'en retirer.

À la 6^e étape, pour chaque code, une description initiale a été réalisée et des citations de textes ont été sélectionnées. À cette étape, l'étudiante-chercheuse s'est servie du logiciel QDA-Miner pour classer les citations sous des codes respectifs.

À la 7^e étape, l'étudiante-chercheuse a assemblé tout le matériel ensemble ce qui lui a permis d'établir l'analyse préliminaire. Il est temps de porter une attention spéciale au contenu actuel. Est-ce que les catégories sont relativement homogènes ? Est-ce qu'ils contiennent trop de contenu ? Ne peuvent-ils pas être fusionnés ? Voici les questions dont l'étudiante-chercheuse a dû se poser, toujours selon les recommandations de Tesch (1990). Des notes ou réflexions personnelles et des mémos sur une feuille ont été consignés de façon manuscrite.

Enfin, la dernière étape consiste à recoder les données existantes au besoin. Il est important de toujours revenir aux buts de la recherche pour faire l'analyse et de questionner si les catégories et les codes ne peuvent pas être modifiés. Pour raffiner cette étape de codification, l'étudiante-chercheuse a fait appel à l'expertise scientifique de ses deux directrices de recherche.

3.7. Critères de qualité

Pour assurer la rigueur scientifique de cette étude, voici les critères de qualité auxquels l'étudiante-chercheuse a tenté de répondre.

1. *Crédibilité*. Ce critère consiste en l'exactitude des relations que l'étudiante-chercheuse a établies entre ses propres observations et l'interprétation de la réalité qu'elle s'en est faite (Fortin, 2010). Parmi les techniques proposées par Fortin (2010) pour assurer la crédibilité de l'étude, l'étudiante-chercheuse a mis à profit les observations faites sur le terrain, qui ont été consignées dans son journal de bord, comme point de repère pour éviter des conclusions prématurées ou des idées préconçues. Par ailleurs, elle a aussi mis à profit la technique de triangulation consistant en la mise en commun des données des diverses méthodes de collecte (soit l'observation du milieu, les entrevues semi-dirigées, le questionnaire des données sociodémographiques, la recherche documentaire ainsi que le journal de bord) dans le but de les comparer et d'en faire ressortir les convergences et divergences. La notification des traits du visage et du langage corporel (le non-dit) qui est inhérente à l'approche de rigueur scientifique de Carspecken (1996), a été aussi mise à profit dans un souci de triangulation puisque la signification des actions passe par ce non-dit. Les données recueillies dans le journal de bord quant au non-dit qui est ressorti dans le cadre des entrevues et des périodes d'observation ont donc elles aussi été triangulées. Des échanges en ce qui a trait aux résultats obtenus dans le cadre de cette étude avec différents chercheurs de la discipline infirmière, mais aussi avec des intervenants provenant des autres disciplines comme la médecine ont aussi eu lieu. Cela a contribué à renforcer la crédibilité de l'étude du fait que les résultats ont été présentés à ces intervenants et qu'ils en ont reconnu la validité.

Par ailleurs, l'étudiante-chercheuse a renforcé la crédibilité de son étude en confirmant ses interprétations des données recueillies grâce aux consultations ou mini entrevues informelles qu'elle a réalisées auprès des participantes après la période de l'observation et des entrevues semi-dirigées. Enfin, l'auteure de ce

mémoire a également validé ses interprétations avec ses directrices de recherche tout au long de l'étude.

2. *Fiabilité*. Pour assurer la fiabilité, les résultats qui découlent d'une étude doivent indiquer un souci de transparence, d'indépendance notamment en ce qui a trait aux différentes idéologies qui influencent l'étudiante-chercheuse (Pourtois & Desmet, 1989). L'étudiante-chercheuse a utilisé son journal de bord afin d'y consigner ses biais. À partir de cette consignation, elle a pu amorcer un travail de réflexion introspectif permettant d'identifier ses idées préconçues ainsi que certaines idéologies qui y étaient associées ou qui auraient pu orienter ses réflexions. Ce travail d'introspection a donc permis à l'étudiante-chercheuse d'éviter des écueils en favorisant une plus grande réflexivité au regard des résultats de l'étude permettant ainsi une plus grande objectivité. L'indépendance de l'étudiante-chercheuse associée au fait que cette étude n'ait pas été réalisée au sein de son propre milieu de travail a également renforcé la fiabilité des résultats obtenus.

3.8. Considérations éthiques

Avant de débiter le processus de collecte des données au sein du milieu de recherche, le protocole de cette étude a été révisé et approuvé par le comité éthique de la recherche de l'établissement sélectionné au mois de décembre 2011. Les points suivants ont été pris en considération afin de respecter les considérations éthiques de ce projet de recherche.

1. *Consentement libre et éclairé*. Tous les membres de l'équipe, dans l'unité où la recherche a eu lieu, ont été informé oralement par les responsables de l'unité, en plus d'être informé par écrit, de la période d'observation réalisée par l'étudiante-chercheuse. Tous ont consenti à cette période d'observation. Le consentement libre et éclairé de chacune des participantes à l'étude a été obtenu lors de l'entrevue semi-dirigée. Quelques semaines avant l'entrevue, l'étudiante-chercheuse a pu informer les participantes qu'elles bénéficiaient d'une période de réflexion pour accepter ou

refuser de participer à cette étude et qu'en tout temps, elles pouvaient se désister sans aucune conséquence. En plus d'expliquer lors de cet entretien, le but de l'étude, les questions de recherche et son déroulement, l'étudiante-chercheuse a informé les participantes des avantages et désavantages à participer à cette étude.

2. *Avantages de l'étude.* En participant à ce projet de recherche, les infirmières pourraient retirer un bénéfice personnel quant aux réflexions en lien avec le phénomène de l'automutilation chez les adolescentes en milieu pédopsychiatrique entre autres en ce qui concerne les interventions infirmières privilégiées et les facteurs organisationnels ayant une influence sur ces interventions. Les réflexions issues de ce processus pourront les aider à cheminer dans leur parcours professionnel d'infirmière en milieu pédopsychiatrique.

3. *Confidentialité des données.* Toutes les participantes ont été avisées que les entrevues étaient enregistrées. L'étudiante-chercheuse a dû s'attarder à expliquer convenablement aux participantes les raisons de cet enregistrement. Les participantes ont également été informées du fait que l'étudiante-chercheuse ferait des observations dans le milieu de l'étude (voir Annexe B). L'anonymat des participantes a été préservé grâce à l'utilisation de code avec chiffre. À la fin du processus de recherche soit à l'intérieur d'un délai de sept ans, les données recueillies seront détruites. Durant l'étude, toutes les données ont aussi été conservées dans un classeur sous clef situé dans le bureau fermé de l'étudiante-chercheuse à l'Université de Montréal.

CHAPITRE IV

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

4. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Ce chapitre sera consacré à la présentation des résultats obtenus lors des entrevues semi-dirigées auprès des sept participantes, des observations réalisées par l'étudiante-chercheuse, de même qu'à travers la recherche documentaire. Tel que mentionné précédemment, le but de cette étude était d'explorer et de décrire les aspects suivants : la compréhension du phénomène de l'automutilation, les interventions privilégiées par les infirmières au regard du phénomène de l'automutilation chez les adolescentes ainsi que les facteurs inhérents à la culture organisationnelle ayant une influence sur la façon dont ces interventions sont réalisées. Au début de ce chapitre, le profil sociodémographique de chaque participante sera défini alors que, dans la seconde partie de ce chapitre, seront présentés les résultats de l'étude qui permettent de répondre aux buts de recherche.

4.1 Profil sociodémographique des participantes

Toutes les participantes ont été approchées par l'étudiante-chercheuse pendant la période d'observation afin qu'elles participent à une entrevue semi-dirigée. En effet, pendant cette période, l'étudiante-chercheuse a pu développer et tisser des liens professionnels avec les infirmières au sein de l'unité où a été réalisée la recherche et ces liens lui ont permis de recruter le nombre de participantes nécessaire à la collecte des données. En ce qui a trait aux données socio-démographiques, elles ont été recueillies à la fin de l'entrevue semi-dirigée à l'aide d'un questionnaire élaboré par l'étudiante-chercheuse (voir annexe G).

Le tableau 1 présente les renseignements relatifs au profil sociodémographique des participantes. Il est à noter que l'anonymat de celles-ci a été préservé à l'aide d'un code numérique puis converti par la suite en un pseudonyme, ce qui facilite la lecture tout au long du chapitre.

Tableau 1- Profil sociodémographique des participantes

Participant	0016	0017	0018	0019	0020	0021	0022
Pseudonyme	Llord	Shabana	Khara	Brittany	Jasmine	Andrew	Marissa
Âge	53	58	34	52	24	46	26
Genre	Homme	Femme	Femme	Femme	Femme	Homme	Femme
Langue maternelle	Français	Français	Français	Français	Français	Français	Français
État civil	Conjoint de fait	Séparé/ Divorcée	Mariée	Conjoint de fait	Célibataire	Célibataire	Célibataire
Nb d'enfants	2	2	3	1	0	1	0
Nb d'années d'études	19	18	17	18	18	14	16
Statut de poste	Temps plein	Temps plein	Temps plein	Temps plein	Temps partiel	Temps plein	Temps plein
Quart de travail	Soir	Soir	Jour	Jour	Soir	Soir	Jour
Fréquence d'intervention	Au moins une fois/sem.	Plusieurs fois/mois, (mais pas toutes les sem.)	Au moins une fois/jour	Moins d'une fois/mois	Au moins une fois/sem.	Environ une fois/mois	Au moins 2-3 fois/jour
Nb de participation à une recherche qualitative en sc.inf.	1	1	1	1	1	1	1

Cette prochaine section sera consacrée de manière plus détaillée à la description du profil sociodémographique de chaque participante.

Llord est un infirmier clinicien comptant 25 années d'expérience dans l'établissement psychiatrique. Parmi ces 25 années d'expérience, 15 d'entre elles ont

été passées au sein de l'unité choisie pour réaliser la recherche. Llord détient un baccalauréat par cumul de certificat (baccalauréat en sciences). Il travaille de soir à temps complet dans l'unité où a été réalisée cette recherche.

Shabana est infirmière-assistante de soir à temps complet. Elle est la responsable de trois unités d'admission pédopsychiatrique, dont celle qui a été sélectionnée pour réaliser cette étude. Cette infirmière pratique depuis 32 ans et depuis les 6 dernières années, elle travaille au sein de l'unité où a été réalisée cette étude. Shabana détient un baccalauréat en sciences infirmières.

Khara est assistante infirmière-chef de jour et travaille à temps complet dans le milieu où la recherche a été réalisée. Elle a toujours travaillé auprès des jeunes, tant auprès des tout petits qu'avec les adolescentes. Auparavant, elle a œuvré en milieu scolaire, mais elle pratique maintenant en milieu pédopsychiatrique. Elle cumule 11 années d'expérience dans l'unité où la recherche a été réalisée. Au même titre que Shabana qui est également infirmière-assistante, Khara possède un baccalauréat en sciences infirmières et a des contacts directs avec les patientes.

Brittany travaille de jour et occupe un poste d'infirmière de liaison à temps complet. Depuis un certain temps, elle travaille à raison d'une journée par semaine à titre d'infirmière clinicienne dans l'unité où a eu lieu la recherche. Cette infirmière de liaison s'implique beaucoup dans la formation continue auprès des jeunes infirmières nouvellement engagées dans l'établissement. Brittany a 30 années d'expérience au sein de ce même établissement; elle pratique depuis 15 ans dans l'unité où a été réalisée la recherche.

Jasmine est une jeune infirmière qui ne travaille que depuis quelques années dans l'unité où la recherche a été réalisée. Elle occupe un poste de soir à mi-temps et travaille 4 jours sur 15. Elle travaille également à titre de chargée de cours dans une université où elle enseigne les sciences infirmières. Jasmine poursuit aussi des études

de 2e cycle et prévoit compléter des études de 3e cycle dans un avenir très rapproché.

Andrew est infirmier depuis 23 ans dans l'établissement. Depuis 20 ans, il travaille dans le milieu où la recherche a été réalisée. Il est l'un des seuls infirmiers œuvrant dans le milieu où la recherche a eu lieu à détenir un diplôme de niveau collégial, la majorité de ses collègues étant cliniciennes. Cet infirmier travaille de soir et il occupe également un poste à temps complet.

Marissa est une jeune infirmière qui travaille de jour à temps complet. Elle en est à sa quatrième année d'expérience en milieu pédopsychiatrique; au cours des trois dernières années, elle travaillait au sein du milieu où a été réalisée la recherche.

4.2 Thèmes émergents de l'étude

La prochaine section présentera les résultats de l'étude selon les thèmes et les sous-thèmes qui ont émergé à la suite d'une analyse approfondie des verbatim. Comme nous l'avons mentionné précédemment, les verbatim ont été analysés selon la méthode suggérée par Tesch (1990).

Les questions qui ont été posées durant les entrevues semi-dirigées réalisées auprès des participantes ont été regroupées en trois catégories : 1. les questions relatives à la compréhension du phénomène de l'automutilation chez les adolescentes en milieu pédopsychiatrique, 2. les questions relatives aux interventions privilégiées par les infirmières lors d'un cas d'automutilation et 3. les questions concernant les facteurs associés à la culture organisationnelle qui est propre au milieu pédopsychiatrique et susceptibles d'avoir une influence sur les interventions privilégiées par les infirmières.

Les résultats seront présentés selon les thèmes et les sous-thèmes qui ont été identifiés en lien avec la compréhension du phénomène de l'automutilation ainsi

qu'avec les émotions, les attitudes et les perceptions des infirmières face au phénomène de l'automutilation. L'exploration de l'opinion des participantes concernant ces points permettra une meilleure compréhension des interventions que les infirmières privilégient en cas d'automutilation ainsi que les facteurs en lien avec la culture organisationnelle ayant une influence sur ces interventions infirmières. L'analyse qui a été préalablement effectuée repose sur des extraits de verbatim. Les résultats de cette étude seront également complétés par des observations que l'étudiante-chercheuse a réalisées lors de la période qui a été consacrée à cet effet ainsi que par des ouvrages se rapportant à la recherche documentaire.

4.2.1 Compréhension du phénomène de l'automutilation

Définitions du phénomène

Lors des entrevues semi-dirigées, les participantes ont proposé plusieurs définitions du phénomène de l'automutilation. Après avoir analysé les verbatims, une définition s'est imposée : l'automutilation consiste en des blessures qu'un individu s'inflige de façon volontaire. De plus, trois autres sous-catégories de définition ont été mentionnées par les participantes : moyen de communication, moyen pour canaliser la douleur interne ou pour déplacer le mal ailleurs et stratégie de *coping*. Ces définitions sont présentées plus en détail ci-dessous.

Blessures volontaires. Tout d'abord, les participantes définissent unanimement l'automutilation comme étant une ou plusieurs blessures ou mutilations que s'inflige volontairement une personne. Puisque ces dernières ont toutes mentionné cette définition en entrevue, celle-ci constitue notre définition principale. Une participante le mentionne clairement :

« Bon, l'automutilation c'est lorsqu'un jeune s'en prend à lui-même, un peu comme le mot le dit, il s'inflige des blessures volontairement [...] » (Brittany)

Par ailleurs, en lien avec la terminologie utilisée par les participantes quant à ce phénomène, mis à part le mot automutilation, certaines d'entre elles emploient les termes de scarification, de geste parasuicidaire, d'autodestruction ou d'autoagression.

Moyen de communication. Les participantes croient, la plupart du temps, que les jeunes qui s'automutilent ont de la difficulté à exprimer leurs idées, leurs pensées et à mettre des mots sur leurs émotions. Il semblerait que ces derniers éprouvent de grandes difficultés à transmettre leur état d'âme aux gens qui les entourent. C'est donc parfois par ces comportements considérés comme étant destructeurs qu'ils tentent subtilement de faire passer un message, toujours selon les participantes. Celles-ci reconnaissent donc que l'automutilation peut être considérée comme une réponse à des émotions intenses et négatives telles que la colère, la frustration, la peine, etc. Parfois, ces émotions ne sont pas exprimées adéquatement, et les jeunes les gardent en eux. Ceux-ci vivent également des frustrations qu'ils retourneraient contre eux-mêmes :

« Pour moi, l'automutilation c'est un peu une émotion qui n'est pas exprimée, un patient qui a de la difficulté à exprimer une émotion. »
(Brittany)

« Non, je pense que c'est une explosion de colère, de frustration qu'elle tourne contre elle-même. » (Llord)

Certaines participantes pensent que derrière les comportements d'automutilation se cachent souvent une certaine forme de communication, une forme d'appel à l'aide de la part des adolescentes qui serait adressé aux personnes qui les entourent :

« C'est une forme d'appel selon moi, c'est que ça ne fonctionne pas bien à l'intérieur et il n'y a aucune autre façon, je pense, de dire leur tension qu'ils ont à l'intérieur d'eux [...] » (Shabana)

« [...] il y a quelque chose qui se passe veux, veux pas, quand tu vois que quelqu'un qui s'automutile, tu sais que la personne n'est pas bien, il y a quelque chose pour que tu crées volontairement des lésions, des lacérations à ton corps, ça leur fait mal là, c'est pas sans douleur ça là. Je pense que oui, c'est de demander de l'aide d'une certaine façon. » (Marissa)

Enfin, malgré les messages qui se cachent derrière ces comportements, certaines participantes comme Shabana croient que ce moyen de communication ne constitue pas nécessairement le meilleur moyen pour transmettre un message : *« ils n'ont peut-être pas le bon système de communication à ce moment-là pour démontrer leur détresse »* dit-elle.

Moyen pour canaliser la douleur interne ou déplacer le mal ailleurs. Les participantes reconnaissent la présence de souffrance, de douleur, de détresse ou de désespoir chez les adolescentes qui s'automutilent. Cette souffrance, qui est en quelque sorte une forme d'expression des émotions, telle que mentionnée précédemment, se manifeste la plupart du temps par des blessures volontaires infligées au corps. En fait, certaines participantes rapportent que la souffrance ou la douleur interne que peuvent ressentir ces adolescentes est extériorisée ou projetée à l'extérieur. Au moment de l'automutilation, la douleur induite par les émotions négatives est alors tellement difficile à tolérer intérieurement que ces derniers ressentent le besoin d'extérioriser cette douleur, entre autres par des blessures corporelles. Selon les participantes, c'est à l'aide de ce moyen que les jeunes canalisent une souffrance, une douleur interne qui devient, dès lors, un peu plus tolérable et supportable.

« [...] je me fais deux, trois coupures, c'est assez pour me faire mal pis [...] c'est comme si ma douleur que j'ai à l'intérieur, elle est projetée sur mon bras ou ma peau. » (Propos des adolescentes rapportés par Andrew)

« La souffrance, des fois, c'est plus tolérable pour eux de la voir sur leur corps ou de se l'infliger au niveau physique que de la ressentir pis de la contenir intérieurement et émotionnellement. » (Marissa)

Dans le même ordre d'idées, plusieurs des participantes mentionnent que l'automutilation est utilisée comme un moyen pour « changer le mal de place ». Le mal ne serait plus émotionnel, psychologique ou interne, mais le corps deviendrait le réceptacle de leur souffrance :

« [...] *l'automutilation [...] c'est un peu dans le but de changer la souffrance de place.* » (Brittany)

« [...], *mais des patients qui vont se mutiler pour déplacer la douleur, "j'ai une douleur morale, psychologique et bon, j'ai découvert qu'en me pognant la tête ou en me coupant, ben ça déplace. J'ai moins mal à l'âme"* » (Andrew)

Stratégie de coping. Finalement, ce qui ressort du discours tenu par les participantes c'est que l'automutilation pourrait également être une stratégie de *coping* pour les jeunes. Il s'agirait d'un moyen ou d'un mécanisme privilégié par ces derniers, mais le plus souvent de façon inconsciente, pour faire face aux nombreuses difficultés de la vie quotidienne.

« [...], *mais oui, je vois ça comme une stratégie de coping pour certains.* » (Brittany)

« *Je trouve que c'est un moyen pour pallier cette souffrance-là pour l'instant.* » (Marissa)

D'après ces participantes, il s'agirait donc d'un moyen choisi par les jeunes pour faire face à leur souffrance. Celles-ci abondent généralement dans le même sens et indiquent que ce n'est pas le moyen le plus efficace pour faire face à ces problèmes. Par contre, ces dernières estiment que l'automutilation peut momentanément être efficace et permettre effectivement de soulager le mal de certains jeunes.

En résumé, le phénomène de l'automutilation consisterait, selon certaines participantes ayant collaboré à la recherche, en des blessures infligées volontairement par les jeunes qui tentent d'extérioriser un mal interne. Ce serait

également un moyen de communication, un cri d'alerte ainsi qu'une stratégie de *coping* permettant de faire face aux difficultés de la vie. Par ailleurs, nous pouvons constater qu'il y a plusieurs ressemblances entre les définitions énumérées par les participantes et la littérature scientifique.

Raisons de l'automutilation

Après avoir discuté des définitions du phénomène à l'étude, les participantes ont, par la suite, souligné plusieurs éléments conduisant aux comportements d'automutilation. Elles rapportent que les raisons qui poussent ces jeunes à se blesser volontairement sont variables d'une adolescente à l'autre. Selon ces dernières, il n'y a pas de réponses claires et nettes en ce qui a trait aux raisons pour lesquelles les jeunes s'automutilent, les causes étant différentes pour chaque individu. Les participantes émettent, cependant, certaines hypothèses : recherche d'attention, peur de vieillir, problèmes familiaux, difficulté à gérer des émotions, désir de revendication/révolte, façon de se punir, façon de reprendre contrôle sur leur vie, etc. Certaines mentionnent que ce phénomène constitue une forme de revendication et de révolte de la part des adolescentes :

« [...] regarde, il y a quelque chose qui nous unit, on est dans la même "game", quelque part. On est révolté, on est contre le système, contre l'adulte, on est désespéré pis on l'affiche par notre scarification macabre. »
(Llord)

D'autres participantes pensent, par contre, que les jeunes utilisent l'automutilation comme une façon de se punir :

« [...] c'est toujours relié à l'état, la douleur qu'on doit ressentir, donc "j'ai mal donc je me fais mal, ou je m'en veux; je ne suis pas bon, je ne suis pas bonne, facque [cela fait que] je me punis". » (Andrew)

En outre, certaines des participantes rapportent que les adolescentes qui adoptent des comportements d'automutilation ont souvent très peu de contrôle sur leur vie, sur leur environnement, que ce soit sur les plans familial, scolaire ou social.

En adoptant ces comportements considérés comme déviants, elles tentent de reprendre une certaine forme de contrôle sur leur vie.

« De contrôler, de contrôler, d'avoir un certain contrôle sur l'environnement, parce qu'il s'agit de son corps, des blessures qu'ils s'infligent donc, des gens qui ne contrôlent pas grand-chose dans leur vie. »
(Brittany)

Ce qui est considéré par les jeunes comme une forme de contrôle sur soi et sur leur environnement est paradoxalement, pour certaines des intervenantes, une forme de perte de contrôle. En effet, certaines participantes perçoivent l'automutilation comme la manifestation de comportements qui dénotent chez les jeunes une perte de contrôle de leurs moyens :

« [...] parce qu'on considère que l'automutilation peut être un signe de perte de contrôle [...] » (Lord)

À partir de cette perception de perte de contrôle chez les jeunes, les intervenantes semblent vouloir agir de façon à ce qu'il y ait une reprise de contrôle de soi chez ces derniers. D'ailleurs, les notes des infirmières corroborent cette perception des participantes : « 2012-01-16: 17h10. Mise en contentions re: reprise de contrôle. » L'application des contentions comme intervention infirmière sera discutée ultérieurement dans ce chapitre.

En somme, il y aurait plusieurs raisons qui poussent ces jeunes à s'automutiler et, selon les participantes, ces raisons seraient propres à chaque individu. De façon générale, les raisons qui amèneraient les adolescentes à s'automutiler seraient associées à un désir de revendication ou de révolte ainsi qu'à une volonté de se punir soi-même ou de vouloir reprendre le contrôle sur leur vie.

Formes d'automutilation

a. En lien avec les troubles mentaux. Il existe plusieurs formes d'automutilation selon le point de vue et les observations des participantes. Les

principales formes d'automutilation seraient les lacérations, les coupures et les scarifications. Viennent ensuite les morsures, les coups de tête sur les murs, les coups de poing dirigés sur soi, les brûlures et l'introduction d'objets dans la peau. En ce qui concerne les lacérations, les coupures et les scarifications, les participantes ont remarqué qu'elles sont, la plupart du temps, superficielles. Les cas d'automutilation qui sont d'ailleurs survenus durant la période de la collecte des données de cette étude consistaient généralement en des cas où les adolescentes s'étaient soit infligées des lacérations au niveau des avant-bras ou avaient donné des coups de tête contre le mur. En accord avec les dires des participantes, les lacérations que ces jeunes s'infligeaient étaient superficielles et nécessitaient la plupart du temps une désinfection mineure.

Par ailleurs, selon les participantes qui ont été convoquées en entrevue individuelle, il apparaît que pour s'infliger des blessures, les adolescentes se servaient d'objets coupants tels que des crayons, des portemines, des épingles à cheveux, des bijoux ou du verre brisé. Quelques participantes, dont Marissa, ont affirmé que ces jeunes sont très imaginatifs et imprévisibles, et peuvent, lorsqu'ils sont en détresse ou ressentent le besoin de se blesser, utiliser des objets inusités pour arriver à leur fin. En effet, lorsqu'au tout début de son projet, l'étudiante-chercheuse est allée à la rencontre de l'infirmière-chef de l'unité où a été réalisée la recherche, celle-ci l'avait informée qu'une jeune avait arraché des morceaux de céramique sur les murs pour ainsi s'automutiler.

En ce qui concerne les endroits où les jeunes pensent à se blesser, il y en aurait plusieurs selon Llord :

« c'est des automutilations qui sont faites avec des objets coupants, des objets pointus la majorité du temps. C'est des lacérations superficielles au niveau des avant-bras, mais ça se présente aussi au niveau des chevilles, parfois au niveau des jambes, parfois au niveau des bras. Oui, comme je disais, majoritairement au niveau des avant-bras [...] » (Llord)

Il y aurait, toujours selon les participantes, d'autres formes d'automutilation, mais celles-ci seraient plus rares en milieu pédopsychiatrique: vouloir s'enlever une partie d'un membre, la strangulation et la trichotillomanie (désir compulsif de s'arracher les poils et/ou les cheveux). Néanmoins, aucune de ces formes d'automutilation n'a été observée par l'étudiante-chercheuse lors de son passage dans le milieu de recherche.

Enfin, Marissa a fait un rapprochement entre les troubles alimentaires et le phénomène de l'automutilation. Selon elle, les troubles alimentaires seraient une forme d'automutilation :

« [...] c'est une autre forme d'automutilation si on veut aussi là, le fait qu'ils se privent autant pis aussi durement pis longuement [...] à la limite oui, parce que tu pousses ton corps à un extrême, qui de l'extérieur, tu vois qu'il y a une souffrance qui est là. Tu vois aussi que c'est nocif, que ça nuit à ta santé, [...] ils effectuent eux autres un contrôle sur leur corps veux, veux pas, d'une certaine façon. » (Marissa)

Ainsi, le fait que ces jeunes poussent le jeûne à l'extrême et qu'à travers ce jeûne, ils exercent une certaine forme de contrôle sur leur corps, amène Marissa à croire que le trouble alimentaire peut être considéré comme étant une forme d'automutilation.

b. En lien avec l'appartenance. D'autres formes d'automutilation, ne se rapportant pas à des troubles mentaux, ont été mentionnées en entrevue par les participantes. Certaines infirmières croient, par exemple, que le tatouage constituerait une autre forme d'automutilation. Le fait que des jeunes se fassent tatouer, qu'ils subissent par cet acte volontaire des blessures associées à l'injection d'encre, donne l'impression à certaines participantes qu'il s'agirait d'une forme d'automutilation (réalisée par une tierce personne, le tatoueur). Comme plusieurs de ses collègues, Shabana convient que le tatouage peut être considéré comme une forme d'art et qu'il y a une notion d'esthétisme derrière ce phénomène. Par contre, elle n'hésite pas à partager son malaise face à ce phénomène qu'est le tatouage, une mode qui, selon elle, gagne en popularité depuis quelques années :

« *C'est une forme d'automutilation pour moi, même s'il y en a qui trouve ça beau, avec la couleur, les dessins et que c'est bien fait. J'avoue que c'est une certaine forme d'art, mais j'ai de la misère à accepter ça parce que pour moi, c'est une mutilation. C'est 50 petits trous, je ne sais pas combien là [...]* » (Shabana)

D'autres participantes associent également l'automutilation à des phénomènes à la mode comme le *piercing*⁸, phénomène qui est lui-même associé à des courants socioculturels comme le mouvement *punk*⁹ et *emo*¹⁰. D'après Llord, le *piercing*, l'automutilation, mais aussi la mouvance *emo* et *punk*, s'inscrivent dans une certaine forme de morbidité : « [...] *une certaine attirance vers ce qui est morbide, la mort.* »

Une dernière forme d'automutilation répertoriée lors des entrevues se rapporte à la contention. Jasmine, l'une des participantes, nous a fait part de ses questionnements concernant la possibilité d'un rapprochement entre l'automutilation et la contention. Elle a, en effet, remarqué que Marie, une jeune adolescente dont elle s'était occupée à la salle d'observation, demandait de façon régulière à être contentonnée lorsqu'elle ressentait un besoin impérieux de s'automutiler (nous avons d'ailleurs constaté cette propension chez Marie par nous-mêmes, tant lors de nos périodes d'observation qu'au moment de l'examen des notes aux dossiers du département). Jasmine en est venue à se questionner quant à la possibilité que la contention elle-même devienne, en quelque sorte, une forme d'automutilation dissimulée. D'après Jasmine, le fait qu'elle soit attachée aux quatre membres sur un lit ou une civière, le fait de ne plus être capable de bouger, amènerait Marie à

⁸ Le *piercing* ou perçage est une pratique consistant à percer une partie du corps pour y mettre un bijou. Il s'agit d'un type de modification corporelle. Le terme est issu du vocable anglais *to pierce* qui signifie « percer ». L'équivalent anglophone de ce terme est *body piercing* (perçage du corps).

⁹ Mot anglais signifiant *sans valeur*, mouvement culturel contestataire apparu au milieu des années 1970. Le mouvement exprime une révolte contre les valeurs établies, qui privilégie l'expression brute et spontanée. Le *punk* est porteur d'une volonté de procéder à un renouveau culturel, il consiste en l'émergence d'une nouvelle énergie, d'une liberté de création maximum.

¹⁰ Les personnes qui adoptent la mode *emo*, *emo* étant pour émotionnelle, sont des gens qui sont engagés, la plupart du temps dans la musique indépendante - un style de musique rock influencé par le *punk rock* et avec des paroles introspectives. La mode *emo* est un sous-genre de *punk hardcore*.

considérer la contention comme un moyen de se punir elle-même ou une façon de « dealer » avec ses émotions. Toutefois, Jasmine n'encourage pas la contention, elle l'associe d'ailleurs à un moyen peu efficace pour pallier à l'automutilation

« c'est vraiment particulièrement à elle [la patiente], quand elle va 3-4-5-6 fois en contention par jour pis que c'est un peu elle qui le demande indirectement [...] C'est un moyen alternatif, mais on s'entend que se contensionner ce n'est pas un moyen qui est aidant. » (Jasmine)

Comme nous pouvons le constater, plusieurs formes d'automutilation ont été décrites par les participantes, que ce soit en lien avec les troubles mentaux, avec un groupe d'appartenance ou avec la contention. D'après Andrew, le phénomène de l'automutilation « *est un sujet qui est assez vaste* » puisqu'il est associé à plusieurs phénomènes. Effectivement, nous pouvons le constater, ne serait-ce que par l'élargissement du concept d'automutilation tel que perçu par les participantes.

La section suivante sera consacrée aux différentes comorbidités qui sont en filiation avec le phénomène de l'automutilation et aux traits caractéristiques spécifiques à cette clientèle d'adolescentes qui s'automutilent en milieu pédopsychiatrique.

Comorbidités et traits caractéristiques spécifiques à cette clientèle

Le phénomène de l'automutilation a été associé à différentes comorbidités. À l'unanimité, les participantes ont effectué un rapport entre le phénomène de l'automutilation et le trouble de la personnalité limite, également connu sous le vocable *borderline*. D'après celles-ci, la vaste majorité des jeunes qui s'automutilent présenteraient aussi des comportements qui sont caractéristiques du trouble de la personnalité limite. Par ailleurs, d'autres comorbidités ont également été énumérées par les participantes : la schizophrénie, la dépression, l'autisme, la déficience intellectuelle, les troubles anxieux et les troubles alimentaires.

Les personnes qui s'automutilent ont d'ailleurs des traits caractéristiques bien distincts selon les participantes. Des infirmières interviewées perçoivent que ce phénomène est de plus en plus présent chez les adolescents, et ce, majoritairement chez les jeunes filles. Marissa mentionne : « [...] *définitivement, c'est les filles qui remportent la fière chandelle pour ça.* » Selon les participantes, rares sont les garçons qui présentent des comportements d'automutilation en milieu pédopsychiatrique. Cependant, lorsqu'il y a des cas d'automutilations chez les garçons, ils sont plus drastiques (des brûlures de cigarettes ou se donner des coups de poing); les blessures sont donc plus sévères et plus importantes que celles que l'on retrouve chez les filles, et ce, d'après certaines participantes. Par ailleurs, selon leurs observations, la plupart des garçons qui présentent ces comportements seraient homosexuels ou auraient certaines difficultés à se situer quant à leur orientation sexuelle.

« Mais j'ai remarqué, c'est peut-être un adon aussi que c'était une clientèle, trois [cas] des quatre dont je me souviens, ils étaient homosexuels. » (Jasmine).

« [...] ce qu'on a remarqué beaucoup c'est que lorsqu'un gars s'automutile de cette façon-là que ce soit par lacération ou souvent on a remarqué que ce sont des jeunes garçons qui ont un questionnement au niveau de leur orientation sexuelle. » (Marissa)

Selon Andrew, ces jeunes qui s'automutilent sont également « très carencés au niveau affectif ». Ce dernier s'explique :

« [...] carence affective, des jeunes qui sont très sensibles au rejet et puis qui ont besoin beaucoup d'approbation, beaucoup d'encouragement, de présence, qu'on s'occupe beaucoup d'eux. Ici, il y a beaucoup d'intervenants donc c'est un beau milieu pour répondre aux besoins des gens qui ont une carence affective importante. » (Andrew)

Tel que l'indique cet extrait, Andrew perçoit que ces jeunes présentent des déficits attentionnels et affectifs; le milieu pédopsychiatrique apparaît pour lui comme un endroit idéal puisqu'il y a plusieurs intervenantes qui gravitent autour

d'eux et peuvent donc combler leurs manques. En outre, ces jeunes qui s'automutilent vivent souvent une grande souffrance intérieure et, encore une fois, selon Andrew, ces derniers semblent vouloir que les infirmières prennent soin d'eux — ne serait-ce qu'à travers l'application d'un pansement suite à une période d'automutilation. Llord, quant à lui, révèle que ces jeunes proviennent de tous les types de milieu et il mentionne quelques traits caractéristiques de cette clientèle:

« Il y a des jeunes qui viennent de milieux défavorisés [...] il y en a beaucoup qui viennent de milieux favorisés puis avec des parents aimants, même des jeunes qui ont été, si on peut dire, gâtés un peu, qui n'ont pas eu beaucoup de limites. Ce sont des gens qui ont beaucoup de difficulté à supporter la frustration et les interdits. »

Pour sa part, Andrew spécifie que les parents de ces jeunes qui s'automutilent peuvent être « [...] présents physiquement, mais ne pas être présents au niveau affectif. » Donc pour lui, ces parents peuvent être présents au quotidien, mais ils peuvent ne pas pouvoir répondre aux besoins affectifs de leur jeune en détresse.

Les autres participantes ont fait mention de certains traits qui sont caractéristiques aux adolescentes qui s'automutilent tels que l'impulsivité/compulsivité, l'imprévisibilité, la difficulté à gérer leurs émotions et l'absence d'estime de soi. Finalement, la participante Marissa mentionne que, selon son expérience, les jeunes qui ont subi des agressions sexuelles auraient également une forte propension à développer ce type de comportements autodestructeurs.

Effets

Il sera maintenant question de certains des effets que peuvent engendrer les comportements d'automutilation.

Les participantes ont remarqué que les jeunes qui s'automutilent pouvaient être à l'origine de certaines réactions chez les individus de leur entourage, un phénomène conceptualisé sous le vocable de « contamination sociale ».

S'automutiler aurait également un effet apaisant pour les adolescentes. Effectivement, selon l'opinion et les observations de plusieurs participantes, une jeune nouvellement admise au sein de l'unité peut facilement imiter les comportements automutilatoires que présente une autre jeune. D'après Llord, l'automutilation en milieu pédopsychiatrique devient donc un comportement « copié », « imité » ; l'automutilation créerait donc un effet d'entraînement chez les autres adolescentes présentes dans l'unité. Un bon nombre des participantes expliquent d'ailleurs que ces comportements contaminants sont parfois empruntés par les jeunes de façon à s'identifier à un groupe ou pour gérer des émotions intenses, au même titre qu'une autre jeune l'aurait fait — donc un moyen de *coping*.

« [...] c'est comme un phénomène de contamination entre les jeunes, comme un signe d'identité entre les groupes. Un phénomène de contamination, je dirais. » (Shabana)

« [...] quand on est en souffrance, on cherche souvent des mécanismes de coping, des façons, des stratégies d'adaptation pour "dealer" [...] avec notre douleur, notre souffrance. Puis, je pense qu'on essaie un peu tout ce qui est à la portée de la main et lorsqu'on voit que certaines personnes utilisent ça [l'automutilation] et ça peut marcher pour eux alors "why not, je veux l'essayer." » (Jasmine)

Quelques participantes ont aussi remarqué qu'il y avait un effet apaisant chez les jeunes après une crise automutilatoire comme si l'acte automutilatoire pouvait en quelque sorte réduire leur détresse interne.

« c'est comme un moyen d'alléger pis de se calmer d'une certaine façon. C'est comme si toute la pulsion anxieuse, ils ont pu la canaliser en s'automutilant. Pis ok, ils se sentaient mieux, ça les apaisait d'une certaine façon. » (Marissa)

La prochaine partie traitera des émotions, des perceptions et des attitudes propres aux participantes devant le phénomène de l'automutilation en milieu pédopsychiatrique.

Émotions, perceptions et attitudes des participantes face à l'automutilation

Certains articles scientifiques dont il a été question dans le chapitre 2 de la recension des écrits ont démontré que les infirmières en pédopsychiatrie ressentaient généralement un certain malaise et avaient des difficultés à intervenir en cas d'automutilation chez une adolescente. Cependant, l'analyse des données de cette étude nous a présenté un tout autre portrait. Selon les données colligées, toutes les infirmières, à l'exemption d'une seule, ont répondu positivement à cette question : « Lors d'une situation d'automutilation chez une adolescente, vous sentez-vous à l'aise pour intervenir ? Expliquez. »

« Oui. Je n'ai pas, disons que je n'ai pas de difficulté à intervenir avec ce type de clientèle là. » (Khara)

« Ouais, jusqu'ici, je ne peux pas dire que je me sens mal à l'aise. » (Andrew)

Seule Shabana est demeurée impartiale face à cette question. Malgré ses 32 années d'expérience dans l'établissement, elle a raconté qu'il lui arrive encore de ne pas se sentir à l'aise lorsqu'il y a un cas d'automutilation, et a ajouté que ce phénomène la « *dérange un peu.* » Toutefois, l'infirmière reconnaît que les jeunes qui s'automutilent sont la plupart du temps en détresse et c'est pourquoi, elle tente de réagir le moins possible devant ces types de situations, de façon à apporter l'aide nécessaire. Marissa et Jasmine, quant à elles, mentionnent qu'elles peuvent comprendre qu'une infirmière puisse se sentir démunie ou déstabilisée devant un cas d'automutilation. D'une part, Marissa, indique qu'en principe elle ne ressent pas de malaise à intervenir face à l'automutilation, mais elle sait pertinemment que ses collègues de travail vivent un malaise :

« [...] ça ne crée pas un malaise chez moi, mais ça en crée chez d'autres, puis j'essaie d'être sensible à ça, sensible au niveau des autres jeunes, au niveau du personnel aussi. Ce n'est pas tout le monde qui est à l'aise avec ça, mais moi non, ça n'en crée pas. »

Jasmine, de son côté, comprend également qu'il y ait possibilité d'inconfort chez les infirmières devant une situation d'automutilation puisqu'elle-même a vécu ces sentiments au début de sa carrière, il y a déjà près de trois années. Elle s'explique:

« Je pense peut-être que c'est plus au début, quand je ne savais pas trop comment réagir. Pis là, ça me déstabilisait et je pense que ça paraissait un peu, facque [cela fait que] la personne sentait que ça me déstabilisait [...] puis je ne savais pas trop comment réagir pis pas trop quoi faire, facque [cela fait que] ça m'énervait [...] »

Cependant, après avoir posé la question à savoir si elles se sentaient à l'aise pour intervenir, l'étudiante-chercheuse a voulu connaître les émotions suscitées chez les participantes lors d'une situation d'automutilation chez une adolescente. Ces mêmes participantes rapportent avoir déjà ressenti ou plutôt observé de la part des autres collègues de travail des émotions telles que la peur, l'impuissance, la tristesse, l'incompréhension, la trahison et l'étonnement. Toutefois, pour leur part, elles se disent capables de se détacher de leurs émotions négatives pour pouvoir intervenir auprès de ces adolescentes qui s'automutilent.

Les infirmières ont donc plusieurs perceptions, négatives ou positives, en lien avec le phénomène de l'automutilation. La perception qui domine chez les participantes est liée à la manipulation dont ces adolescentes automutilatrices feraient usage auprès du personnel infirmier. Llord mentionne qu'il reconnaît que c'est « *une forme de manipulation, plus ou moins consciente.* » C'est donc dire, en quelque sorte, que la jeune s'automutile pour manipuler son environnement et rechercher l'attention, comme nous l'avons vu dans la section « Raisons de l'automutilation ». Cependant, Andrew se questionne sur un point :

« mais la question c'est [est-ce] qu'ils vont chercher l'attention parce qu'ils n'en ont pas ou [parce qu'ils] n'en ont pas comme ils veulent, parce que peut-être qu'ils en ont besoin 10 fois plus que la moyenne? »

Par ailleurs, les participantes soulignent qu'elles ont tendance à croire que les adolescentes recherchent l'attention, notamment par l'exhibition dans le groupe de leurs blessures automutilatoires. Shabana indique que, selon ses propres observations, et contrairement à ce que les autres participantes mentionnent, c'est un phénomène qui est caché, secret : *« J'ai déjà vu des gens qui ont des lésions aux cuisses et on ne le savait vraiment pas qu'ils se mutilaient dans leurs jambes, c'était caché. »* Même si le phénomène de l'automutilation est souvent rattaché au trouble de la personnalité limite donc à la manipulation et à la recherche d'attention, les participantes savent cependant reconnaître qu'il y a une certaine forme de souffrance chez cette clientèle qui s'automutile.

Une autre perception associée au phénomène automutilatoire est liée au suicide. En effet, selon Llord, Khara et Jasmine, certains jeunes croient que le fait de se mutiler les conduira au suicide. Llord s'explique : *« ils ne savent pas toujours comment le faire, dans quel sens les lacérations doivent être faites pour faire une tentative de suicide. Ils le font dans le sens contraire, perpendiculaire à l'avant-bras la plupart du temps. »* (voir Annexe H). Donc, selon ces participantes, il y aurait un bon et un mauvais sens donné aux lacérations reliées à l'automutilation, celui qu'il faut suivre pour que cela représente un « vrai suicide » et le sens contraire dont l'intentionnalité suicidaire est relativement faible. Marissa rajoute, de son côté, que si la souffrance derrière ces comportements n'est pas soulevée par les intervenantes de façon à trouver des solutions efficaces, la jeune peut être malheureusement poussée à faire une tentative de suicide.

Les participantes ont la perception que les jeunes ne veulent pas collaborer aux soins. Celles-ci étaient perçues comme des patientes qui favorisent l'auto-sabotage de leur plan de soins et ne veulent pas trouver des solutions pour se départir des comportements autodestructeurs. Andrew explique :

« [...], mais ce n'est pas qu'ils ne le savent pas nécessairement, ils ne sont pas habitués de faire ce travail de dire, bon, je me mets en question, je me

connecte avec qu'est-ce qui se passe pis j'essaie de trouver une solution pour arrêter ce comportement-là. Non, c'est comme, j'ai ce comportement-là pis pour l'instant je ne me questionne pas sur comment arrêter. »

Tel que nous l'avons vu précédemment, lorsqu'une infirmière vit des émotions et a des perceptions face à un phénomène quelconque, que celles-ci soient positives ou négatives, il s'en suit, la plupart du temps, une attitude découlant de telles émotions et perceptions (Lindley-Starr, 2004 ; Slaven & Kisely, 2002). En ce qui concerne leurs attitudes dans les cas d'automutilation, les infirmières consultées dans le cadre de cette étude abondent généralement dans le même sens et affirment qu'elles sont partagées entre les attitudes dites négatives, en ne manifestant pas leur empathie face à ces comportements, et des attitudes plus positives ou d'acceptation, c'est-à-dire en démontrant leur empathie face au phénomène de l'automutilation.

En effet, les participantes indiquent qu'elles ne sont pas toutes touchées personnellement par les situations d'automutilation, mais qu'elles sont tout de même capables de ressentir de l'empathie face à ces types de comportements. Elles sont donc capables de se détacher de ce phénomène considéré comme étant négatif pour ainsi mieux aider la jeune. Jasmine s'explique sur ce point:

« [...] je me sens quand même capable d'être empathique par rapport à ça [...] on dirait que je suis capable de me détacher parce que je sais que la personne est souffrante facque [cela fait que], oui, ça va me faire quelque chose, mais en même temps, je suis tellement comme axée sur ce que je peux faire pour aider la personne que je vais mettre mes émotions de côté. »

Contrairement à Jasmine, Llord et Shabana disent parfois adopter des attitudes négatives. Shabana révèle avoir déjà ressenti de l'agressivité devant l'automutilation. Llord, quant à lui, démontre une attitude de colère en cas d'automutilation. Il semble avoir de la difficulté à tolérer et à accepter ces comportements, et cette difficulté se manifeste par des comportements d'évitement. Il explique :

« Ça m'est déjà arrivé de ressentir plutôt de la colère, puis j'ai un cas plutôt particulier, quelqu'un qui s'automutilait vraiment à grandeur du corps [...] J'ai décidé de carrément couper le contact, d'éviter la personne le plus possible, je peux répondre à ses besoins, ouvrir la porte, désinfecter, faire des choses comme ça mais, prendre une grande distance [...] je l'ai expliqué carrément le sentiment que ça me faisait vivre, de la colère pis que j'avais de la difficulté avec ce comportement-là. »

En accord avec le discours de certaines participantes, l'étudiante-chercheuse a pu observer dans l'unité où la recherche a été réalisée que l'attitude des infirmières devant une situation d'automutilation était plutôt neutre. Ces infirmières soignantes ne semblaient pas présenter de réactions négatives face à une situation d'automutilation, ce qui indique probablement qu'elles contrôlent leurs émotions et leurs comportements devant ce type de situations. Lors d'un cas d'automutilation et souvent après avoir été avisées de la situation par un préposé aux bénéficiaires, les infirmières du département interviennent dans le calme, avec professionnalisme et, la plupart du temps, en collaborant avec les autres collègues de travail (infirmières, préposés ou agents de sécurité).

Cependant, selon l'étudiante-chercheuse qui s'appuie toujours sur les observations qu'elle a effectuées dans le cadre de cette étude, les personnes qui seraient les plus touchées et les plus affectées par ces comportements seraient ceux et celles qui ont des contacts fréquents et prolongés avec cette clientèle — entre autres les préposés aux bénéficiaires et les éducateurs spécialisés. Effectivement, lors d'une soirée d'observation dans l'unité de recherche, l'étudiante-chercheuse a été témoin d'une situation où il y a eu des tensions et des malaises au sein de l'équipe de travail, et ce, suite au refus d'une éducatrice d'entrer en contact avec une patiente automutilatrice. Cette employée verbalisait qu'elle était épuisée et découragée de constamment assumer la surveillance de cette jeune qui s'automutilait. Elle ajoutait que le fait d'effectuer cette surveillance à plusieurs reprises durant la semaine la dérangeait et affectait même sa vie personnelle — cette situation l'amenait à faire des cauchemars. L'éducatrice ne se cachait d'ailleurs pas pour indiquer à voix haute les émotions qu'elle vivait, des émotions telles que l'injustice, du mécontentement,

de l'insatisfaction et de la colère. Par ailleurs, cette personne s'est retrouvée, bien malgré elle, à s'occuper de la patiente qui s'automutilait. De plus, durant cette soirée d'observation, l'étudiante-chercheuse a ressenti une attitude de distance, d'évitement voire de contre-transfert de la part de l'intervenante qui devait assurer cette surveillance. En effet, cette intervenante semblait parfois ne pas vouloir répondre aux demandes de cette patiente et demeurait distante, ne répondant qu'à des besoins utilitaires.

Marissa, en entrevue, confirme l'état de détresse de certains groupes d'intervenantes qui œuvrent dans le milieu où a été effectuée la recherche :

Marissa : Ouais, dernièrement, on a eu une situation où l'intervenante qui assumait justement la surveillance constante de cette jeune-là s'est mise à pleurer. Pis qu'elle a nommé clairement que non, elle ne voulait pas s'occuper de cette jeune-là.

Étudiante-chercheuse : Ok. Est-ce que c'était une infirmière?

Marissa : Non, c'était [...] une éducatrice.

Étudiante-chercheuse : Ok.

Marissa: Facque [cela fait que] c'est ça, on en a d'autres, il y a des infirmiers aussi, des infirmières qui ne veulent pas travailler avec cette patiente-là parce qu'ils jugent que c'est de la manipulation.

Somme toute, les participantes ont rapporté qu'en général, les membres de l'équipe soignante n'éprouveraient pas de difficulté à réagir et à intervenir auprès des jeunes qui s'automutilent malgré la présence d'émotions négatives qui surgissent face à ces situations. Toutefois, certains membres de l'équipe, bien qu'il s'agisse d'une minorité, éviteraient ces jeunes qui ont des comportements d'automutilation, car celles-ci ressentiraient des émotions négatives telles que la colère et l'agressivité. Enfin, dans le même ordre d'idées, les aveux de certaines participantes ont indiqué qu'il y aurait des préposés aux bénéficiaires et des éducateurs qui vivraient également un malaise à entrer en contact avec ce type de clientèle et ces derniers

refuseraient d'assurer une surveillance constante auprès des jeunes qui s'automutilent.

4.2.2 Interventions infirmières en regard du phénomène de l'automutilation

Dans cette prochaine section, nous présenterons les résultats des interventions infirmières privilégiées par les participantes au regard du phénomène de l'automutilation en milieu pédopsychiatrique.

Selon les étapes suggérées par Tesch (1990), à la suite de l'analyse de toutes les données collectées à partir des entrevues, des observations et de l'examen des notes aux dossiers du département, sept catégories d'interventions infirmières et trois catégories de facteurs inhérents au contexte organisationnel ont été répertoriées. Le tableau 2 résume ces résultats :

**Tableau 2-
Interventions infirmières privilégiées en cas d'automutilation et les facteurs organisationnels ayant une influence sur ces interventions**

I. Interventions infirmières privilégiées par les participantes	Catégories	Codes
	1. Interventions en relation d'aide	a. Établir une relation thérapeutique b. Parler, écouter, explorer, questionner c. Offrir disponibilité et ne pas insister si la patiente est fermée
	2. Interventions d'accompagnement	a. Dessiner avec la jeune une grille d'escalade b. Réflexions écrites c. Responsabiliser la jeune d. Se baser sur les expériences antérieures
	3. Interventions d'évaluation	a. Examen physique/Décomptes des plaies par schéma corporel b. Évaluer, désinfecter plaies, faire pansement c. Aviser médecin ou pédopsychiatre

		responsable
		d. Observer/Documenter les soins
		e. Faire retour post-crise automutilatoire
	4. Interventions de sécurité	<ul style="list-style-type: none"> a. Effectuer une fouille à l'admission b. Utilisation pyramide d'interventions c. Maîtriser la jeune en cas de perte de contrôle par l'application des mesures de sécurité telles que l'isolement et/ou les contentions (physique, chimique) d. Modifier/augmenter le type de surveillance
	5. Interventions d'enseignement	<ul style="list-style-type: none"> a. Enseignement sur les conséquences de l'automutilation b. Enseignement sur gestion des émotions c. Enseignement sur moyens alternatifs
	6. Interventions en lien avec les émotions et les perceptions de l'automutilation	<ul style="list-style-type: none"> a. Rester objectif/neutre/ Garder une distance psychologique/Ne pas réagir fortement/Ne pas mettre l'accent sur les plaies b. Intervenir à deux ou plusieurs ou faire relève entre intervenantes c. Respecter lignes directrices émises par équipe pour éviter clivage des jeunes
	7. Interventions pour éviter la contamination au sein du milieu pédopsychiatrique	<ul style="list-style-type: none"> a. Transfert à l'observation b. Port de vêtements à manches longues
II. Facteurs du contexte organisationnel susceptible d'avoir une influence sur	1. La contribution de l'équipe interprofessionnelle en milieu pédopsychiatrique	<ul style="list-style-type: none"> a. Bon travail d'équipe b. Compétence et disponibilité du pédopsychiatre c. Apport majeur du pédopsychiatre dans l'orientation des interventions

les interventions infirmières	2. Les tâches et responsabilités de l'infirmière	a. Surcharge de travail de l'infirmière b. Agence et équipe volante
	3. La culture organisationnelle	a. Formation/conférence sur le phénomène b. Interventions basées sur des données probantes c. Budgets du milieu d. Postes des gestionnaires

Interventions en relation d'aide.

Cette première catégorie d'intervention démontre que les infirmières reconnaissent l'importance de mettre en place une relation d'aide.

Khara mentionne qu'à titre d'« *infirmière en psychiatrie, ça [la relation d'aide] fait partie de la base* ». La plupart des participantes croient qu'il est important de prendre le temps d'établir une relation d'aide avec les adolescentes qui s'automutilent. Pour ce faire, d'après Khara, il est nécessaire d'avoir un bon niveau de connaissance de la patiente et, également, d'avoir préalablement développé une bonne relation de confiance avec celle-ci. Il est donc important de prendre le temps de parler, d'écouter, d'explorer et de questionner la jeune par rapport à ses comportements automutilatoires. En fait, ajoute Marissa, il s'agit tout simplement d'être curieux et de pousser la réflexion :

« [...] *d'être curieux. Moi, je les questionne mes jeunes pourquoi, comment ça se passe, qu'est-ce que tu fais? [...] ce geste-là qu'ils posent, les motifs, qu'est-ce qui est ressenti? C'est définitivement ce que j'ai besoin de savoir facque [cela fait que] d'être curieux [...]* »

Par ailleurs, les participantes ont mentionné l'importance de démontrer une certaine disponibilité, tout en sachant ne pas insister lorsque les jeunes se montrent fermées à toute discussion concernant leurs problèmes automutilatoires. En leur

offrant une certaine présence, de la disponibilité et en empruntant le même rythme que celui des patientes, l'infirmière démontre qu'elle se soucie de celles-ci et qu'elle respecte leur choix. Une telle attitude peut également renforcer la relation thérapeutique soignante/soignée, selon certaines participantes.

D'après les observations de l'étudiante-chercheuse, peu de relation d'aide de la part du personnel infirmier a été constatée. En fait, les personnes qui s'automutilent et qui ont des comportements susceptibles de « contaminer » le groupe d'adolescentes présentes dans l'unité sont généralement relocalisées dans l'unité d'observation. Comme cette salle d'observation est en retrait et ne favorise pas nécessairement les échanges et le dialogue entre les infirmières et les adolescentes, la possibilité pour les infirmières d'y établir une relation d'aide s'en retrouve limitée selon nos observations.

Les notes infirmières ont reflété d'ailleurs une lacune en ce qui concerne la relation d'aide des infirmières. Pendant la période d'observation, l'étudiante-chercheuse a lu et consulté plusieurs notes infirmières et, effectivement, très rares sont les notes qui témoignent d'une relation d'aide de la part des infirmières. L'étudiante-chercheuse a tout de même pu lire la note suivante : « 2010-01-25: 19h. Tente de gratter ses bras. Cesse ce comportement suite à une petite relation d'aide ». Comme nous venons de le constater dans cet extrait, il apparaît que la relation d'aide était peu encouragée lorsqu'il était question d'automutilation. Paradoxalement, les infirmières en entrevue ont semblé mettre beaucoup d'accent sur cette intervention qu'est la relation d'aide.

Interventions d'accompagnement

Les interventions d'accompagnement consistent en des interventions ou des outils mis en place par les infirmières pour orienter les jeunes qui s'automutilent vers des pistes de solution. Pour accompagner les jeunes, Khara utilise un outil développé

dans l'unité de soins appelé : « grille d'escalade¹¹ ». D'une part, cette grille permettrait aux jeunes d'être plus conscients et alertes face à leurs comportements automutilatoires; d'autre part cette grille permettrait aux intervenantes de la santé de mieux connaître les circonstances dans lesquelles les jeunes ont tendance à s'automutiler, et ce, dans le but ultime de prévenir ces comportements.

Un autre outil d'accompagnement utilisé par les participantes est la réflexion écrite. Une telle réflexion écrite permet au jeune, une fois en contrôle de ses états, de prendre le temps de mettre sur papier ses réactions, pensées et émotions ressenties lors de la crise automutilatoire. Marissa indique d'ailleurs que cet exercice d'écriture est aussi susceptible de favoriser la verbalisation de ce que la jeune ressent et permettra à l'infirmière d'initier une discussion avec lui quant à ses réflexions écrites — un processus qui atténue généralement son anxiété. À partir des réflexions écrites, l'infirmière peut donc aider et guider la jeune vers des solutions plus adéquates en lui proposant des moyens alternatifs aux comportements d'automutilation.

Malgré ce processus d'accompagnement qui peut se faire de façon progressive, les participantes ont rapporté qu'il est important de savoir responsabiliser les jeunes, ce qui signifie que ces derniers deviennent conscients des conséquences de leurs actes. Ces jeunes apprennent, par exemple, que les blessures qu'ils s'infligent peuvent laisser des cicatrices permanentes au niveau du corps et que des mesures d'urgence peuvent être prises par l'équipe en cas d'une perte de contrôle. À partir du moment où ils sont au courant de ces faits, ils deviennent pleinement responsables de leurs actes, selon les dires des participantes. Responsabiliser ces jeunes consiste également à les amener à demander de l'aide, à aviser le personnel lorsqu'ils ressentent une envie impérieuse de s'automutiler. Ils peuvent également en arriver à faire eux-mêmes leur pansement ou la désinfection de leurs blessures sous la supervision d'une infirmière. Shabana commente sur ce point :

¹¹ Tel qu'expliqué par cette participante, cette grille indique de façon visuelle les comportements privilégiés des jeunes avant, pendant et après les différentes phases automutilatoires.

« [...] *S'il y a des pansements à faire, s'il y a des désinfections à faire, la jeune est responsabilisée. On la supervise, mais "tu fais ton pansement, tu désinfectes, tu fais les démarches qu'il y a à faire pour ton automutilation". Ce n'est pas l'infirmière qui va arriver, qui va désinfecter puis qui va faire le pansement et tout le tralala. Souvent, on dit à la jeune "je te supervise, mais tu vas le faire" [...] » (Shabana)*

D'autre part, pour intervenir et accompagner les jeunes dans un processus de rétablissement, plusieurs intervenantes ont mentionné qu'il est important de travailler en équipe et de s'appuyer sur les expériences antérieures de chacun, ce qui signifie de mettre en application des interventions infirmières qui ont été les plus efficaces dans le passé. Llord en témoigne:

« *On a certains intervenants qui travaillent ensemble depuis quand même un bon bout de temps, depuis plusieurs années et puis, on a formé notre expérience. On a développé dans le fond une expertise pis on se souvient des cas-types qu'on se rappelle avec lesquels on a eu du fil à retordre [...]*
»

Ainsi, les interventions infirmières qui se sont avérées efficaces dans le passé en ce qui concerne des jeunes automutilatrices peuvent être utiles si des cas similaires se présentent dans le futur. Les participantes savent qu'il est important de les garder en mémoire, car ces interventions peuvent leur être utiles comme outil de travail.

Interventions d'évaluation

La troisième catégorie d'interventions fait référence à toutes les interventions en lien avec l'évaluation.

À plusieurs reprises, les participantes ont mentionné que l'infirmière joue un rôle important dans l'évaluation physique et mentale des adolescentes. Lors de l'admission, les participantes disent avoir l'habitude de faire une évaluation initiale des jeunes, notamment à l'aide d'un examen physique. Si les jeunes semblent avoir des antécédents d'automutilation, elles vérifient la présence ou l'absence de plaies

automutilatoires. Selon les infirmières, en présence de l'automutilation, un décompte des plaies doit être effectué. Quelques-unes d'entre elles se servent d'un outil-maison, développé au sein de l'unité où a été réalisée la recherche, appelé schéma corporel (voir Annexe I), de façon à documenter toutes les données importantes. Grâce à cet outil-maison, les infirmières peuvent faire le suivi tout au long de l'hospitalisation des jeunes. Voici en détail ce en quoi consiste exactement un schéma corporel et sa fréquence d'utilisation selon un participant :

« [...] pour moi, c'est important d'avoir une image de base du jeune qui arrive. Bon, quand il est arrivé, il y en avait je ne sais pas, on va dire 10 coupures au bras gauche bon, là au moins on a une base, on a une photo. Après tu vois, si c'est pire ou c'est mieux [...] tu peux le remplir tous les jours [...] la vérification pourrait se faire une fois par semaine ou deux fois par semaine [...] » (Andrew)

Tel que mentionné par Andrew, les infirmières peuvent utiliser cet outil-maison à raison d'une à deux fois par semaine, selon la gravité de la situation. La majorité des participantes ont également révélé l'importance d'apporter des soins physiques lorsqu'il y a détection de ces blessures en milieu pédopsychiatrique. Les participantes s'assurent qu'il y ait, à ce moment-là, une désinfection ou une protection des blessures pour éviter les risques d'infection. Nous l'avons souligné précédemment, certaines participantes permettent à ces jeunes, dans le but de les responsabiliser, de s'administrer eux-mêmes les soins d'ordre physique, et cela, uniquement si l'infirmière juge que ces derniers sont aptes à le faire.

Selon les participantes, après avoir prodigué les soins, l'infirmière peut, dépendamment de la gravité des blessures de la jeune, aviser le médecin de garde ou le pédopsychiatre responsable de l'incident qui s'est produit. Il est également du devoir de l'infirmière, d'après les participantes, d'observer tout autre incident entourant le phénomène de l'automutilation et de le consigner au dossier. De plus, selon ce qu'affirment les participantes, le rôle de l'infirmière en santé mentale comprend l'évaluation de l'état mental de la jeune ainsi que le niveau de dangerosité de l'acte automutilatoire après une crise automutilatoire. Si l'état de la jeune le

permet, l'infirmière peut faire un retour post-événement avec elle. Cette intervention permet à l'intervenante de comprendre les raisons qui ont poussé l'adolescente à adopter des comportements destructeurs. Jasmine raconte avoir fait un retour sur les événements avec une jeune et cette intervention a été favorable puisqu'elle a pu comprendre la situation et les émotions qui ont amené la jeune vers l'automutilation :

« [...] j'ai attendu un peu, là après ça, je suis allée faire un retour avec elle sur ce qui s'était passé. Elle m'avait dit qu'elle venait d'avoir un téléphone de sa mère qui lui avait annonçait qu'elle ne pouvait pas venir la voir en fin de semaine. Pis ça l'avait vraiment fâchée, puis elle [la patiente] disait que c'était la seule façon de 'dealer' avec ses émotions, c'était en se faisant mal pis qu'elle avait tout essayé pis rien d'autre l'aidait autant que ça [...] »

Selon les participantes, en effectuant des retours post-événements, l'infirmière se montre intéressée et ouverte à la réalité des jeunes et cette façon de procéder permet à celle-ci d'avoir une meilleure compréhension du phénomène de l'automutilation. Elle peut donc diriger concrètement les jeunes vers des techniques de résolution de problème.

Interventions de sécurité

À la suite des interventions d'évaluation, l'analyse des données de l'étude fait également ressortir des interventions se rattachant à la sécurité des jeunes. Ainsi, les participantes révèlent que dès l'admission en milieu pédopsychiatrique, les adolescentes présentant un risque de comportements autodestructeurs doivent se soumettre à un examen physique, mais aussi à une fouille des effets personnels. Les objets dangereux leur sont systématiquement retirés, selon les règlements de l'établissement. Malgré les fouilles à l'admission, Llord raconte qu'il a « *déjà vu une patiente entrer à l'hôpital avec une boîte de lame exacto puis en faire la distribution aux autres jeunes de l'unité.* » Llord rajoute que les mesures de sécurité qui sont mises en place dès l'admission doivent donc être maintenues tout au long de la période d'hospitalisation puisque des situations d'automutilation de la part des

adolescentes peuvent être imprévisibles et survenir en tout temps; l'infirmière doit donc se montrer vigilante, selon lui.

Généralement, en cas de crise chez des adolescentes, les infirmières disent savoir comment la désamorcer. Les participantes commencent tout d'abord par évaluer le niveau de dangerosité de l'acte automutilatoire; par la suite, les interventions de sécurité peuvent se traduire par l'application des étapes de pacification connues dans le domaine de la santé mentale. Pour ce faire, Llord utilise la pyramide d'interventions¹²:

« Bon, on utilise la pyramide d'interventions. Ce qu'on appelle la pyramide d'interventions c'est, on commence par un retrait de 15 minutes ou de 30 minutes, ça peut aller jusqu'à 60 minutes, si la personne ne collabore pas, à ce moment-là, il y a un transfert [...] »

L'intervenante qui décide d'en faire usage a à sa portée plusieurs possibilités d'interventions qui partent d'une approche générale et non directive vers des interventions plus encadrantes (Formation Oméga, 1998). Dans l'extrait présenté, Llord utilise les techniques Oméga en intervenant devant une jeune qui présente des comportements d'automutilation. En invitant tout d'abord la jeune à se retirer à sa chambre pour un temps déterminé, il espère que celle-ci pourra reprendre le contrôle d'elle-même, et ce, dans une atmosphère calme, sécuritaire et sans stimulus. Par contre, lorsque les retraits ou les moyens alternatifs s'avèrent inefficaces, c'est-à-dire s'il n'y pas de collaboration ou d'arrêt du comportement destructeur de la part de la jeune, malgré les négociations et la pacification, Llord et plusieurs autres participantes savent qu'ils doivent intervenir physiquement — particulièrement s'il y a danger pour la jeune ou pour autrui. Parfois, l'application des mesures d'urgence telles que la salle d'isolement, les contentions physiques ou chimiques doivent être envisagée. Selon certaines participantes, l'infirmière ne peut intervenir seule à ces moments. Elle peut cependant demander du renfort auprès d'autres infirmières, de

¹² Normalement, la pyramide d'interventions est le guide pour la gestion des crises d'agressivité. Elle repose sur les valeurs et les principes d'Oméga (Formation Oméga, 1998).

préposés aux bénéficiaires, d'éducateurs ou même d'agents de sécurité. Shabana emploie le terme de « pallier » pour désigner les efforts que l'infirmière déploie pour aider les jeunes à reprendre le contrôle sur eux-mêmes :

« [...] quand on est capable de le faire, tant mieux. Il y a des fois, il faut aller jusqu'à la contention parce que nos interventions ne fonctionnent pas. Des fois, c'est rendu trop loin, la sensation est trop forte, la jeune cherche trop d'aide, beaucoup de manque de contrôle donc c'est à nous de pallier à ce moment-là. » (Shabana)

Même si parfois la contention est l'intervention pour laquelle il faut opter, Shabana révèle qu'elle n'apprécie pas et éprouve même beaucoup de difficulté avec l'application de ces mesures puisque, pour elle, la liberté de la jeune est brimée dans ces situations. Elle indique :

« [...] c'est très emprisonnant pour moi [la contention]. C'est la liberté totale qui est enlevée. J'ai beaucoup de difficulté avec ça. Mais, quand une jeune a de la difficulté, je vais y aller pour elle. Bon, mais ça ne veut pas dire que je prends goût à ça, que j'aime ça. Mon intervention pour moi c'est comme, on m'oblige à aller jusqu'à là, mais je n'aime pas trop aller jusqu'à ça, la satisfaction n'est pas là. » (Shabana)

Il semble que Shabana n'est pas la seule à avoir un malaise devant l'application de contentions physiques. En effet, certaines participantes indiquent se sentir inconfortables face à l'utilisation des contentions et être contre ces mesures puisque, selon elles, les contentions sont souvent sur utilisées, et ce, de façon injustifiable. Paradoxalement, d'autres participantes reconnaissent toutefois que ces mesures ne sont utilisées qu'en derniers recours — de façon exceptionnelle — dans un contexte contrôlé ou une surveillance est mise en place.

En ce qui concerne les contentions chimiques, certaines participantes encouragent les jeunes qui s'automutilent à demander une médication *prn* (pro re nata qui signifie au besoin) « *juste si l'état de crise, d'anxiété ou d'agitation semble vouloir perdurer [...] ça pourrait être pertinent* » (Andrew). Andrew rajoute par ailleurs qu' « [...] à un moment donné, on apprend à connaître aussi la personne

puis on voit comment ça peut se gérer le mieux possible ». Toutefois, il est important, selon Marissa, de demeurer vigilant quant à la distribution de la médication *prn*, puisque certaines jeunes l'utilisent pour des raisons autres que thérapeutiques:

« [...] elle a eu de la médication pour avoir un certain impact pour l'automutilation. Elle avait fait usage des *prn* qu'on a dû cesser parce que justement, elle en faisait trop usage dans le but de se geler littéralement, pas parce qu'elle en avait besoin, parce qu'elle aimait cet effet-là d'être "knockée". » (Marissa)

Enfin, la dernière sous-catégorie des interventions de sécurité fait référence au type de surveillance. Les participantes ont mentionné que, selon le niveau de dangerosité du geste automutilatoire de certains jeunes, le niveau de surveillance doit être modifié en conséquence. Ce niveau de surveillance peut aller d'une surveillance normale (aux heures), vigilante (aux 20 minutes), jusqu'à une surveillance étroite (aux 10 minutes et 5 minutes lors de la toilette) ainsi que constante (présence continue, le patient ne peut donc être seul à aucun moment). La jeune ayant besoin d'une surveillance constante « *va jusqu'à se retrouver en jaquette avec un intervenant ou un surveillant devant sa porte ou le transfert à l'unité d'observation [...]* » indique Llord. Mentionnons que l'unité d'observation est un département fermé où il y a perte de privilèges pour les jeunes. En outre, les participantes révèlent qu'il est important de penser à aviser les autres membres de l'équipe des changements de surveillance, de façon à prendre les dispositions pour la sécurité des patients à risques.

Interventions reliées à l'enseignement

Les participantes mentionnent qu'il est essentiel d'effectuer des interventions reliées à l'enseignement auprès de la clientèle qui s'automutile. Lorsque la jeune est dans un état où il est plus calme, plus détendu et plus présent physiquement et psychologiquement, les participantes peuvent profiter de ce moment pour faire de l'enseignement sur le phénomène de l'automutilation. Par exemple, les participantes

racontent que les jeunes ne semblent pas toutes au courant des impacts des marques automutilatoires qu'elles s'infligent. Sur le coup, cette impulsion de se mutiler peut leur apporter un certain soulagement; cependant, à long terme, ces plaies demeurent permanentes et ces jeunes peuvent vivre un sentiment de honte. Lord explique:

« J'ai vu un garçon écrire "Fuck la vie" par exemple. Mais, parfois, après coup, il a un regret parce qu'on leur dit aussi qu'il y a un risque de cicatrisation, puis que ça reste permanent. Les filles vont dire "oh, est-ce que ça va partir cette affaire-là?" Facque [cela fait que], ils sont préoccupés, par l'aspect de ces automutilations je dirais, une certaine partie de ces gens ont honte. » (Lord)

Lord poursuit son idée concernant la gestion des émotions que les jeunes devraient apprendre: *« quand je vois quelqu'un qui s'automutile ou qui a l'impulsion de s'automutiler, qui a le goût de s'automutiler, je vais parler de ça, de l'impulsivité. Comment arriver à tolérer cette anxiété-là sans l'exprimer par l'impulsivité ou l'automutilation? »*

Marissa mentionne que les jeunes qui s'automutilent au sein de l'unité où la recherche a été réalisée et chez qui on décèle des composantes du trouble de la personnalité limite, ont parfois la chance de suivre à l'externe une thérapie donnée à la clinique des troubles de l'humeur de l'établissement hospitalier. Cette thérapie est la thérapie comportementale dialectique (souvent connue sous l'abréviation DBT pour *dialectical behavior therapy*). En effet, selon cette même participante, les jeunes apprennent à mieux gérer leurs émotions à l'aide de plusieurs activités proposées par les intervenantes de la clinique.

Également, les participantes ont énuméré plusieurs moyens alternatifs à l'automutilation. Voici une liste des moyens alternatifs rapportés par les infirmières en regard du phénomène de l'automutilation : des techniques de relaxation comme les exercices de respiration ou le yoga, l'écriture, le dessin, l'application de cubes de glace sur les mains ou l'utilisation d'élastique, de balles

anti-stress ou d'oreiller, la distraction (détourner leur attention avec des jeux de société ou la télévision par exemple), la discussion, l'exercice, la thérapie assistée par les animaux (TAPA) ou la zoothérapie.

Il est important, selon les participantes, de garder en tête que l'adolescente doit vouloir s'aider avant tout. L'infirmière peut proposer et enseigner tous les moyens alternatifs existants pour contrer ses pulsions automutilatoires, mais si la jeune demeure fermée et résistante, rien ne pourra être efficace, mentionnent certaines participantes.

En somme, ces jeunes qui s'automutilent ont besoin d'informations quant aux conséquences du comportement automutilatoire et de directives en ce qui concerne la gestion de leurs émotions. Par ailleurs, ils devraient également recevoir de l'enseignement portant sur des moyens alternatifs à l'automutilation.

Le prochain type d'intervention dont il sera question est en lien avec les émotions et les perceptions des infirmières face au phénomène de l'automutilation.

Interventions en lien avec les émotions et les perceptions des infirmières face au phénomène de l'automutilation

Tel que mentionné précédemment, les participantes ont rapporté que leurs pairs pouvaient éprouver des émotions négatives comme la colère, l'impuissance et la tristesse lorsqu'elles sont confrontées au phénomène de l'automutilation. Par ailleurs, elles ont également fait mention de quelques perceptions négatives en lien avec ce phénomène. Pour contrer ces émotions et perceptions en grande partie négatives, les participantes ont fait appel à certaines interventions infirmières spécifiques.

Selon ces dernières, il est préférable de garder une certaine distance psychologique avec les jeunes qui décident de s'automutiler, ce qui signifie de

demeurer neutres et objectives si possible, et ne pas réagir fortement face aux plaies que les jeunes se sont infligées. Même si elle est contre ce phénomène, Shabana dit qu'elle reste objective et parvient à maîtriser ses émotions lors d'une situation automutilatoire. Elle poursuit son idée: *« J'ai de la difficulté avec ça, mais je reste objective. J'ai fait mon travail, j'ai jasé avec, mais, ça ne me rentre pas dans la tête non plus. J'ai de la difficulté à accepter ça. »*

Voici le point de vue de Llord quant au fait de ne pas trop réagir à la vue des blessures que se sont infligées les jeunes:

« On ne veut pas exprimer non plus de la colère ou du dégoût parce que ça serait donner un bénéfice secondaire. Mais, c'est ça. Il ne faut pas non plus accorder trop d'importance à ça, ça serait le nourrir un peu ce comportement-là. »

D'après Llord, il ne serait pas recommandé de démontrer ouvertement les émotions ressenties lors d'une situation d'automutilation. Il nous indique que le fait de manifester des réactions négatives à titre d'intervenant pourrait favoriser un effet pervers et permettre aux jeunes d'adopter encore plus de comportements autodestructeurs. Dans le même ordre d'idées, Jasmine croit qu'il faut demeurer neutre et calme afin d'atténuer l'importance accordée aux plaies automutilatoires, cela lui permettrait de travailler avec les jeunes sur d'autres éléments plus préoccupants:

« [...] lorsque je n'ai pas de réaction face à la plaie, on dirait que je le vois dans certains visages, qu'ils attendaient que j'aie une réaction envers leur plaie. Vu que je n'en ai pas, ils passent à d'autres choses pis ça aussi, je trouve ça (rires), je trouve ça valorisant dans le sens qu'on peut travailler sur quelque chose plutôt que travailler sur quelque chose qui ne fait qu'un cercle vicieux selon moi. » (Jasmine)

Les participantes reconnaissent qu'il y a possibilité d'intervenir à deux ou plusieurs lorsqu'une situation est difficile émotionnellement à gérer. Cela permet aux

intervenantes de se sentir appuyées par d'autres membres de l'équipe soignante et pourrait même les aider à mieux intervenir. Andrew commente ce fait :

« [...] la plupart sont capables de faire face aux situations, mais la plupart sont à l'aise de dire à un autre infirmier, infirmière ou éducateur "ben là, j'aurais besoin de toi, parce que j'ai une intervention à faire, je suis mieux d'être deux." Des fois, ce n'est pas une question [...] d'une intervention musclée, des fois c'est tout simplement avoir besoin d'une présence ou d'une autre façon de voir les choses. » (Andrew)

Parfois, il est possible d'intervenir à deux ou à plusieurs si la situation le permet. Par contre, lorsque l'intervenant ne se sent pas apte à intervenir auprès d'une jeune parce qu'il vit un trop plein d'émotions, il a la possibilité de demander à un autre intervenant de le remplacer. Une participante s'exprime sur ce fait :

« [...] des fois ce qui peut arriver c'est que s'il y a une personne qui est moins à l'aise, les gens se sentent assez à l'aise entre eux pour dire "ah, est-ce que tu peux t'en occuper là, moi, j'ai de la difficulté pour telle, telle raison avec cette patiente", ben on dit, "ok", on fait le "switch" et ça s'arrête là. » (Khara)

Il est à noter que durant la période d'observation, l'étudiante-chercheuse n'a pu témoigner d'aucune situation difficile amenant des infirmières à devoir reléguer la prise en charge d'une patiente à une autre collègue. Ces dernières étaient-elles satisfaites de la répartition des patients qui étaient à leur charge ou auraient-elles tout simplement éviter d'en faire la demande par gêne ou par peur d'être jugées par leurs collègues?

Enfin, la dernière sous-catégorie concerne le respect des décisions prises par l'équipe soignante. S'il y avait une ligne directrice mise en place par l'équipe lors des rencontres multidisciplinaires, certaines participantes mentionnent qu'il est important de la respecter minutieusement. La participante Brittany rapporte qu'elle s'assure, la plupart du temps, d'« agir en conformité » avec l'équipe ainsi qu'avec le pédopsychiatre, et ce, dans le but d'éviter tout clivage ou toute forme de manipulation de la part des adolescentes.

Interventions pour éviter la contamination auprès des jeunes en milieu pédopsychiatrique

La dernière catégorie d'interventions infirmières en regard du phénomène de l'automutilation ciblée par les participantes de cette étude, touche les interventions dont l'objectif est d'éviter la contamination entre les jeunes qui occupent le milieu pédopsychiatrique. En effet, certaines des participantes ont remarqué que l'environnement qui est propre au milieu pédopsychiatrique, notamment l'inévitable proximité qui existe entre les jeunes au sein de ces milieux, serait propice à une certaine contamination sociale ou comportementale, soit le fait de reproduire des comportements sociaux qui sans cette proximité ne se seraient jamais survenus. L'établissement a d'ailleurs adopté des règlements pour éviter cette contamination et les participantes semblent les respecter : *« On demande aux jeunes de se recouvrir soit avec une jaquette à manche longue ou avec un chandail à manches longues pour justement diminuer l'intérêt que les autres vont porter à ça »* mentionne Llord. Ce dernier finit par dire qu'il y a aussi la possibilité de transférer ces jeunes dont les comportements ont tendance à influencer ceux des autres jeunes, et ce, vers l'unité d'observation : *« on a la chance d'avoir une unité d'observation qui évite le plus possible que ce genre de trouble se retrouve à l'unité, à l'intérieur d'une unité d'admission d'adolescents avec différentes problématiques parce que ça [l'automutilation] a un effet vraiment de contamination. »*

D'après les observations de l'étudiante-chercheuse, il est entendu que cette décision, celle de transférer une jeune à l'unité d'observation par exemple, n'appartient pas uniquement à l'infirmière. C'est une décision d'équipe prise la plupart de temps dans le cadre d'une rencontre multidisciplinaire. L'étudiante-chercheuse a été présente lors de plusieurs de ces rencontres et a pu y observer le travail d'équipe des intervenantes.

La prochaine partie traite des facteurs du contexte organisationnel susceptible d'avoir une influence sur les interventions privilégiées par les infirmières en cas d'automutilation.

4.2.3 Facteurs du contexte organisationnel susceptibles d'avoir une influence sur les interventions infirmières

Les 125 heures d'observation dans l'unité où la recherche a été réalisée ainsi que les entrevues semi-dirigées effectuées auprès des sept participantes, ont permis d'une part, de mieux saisir les interactions des membres de l'équipe, et d'autre part, de mettre en lumière les facteurs du contexte organisationnel pouvant avoir une influence sur les interventions infirmières en situation d'automutilation. À partir des données relatives à ces divers éléments, trois catégories ont été identifiées: la contribution de l'équipe interprofessionnelle en milieu pédopsychiatrique, les tâches et responsabilités de l'infirmière et la culture organisationnelle dominante.

La contribution de l'équipe interprofessionnelle en milieu pédopsychiatrique

Les participantes valorisent le travail d'équipe en milieu pédopsychiatrique. Selon elles, au sein de l'unité où elles exercent, le travail d'équipe ainsi que le travail interdisciplinaire seraient satisfaisants. Les informations recueillies à travers les observations réalisées par l'étudiante-chercheuse corroborent effectivement les affirmations des participantes à l'effet que les relations entre les différents professionnels sont généralement harmonieuses tant sur l'unité que durant les rencontres multidisciplinaires hebdomadaires. Lors de sa période d'observation, l'étudiante-chercheuse a constaté une forte complicité du personnel qui œuvrait au sein de l'unité où a été réalisé la recherche, une unité où le travail d'équipe était très présent. Les intervenantes semblaient bien s'entendre entre elles et la communication interpersonnelle prenait place de façon respectueuse.

Marissa qualifie la relation d'équipe comme se comparant « *littéralement [à] une famille [...] parce qu'on est ensemble tout le temps.* » Malgré les tensions possibles, elle sait reconnaître les forces et faiblesses de chacun des membres de son équipe en fonction de leur personnalité ce qui, de son avis, favoriserait le travail en synergie :

« [...] Ça fait en sorte que ce “melting pot” là de toutes nos personnalités en milieu de santé mentale veux, veux pas, ça influence beaucoup notre personnalité [...] Facque [cela fait que] tout ça, va faire en sorte qu'on va arriver quand même à travailler en synergie pis la relation de confiance est primordiale en santé mentale. J'ai besoin de savoir que mon équipe me 'back' si j'ai un patient qui se désorganise puis s'il devient agressif [...] c'est pourquoi, c'est vital de connaître avec qui tu travailles pis de recevoir tout le monde dans leur personne complète. » (Marissa)

Comme l'indique Marissa dans cet extrait, la confiance est une notion primordiale en santé mentale. Il est important pour Marissa de pouvoir compter sur ses collègues de travail lorsqu'elle doit intervenir auprès d'adolescentes en situation de crise. Connaître comment ces collègues interviennent et interagissent lors de situations d'automutilation, peut se révéler très utile parce qu'en connaissant mieux ces éléments, le déroulement de l'intervention en équipe peut être plus efficace. Les propos de Marissa coïncident avec ceux de Llord lorsque ce dernier indique que le travail d'équipe est fondé sur l'attention et la confiance. Selon Llord, à partir du moment où ces principes sont mis en pratique au sein de l'équipe, le personnel infirmier peut intervenir sans même dire un mot:

« [...] un bon travail d'équipe, c'est un travail d'attention, de confiance. Je pense qu'on réussit à intervenir sans vraiment se parler. Des fois on est à l'affût d'un changement, d'un bruit au niveau du groupe, quelqu'un intervient, l'autre voit la personne intervenir, mais il va en “back-up”. Il va appeler la sécurité ou il va demander aux [autres] patients d'aller dans leur chambre s'il y a une intervention avec les agents, tout ça, c'est le travail d'équipe. » (Llord)

Andrew, pour sa part, croit que le travail d'équipe au sein de son unité est basé notamment sur le respect, l'écoute et sur « une certaine maturité [qui] n'a pas rapport avec l'âge. » Selon lui, la communication serait un outil important lorsqu'il s'agit de travailler en équipe. En effet, Andrew précise que des comptes-rendus de la part des préposés ou des éducateurs sont souvent présentés aux infirmières suite à des activités organisées dans le département. De plus, selon Jasmine, lorsqu'une situation d'automutilation plus difficile advient chez une adolescente, il y a souvent discussion et consultation entre les collègues après la réalisation des interventions.

Voici ce que cette même participante indique, « *on revient souvent, de façon informelle, sur nos interventions avec la petite équipe [...] c'est vraiment aidant parce que ça nous permet de nous réajuster après [...]* »

En ce qui concerne le travail interdisciplinaire lors des rencontres dirigées par le pédopsychiatre et l'infirmière adjointe, l'étudiante-chercheuse a constaté qu'il y régnait une forme de respect entre les professionnels et un niveau avancé de partage des compétences. Il est à noter que l'équipe du quart de soir est invitée toutes les semaines à assister à ces réunions. Lors de ces rencontres, chaque intervenante a droit de parole et le temps nécessaire pour faire valoir son point de vue lui est accordé. Les échanges permettent éventuellement la réflexion quant à différentes interventions mises en place de façon à pallier des situations d'automutilation plus complexes. Selon les observations de l'étudiante-chercheuse, il y aurait, la plupart du temps, consultation auprès du pédopsychiatre responsable de l'unité lors de décisions importantes. En ce qui a trait spécifiquement à ce pédopsychiatre, les participantes se disent généralement très satisfaites de son travail et reconnaissent non seulement ses compétences professionnelles, mais également ses qualités interpersonnelles. Lors des rencontres multidisciplinaires, nous avons constaté que le pédopsychiatre se montre calme, rassurant, est à l'écoute de tous les membres de son équipe et tient compte de leur avis. Khara, Marissa et Brittany donnent leur opinion concernant le pédopsychiatre :

« Je pense que ce sont de bonnes relations [relations entre les professionnels]. Je pense qu'avec le pédopsychiatre, ça va vraiment super bien. C'est quelqu'un qui est ouvert à la discussion puis a de nouvelles idées. Je pense qu'il prend en compte ce que les infirmières, ce que les autres membres de l'équipe ont à dire. Je pense qu'il y a vraiment une bonne collaboration. » (Khara)

« C'est le meilleur qu'on a eu, puis on veut tellement qu'il reste ici. [Il est] accessible, terre-à-terre. Il entend le personnel, il veut savoir ton opinion clinique [...] Il t'écoute, jeune que tu peux être dans la profession, il t'écoute, que tu sois préposé, éducateur peu importe, il t'écoute [...] il va essayer de t'outiller plus, il va essayer de te guider plus, c'est super ça! » (Marissa)

« [...] on a un médecin à l'unité qui donne le ton, comme je pense que ça n'a jamais été fait depuis que je pratique ici. » (Brittany)

Il est, certes, souhaitable que le pédopsychiatre qui interagit au sein de l'équipe d'intervenantes soit compétent et qu'il sache transmettre aux membres de l'équipe les informations associées aux outils d'interventions les plus appropriées. Sa vision de l'unité, ses priorités et sa capacité à travailler en équipe sont également importantes, car cela peut influencer les interventions infirmières, notamment en situation d'automutilation. Brittany mentionne que malgré l'autonomie de l'infirmière, il est parfois nécessaire d'agir en conformité avec la vision du pédopsychiatre :

« [...] il y a des choses qu'on peut faire, mais il y a aussi des choses qu'il faut suivre puis dépendamment sur quoi le médecin voit ce qui est prioritaire, ça teinte aussi nos interventions. Je m'assurais d'agir en conformité avec la façon dont le médecin voyait ça. » (Brittany)

En lien avec les dires de Brittany, certaines participantes soulignent effectivement l'apport majeur du psychiatre dans l'orientation des interventions. D'après les observations faites par l'étudiante-chercheuse, le psychiatre de l'unité apparaît très ouvert à la discussion lors des rencontres cliniques et demande, la plupart du temps, l'opinion des infirmières. Cependant, il n'en reste pas moins que le pédopsychiatre a le dernier mot pour ce qui est des interventions qui seront réalisées auprès des patients particulièrement en ce qui a trait aux diagnostics et aux traitements pharmacologiques.

Somme toute, d'après les participantes, le travail d'équipe et l'interdisciplinarité au sein du milieu où a été réalisée la recherche jouent un rôle crucial dans l'élaboration du choix des interventions. L'étudiante-chercheuse en déduit que les échanges et les discussions menées en équipe sur le terrain ou lors des rencontres multidisciplinaires influencent fortement le choix des interventions infirmières qui seront utilisées en cas d'automutilation chez une adolescente. Les participantes indiquent d'ailleurs que l'attention, la confiance, la communication et

la connaissance de la personnalité des professionnels qui constituent l'équipe de travail et qui œuvrent dans différents domaines de compétence demeurent des éléments importants qui favorisent la synergie au sein du groupe de travail et, par conséquent, un travail d'équipe satisfaisant.

Tâches et responsabilités de l'infirmière en milieu pédopsychiatrique

Le travail de l'infirmière en santé mentale auprès des adolescentes est exigeant affirment les participantes. Certes, ces dernières désirent venir en aide aux jeunes qui s'automutilent, mais considèrent leurs interventions comme étant peu efficaces à cause des multiples responsabilités qui leur incombent et de leur surcharge de travail en pédopsychiatrique. Shabana qui est assistante infirmière-chef du département où a été réalisée cette étude, nous fait part de certaines remarques à cet effet: *« on veut faire plus avec le peu de moyens qu'on a puis souvent, on est compressé comme un citron parce qu'on ne peut pas tout faire, tout demander, tout gérer et on ne peut pas non plus, répondre aux besoins du patient bien des fois. »*

Selon ses observations, l'étudiante-chercheuse a effectivement constaté que les infirmières sur le terrain sont souvent très occupées, voire surchargées. Voici un aperçu du déroulement d'une journée de travail d'une infirmière dans le milieu où a été réalisée la recherche tel qu'observé par l'étudiante-chercheuse : au début du quart de travail, l'infirmière va à la rencontre de sa collègue de travail et échange certaines informations dans le cadre du rapport inter-service, elle donne les directives journalières aux préposés ou aux éducateurs; par la suite elle évalue les patients dont elle a la charge et vérifie qu'il y ait surveillance des patients à risques sur l'unité. Par le biais de ces observations, l'étudiante-chercheuse constate que l'infirmière s'assure également que les patients dont elle a la charge assistent à toutes ses rencontres ou ses activités prévues à l'horaire. Elle s'assure également d'avoir le temps nécessaire pour remplir le PTI (plan thérapeutique infirmier), toutes ses notes infirmières au dossier et de s'assurer d'être disponible afin d'assister à toutes les rencontres

multidisciplinaires, y compris les réunions organisationnelles, administratives et celles plus directement associées aux soins infirmiers.

Il arrive parfois aux infirmières, le plus souvent par manque de temps, d'avoir à compléter leurs notes au dossier du patient lors des rencontres multidisciplinaires. De plus, afin de répondre aux besoins en ressources humaines de l'unité, les gestionnaires comptent sur la contribution des infirmières de l'équipe volante ainsi que celles provenant d'agences. D'après les participantes interviewées, la présence dans le département de ces infirmières alourdirait grandement leur charge de travail. Cette réalité frappe de plus en plus d'établissements de soins de santé et les infirmières tentent de s'adapter à cette situation qui, selon certaines, serait anxiogène. C'est « *une source d'anxiété, un surcroît de travail* » souligne Llord. Ce dernier indique : « *ça rajoute, disons à la charge de responsabilité, parce qu'en plus de mon travail, je dois superviser, vérifier des fois en faire plus, intervenir auprès de leurs patients* ». Il apparaît, selon les dires de Marissa, que l'infirmière de l'agence qui accepte de travailler dans une unité pédopsychiatrique se doit d'avoir une expertise minimale dans ce domaine. Marissa commente à ce sujet :

« travailler avec une clientèle pédopsychiatrique [...] il y a plein de particularités autant au niveau de la justice [...] on a beaucoup de cas où nos jeunes sont placés, [...] il y a une certaine lourdeur, on a des jeunes qui sont victimes d'abus, il y a plein de choses. » (Marissa)

Selon les participantes, ces infirmières d'agences ou de l'équipe volante doivent être conscientes des particularités de chacune des adolescentes qui sont à leur charge et doivent assumer les autres tâches et responsabilités infirmières. Marissa croit cependant que la tâche n'est certes pas facile, tant pour les infirmières permanentes que pour celles venant de l'extérieur. L'étudiante-chercheuse constate que Marissa s'informe des expériences vécues par ces infirmières, même si elle demeure critique quant aux répercussions inévitables de cette réalité sur ces propres conditions d'exercice dans l'unité où a été réalisée la recherche. Elle indique aussi que, d'après ses perceptions, l'établissement, ou plus spécifiquement la

coordonnatrice des soins infirmiers, s'assurent que les mêmes individus, tant ceux de l'agence que ceux de l'équipe volante, soient régulièrement assignés aux mêmes unités afin de favoriser une stabilité dans les équipes infirmières pour, qu'entre autres, une certaine continuité de soins soit possible.

« C'est difficile c'est sûr, c'est difficile. On essaie de les aider le plus possible. Ce qui aide c'est le fait que souvent avec les mêmes personnes de l'agence facque [cela fait que] au moins ils sont habitués au milieu. Mais c'est sûr et certain que veux, veux pas, ça éclabousse le personnel ou ça nous rajoute une petite lourdeur aussi parce qu'on veut tellement s'assurer que tout se passe bien pis au niveau des plans de traitements, des interventions [...], mais ils font ce qu'ils peuvent aussi là, ce n'est pas évident pour eux non plus. » (Marissa)

En ce qui a trait spécifiquement aux rôles que jouent les infirmières dans l'équipe soignante, Marissa ajoute que les infirmières agissent maintenant à titre de *leader* au sein de leur équipe, ce qui de son avis n'était pas le cas à l'époque :

« [...] je n'espère pas que ce soit narcissique là, mais je trouve que le rôle de l'infirmière occupe beaucoup de place au niveau de ce dossier-là, au niveau du plan de traitement de cette jeune-là. L'évaluation est faite par l'infirmière, demeure à l'infirmière puis c'est l'infirmière qui justifie l'intervention qu'ils doivent suivre [...] À ce moment-ci, je pense que dans notre unité de soins, le leadership va à l'infirmière [...] À l'époque, ici, c'était les éducateurs qui envoyaient les patients en contention ou en isolement puis l'infirmière, 'je fais juste lui dire' sauf que ça demeure sa licence. Ça demeure que c'est important ce qu'on fait, on n'est pas juste des passeuses de pilules [...] » (Marissa)

Certains participants tels que Llord et Khara ne partagent pas cette idée et ont une vision différente de celle de Marissa en ce qui a trait au rôle de l'infirmière dans le milieu où a été réalisée la recherche. Llord estime que l'infirmière semble perdre de plus en plus de son autonomie en tant que professionnelle. Selon lui, l'infirmière devient plutôt une exécutante au fil du temps. À cet effet, il dit ceci : *« Il a eu une époque où on encourageait l'autonomie, l'initiative de l'infirmière puis on s'en va*

vers un autre pôle, celui de l'exécution, de certaines tâches, responsabilités précises là. »

Quant à Khara, il y aurait selon elle, un problème en ce qui concerne la différenciation des rôles auprès du personnel. Contrairement à Marissa, Khara croit que l'infirmière en milieu pédopsychiatrique n'aurait pas un rôle de *leader*; l'infirmière accomplirait et assumerait plutôt les tâches et responsabilités d'autres intervenantes, d'autres professionnels. Khara croit donc qu'il y aurait chevauchements des rôles. Voici ce qu'elle indique à ce sujet, tout en donnant un exemple quant à la différenciation des rôles:

« [...] il y a problématique au niveau de la différenciation des rôles, ce que le préposé doit faire, ce que l'éducateur doit faire, ce que l'infirmière doit faire. Un exemple, il y a des tournées de surveillances à faire, j'arrive, je fais comme "ok, les tournées, qui a fait les tournées?" Il n'y a personne qui bouge puis on est 6 dans le poste dont 3 infirmières, 2 éducateurs, un préposé, puis tu fais comme il n'y a pas personne qui bouge. Là je suis "ok, c'est parce qu'ils sont aux 20 minutes, il est 7h50 pis il n'y a personne qui assure les surveillances?" Personne qui bouge pis il y a un infirmier qui se lève et qui y va. Je fais comme, "Non, ce n'est pas ta job! Ta job première c'est, tu dois t'assurer qu'elles sont faites [les surveillances], tu dois t'assurer que quelqu'un est nommé pour les faire, mais tu ne peux pas tout faire, tu ne peux pas faire ta job d'infirmier, tu ne peux pas faire ta médication puis faire tout ton clinique puis en même temps être dans l'activité, en même temps les surveillances, en même temps faire le déjeuner." Quelque part, au niveau de la différenciation des rôles, il y a un problème. » (Khara)

Ainsi, Khara croit qu'il y a une difficulté en ce qui a trait aux rôles : l'infirmière apparaît prendre toutes les responsabilités sur son dos et si elle ne prend pas l'initiative d'entamer par exemple les surveillances, *« ça ne se ferait pas »* dit-elle.

Pour les assistantes infirmières-chefs de l'unité comme Khara ou Shabana, la tâche est doublement ardue: *« J'essaie d'avoir des liens harmonieux avec tout le monde, mais ce n'est pas toujours facile à gérer, parce qu'on est entre les deux, on est entre l'équipe traitante et on est aussi entre les patrons qui ont des nouvelles*

directives à imposer [...] commente Shabana. Khara, quant à elle, dit « qu'elle essaie toujours de voir le côté gestionnaire et le côté plancher ». Ces infirmières se retrouvent entre l'arbre et l'écorce car, d'une part, elles reçoivent les « états d'âme de tout le monde » et doivent « gérer les problèmes avec le personnel » et, d'autre part, elles doivent demeurer « objectives avec leurs patrons et leur dire que ça ne fonctionne pas toujours » ajoute Shabana.

En d'autres mots, d'après les dires des participantes et les observations de l'étudiante-chercheuse, il y aurait une certaine lourdeur dans les tâches et responsabilités des infirmières en milieu pédopsychiatrique. L'infirmière gère les membres de son équipe (préposés aux bénéficiaires et éducateurs spécialisés), évalue l'état physique et mental de ses patients, coordonne les activités de part et d'autre et assiste aux multiples rencontres interdisciplinaires tout en apportant son aide aux infirmières de l'agence ou de l'équipe volante. Le temps consacré pour accomplir toutes ces tâches, il apparaît qu'elle ne peut l'offrir à ses patients. En somme, pour certaines participantes, l'infirmière est une véritable *leader* puisqu'elle a la capacité d'influence sur les autres membres de son équipe de travail et de prendre des décisions d'interventions qui favoriseront la qualité des soins, tandis que pour d'autres, l'infirmière apparaît comme une simple exécutante des directives du médecin.

Culture organisationnelle

Le choix des interventions qui seront utilisées par les infirmières dépend de certains facteurs et la culture organisationnelle du milieu est l'un de ceux-ci. D'après les participantes, il y aurait des coupures budgétaires au sein de l'établissement. Encore une fois, cette réalité qui est présente dans le système de santé québécois pourrait avoir des répercussions sur les interventions prodiguées par les infirmières. Entre autres, selon les participantes, peu de formation et de conférences concernant le phénomène de l'automutilation sont offertes aux infirmières. Khara mentionne que, selon elle, les infirmières manquent de connaissances relatives au phénomène de

l'automutilation, ce qui les amènerait à se remettre en doute quant aux interventions qu'elles réalisent :

« Je dirais qu'on manque de connaissances et on manque d'approches par rapport à nos rapports à ces patients-là. Est-ce qu'on est dans la bonne direction, comment réagir face à ces gestes-là? Parce que c'est sûr qu'on en parle avec notre psychiatre ou en équipe, mais on n'a pas les réponses à tout. » (Khara)

Ces lacunes pourraient également expliquer la difficulté ou le malaise de ces infirmières lorsqu'il s'agit d'intervenir en cas d'automutilation, celles-ci étant peu outillées pour venir en aide à ces jeunes en détresse. En ce qui a trait spécifiquement à la thérapie comportementale dialectique dont Marissa nous a parlé précédemment, il apparaît que les infirmières qui œuvrent au sein du milieu où a été réalisée la recherche, sont tenues à l'écart des savoirs qui y sont associés. D'après cette participante, les infirmières travaillant en milieu interne pédopsychiatrique n'ont pas la possibilité de recevoir la formation relative à cette thérapie, et ce, malgré un désir très grand de la part des infirmières. Marissa donne son opinion sur ce fait et propose des alternatives à ce problème :

Étudiante-chercheuse : Qu'est-ce qui fait en sorte que tu ne pourrais pas bénéficier de cette formation-là?

Participante : Écoute, on m'a dit que ça ne se donnait pas.

Étudiante-chercheuse : Que ça ne se donnait pas?

Participante : Non, mais qu'on ne pouvait pas assister [à la formation DBT], c'est ce qu'on m'a dit. De ce que j'ai su, peut-être que les intervenantes ne se sentaient pas tout à fait à l'aise que celles de l'interne soient présentes, mais je ne sais pas. Au moins, s'il y avait une personne de l'interne qui pouvait y aller puis ensuite donner l'information aux autres intervenants [...] ça serait intéressant, quitte à que ça soit notre chef adjointe qui assiste puis qu'elle vienne nous transmettre ça. Ça serait le fun, mais ce sont des séances fermées.

Marissa évoque le désir de pouvoir assister à cette formation dans le but de « *faire le suivi avec [ses] jeunes [qui sont à sa charge] lorsqu'ils reviennent de leur thérapie [...]* ». Elle mentionne d'ailleurs qu'il y a « *définitivement [...] une place pour l'infirmière dans cette thérapie-là* ». Or, pour l'instant, Marissa indique que les infirmières n'ont pas de formation ou de soutien dans le développement de leurs compétences en ce qui a trait aux interventions spécifiques au phénomène de l'automutilation. Les infirmières doivent le plus souvent se contenter du contenu des livres qui sont remis aux patientes dans le cadre de leur thérapie DBT. La participante Marissa ajoute : « *on s'empressait de faire des photocopies, mais rien d'officiel [...], ça serait le fun de ne pas juste se dépêcher pour faire des photocopies.* »

Certaines participantes rapportent que s'il était possible d'assister à des conférences ou à des congrès en santé mentale, celles-ci seraient prêtes à s'y rendre sans être payées, voire même à assumer les frais inhérents à ces événements, le tout dans le but de devenir plus compétentes dans leur approche auprès des jeunes avec qui elles sont en contact chaque jour.

« *[...] ça marche sous forme de subventions, de journée qu'on peut avoir, payées par l'employeur, mais des fois, je le payais moi-même. Je me prenais un congé, parce que ce n'est pas toujours possible de libérer le même nombre de gens puis il y a des conférences intéressantes qui nous aident beaucoup, qui nous donnent les meilleures approches [...]* On sait qu'on est dans un budget assez contrôlé là-dessus, moi, je n'irai pas poser des questions, moi, si ça m'intéresse, je vais m'inscrire moi-même. Sinon, je vais passer par mon employeur ou la direction pour savoir si je peux y aller ou pas. Mais quand c'est des congrès de 2-3 jours, je ne vais pas y aller, ça coûte trop cher. » (Shabana)

Comme Shabana l'indique dans cet extrait, ces conférences coûtent relativement cher et les infirmières doivent parfois assumer elles-mêmes les frais de ces conférences, de façon à obtenir les informations et les outils nécessaires pour mieux intervenir. Il semblerait, cependant, que les infirmières souhaiteraient agir et intervenir en s'appuyant sur des données probantes issues de la recherche. Selon

Jasmine, « *c'est toujours la meilleure façon d'intervenir* ». Toutefois, cette dernière mentionne qu'il y a une lacune à ce niveau:

« [...] je pense que le manque dans l'équipe serait surtout en lien avec la langue. Je sais que lorsqu'on amène des articles en anglais, il y en a beaucoup qui ont de la difficulté avec l'anglais alors je sais que ça, c'est un grand obstacle dans l'équipe. Je sais que lorsqu'il y a des articles qui sont mis, il y en a beaucoup qui les lisent que ce soit en lien avec la médication ou en lien avec des diagnostics de patients, on les met des fois au dossier. On va mettre un bon article, puis il y en a beaucoup qui vont les lire seulement s'il est en français [...] j'ai l'impression qu'il faut que ça soit apporté à leurs yeux puis que ça soit même dit verbalement [pour que la personne le lise] » (Jasmine)

Comme Jasmine tente de l'expliquer, il semble qu'un bon nombre d'infirmières soient intéressées à la recherche, désireuses de s'appuyer sur les données probantes, de façon à mieux intervenir. Cependant, comme la majorité des articles de recherche disponibles sont écrits en anglais, c'est là un obstacle de taille, une barrière linguistique qui amènerait souvent les infirmières à rebrousser chemin, et ce, malgré l'intérêt qu'elles présentent.

Enfin, la culture de l'organisation touche la gestion du budget de l'établissement et particulièrement les postes de gestionnaires. Pour Khara, il y a de plus en plus de postes de gestionnaire dans l'établissement où elle pratique. Selon elle, il y aurait beaucoup trop de ce type de postes pour le nombre de lits. Elle s'explique :

« on a quoi en pédopsychiatrie, une capacité de 15, 10, 10, mettons 30, mettons maximum 35 [lits]. Pis on se retrouve avec un assistant, un adjoint, une chef d'unité, un autre chef d'unité, un directeur de programme [...] pis on n'arrête pas de dire que ça coûte cher, a-t-on besoin de tout ce monde-là pour 35 lits? » (Khara)

Ce qui l'amène surtout à se questionner, c'est le discours dichotomique des gestionnaires concernant la gestion des budgets de l'unité. D'une part, les gestionnaires annoncent des coupures budgétaires alors que de nouveaux postes de

gestionnaires s'ajoutent, ce qui apparaît irrationnel pour Khara. En effet, lors d'une rencontre multidisciplinaire à laquelle l'étudiante-chercheuse a assisté, l'infirmière adjointe a donné l'information comme quoi trois nouveaux postes de gestionnaire étaient créés. Khara commente ce fait :

« Mais d'un autre côté, lorsqu'ils nous annoncent ça, ils nous disent "ouais, c'est coupure budgétaire, faut couper 500 000\$", puis de l'autre bord, "on a créé trois postes", ce qui équivaut à une masse salariale peut-être de 500 000\$. C'est comme, "tu veux rire de qui ?" Ne nous le dis pas (rires), c'est comme à un moment donné, il faut être cohérent! »

L'incohérence des décisions prises par la direction, en ce qui concerne la gestion du budget de l'établissement, irrite certaines participantes comme Khara qui s'insurge devant la situation. Cette dernière souligne même comment l'unité fonctionnait très bien à l'époque avec moins de gestionnaires au sein des unités:

« [...] il y a quelques années, il y avait une chef d'unité, une commis, une assistante de jour et une assistante de soir et la job se faisait puis elle se faisait bien. Puis, [...] il y avait plus de patients. » (Khara)

En somme, les résultats de l'étude ont permis de mieux comprendre les interventions infirmières en regard du phénomène de l'automutilation en milieu pédopsychiatrique. Les questions posées aux participantes sur les interventions infirmières sont classées selon sept catégories d'interventions : relation d'aide, accompagnement, évaluation, sécurité, enseignement, en lien avec les émotions et les perceptions de l'automutilation et finalement des interventions ayant pour but d'éviter la contamination. En ce qui a trait aux facteurs pouvant avoir une influence autant positive que négative sur ces interventions infirmières, il a été question du travail d'équipe, du travail de l'infirmière et de la surcharge qui y est associée, des facteurs de la culture organisationnelle tels que le manque de formation, l'impossibilité d'assister à des conférences en lien avec le phénomène de l'automutilation ainsi que de mauvais choix de gestion.

CHAPITRE V
LA DISCUSSION

5. DISCUSSION

Ce dernier chapitre propose une discussion concernant les résultats recueillis dans le cadre de cette étude, résultats qui ont été présentés dans le chapitre précédent. L'étudiante-chercheuse tentera tout d'abord de faire des liens entre ces résultats et la littérature scientifique touchant les trois principaux thèmes qui ont émergé de cette étude : 1- la compréhension du phénomène de l'automutilation, 2- les interventions infirmières privilégiées en cas d'automutilation et 3- les facteurs de la culture organisationnelle susceptibles d'avoir une influence sur les interventions infirmières. Enfin, nous présenterons les forces et les limites de l'étude ainsi que des recommandations pour la pratique infirmière et pour la recherche.

5.1 Discussion relative aux résultats de l'étude en lien les écrits scientifiques

5.1.1 Compréhension du phénomène de l'automutilation

Tel que présenté dans le chapitre de ce mémoire consacré à la présentation des résultats, le phénomène de l'automutilation chez les adolescentes est un phénomène difficile à cerner. Nous avons vu que de tels comportements autodestructeurs ont une signification profonde pour les adolescentes qui s'y adonnent; pour celles-ci, il ne serait donc pas uniquement question du fait de se blesser — en effet, une logique beaucoup plus complexe serait associée à ces actes automutilatoires. Comme nous avons pu le constater à la lumière des révélations émanant des infirmières ayant participé à cette étude, il apparaît, selon celles-ci, qu'une grande souffrance se cache derrière ces actes. Il appartient donc aux infirmières œuvrant en milieu pédopsychiatrique de chercher à mieux comprendre ce phénomène pour ainsi intervenir plus adéquatement.

Les infirmières qui ont participé à la présente étude possèdent un bon niveau de compréhension du phénomène de l'automutilation chez les adolescentes; effectivement, une bonne partie des résultats obtenus auprès de celles-ci corroborent plusieurs écrits scientifiques recensés dans le domaine de la santé. Quelques écrits choisis à travers la littérature scientifique, qui se développe d'ailleurs de plus en plus

relativement au phénomène de l'automutilation, seront exposés ci-dessous afin d'alimenter une discussion en lien avec les principales données obtenues. Il est à noter que ce chapitre de la discussion ne vise pas à accorder de bons points ou de mauvais points aux infirmières, mais à mieux saisir quelle est leur compréhension du phénomène à l'étude.

Pourquoi choisit-on de s'automutiler volontairement ?

Il est plutôt inconcevable de penser qu'il y a des gens qui puissent se blesser délibérément. Les images sanguinolentes que nous nous imaginons relativement au phénomène de l'automutilation frappent les esprits puisqu'elles représentent des transgressions insupportables pour la société (Le Breton, 2004). Plusieurs participantes, au cours de cette étude, ont effectivement rapporté une certaine incompréhension face à ce phénomène, l'automutilation étant pour elles un comportement mystérieux. Comme nous l'avons vu dans le chapitre consacré à la présentation des résultats, les participantes disent avoir de la difficulté à bien cerner le problème de l'automutilation et, plus particulièrement, les raisons qui poussent les adolescentes en milieu psychiatrique à s'automutiler. Elles ont donc émis quelques hypothèses qui seront présentées ci-dessous.

Un aspect intéressant révélé par les participantes est le fait qu'il n'y a pas de réponses uniques en ce qui a trait aux raisons qui amènent les adolescentes à s'automutiler. D'après les participantes rencontrées dans le cadre de cette étude, ces raisons sont d'ailleurs différentes pour chaque individu. Gratz et Chapman (2009) abondent dans le même sens que ce qu'ont exprimé les participantes de cette étude. Ces mêmes auteurs indiquent que la personnalité du jeune jouerait un rôle important dans les facteurs de risque d'automutilation (Gratz & Chapman 2009). Une jeune de nature impulsive aurait de grandes chances d'utiliser l'automutilation pour faire face à ses difficultés. Par ailleurs, une jeune plutôt réservée, ayant de la difficulté à s'affirmer et à mettre ses émotions en parole, comme l'ont mentionné les participantes, pourrait également opter pour l'automutilation comme moyen de communication ou de *coping*. David Le Breton, anthropologue et professeur en

sociologie à l'Université de Strasbourg, s'intéresse aux représentations du corps humain. Selon cet auteur, l'adolescente qui décide, par exemple, de s'entailler l'avant-bras après avoir été témoin d'une situation de dispute entre ses parents, utilise ce moyen dans le but de mettre un terme à un bouillonnement interne créé par une certaine impuissance face à une situation sur laquelle elle considère n'avoir aucune prise. Ces atteintes au corps pourraient donc dénoter une difficulté de la part de l'adolescente à exprimer par la parole les émotions qui l'habitent, « *au lieu de crier ou de manifester sa détresse contre le monde ou ceux qui en sont responsables [de la situation], l'individu la retourne[rait] contre lui-même* » souligne Le Breton (2004, p.105). L'auteur stipule que lorsque l'humain croit n'avoir aucune possibilité de sortir d'une situation donnée en faisant appel au langage, il se mettrait dans une position où il tenterait de s'approprier un certain contrôle de sa vie afin de compenser pour ces instants « *incontrôlables* » (Le Breton, 2004) et ce, en choisissant l'automutilation — pour décharger une tension extrême, un trop-plein de souffrance.

Par ailleurs, plusieurs auteurs mentionnent l'impact de la composante familiale comme facteur de risque de l'automutilation, notamment lorsqu'il serait question d'abus sexuels au moment de l'enfance (McVey-Noble, Khemlani-Patel & Neziroglu, 2006; Gratz & Chapman, 2009). Marissa, une infirmière ayant participé à notre étude, abonde elle aussi dans le même sens que ces derniers auteurs en indiquant que, selon elle, les adolescentes ayant subi une agression sexuelle seraient davantage susceptibles d'adopter des comportements automutilatoires. Selon McVey-Noble, Khemlani-Patel et Neziroglu (2006), les jeunes qui ont vécu un tel traumatisme dans leur enfance pourraient tenter de se « réapproprier » un certain contrôle, un certain pouvoir sur leur propre corps — un contrôle que l'agresseur leur a volé — et ce, par des moyens inappropriés comme le sont les comportements d'automutilation. Nous pouvons le constater, la notion de contrôle est très présente auprès de cette clientèle adolescente. Les participantes l'ont d'ailleurs mentionné : ces jeunes ont très peu de contrôle sur leur vie et leur environnement.

Dans un autre ordre d'idées, les adolescentes auraient aussi tendance à canaliser leur douleur interne en la déplaçant autre part. Les participantes qui se sont impliquées dans cette étude ont d'ailleurs elles aussi abordé cet élément que nous avons rapporté dans le chapitre consacré à la présentation des résultats : la douleur psychique engendrée par les émotions négatives est tellement intolérable intérieurement que la jeune est poussée à transposer cette douleur à l'extérieur par l'acte automutilatoire.

Enfin, tout comme les participantes de cette étude, les différents auteurs que nous avons consultés indiquent tous clairement que les raisons de s'automutiler peuvent être nombreuses. Les professionnels de la santé, entre autres les infirmières qui ont à leur charge des adolescentes automutilatrices, doivent comprendre les raisons de ce comportement en retraçant notamment l'histoire personnelle de chaque individu.

Différentes formes de l'automutilation

Relativement aux formes d'automutilation et notamment celles qui sont en lien avec le groupe d'appartenance, certaines des participantes ont mentionné le tatouage et les *piercings*. Il apparaît que ce ne sont pas tous les auteurs qui partagent la même opinion que les infirmières ayant participé à cette étude — les participantes ont également des visions divergentes les unes par rapport aux autres. En fait, en ce qui a trait au tatouage et aux *piercings*, il y aurait une controverse dans le domaine scientifique. Tout d'abord, Valente (1991) indique que l'automutilation peut se rapporter à la culture et à la religion. Selon cet auteur, les comportements tels que les perçages au niveau des oreilles, les tatouages ou les *piercings* peuvent représenter un symbole de beauté dans plusieurs cultures, mais ne constitueraient pas nécessairement une forme d'automutilation. Walsh (2006), quant à lui, est ambivalent puisqu'il identifie dans le phénomène du tatouage et des *piercings* quelques éléments se rattachant à l'automutilation. Ce dernier mentionne, en fait, que l'acquisition de ces tatous ou de ces *piercings* par les adolescentes se fait en principe de façon intentionnelle et une faible létalité y est rattachée. Simpson (2001) partage

l'avis de Valente (1991) et précise que le tatouage et les *piercings* ne sont pas considérés comme une forme d'automutilation puisque ces phénomènes ne seraient pas vécus dans le but ultime d'apaiser une souffrance interne. Quant aux résultats de notre étude, certaines participantes considèrent le tatouage et les *piercings* comme étant une forme d'automutilation; ces infirmières n'approuvent pas ces phénomènes puisque le tatouage serait à leurs yeux une forme d'automutilation plutôt qu'un symbole de beauté. Après tout, que le tatouage ou les *piercings* soient considérés comme une forme d'automutilation ou non, « *le jugement est dans l'œil de celui qui regarde* » (Walsh, 2006, p.48).

En ce qui concerne la religion, Valente (1991) indique que, selon lui, l'acte de se flageller au niveau du corps dans certaines cérémonies religieuses, entre autres dans le christianisme, peut être considéré comme un comportement d'automutilation. Toutefois, aucune des participantes de la présente étude n'a mentionné l'existence d'un lien entre la religion et le phénomène de l'automutilation. Enfin, une autre forme d'automutilation mentionnée à plusieurs reprises dans les écrits scientifiques et non soulignée par les participantes de cette étude concerne les ingestions ou les intoxications médicamenteuses. Des auteurs révèlent qu'en fait l'intoxication médicamenteuse induite par les jeunes de façon « *volontaire* » serait une forme d'automutilation (Hawton, Harriss & Rodham, 2010; Corcoran et al., 2010). Cependant, Hawton, Harriss et Rodham (2010) ont remarqué dans leur étude que l'intoxication par les médicaments est souvent assimilée à une tentative de suicide. Encore une fois, tout comme le tatouage et les *piercings*, il y a beaucoup de controverse entourant les phénomènes de l'automutilation et de l'intoxication médicamenteuse. Pourquoi les participantes n'en ont-elles pas parlé ? Une hypothèse qu'émet l'étudiante-chercheuse serait que ces participantes associent justement l'intoxication médicamenteuse au suicide et non au phénomène de l'automutilation.

Seul Llord, dans cette présente étude, a établi une corrélation entre le phénomène de l'automutilation et les modes *punk* et *emo*. Caicedo et Whitlock (2011) croient qu'il s'agit d'une fausse croyance de penser que les actes des personnes qui adoptent la mode *punk* ou *emo* sont automatiquement associés à

l'automutilation. En fait, le phénomène de l'automutilation n'exclut personne, et s'il est ainsi associé à la culture de *punk*, *emo* ou même gothique, c'est parce que les médias projettent des images erronées de ce phénomène (Caicedo & Whitlock, 2011). Mentionnons par ailleurs que, selon Martin Gauthier, pédopsychiatre de l'Hôpital de Montréal pour enfants (Donglois, 2012), les médias exercent parfois une grande influence sur les adolescentes; certaines jeunes s'automutilent pour ressembler et imiter les célébrités qui adoptent ces comportements. Les personnes suivantes ont d'ailleurs avoué avoir déjà eu recours à l'automutilation : Angelina Jolie, Johnny Depp, Marilyn Manson et la princesse Diana.

Enfin, d'autres participantes ayant collaboré à cette étude ont établi une corrélation entre le phénomène de l'automutilation et d'autres phénomènes. Tel que présenté dans le chapitre précédent, les participantes Jasmine et Marissa ont associé le trouble alimentaire et les contentions à une certaine forme d'automutilation. Même si nous savons que les jeunes adolescentes souffrant d'un trouble alimentaire sont davantage susceptibles d'adopter des comportements d'automutilation, à notre connaissance, très peu d'auteurs ont associé le trouble alimentaire aux gestes automutilatoires. Sur le plan descriptif, le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* définit quatre caractéristiques du trouble de l'alimentation : le refus de maintenir un poids corporel, la peur intense de prendre du poids alors que le poids est inférieur à la normale, l'altération de la perception du poids et la présence d'aménorrhée pendant au moins trois cycles menstruels consécutifs (American Psychiatric Association, 2000). Le phénomène de l'automutilation ne correspond nullement aux critères énumérés ci-dessus. Selon Wegscheider (1999), il faut faire une distinction entre l'automutilation et les désordres alimentaires. Les adolescentes vivant un trouble alimentaire, par exemple l'anorexie, s'abstiennent de manger dans le but d'atteindre une certaine minceur corporelle. Cette minceur est synonyme, dans la société actuelle, d'intelligence, de succès, de beauté et de réussite sociale (Vanderlinden, 2003), tandis qu'une personne automutilatrice ne s'inflige pas des blessures au niveau du corps dans le même but. L'objectif serait donc différent pour chaque phénomène. Gicquel et Corcos (2001), sans confirmer que le trouble

alimentaire est une forme d'automutilation, ont toutefois énuméré des points de ressemblances entre les deux troubles : ces deux types de désordre touchent les femmes, débutent à l'adolescence, sont liés à un sentiment d'insatisfaction corporelle, impliquent un besoin d'autopunition, renvoient à des fonctions de régulation affective et de soulagement émotif et constituent des moyens visant à reprendre le contrôle sur la vie en reprenant possession de son corps.

Il est à noter que le sentiment d'apaisement que procurent les comportements d'automutilation peut mener à un risque de dépendance, tout comme l'anorexie ou la boulimie, et ce risque d'engrenage pour se sentir mieux peut conduire à la destruction. Plusieurs auteurs, dont Le Breton (2006), catégorisent ces deux phénomènes, celui des blessures corporelles délibérées et les troubles alimentaires, comme étant des conduites à risques.

À notre connaissance, aucune étude n'a été réalisée en ce qui concerne l'association entre le phénomène de l'automutilation et les contentions. Comme la participante Jasmine le précise lors de son entrevue avec l'étudiante-chercheuse, « *c'est un petit peu tiré par les cheveux* » de croire que les contentions peuvent représenter une forme d'automutilation. Nous pouvons constater qu'il y a beaucoup de zones grises lorsqu'il est question du phénomène de l'automutilation. Nous pouvons également croire, et le participant Andrew l'avait aussi mentionné, que le phénomène de l'automutilation « *est un sujet qui est assez vaste* » puisqu'il est associé à plusieurs phénomènes. Et, selon ce qui a été présenté dans les résultats, les différentes formes du phénomène de l'automutilation sont parfois « *mêlées à toutes les sauces* ». Il est donc important pour les professionnels de la santé d'être informés quant au phénomène de l'automutilation, et ce, particulièrement parce qu'au niveau conceptuel, ce phénomène est des plus vaste.

Comorbidités et traits caractéristiques des adolescentes qui s'automutilent

Selon les observations du Dr. Gauthier, de plus en plus d'adolescentes s'automutilent de façon délibérée (Donglois, 2012). Selon lui, à l'époque, on

retrouvait plutôt en milieu psychiatrique des jeunes psychotiques, déficients intellectuels ou autistes qui présentaient de tels comportements. Ce pédopsychiatre ajoute qu'en 2012, environ la moitié des patientes adolescentes qu'il traite s'automutilent et il rencontre des cas de jeunes qui s'automutilent toutes les semaines (Donglois, 2012). C'est pourquoi, il lance un cri d'alarme à la société pour que les gens soient plus attentifs à ce phénomène et puissent demander de l'aide, si nécessaire.

En ce qui concerne les traits caractéristiques qui distinguent les adolescents qui s'automutilent, plusieurs auteurs révèlent qu'effectivement, il s'agirait majoritairement de jeunes filles (Gallop, 2002; Guertin & al., 2001; Weber, 2002) et ce, en accord avec les propos des participantes. D'autres auteurs croient, cependant, que l'automutilation est pratiquée autant chez les filles que les garçons « de tous groupes raciaux et socioéconomiques » (Donglois, 2012). Les jeunes filles adolescentes semblent plus « enclines » à demander de l'aide dans leur entourage (Donglois, 2012), elles reçoivent donc des soins plus tôt (Derouin & Bravender, 2004). Selon cette perspective, les statistiques exactes se rapportant aux jeunes qui s'automutilent seraient sous-évaluées puisqu'il s'agit d'un comportement généralement adopté en privé, dans l'anonymat (Goodman-Lesniak, 2008).

Les études en lien avec les jeunes garçons homosexuels qui s'automutilent sont plutôt rares. Skegg et al. (2003) et Jorm et al. (2002) mentionnent dans leur étude que les jeunes ayant une orientation homosexuelle, lesbienne ou bisexuelle sont plus à risque d'adopter des comportements d'automutilation et le risque de s'automutiler est encore plus élevé lorsqu'il s'agit de jeunes adolescents homosexuels.

5.1.2 Interventions infirmières en regard du phénomène de l'automutilation

Nous discuterons maintenant des interventions que les infirmières privilégient lors d'une situation d'automutilation en milieu pédopsychiatrique. Rappelons que les sept catégories d'interventions infirmières qui sont ressorties de

cette étude sont : 1- les interventions en relation d'aide, 2- les interventions d'accompagnement, 3- les interventions d'évaluation, 4- les interventions de sécurité, 5- les interventions d'enseignement, 6- les interventions en lien avec les émotions et 7-les interventions mises en place pour éviter la contamination au sein du milieu pédopsychiatrique. Nous allons revoir toutes ces interventions infirmières afin d'alimenter une discussion à la lumière des écrits scientifiques.

Interventions en relation d'aide. Les résultats démontrent qu'il est primordial pour l'infirmière œuvrant en pédopsychiatrie de connaître les habiletés de relation d'aide. En fait, selon les participantes de l'étude, la relation d'aide constitue « la base » des interventions à mettre en place pour toutes les infirmières, et particulièrement pour les infirmières œuvrant en psychiatrie. D'autres recherches recourent les résultats obtenus dans cette étude sur la catégorie d'interventions de relation d'aide. Williams et Bydalek (2007), par exemple, rapportent que la confiance mutuelle est l'aspect le plus important dans la réussite d'une intervention efficace en cas d'automutilation. Ces mêmes auteurs suggèrent à toutes les intervenantes qui entrent en contact avec les jeunes automutilatrices de ne pas les blâmer, mais plutôt de prendre le temps de comprendre les raisons qui poussent ces adolescentes à adopter de tels comportements. Par ailleurs, Mangnall et Yurkovich (2008) reconnaissent que le fait d'intervenir auprès de cette clientèle peut parfois être difficile et représenter un défi de taille pour les infirmières. Ces auteurs rapportent que la meilleure intervention que devrait utiliser une infirmière devant une situation d'automutilation serait de prêter une oreille attentive au message que les jeunes veulent transmettre et leur permettre de verbaliser dans un environnement sans crainte de jugement et de représailles. Les résultats de plusieurs études vont en ce sens et indiquent que la relation thérapeutique entre la soignante (l'infirmière) et la soignée (jeune) est essentielle (Goodman-Lesniak, 2008; Lindley-Starr, 2004; Derouin & Bravender, 2004; Mchale & Felton, 2010). Certaines participantes de cette étude ont mentionné que l'infirmière est encouragée à être curieuse lors des situations d'automutilation. Walsh (2006) croit que la curiosité est importante et, selon lui, la présence d'une

curiosité dite « respectueuse » permettrait effectivement de mieux comprendre et cerner les problèmes des jeunes qui s'automutilent.

Tel que mentionné précédemment par certaines participantes, les infirmières qui entrent en contact avec les adolescentes qui s'automutilent peuvent parfois démontrer une attitude négative, dont l'évitement, face à ces blessures auto-infligées. Selon Page et Banville (2011), pour éviter de faire face à des comportements dérangeants comme l'automutilation, les infirmières peuvent être portées à ignorer les besoins émotionnels de la patiente. L'étudiante-chercheuse croit qu'il serait plutôt difficile d'établir une relation d'aide lorsque les infirmières sont susceptibles d'adopter une attitude négative devant ces situations d'automutilation. D'ailleurs, la relation d'aide dans le milieu où la recherche a été réalisée, telle qu'observée par l'étudiante-chercheuse et selon les notes infirmières au dossier, semble peu utilisée par les infirmières, et ce, contrairement à ce que les participantes nous ont mentionné lors des entrevues. En outre, la surcharge de travail de l'infirmière en milieu pédopsychiatrique peut empêcher cette dernière d'entrer en relation d'aide avec ses patients. D'une part, l'infirmière doit se montrer disponible et à l'écoute des besoins des patientes et, d'autre part, elle doit remplir ses tâches infirmières et répondre aux obligations d'ordre bureaucratique imposées par les institutions — écrire les notes infirmières ou le plan thérapeutique infirmier, par exemple. Cependant, il est pertinent de se demander pourquoi les infirmières n'établissent pas une relation d'aide avec leurs patientes. Est-ce par manque de temps, par manque de proximité avec les lieux physiques où elles doivent intervenir (problématique spécifique au milieu où la recherche a été réalisée), pour garder une certaine distance psychologique face aux jeunes, pour éviter de se retrouver piégées par cette clientèle perçue comme « manipulatrice » ou tout simplement à cause de leur charge de travail trop élevée ? Les raisons justifiant un faible recours à la relation d'aide de la part des infirmières sont probablement multifactorielles, tous ces facteurs ont certainement une influence sur la façon dont les infirmières prodiguent les soins, mais il demeure difficile de statuer quant à l'importance de chacun de ceux-ci sur leurs comportements.

Enfin, nous avons constaté qu'il existe un paradoxe entre le discours des participantes en ce qui concerne l'intervention infirmière centrée sur la relation d'aide et les observations de l'étudiante-chercheuse. D'après les données que nous avons recueillies en entrevue, la majorité des participantes indiquaient favoriser la relation d'aide en cas d'automutilation chez des adolescentes. Cependant, ce qui se passe réellement sur le terrain s'apparente à une tout autre réalité selon les observations réalisées par l'étudiante-chercheuse: les infirmières ne s'attardent que très peu à la relation d'aide. Nous supposons que les divergences entre les observations de l'étudiante-chercheuse et les données recueillies dans le cadre des entrevues individuelles s'expliquent par une certaine forme de désirabilité sociale chez les participantes.

Interventions d'accompagnement. Les interventions d'accompagnement mentionnées par les participantes de la présente étude consistent entre autres à utiliser un outil d'évaluation (grille d'escalade) et à rédiger des réflexions écrites. En ce qui concerne la grille d'escalade énumérée par la participante Khara, aucune étude scientifique, à ce jour, ne mentionne la grille d'escalade à titre d'outil efficace auprès des jeunes qui s'automutilent. Il est à noter que cette grille ne représente pas un moyen utilisé de façon systématique au sein de l'établissement où la recherche a eu lieu, mais certaines infirmières dont Khara en font usage puisque la grille est facile à utiliser et permet d'aider et d'accompagner les jeunes ayant des comportements d'automutilation.

En ce qui a trait aux réflexions écrites que les infirmières suggèrent aux patientes d'effectuer à la suite d'une intervention, elles sont très utilisées dans le milieu pédopsychiatrique où la recherche a été réalisée. Selon les observations de l'étudiante-chercheuse, nombreuses sont les participantes qui se servent de cet outil. Cependant, seule Marissa a mentionné, en entrevue individuelle, cette méthode comme intervention d'accompagnement auprès des jeunes ayant des comportements automutilatoires. Des études comme celle de White, Trepal-Wollenzier et Nolan (2002) et des articles, dont celui de Derouin et Bravender (2004) stipulent que les

réflexions écrites sont efficaces dans le traitement de l'automutilation puisqu'elles mettent l'accent sur l'expression des émotions et sur les attitudes aidantes qui permettent une meilleure gestion de ces émotions.

Par ailleurs, peu d'études ont révélé l'importance de responsabiliser les jeunes qui ont des comportements d'automutilation. Les études de Clarke et Whittaker (1998) et Sharkey (2003), les seules que nous avons pu recenser, soulignent qu'il est nécessaire de trouver des moyens afin d'accorder une certaine forme de pouvoir et de responsabilisation à cette clientèle qui s'automutile — ne serait-ce que pour leur offrir un trousseau de premiers soins et des pansements propres. McVey-Noble, Khemlani-Patel et Neziroglu (2006) indiquent qu'il est important de donner une certaine forme d'*empowering* à ces adolescentes dans le but de les responsabiliser face aux comportements automutilatoires qu'elles adoptent. L'idée sous-jacente à cette intervention n'est pas de les blâmer par rapport aux choix qu'elles ont privilégiés, mais bien de faire en sorte qu'elles puissent être conscientes du pourquoi et des conséquences du comportement d'automutilation. Les auteurs McVey-Noble, Khemlani-Patel et Neziroglu (2006) ajoutent qu'opter pour l'automutilation représente effectivement un choix que la jeune « consciente » peut accepter ou réfuter. Andrew, participant à cette étude, partage cette idée puisqu'il mentionne que responsabiliser signifie conscientiser la jeune face aux conséquences et à l'ampleur de ses gestes.

Interventions d'évaluation. L'un des thèmes qui est ressorti le plus souvent dans les verbatim des participantes fut l'intervention d'évaluation. Nous l'avons vu précédemment, les participantes ont mentionné que l'infirmière en psychiatrie possède une grande responsabilité concernant l'évaluation de l'état physique et mental des patientes qui sont à sa charge. D'ailleurs, dans le Rapport du comité d'experts sur la pratique infirmière en santé mentale et en soins psychiatriques (OIIQ, 2009), qui a été élaboré par le Conseil d'administration de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec dans le but de déterminer le rôle et les compétences de l'infirmière dans ce secteur, l'évaluation de la condition physique et

mentale est un thème central. Selon l'OIIQ (2009), l'infirmière collecte les données objectives et subjectives liées à la situation de santé du patient, procède à l'examen physique, intègre aux données recueillies ses observations, évalue les facteurs de risque, adapte la collecte des données selon l'âge et la culture de la personne, analyse/interprète l'ensemble des données collectées et assure le suivi du processus d'évaluation. Ces activités sont semblables aux interventions infirmières d'évaluation rapportées par les participantes ayant collaboré à cette étude. En effet, les participantes ont souligné qu'elles procèdent la plupart du temps à un examen physique dès l'admission des adolescentes présentant des risques d'automutilation et se servent des outils disponibles pour recueillir les données initiales dès l'arrivée de ces jeunes au sein de l'unité. Par ailleurs, elles évaluent les risques d'infection des plaies ainsi que le niveau de dangerosité des actes automutilatoires. Finalement, elles s'assurent d'un suivi notamment par des retours post-événements avec les jeunes pour comprendre et ainsi éviter d'autres situations de ce type dans l'avenir. Enfin, nous pouvons constater les points communs entre les données inscrites dans le rapport de l'OIIQ (2009) et les propos de certaines des participantes de la présente étude.

Interventions de sécurité. Dans le Rapport publié par l'OIIQ (2009) sur la pratique infirmière en santé mentale et en soins psychiatriques, la troisième compétence requise pour l'infirmière œuvrant dans ce domaine est la surveillance clinique et la surveillance en ce qui a trait aux mesures de contention et d'isolement. Cette compétence rejoint l'intervention de sécurité soulevée par les participantes à l'étude. Dans ce document, il est écrit que l'infirmière exerce une surveillance clinique portant sur la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques. Elle doit maîtriser l'application des principes de gestion d'une situation d'auto-agressivité et déterminer le niveau de surveillance et de contrôle requis pour assurer la sécurité de la personne. Ces points ont été abordés par les participantes, entre autres par le participant Llord. McAllister et al. (2002) recommandent également à l'infirmière d'assurer un environnement sain et sécuritaire pour les adolescentes qui s'automutilent ce qui signifierait qu'il serait important pour elle de

faire, entre autres, une évaluation de risque appropriée et d'encourager des plans d'interventions qui éviteront de futurs comportements d'automutilation chez les jeunes.

Un point important en ce qui concerne les interventions sur la sécurité concerne les mesures d'urgence utilisées, telles que l'utilisation de la salle d'isolement ainsi que les contentions physiques et chimiques. Encore une fois, le rapport de l'OIIQ corrobore les dires des participantes concernant l'utilisation exceptionnelle des mesures de contention et d'isolement. Le document mentionne, par ailleurs, que l'infirmière doit exercer un jugement clinique quant à la pertinence de l'utilisation de ces mesures, c'est-à-dire analyser la situation et de choisir une mesure qui soit la moins contraignante possible (OIIQ, 2009). L'application de ces mesures par l'infirmière doit également se faire dans le respect des droits de la personne. L'infirmière reconnaît qu'en situation d'urgence, il y a un risque de séquelles pour les adolescentes sur les plans physiques et psychologiques et cette dernière doit, par conséquent, justifier sa décision en ce qui concerne l'application des mesures de contention (OIIQ, 2009). Finalement, dans ce rapport, on révèle l'importance de faire un retour après la période des mesures d'urgence avec le patient, ses proches ainsi que l'équipe multidisciplinaire.

Tel que mentionné par les participantes dans le chapitre précédent, l'une des mesures de sécurité est l'utilisation des contentions chimiques telle que la médication à court, moyen et long terme. Plusieurs études rapportent des propos semblables. Selon Derouin et Bravender (2004), les agents pharmacologiques peuvent être administrés de manière à offrir aux personnes ayant un problème d'automutilation, un contrôle sur l'impulsivité, l'anxiété, la colère ou la dépression. Les antidépresseurs, les neuroleptiques et les anxiolytiques peuvent également être prescrits par le psychiatre (Derouin & Bravender, 2004; Glenn & DeNisco, 2006). Une étude réalisée en 2005 par Ahluwalia et Lowenstein fait état d'une rémission complète des gestes d'automutilation auprès des adolescentes, et ce, grâce à une psychothérapie et à la consommation d'un antidépresseur, le sertraline (Zoloft). Une

autre étude démontre l'efficacité de l'antipsychotique Olanzapine (Zyprexa) à faible dose sur le comportement impulsif des patients (Garnis-Jones, Collins & Rosenthal, 2000). En ce qui concerne les anxiolytiques, ils peuvent aussi être utiles, car ces médicaments ont l'avantage de diminuer l'anxiété. Toutefois, dans le rapport de l'OIIQ (2009), on mentionne que l'infirmière doit utiliser avec discernement la médication lors d'une situation d'urgence. À cet effet, les infirmières ayant participé à cette étude ont mentionné qu'elles ont pris les précautions nécessaires en ce concerne le cas de Marie, une adolescente qui réclamait régulièrement une médication *prn* (au besoin) et ce, à chaque fois qu'elle manifestait l'intention de s'automutiler. Les participantes ont révélé, en effet, qu'elles évaluaient tout d'abord l'état mental de la jeune et demeuraient en même temps vigilantes quant à l'utilisation de la médication. Lorsqu'elles avaient le pressentiment que la jeune cherchait un effet non thérapeutique par rapport aux médicaments, les participantes demandaient la plupart du temps l'avis du pédopsychiatre. De plus, en lien avec les mesures de contentions chimiques, les infirmières devaient observer et consigner les comportements, les signes et les symptômes de la patiente selon les effets attendus du traitement pharmacologique. Par ailleurs, elles devaient déceler les effets secondaires, les interactions médicamenteuses et les signes de toxicité.

L'étude de O'Donavon (2007) indique que les infirmières interrogées œuvrant en milieu psychiatrique croient que leur rôle est axé principalement sur la distribution de la médication plutôt que sur le développement de la relation thérapeutique. D'ailleurs, selon l'avis des jeunes qui s'automutilent, Storey et al. (2005) rapportent que donner des médicaments semble être une intervention et une réponse facile de la part des professionnels de la santé. Certains des jeunes ayant participé à l'étude de Storey et al. (2005) croient également que les intervenantes de la santé donnent de la médication simplement dans le but de se débarrasser d'eux. Selon les observations de l'étudiante-chercheuse, les infirmières de l'unité où la recherche a eu lieu ont administré régulièrement des médicaments d'appoint aux adolescentes, et ce, en accord avec les résultats des études présentées ci-dessus. Il est bien entendu que dans un système de santé où le temps est un facteur précieux, il

paraît plus facile pour les infirmières d'opter pour la médication puisque celle-ci demande beaucoup moins d'investissement en temps et que les effets désirés apparaissent plus rapidement.

Interventions d'enseignement. Les participantes de notre étude ont beaucoup mis l'accent sur les interventions d'enseignement. Toujours selon le Rapport sur la pratique infirmière en santé mentale par l'OIIQ émis en 2002, l'infirmière est tenue d'effectuer un suivi des personnes présentant des problèmes de santé complexes, de sa famille et de ses proches. Pour ce faire, cette dernière exerce un rôle d'éducatrice et de guide en matière de santé (OIIQ, 2002). Tout d'abord, selon l'opinion des participantes, l'infirmière qui travaille auprès d'une adolescente qui s'automutile a besoin d'identifier les émotions se cachant derrière les comportements d'automutilation et de pouvoir, par la suite, en faire la gestion avec la jeune. En accord avec ces données, Derouin et Bravender (2004) révèlent que les personnes qui s'automutilent éprouvent souvent de la difficulté à verbaliser leurs émotions et leurs besoins; c'est pourquoi, il est nécessaire pour l'infirmière de leur enseigner des habiletés et des techniques communicationnelles adéquates, et ce, en collaboration avec les autres professionnels de la santé — psychologues, ergothérapeutes, éducateurs spécialisés. Ces jeunes pourraient donc utiliser des moyens autres que l'automutilation pour exprimer leurs besoins et leurs sentiments auprès de leur entourage et le faire de façon plus claire et plus saine (Clarke & Whittaker, 1998).

Également, en ce qui a trait à l'intervention d'enseignement, les participantes ont mentionné l'importance de faire connaître aux jeunes plusieurs moyens alternatifs à l'automutilation. Des auteurs qui s'intéressent à ce phénomène ont ajouté d'autres moyens alternatifs à la liste énumérée précédemment par les participantes : le groupe de discussion, la musicothérapie, écrire dans un journal intime, le jeu de rôle (Derouin & Bravender, 2004), la distraction dans le but de diminuer la pulsion automutilatoire, la création de sensations fortes à l'aide des cinq sens (goût ex: manger de la cannelle ou citron; toucher ex.: application de la glace dans les doigts; odorat ex.: sentir des oignons; ouïe ex.: écouter de la musique forte; vue ex: porter attention et même de façon exagérée à une image très captivante),

faire de l'activité physique intense (Gratz & Chapman, 2009, p.208-220), appliquer les techniques de visualisation, les habiletés de respiration, les techniques de respiration et de communication avec les autres (Walsh, 2006, p.127), la thérapie familiale (Derouin & Bravender, 2004; Walsh, 2006), le contrat de non-automutilation à court terme (Sharkey, 2003; Clarke & Whittaker, 1998), la technique de résolution de problèmes (Anderson & Standen, 2007). Comme nous pouvons le constater, les méthodes alternatives citées par les participantes à l'étude étaient moins riches et moins diversifiées que celles proposées par la littérature. Ce constat suggère la pertinence de consolider la formation des infirmières en psychiatrie. Par ailleurs, Gratz et Chapman (2009) précisent que les jeunes ne devraient pas croire que les pulsions automutilatoires disparaîtront complètement malgré l'usage de ces moyens alternatifs, l'amélioration de leur condition dépendra également de leur propre motivation à bien vouloir changer leurs comportements. Ainsi, il est important pour l'infirmière d'évaluer cette motivation qu'ont les jeunes et de travailler avec ce levier afin de les aider à réduire ou à mettre fin aux comportements d'automutilation.

Il est à noter que le rôle d'éducatrice de l'infirmière en psychiatrie se fait normalement auprès du patient, mais également auprès de sa famille et de ses proches. Toutefois, en entrevue avec l'étudiante-chercheuse, les participantes de cette étude ont très peu intégré la famille de ces jeunes dans leurs discours. Les observations lors des rencontres multidisciplinaires par l'étudiante-chercheuse démontraient, par contre, une autre version des faits : l'équipe semble avoir intégré suffisamment la famille dans le plan d'interventions de chaque jeune hospitalisée. Comment se fait-il alors que les participantes en entrevue n'ont pas accordé plus de place à la famille de ces jeunes dans les interventions en lien avec l'automutilation ? L'étudiante-chercheuse croit que les infirmières associent ce rôle aux travailleurs sociaux. Elle suppose également que l'automutilation est un comportement solitaire dont la jeune est la seule responsable; c'est pourquoi, la famille semble exclue des interventions lorsqu'il s'agit de combattre ce phénomène.

Interventions en lien avec les émotions et les perceptions des infirmières en regard du phénomène de l'automutilation. Contrairement aux dires des participantes dans la présente recherche, aucune étude jusqu'à présent n'a offert aux infirmières des directives en ce qui concerne les interventions à envisager afin d'éviter des réactions excessives devant une situation d'automutilation (voir chapitre précédent pour plus d'informations). D'ailleurs, peu d'études ont analysé le concept de la distance relationnelle que les infirmières doivent adopter lorsque celles-ci entrent en contact avec une patiente ayant des comportements automutilatoires.

Puisque les infirmières ressentent parfois des émotions, perceptions et attitudes négatives, comme nous l'avons mentionné plus haut, Clarke et Whittaker (1998) recommandent aux infirmières tout d'abord de tester et d'examiner leur propre connaissance en ce qui a trait au phénomène de l'automutilation. Ces auteurs encouragent les infirmières à adopter une attitude calme, neutre et de ne pas démontrer une réaction ou des émotions intenses lorsqu'elles doivent intervenir en situation d'automutilation. Or, il est préférable de comprendre pourquoi les infirmières ressentent des émotions négatives face à l'automutilation afin de pouvoir manifester de l'empathie et de mieux interagir avec ces comportements dans le futur. Il y a donc un besoin d'identifier les facteurs émotionnels qui influencent la pratique infirmière en ce qui a trait au phénomène de l'automutilation (McAllister et al., 2002). Clarke et Whittaker (1998) ne recommandent pas aux infirmières d'étiqueter les personnes qui s'automutilent de façon automatique comme étant des « manipulatrices » ou recherchant le clivage puisque cela engendrerait, la plupart du temps, des interventions infirmières pauvres et non efficaces. Ces auteurs nous informent que ces adolescentes sont souvent très sensibles aux sentiments négatifs de la part du professionnel. Cette sensibilité les pousserait inévitablement à exprimer davantage des sentiments intenses, et ce, par des actes automutilatoires (van Moffaert, 1990 cités dans Clarke & Whittaker, 1998).

Interventions pour éviter la contamination auprès des jeunes en milieu pédopsychiatrique. La contamination du comportement automutilatoire au sein d'un groupe d'adolescentes est une situation connue en milieu pédopsychiatrique tel que

mentionné antérieurement. Cependant, aucun article scientifique ne révèle qu'il est important pour les jeunes qui adoptent des comportements d'automutilation de recouvrir leurs plaies automutilatoires (soit avec une jaquette ou des vêtements à manches longues) en présence des autres jeunes comme l'ont indiqué certaines participantes dans cette étude. Par ailleurs, les participantes ont révélé qu'il était parfois nécessaire de déplacer une jeune vers une autre unité, soit à la salle d'observation — une salle, rappelons-nous, connexe à l'unité où la recherche a eu lieu. Cette intervention serait entreprise, après consultation de l'équipe interdisciplinaire, afin d'éviter la contamination sociale dans le groupe et permettrait aux jeunes qui s'automutilent d'obtenir une surveillance plus étroite. Toutefois, cette façon de procéder serait vécue par les jeunes comme un moyen punitif. Lorsque les jeunes se retrouvent dans la salle d'observation, la plupart du temps, les privilèges tels les contacts avec les autres jeunes, les sorties et les activités sont cessées. « *C'est de la réflexion, c'est de l'introspection* » comme l'a mentionné Marissa en entrevue. Les gens qui s'automutilent sont perçus comme des personnes difficiles et manipulatrices (Dickinson & Wright, 2009) qui demandent beaucoup d'énergie et d'attention de la part des professionnels de la santé. C'est pourquoi les infirmières, entre autres, ont souvent tendance à sanctionner et à punir ces jeunes qui choisissent de s'automutiler (Clarke & Whittaker, 1998). Tout comme les parents d'une jeune qui découvrent les marques automutilatoires de celle-ci, les professionnels de la santé peuvent également avoir le même réflexe qui est celui de menacer et de punir la jeune si elle recommence à avoir de tels comportements.

Encore une fois, le contrôle des émotions et des comportements chez les jeunes est à prôner en milieu pédopsychiatrique et le fait de « déranger » l'environnement par les comportements d'automutilation — rappelons-nous, considérés comme étant un manque de contrôle par les participantes à l'étude — pousse les intervenantes à choisir des moyens punitifs tels que l'utilisation du retrait, de l'isolement ou des contentions chimiques et physiques. Notons qu'il est important de revoir ou de changer la vision des croyances et des perceptions négatives entourant le phénomène de l'automutilation. Dickinson et Wright (2009), quant à

eux, croient que les adolescentes qui s'automutilent ne sont pas des « chercheuses » d'attention, mais plutôt des gens qui ont « besoin » d'attention. Il est donc important de bien former les infirmières quant au phénomène de l'automutilation afin que celles-ci puissent mettre de côté leurs idées préconçues. Lorsque ces infirmières auront pu faire abstraction de leurs idées préconçues et de leurs croyances erronées, elles pourront donc venir en aide aux jeunes en détresse.

La prochaine partie traitera des facteurs du contexte organisationnel qui ont une influence sur les interventions infirmières privilégiées lors d'une situation d'automutilation chez une adolescente.

5.1.3 Facteurs du contexte organisationnel susceptibles d'avoir une influence sur les interventions infirmières

En ce qui a trait aux facteurs du contexte organisationnel, trois catégories ont été identifiées suite à l'analyse des verbatim de l'étude et des observations sur le terrain effectuées par l'étudiante-chercheuse : 1- la constitution de l'équipe interprofessionnelle, 2- les tâches et responsabilités de l'infirmière en pédopsychiatrie et 3- la culture organisationnelle dominante du milieu.

La constitution de l'équipe interprofessionnelle. Les résultats de la présente étude rendent compte de l'importance de la collaboration au sein de l'équipe professionnelle. En fait, les participantes ont mentionné qu'au sein de l'unité où la recherche a eu lieu, il y a un travail d'équipe ainsi qu'une collaboration interdisciplinaire satisfaisante.

Le travail dans la petite équipe — infirmières, éducateurs, préposés aux bénéficiaires. Il semblerait que les liens entre le personnel sont tellement forts que certaines participantes, comme Marissa, ont parfois l'impression que tous les membres de l'équipe forment « littéralement une famille ». Conséquemment à ces liens fondés sur l'attention portée vers autrui et la confiance mutuelle, Llord a révélé que l'équipe de travail intervient parfois sans qu'il soit nécessaire de communiquer

verbalement — chacun exécute une tâche différente sans se parler, et ce, dans le but de faciliter une intervention de groupe ou pour éviter qu'une situation dégénère. Il est vrai, selon les observations de l'étudiante-chercheuse sur le terrain, qu'en général, il y a une relation harmonieuse entre les intervenantes de l'unité où la recherche a été réalisée. Cependant, comme nous l'avons mentionné dans le chapitre précédent, il y a eu sur le terrain, à quelques reprises, des périodes de tension entre les membres de l'équipe de travail. Nous avons constaté qu'une éducatrice spécialisée a verbalisé devant l'équipe son inconfort face à la surveillance constante d'une patiente qui s'automutilait à la salle d'observation. Lavigneur, Markiewicz-Haccoun et Laliberté-Sheitoyan (1981) ont souligné que des divergences d'opinions en regard du traitement surviennent inévitablement au sein de l'équipe de travail. Néanmoins, chaque membre de l'équipe devrait s'en tenir à la répartition du travail selon la spécialité, les fonctions et les tâches de chacun (Lavigneur, Markiewicz Haccoun & Laliberté Sheitoyan, 1981).

Par ailleurs, le travail effectué particulièrement par l'équipe de soir se fait souvent par un retour en équipe sur les interventions réalisées auprès des adolescentes. Cette discussion, qui se fait de façon informelle après que les jeunes se soient assoupies, est importante pour les infirmières puisqu'elles ont la possibilité d'échanger et de s'enquérir de l'expertise des autres intervenantes au cas où une situation semblable se reproduisait. À cet effet, Wilstrand et al. (2007) ont révélé qu'il fallait procéder à une période de « débriefing » à la suite d'une intervention en lien avec le phénomène de l'automutilation dans le but de partager les émotions vécues par chacun, d'avoir le sentiment d'être appuyés et de recevoir l'approbation de ses collègues de travail en ce qui concerne les interventions qui ont été effectuées. Cependant, cette façon de procéder n'a été observée par l'étudiante-chercheuse que lorsque l'équipe de soir était en place, l'équipe de jour ne semblait pas influencée par cette « culture » de mise en commun des expériences vécues, et ce, bien qu'il était question du même milieu de travail — du même département. Selon les observations de l'étudiante-chercheuse durant les trois quarts de travail, l'équipe de soir apparaissait plus susceptible d'adopter cette façon de faire puisqu'elle bénéficiait de

plus de temps « libre » après que les adolescentes se soient assoupies, pour ainsi échanger entre intervenants. Les membres de l'équipe de jour étaient, pour leur part, constamment en contact avec les patientes et bénéficiaient donc de moins de temps pour se réunir et échanger. Toutefois, au regard des interventions infirmières relatives au phénomène de l'automutilation, l'équipe de jour échangeait tout de même entre elle, mais de façon plus officielle, lors des rencontres multidisciplinaires.

Le travail dans la grande équipe — équipe multidisciplinaire. Les infirmières ayant participé à cette étude ont démontré leur satisfaction en ce qui concerne les compétences personnelles et professionnelles du pédopsychiatre au sein de l'équipe de soins. Lors de la période d'observation effectuée par l'étudiante-chercheuse, ce dernier s'est montré la plupart du temps accessible, à l'écoute et ouvert à de nouvelles idées apportées par l'équipe soignante lors des rencontres multidisciplinaires.

Une étude réalisée par Tor et al. (2009) a exploré les qualités d'un bon psychiatre. Selon les résultats de cette étude, un bon psychiatre se définit principalement par des qualités professionnelles et des valeurs personnelles positives. Des qualités comme la compassion, faire preuve de justice, la modestie, la confiance, le respect et des attitudes non discriminatoires ont été considérés comme importantes. Selon Tor et al. (2011), le sens de l'humour et la patience est aussi essentiel à un « *bon mentor* ». Menninger (1952) a également exploré depuis maintenant quelques décennies, les traits de personnalité d'un bon psychiatre. Selon lui, « *le psychiatre doit être, dans le sens élargi, un homme bon. Le psychiatre en tant que personne doit être plus important que le psychiatre-médecin ou le psychiatre scientifique, et ce, à cause de la relation intime qui doit exister entre le patient et le psychiatre* » Menninger (1952, p.156). Ainsi, les compétences personnelles doivent primer sur les compétences professionnelles. Non seulement le pédopsychiatre de l'unité où la recherche a été effectuée possède les qualités nécessaires pour être un « *bon psychiatre* », mais il est également un modèle de rôle en ce qui concerne les pistes d'interventions en regard du phénomène de l'automutilation chez des adolescentes.

Chaque professionnel de la santé a son propre champ d'expertise et la majorité des participantes de cette étude reconnaît l'importance du travail d'équipe. Selon Maltais et Rassy (2011), la pratique infirmière en pédopsychiatrie est axée, entre autres, sur la collaboration et celle-ci est incontournable puisqu'elle assure la qualité des soins donnés aux patientes. Par exemple, à titre d'outil favorisant la collaboration, le plan thérapeutique infirmier (PTI) aide la communication entre les membres de l'équipe de soins et favorise l'implantation d'interventions plus efficaces auprès des patients (Maltais & Rassy, 2011). Prenons l'exemple de Marie, une jeune fille qui s'automutile régulièrement et dont il a été question dans le chapitre consacré à la présentation des résultats. Les infirmières et chaque professionnel de la santé ont reconnu qu'il s'agissait d'un cas complexe; c'est pourquoi, l'équipe de soins travaille en collaboration à partir de l'avis et de l'expertise de chacun afin d'émettre des recommandations relatives à un plan de soins et de traitement qui sont réalistes et favorisent le mieux-être de Marie. L'étudiante-chercheuse a été témoin du travail de collaboration des membres de l'équipe de soin en ce qui a trait au cas de Marie, des interventions telles que des activités thérapeutiques (zoothérapie, activités physiques, vérification de la médication, moments de discussion-thérapie avec la patiente, activités plaisantes, relaxation, activités de relaxation/yoga) ont été proposées lors des rencontres multidisciplinaires, et celles-ci ont réellement été mises en place — favorisant par le fait même la qualité des soins donnés à Marie.

Tâches et responsabilités de l'infirmière en milieu pédopsychiatrique. Bien que les intervenantes de l'équipe travaillent toutes au bien-être des patientes, il apparaît toutefois que l'infirmière joue un rôle primordial auprès de celles-ci puisque l'infirmière assure constamment une surveillance et prodigue des soins aux quotidiens. Sans dénigrer le rôle des autres professionnels de la santé, Marissa a mentionné en entrevue individuelle que, selon elle, l'infirmière en pédopsychiatrie n'est pas seulement une « *passseuse de pilules* », mais une bonne « *leader* » parmi les professionnels avec qui elle travaille. Cependant, ce n'est pas la majorité des participantes ayant collaboré à cette étude qui sont de cet avis. Il est à noter que

certaines des participantes croient qu'en tant que professionnelle de la pédopsychiatrie, l'infirmière a perdu beaucoup d'autonomie au fil des années. D'après celles-ci, elle deviendrait plutôt une subalterne, une assistante du psychiatre, une simple exécutante de certaines tâches très précises qui ne représentent qu'une parcelle du registre des tâches qu'elle effectuait auparavant. Quelles sont les raisons qui font en sorte que l'infirmière a perdu une certaine forme d'autonomie et de pouvoir au sein des milieux pédopsychiatriques? Il n'existe aucune réponse précise à cette question et les études que nous avons consultées ou les données que nous avons recueillies ne nous permettent pas d'affirmer avec certitude quelles sont les raisons exactes de cette perte d'expertise infirmière. Pourtant, nous avons identifié certains éléments qui, selon nous, favoriseraient cette perte d'expertise.

Selon Page et Banville (2011), pour établir un contact avec une patiente vulnérable et en détresse, il faut du temps et de la disponibilité. Pourtant, d'après les données que nous avons recueillies, la réalité contemporaine des participantes leur permet difficilement d'offrir cette disponibilité aux patientes. Les impératifs économiques avec lesquelles les gestionnaires d'unités doivent conjuguer amènent notamment les infirmières à devoir évoluer à travers une surcharge qui limite de beaucoup le temps qu'elles peuvent offrir aux patientes. Les infirmières qui ont participé à cette étude ont souvent l'impression de répondre aux besoins ponctuels des patientes sans pouvoir en faire plus. Comme cette réalité les amène à ne pouvoir donner tous les soins qu'elles considèrent que les patientes qui sont à leur charge devraient recevoir, les infirmières ont tendance à prioriser les soins physiques au détriment des soins psychiatriques — ce choix serait associé à un manque de confiance en elles-mêmes et à l'insécurité vécue lorsqu'elles prodiguent ces soins (Page & Banville, 2011).

Par rapport au phénomène de l'automutilation, les infirmières sont souvent portées à désinfecter des plaies, à appliquer des pansements au besoin et à assurer un suivi au niveau de la cicatrisation des plaies — ces interventions font certes parties des responsabilités de l'infirmière, elles exigent moins de temps et ne nécessitent pas l'approfondissement d'une relation avec les patientes. De plus, les infirmières se

sentent à l'aise et compétentes à prodiguer ces soins notamment parce qu'elles bénéficient d'une formation initiale qui leur permet d'intervenir adéquatement à cet effet, ce qui n'est pas le cas en ce qui a trait aux soins psychiatriques plus approfondis. Peu d'entre elles vont donc prendre le temps de bien comprendre les comportements automutilatoires et ainsi pousser plus loin leur réflexion en ce qui concerne les raisons de ces comportements. Comme les infirmières délaissent cet espace d'intervention psychiatrique, nous croyons qu'il devient beaucoup plus facile pour les autres professionnels d'occuper cet espace laissé vacant. Avec le temps, les infirmières en viennent à perdre du terrain en tant qu'intervenante principale et certaines participantes n'hésitent pas à nous indiquer qu'elles ressentent une perte d'autonomie dans leur travail — une perte de pouvoir au sein des milieux pédopsychiatrique. Dans un document du Conseil des infirmières et infirmiers (1996), on révèle effectivement que lorsqu'elles manquent de temps, les infirmières délaissent souvent certains actes de soins infirmiers tels que les aspects psychosocial, relationnel et d'enseignement au profit de l'exécution des ordonnances médicales. Selon Page et Ricard (2006), la lourdeur de la charge de travail des infirmières fait en sorte que ces dernières se détournent, par exemple, de leurs responsabilités face à l'automutilation : elles transmettent par le fait même ces responsabilités liées aux interventions à d'autres professionnels de la santé (par exemple le pédopsychiatre).

De plus, dans le passé, la durée des séjours en institution des personnes qui étaient hospitalisées pour des troubles mentaux était considérablement plus longue (Page & Banville, 2011). Les infirmières avaient donc plus de temps pour intervenir et prodiguer tous les soins qu'elles jugeaient nécessaires aux patientes dont elles avaient la responsabilité. Cependant, à la suite de nombreuses réformes instaurées au Québec dans le but de favoriser un retour et un maintien de ces personnes dans la communauté, le système de la santé subit de nombreux changements. Les infirmières doivent maintenant vivre avec ces transformations du système de santé où la réduction des dépenses publiques s'impose même si elles doivent répondre aux besoins grandissants de la population en matière de santé mentale (Page & Banville,

2011), et ce, avec le peu de temps qu'elles ont à leur disposition consécutivement à ces changements.

D'autres participantes qui ont collaboré à cette étude s'inquiètent pour ce qui est de la différenciation des rôles auprès du personnel. Selon la participante Khara, il y a chevauchement des rôles dans le domaine psychiatrique; ces rôles qui amènent parfois une certaine confusion poussent les infirmières à effectuer des tâches qui ne leur appartiennent pas nécessairement. Khara ajoute que selon elle, les infirmières semblent prendre toutes les responsabilités sur leur dos afin de s'assurer que les tâches soient réellement exécutées. Nous avons pu, en tant qu'observateurs sur le terrain, constater ce phénomène au sein de l'unité où a été réalisée la recherche. Il apparaît qu'une certaine désirabilité sociale s'installe chez les infirmières du fait que ces dernières apparaissent avoir peur de froisser leurs collègues de travail, avec qui elles passent un temps considérable, en leur indiquant les directives à prendre pour réaliser certaines tâches auprès des patientes. Les infirmières exécutent donc ces tâches elles-mêmes ce qui leur laisse moins de temps pour intervenir efficacement auprès des adolescentes qui s'automutilent.

Tel qu'observée par l'étudiante-chercheuse et tel que discuté lors des entrevues, il y aurait plusieurs documents disponibles au sein de l'unité qui décrivent les tâches et les responsabilités de chacun des intervenants. Cependant, il apparaît que ces documents sont peu consultés par les membres de l'équipe elle-même. Berg et Hallberg (2000) ont constaté dans leur étude que les infirmières œuvrant dans un milieu psychiatrique vivent effectivement une certaine ambiguïté face à leur rôle d'infirmière et doivent lutter constamment contre l'indépendance et la dépendance professionnelle. Ces auteurs et certaines participantes dont Shabana s'entendent pour dire que de lourdes tâches et responsabilités sont assignées aux infirmières. Toutefois, Berg et Hallberg (2000) ajoutent que les infirmières dépendent encore beaucoup du psychiatre et que les activités des infirmières en milieu pédopsychiatrique sont tellement vastes et nombreuses que les besoins du patient arrivent parfois au second plan.

En somme, dans un rapport présenté par La Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (2006), il est indiqué que la profession infirmière offre désormais très peu d'avantages à celle qui l'a adoptée étant donné les nombreuses difficultés qui y sont associées : lourdes charges de travail, horaire rigide et imprévisible, préoccupations en matière de santé et de sécurité, soutien inadéquat offert par la direction, etc. Ce portrait est relativement similaire à la réalité des participantes de cette étude. Il apparaît donc nécessaire de mettre en place des mesures concrètes pour favoriser la qualité du travail des infirmières en milieu pédopsychiatrique.

Culture organisationnelle du milieu de recherche. Le troisième et dernier facteur ayant une possible influence sur le choix des interventions infirmières lors d'une situation d'automutilation concerne la culture organisationnelle. Comme nous l'avons vu antérieurement, et principalement dans le chapitre trois consacré à la méthode, les croyances, les valeurs et les interventions priorisées par chaque institution hospitalière peuvent avoir un impact — positif ou négatif — sur les interventions choisies par les infirmières en cas d'automutilation. Tout d'abord, le problème de la pénurie de personnel infirmier présent dans l'établissement où a été réalisée la recherche couplée à une charge de travail toujours grandissante force les gestionnaires à adopter des mesures comme le recours aux infirmières d'agence. Nous l'avons vu précédemment, l'utilisation de cette « main-d'œuvre indépendante » peut créer une surcharge de travail pour les infirmières qui ont déjà amplement de responsabilités. Cloutier et al. (2005), qui ont mené une étude sur les effets du statut d'emploi sur la santé et la sécurité au travail, mentionnent que le recours aux infirmières provenant des agences privées peut apporter des modifications dans la routine de travail quotidien de l'infirmière détenant un poste et peut générer auprès de cette dernière un sentiment de perte de contrôle. L'aspect le plus irritant associé au recours à des infirmières d'agence, selon les auteurs de cette étude, se rapporte aux contraintes liées à la coordination qui doit exister entre le personnel habituel et celui des agences (transmission d'informations, tâches de suivi, etc.). Ces données rejoignent les propos du participant Llord lorsque celui-ci souligne que la présence

des infirmières de l'agence engendre un surcroît de travail puisqu'il a l'impression de toujours devoir superviser et surveiller le travail de ce groupe d'infirmières, en plus d'exercer ses propres tâches. Heureusement, les responsables de l'établissement dans lequel a eu lieu la recherche s'assurent que les mêmes infirmières de l'agence soient toujours assignées aux mêmes unités pour ainsi maintenir une certaine stabilité dans les équipes infirmières. Nos 125 heures d'observations pendant les trois quarts de travail ont également permis de constater que les infirmières de l'agence ont rarement nui au travail des infirmières détenant un poste. Par ailleurs, selon Cloutier et al. (2006), les agences de soins recrutent des infirmières âgées et expérimentées. Cela laisse croire que pour pratiquer dans les agences, les infirmières doivent disposer d'un savoir-faire diversifié qui leur permet de faire face à différentes situations et de travailler dans différents milieux comme le milieu pédopsychiatrique.

Tel que mentionné par plusieurs des participantes de cette étude, les coupures budgétaires représentent l'un des facteurs de la culture organisationnelle ayant un impact sur les interventions infirmières en cas d'automutilation chez une adolescente. Le budget accordé pour la formation « continue », pour les conférences ou pour les congrès est insuffisant d'après les participantes de cette étude. Il est à noter que, d'après l'expérience personnelle de l'étudiante-chercheuse, le phénomène de l'automutilation est un sujet peu abordé au cours de la formation initiale des infirmières, qu'il s'agisse de la formation technique ou de la formation universitaire. Puisque le phénomène de l'automutilation n'est en soi qu'un symptôme et non une pathologie mentale, il n'est que brièvement intégré dans les curriculums d'enseignement. Il importe, néanmoins, que l'infirmière puisse en être informée plus en profondeur en ce qui a trait aux approches à adopter lors d'une situation d'automutilation chez une adolescente.

Les infirmières composent avec ce qu'elles ont à leur disposition. Selon les participantes de l'étude, ces dernières font souvent elles-mêmes les recherches sur internet et se contentent de photocopies de livres ou d'outils pouvant être utiles dans leurs interventions. Selon la participante Marissa, la thérapie dialectique-comportementale semble être privilégiée dans les cliniques externes destinées aux

jeunes adolescentes ayant des traits de la personnalité *borderline* et qui présentent des comportements automutilatoires. Il est à noter que la formation consacrée à cette thérapie est quasi-inaccessible pour les infirmières travaillant dans les unités internes. Nous ne connaissons pas toutes les raisons qui font en sorte que les infirmières ne sont pas à même de recevoir cette formation, mais d'après l'étude de Lavigneur, Markiewicz-Haccoun et Laliberté-Sheitoyan (1981), il y a souvent des conflits entre unité interne et clinique externe. Dans cet article, il est indiqué que certaines infirmières provenant des cliniques internes sentent que leur travail est peu reconnu et même parfois ignoré par le personnel des cliniques externes. Également, ces dernières se sentent souvent « sans pouvoir » en comparaison avec les infirmières des cliniques externes, ce qui corrobore les dires de la participante Marissa.

Ce que nous avons appris à travers les propos des participantes concernant les conférences offertes en santé mentale des adolescentes, c'est que les infirmières s'arrangent parfois pour se libérer du travail afin de pouvoir assister à ces activités scientifiques. Il est à noter que ce sont les infirmières elles-mêmes qui, dans la plupart des cas, défraient les coûts de ces conférences ou congrès — l'employeur ne pouvant assumer l'ensemble des frais. Selon la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (2006), toutes les autorités financent normalement des programmes de formation et de perfectionnement professionnel destinés aux infirmières. Cependant, pour y participer, ces dernières doivent pouvoir s'absenter de leur travail ce qui, pour bon nombre d'entre elles, constitue un réel problème.

La prochaine partie de ce chapitre sera consacrée aux forces et limites de l'étude, des recommandations pour la pratique infirmière ainsi que des recommandations pour la recherche infirmière dans le domaine pédopsychiatrique.

5.2 Force de l'étude

À la suite de l'investigation préparatoire à la sélection des participantes et après l'analyse des questionnaires sociodémographiques, l'étudiante-chercheuse et ses directrices ont constaté qu'il y avait hétérogénéité dans l'échantillon ayant permis

de réaliser cette étude. Cette hétérogénéité constitue en réalité une force de l'étude puisqu'elle a permis une plus grande variété des données.

Il y avait, tout d'abord, une différence entre les titres d'emploi des participantes : quatre d'entre elles étaient des infirmières cliniciennes, une était infirmière de liaison et deux d'entre elles étaient des assistantes infirmières chefs. Une hétérogénéité était aussi présente dans l'échantillon du fait que les participantes étaient de tranches d'âges différentes. Ainsi, trois participantes appartenaient à la tranche d'âge des 50 à 60 ans, une participante appartenait à la tranche d'âge des 40 à 50 ans, une participante appartenait à la tranche d'âge des 30 à 40 ans tandis que deux d'entre elles appartenaient à la tranche d'âge des 20 à 30 ans. La moyenne d'âge des participantes était de 33 ans. De plus, deux des sept participantes étaient de sexe masculin. Trois infirmières participantes travaillaient de jour tandis que quatre d'entre elles travaillaient de soir. Toutes les participantes, à l'exception de deux d'entre elles, avaient des enfants et toutes détenaient un poste à temps complet, à l'exception d'une participante. En ce qui a trait à la fréquence des interventions en cas d'automutilation mise en place par les infirmières, celle-ci variait beaucoup d'une participante à l'autre. La fréquence de ces interventions fluctuait de « *moins d'une fois par mois* » à « *quotidiennement, [soit] au moins 2-3 fois par jour* ». D'après l'étudiante-chercheuse, ces réponses variaient en fonction du titre d'emploi et du statut de travail de chaque infirmière. Une infirmière de liaison ou une assistante-infirmière chef n'entretient normalement pas la même relation et n'a pas le même nombre de contacts avec des jeunes qui s'automutilent qu'une infirmière clinicienne qui agit à titre d'infirmière soignante. Au même titre, une infirmière qui de par son statut de travail exerce la nuit sera beaucoup moins encline qu'une infirmière qui exerce de jour, à intervenir auprès d'adolescentes qui s'automutilent. Compte tenu de toutes ces différences énumérées par l'étudiante-chercheuse, il apparaît qu'il y aurait une certaine forme d'hétérogénéité au sein de l'échantillon de cette étude. Il est à noter que la sélection des participantes de cette étude a été influencée par le temps limité dont bénéficiait l'étudiante-chercheuse pour mener à

bien la période de sollicitation des infirmières ainsi que par la disponibilité des infirmières à participer à la présente étude.

En sommes, l'hétérogénéité de l'échantillon est considérée comme étant une force de l'étude puisqu'elle a permis à l'étudiante-chercheuse d'obtenir un grand éventail de perceptions provenant des infirmières ayant participé à l'étude.

5.3 Limites de l'étude

Une première limite de l'étude est relative au nombre restreint de participantes (n=7). Un plus grand nombre d'infirmières participant à cette étude aurait permis d'avoir une vision encore plus large et plus élaborée du phénomène de l'automutilation auprès des adolescentes et des interventions infirmières à privilégier.

Une deuxième limite de cette étude réside dans la sélection des participantes selon leur quart de travail. En effet, des invitations à participer à cette étude ont été envoyées à toutes les infirmières des trois quarts de travail de l'unité où a été réalisée la recherche. Cependant, aucune infirmière exerçant de nuit n'a répondu à l'appel de l'étudiante-chercheuse. Bien que l'incidence des comportements d'automutilation apparaît moins fréquente durant ce quart de travail, selon les observations de l'étudiante-chercheuse, il aurait été intéressant de pouvoir bénéficier du point de vue de ces infirmières qui travaillent de nuit, puisqu'elles contribuent elles aussi au bien-être des adolescentes qui s'automutilent. En effet, toujours selon les observations de l'étudiante-chercheuse, ces infirmières, en collaboration avec les préposés aux bénéficiaires, effectuent au début de leur quart de travail une tournée dans toutes les chambres des adolescentes afin de retirer les objets dangereux. Comme nous l'avons indiqué préalablement, les jeunes qui s'automutilent peuvent utiliser des objets de toute sorte pour se blesser, c'est pourquoi le personnel de nuit demeure vigilant relativement aux objets pouvant être utilisés à cette fin. Le personnel de nuit prend également des dispositions liées à la prévention telles que le verrouillage de toutes les portes et placards des jeunes lors de ces tournées. L'équipe de nuit a un rôle

essentiel particulièrement en ce qui a trait à la sécurité de l'environnement des jeunes ayant des comportements automutilatoires. Il aurait donc été intéressant pour cette étude, d'obtenir les propos d'une infirmière travaillant de nuit.

Une troisième limite de cette étude se rapporte aux interventions infirmières révélées par les infirmières ayant participé aux entrevues semi-dirigées. L'étudiante-chercheuse considère que ces infirmières pourraient être susceptibles de faire part à l'étudiante-chercheuse de souvenirs que ces dernières auraient construits elles-mêmes au fil du temps et qui ne seraient pas nécessairement fidèles à la réalité. Notons aussi que les entrevues qui ont été effectuées auprès des participantes ont pu se produire plusieurs mois après que celles-ci soient intervenues auprès d'une adolescente qui se serait automutilée. Sans nous amener à remettre en doute ce qui aurait été confié à l'étudiante-chercheuse dans le cadre des entrevues semi-structurées, ce délai entre ladite intervention et l'entrevue aurait pu avoir une influence sur les données recueillies. Également, un effet de désirabilité sociale est prévisible : les participantes conscientes qu'elles prenaient part à une recherche peuvent s'efforcer de rapporter des interventions qu'elles n'auraient pas nécessairement mises en place, et ce, de façon à répondre à ce qu'elles pourraient considérer comme les attentes de l'étudiante-chercheuse.

Une dernière limite de l'étude est associée à la sélection des articles se retrouvant dans le second chapitre de ce mémoire consacré à la recension des écrits. Tel qu'indiqué antérieurement, la littérature en lien avec le phénomène de l'automutilation est étendue. Pour la rédaction de ce mémoire, plusieurs articles et documents ont été rejetés puisqu'ils étaient uniquement rattachés au phénomène de l'automutilation chez la clientèle adulte. Ces éléments ont été mis de côté en raison de la limite de temps accordée à l'étudiante-chercheuse pour la rédaction de ce mémoire. Cependant, rétrospectivement, nous serions portés à croire que ces articles et documents auraient pu enrichir l'éventail des interventions que nous avons prises en compte à travers la recension des écrits, et ce, même si ces interventions ne s'étaient pas nécessairement rapportées à la clientèle adolescente. De plus, ces

articles et documents auraient pu permettre à l'étudiante-chercheuse d'explorer d'autres facettes du phénomène de l'automutilation. Enfin, nous comptons prendre en considération ces articles et documents à travers nos recherches à venir et invitons ceux qui, dans le futur, s'intéresseront aux interventions infirmières de l'automutilation chez les adolescentes d'en prendre compte.

5.4 Recommandations

Pour la pratique infirmière en milieu pédopsychiatrique. Cette étude souligne tout d'abord l'importance pour les infirmières œuvrant en milieu pédopsychiatrique hospitalier d'interagir avec ouverture, humaniste et de façon respectueuse avec les adolescentes qui s'automutilent, et ce, dans le but de créer une alliance thérapeutique positive. La création d'une alliance thérapeutique est au fondement des soins infirmiers psychiatriques. Toutefois, les infirmières doivent être soutenues pour prévenir l'automatisation et la déshumanisation des soins. Ce soutien doit comprendre des ateliers ou des discussions sur le sens des comportements automutilatoires ainsi que sur les préjugés qui y sont associés. Walsh (2008) croit que pour avoir une évaluation complète et détaillée du phénomène de l'automutilation, les infirmières doivent absolument prendre connaissance des antécédents des adolescentes. Il suggère, en fait, de mieux comprendre et de parcourir les antécédents suivant : les antécédents environnementaux (les pertes de relations, des conflits interpersonnels, des pressions au niveau de la performance, l'isolement social), les antécédents cognitifs (les interprétations des événements extérieurs, les pensées automatiques, les croyances personnelles) et les antécédents affectifs (l'anxiété, la tension, la panique, la colère, la tristesse, la honte). Enfin, lorsque cette période de collecte de données est complétée, les infirmières peuvent ainsi mettre en place des interventions infirmières adéquates.

Les résultats de la présente étude indiquent également qu'il y a une rareté en ce qui a trait aux outils permettant d'aider les infirmières à intervenir auprès des adolescentes automutilatrices en milieu interne pédopsychiatrique. Mis à part le schéma corporel (voir Annexe I), qui est utilisé de façon sporadique par les

infirmières du département où la recherche a eu lieu, aucun autre outil officiel n'est mis à la disposition des infirmières afin de les supporter dans leur démarche de soins en cas d'automutilation chez les adolescentes. Nous recommandons donc fortement la création d'outils formellement dédiés aux interventions infirmières relatives au phénomène de l'automutilation. Les outils peuvent se présenter sous forme de grille ou de protocole. Certaines participantes de cette étude ont mentionné que ces outils ne doivent pas nécessairement être complexes ou sophistiqués, il suffit qu'ils puissent faciliter la tâche des infirmières. Une simple liste des antécédents des adolescentes tels que ceux suggérés par Walsh (2008) que nous avons présenté préalablement, apparaît comme étant suffisante selon l'étudiante-chercheuse.

Pour favoriser la qualité des interventions infirmières en cas d'automutilation, il est également souhaitable pour les infirmières de pouvoir assister à des conférences ou des journées d'étude sur le phénomène. Comme nous l'avons vu déjà, les résultats de cette étude indiquent des failles à ce niveau; la grande majorité des participantes affirment ne pas avoir suffisamment d'heures de formation relativement au phénomène de l'automutilation. Ces dernières se disent peu outillées pour faire face à ce phénomène et souhaitent réclamer des journées de conférence ou des journées d'étude afin de répondre à leurs propres attentes en matière d'intervention auprès d'adolescentes qui s'automutilent. Ces journées d'apprentissage leur permettraient notamment de verbaliser les émotions ressenties lors de situations d'automutilation et de discuter des interventions infirmières qui pourraient être utilisées de façon efficace. Même si elles ne peuvent assister régulièrement à ces conférences ou ces journées d'étude, la plupart des participantes de cette étude savent que ces activités sont très aidantes puisqu'elles permettent aux infirmières d'acquérir de meilleures habiletés pour intervenir face à l'automutilation. Il serait donc intéressant pour les gestionnaires-cadres de l'établissement où la recherche a eu lieu de revoir les possibilités offertes aux infirmières, et ce, afin de permettre à celles-ci d'accéder à de plus grandes connaissances quant au phénomène de l'automutilation.

Par ailleurs, les impératifs économiques avec lesquelles doivent conjuguer les gestionnaires de l'institution hospitalière où a été réalisée cette recherche ont tendance à amener ceux-ci à restreindre l'effectif infirmier au sein des unités de soins. Ces mesures exacerbent l'état de surcharge à travers lequel les infirmières doivent évoluer, ce qui a un impact direct sur la satisfaction de celles-ci quant à leur travail du fait qu'elles se doivent nécessairement de prioriser certains soins aux dépens de d'autres. Nous invitons les gestionnaires à réviser, si possible, la distribution de leur budget afin de permettre aux infirmières d'avoir une charge de travail raisonnable, des horaires de travail flexibles et des milieux de travail sécuritaires. Même si à court terme, il apparaît évident que de grandes économies peuvent être réalisées en augmentant la charge de travail des infirmières, en bout de ligne, la surcharge entre autre qui en résulte les empêche d'intervenir convenablement et de favoriser une résolution à long terme des problèmes d'automutilation des adolescentes. Dans le futur, ces adolescentes auront de fortes chances de se présenter à nouveau aux portes des établissements de santé anéantissant de ce fait les économies réalisées. Dès lors, nous croyons que la gestion des épisodes de soins doit s'effectuer à travers une vision à long terme pour que de réelles économies puissent être réalisées. Dans cette optique, il devient payant d'offrir aux infirmières des conditions dans lesquelles elles pourront prodiguer des soins de qualité auprès des adolescentes qui s'automutilent.

Finalement, puisqu'il apparaît que la famille est souvent exclue dans les choix des interventions se rattachant au phénomène de l'automutilation, nous recommandons à tous les membres de l'équipe professionnelle de porter une attention spéciale aux parents des adolescentes qui s'automutilent. Il serait intéressant aussi de prévoir, dès l'admission, une rencontre avec les parents pour évaluer avec eux quels sont leurs désirs de collaboration et d'implication dans le plan de traitement. En somme, puisque les parents représentent généralement des personnes significatives pour les jeunes qui s'automutilent et qu'ils en sont les responsables légaux, il est également important de prendre en considération leurs points de vue dans les interventions qui sont mises de l'avant par l'équipe de soins.

Pour la recherche infirmière en pédopsychiatrie. Devant l'ampleur du phénomène de l'automutilation chez les adolescentes, il est impératif de poursuivre la recherche infirmière dans le domaine de la pédopsychiatrie. Cette étude qualitative constitue une première relativement à la description du phénomène de l'automutilation, des interventions infirmières et des facteurs organisationnels ayant une influence sur les interventions infirmières. Il serait pertinent de réaliser une étude qualitative québécoise portant sur les perceptions des adolescentes qui s'automutilent en ce qui a trait aux interventions prodiguées par les infirmières. Il serait, dès lors, possible de comparer les résultats de cette étude que nous proposons de réaliser aux résultats de la présente étude afin de s'assurer que les interventions des infirmières sont appréciées des adolescentes et que celles-ci les considèrent efficaces et aidantes.

CONCLUSION

Conclusion

Cette étude qualitative a permis d'explorer le phénomène de l'automutilation auprès des adolescentes en milieu pédopsychiatrique et a permis de décrire les interventions infirmières se rattachant à ce phénomène ainsi que les facteurs du milieu organisationnel ayant une influence sur ces interventions infirmières. Grâce, entre autres, aux entrevues réalisées auprès de sept participantes à l'étude ainsi qu'à une période d'observation, nous avons analysé sept catégories d'interventions : les interventions de relation d'aide, les interventions d'accompagnement, les interventions d'évaluation, les interventions de sécurité, les interventions d'enseignement, les interventions en lien avec les émotions, les perceptions de l'automutilation et les interventions pour éviter la contamination au sein du milieu pédopsychiatrique. Par ailleurs, nous avons vu les facteurs du milieu organisationnel qui ont une influence sur les choix d'interventions privilégiées par les infirmières en cas d'automutilation. Il s'agit de la contribution de l'équipe interprofessionnelle, la lourdeur des tâches de l'infirmière en pédopsychiatrie ainsi que la culture organisationnelle optée par les membres de l'équipe.

La période d'observation effectuée par l'étudiante-chercheuse sur le terrain a particulièrement été salubre pour l'étude puisqu'elle a permis de compléter les dires des sept participantes lors de l'entretien semi-dirigé. Nous avons vu également que les infirmières interviennent avec ce qu'elles possèdent en cas d'automutilation chez les adolescentes en milieu pédopsychiatrique. Elles n'ont pas nécessairement tous les outils à leur porter pour mieux intervenir auprès de cette clientèle. Cependant, les infirmières se montrent débrouillardes, se supportent entre elles et travaillent généralement bien en équipe interdisciplinaire.

RÉFÉRENCES

- Ahluwalia, J. & Lowenstein, E. (2005). Case study: delicate skin cutting management beyond the skin and implications of superficial habitual self-mutilation. *Skin Medecine*, 4(3): 190-200.
- Alderman, T. (1997). *The scarred soul: Understanding and ending self-inflicted violence*, Oakland, CA: New Harbinger Publication Inc.
- American Psychiatric Association. (2000). Document consulté le 20 février 2011 de <http://www.psych.org/>
- Anderson, M. & Standen, P.J. (2007). Attitudes towards suicide among nurses and doctors working with children and young people who self-harm, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 470-477.
- Argenty, J. (2005). La psychiatrie à genou devant les nouvelles molécules. *Soins. Psychiatrie*. 238, 39-42.
- Association canadienne pour la santé mentale. (2011). Document consulté le 2 février 2011 de <http://www.cmha.ca/bins/index.asp?lang=2>
- Association des pharmaciens du Canada (2009). *Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques*. Toronto : Association des pharmaciens du Canada.
- Beaud, S. & Weber, F. (2003). *Guide de l'enquête de terrain*. Paris : La Découverte.
- Berg, A. & Hallberg, I.R. (2000). Psychiatric nurses' lived experiences of working with inpatient care on a general team psychiatric ward. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7, 323-333.
- Bergeron, P. G. (2006). *La gestion dynamique : Concepts, méthodes et applications*, 4^e Ed. Montréal, Gaëtan Morin Éditeur.
- Bourbonnais, A. (2009). *Les sens des cris de personnes âgées vivant avec une démence en centre d'hébergement et de soins de longue durée*, Thèse de doctorat. Université de Montréal, Montréal. p.320.
- Brown GK, Ten Have T, Henriques GR, et al. Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: a randomized controlled trial. *JAMA* 2005; 294:563–570.
- Brunner, R., Parzer P., Haffner, J., Steen, R., Roos, J., Klett, M., & Resch, F. (2007). Prevalence and Psychological correlates of Occasional and Repetitive Deliberate Self-harm in Adolescents, *Archives of Pediatrics & Adolescent Medecine*, 161(7): 641-649.

- Burns, J., Dudley, M., Hazell, P. Patton, G. (2005). Clinical management of deliberate self-harm in young people : the need for evidence-based approaches to reduce repetition. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 121-128.
- Burns, N. & Grove, S. K. (2009). *The Practice of Nursing Research, Appraisal, Synthesis and Generation of Evidence*, 6th Ed. Texas: Saunders Elsevier.
- Caicedo, S. & Whitlock, J. (2011). Top 15 Misconceptions of Self-Injury, *Cornell Research Program on Self-Injurious Behavior in Adolescents and Young Adults*, Document consulté le 28 février 2013 de : <http://www.crsib.com/userfiles/File/15%20misconcepts%20REV.pdf>.
- Contandriopoulos, A-P. (1994). Réformer le système de santé : une utopie pour sortir d'un statu quo impossible. *Ruptures*, 1(1) : 8-26.
- Conn, Isaramalai, Rath, Jantarakupt, Wadhawan et Dash (2003), Beyond Medline for Literature Searches, *Journal of Nursing Scholarship*, 35(2) : 177-182.
- Carspecken, P. F. (1996). *Critical ethnography in educational research : a theoretical and practical guide*. New York : Routledge.
- Clarke, L., & Whittaker, M. (1998). Self mutilation: culture, contexts and nursing responses. *Journal of Clinical Nursing*, 7(2), 129-137.
- Cloutier, R., (2001). Identité et adolescence. Dans : Gagnon, A. et collaborateurs (2001), *Démystifier les maladies mentales: les troubles de l'enfance et de l'adolescence*, (pp. 58- 77), Montréal, Canada: Gaëtan Morin.
- Cloutier, E., Bourdouxhe, M., Ledoux, É., David, H., Gagnon, I., Ouellet, F., & Teiger, C. (2005). Effets du statut d'emploi sur la santé et la sécurité au travail: le cas des auxiliaires familiales et sociales et des infirmières de soins à domicile au Québec. *Pistes*, 7(2), 1-16.
- Cloutier, E., Bourdouxhe, M., Ledoux, É., David, H., Gagnon, I. & Ouellet, F., (2006). Étude descriptive des conditions d'emploi, de travail et de santé et de sécurité du travail des infirmières d'agence privée dans un contexte de pénurie de main-d'oeuvre. *IRSSST*, Direction des communications.
- Conseil des Infirmières et des Infirmiers. (1996). L'impact des changements: perceptions et recommandations des infirmières et infirmiers, *Québec*, Pavillon St-François d'Assise.
- Corcoran, P., Reulbach, U., Perry, I. & Arensman, E. (2010). Suicide and deliberate self harm in older Irish adults. *International Psychogeriatrics*. 22 (8), 1327-1336.

- Cresswell, JM. (2003). *Research design: Qualitative, quantitative and mixed methods approaches* (2e éd.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Crowe M. & Bunclark J. (2000) Repeated self-injury and its management. *International Review of Psychiatry* 12, 48–53.
- Del Barrio, L.R., Corin, E. & et Poirel, M.L, (2001). Le point de vue des utilisateurs sur l'emploi de médication en psychiatrie: une voix ignorée, *La Revue québécoise de psychologie*, 22(2) : 1-22.
- Derouin, A. & Bravender, T. (2004). Living on the edge: The current phenomenon of self-mutilation in adolescents. *American Journal of Maternal Child Nursing*, 29(1): 12-20.
- Dickinson, T. & Wright, K.M. (2009). The attitudes of nursing staff in secure environments to young people who self-harm, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, 947-951.
- Donglois, M. (2012). Automutilation des adolescents : un psychiatre montréalais lance un cri d'alarme, *Profession Santé*, 1-3.
- Doucet, H. (2002). *L'éthique de la recherche : guide pour les chercheurs en sciences de la santé*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Drew, B., (2001). Self-Harm Behavior and No-Suicide Contracting in Psychiatric Inpatient Settings, *Archives of Psychiatric Nursing*, 15(3), 99-106.
- Eckenrode, W.J. & Silverman, D.(2007) Lifetime prevalence of self-injurious behavior among US college students is 17 %, *Evidence Based Mental Health*, 10: 30.
- Emerson, A. (2010). A brief insight into how nurses perceive patients who self-harm. *British Journal of Nursing*, 19(13), 840-843.
- Favazza, A.R. & Rosenthal, R.J. (1993). Diagnostic issues in self-mutilation. *Hospital and Community Psychiatry*. 44: 134-140.
- Favazza, A.R (1996). Bodies under siege: Self-mutilation and body modification in culture and psychiatry (2nd ed.) *Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press*.
- Favazza, A. R. (1998). The coming of age of self-mutilation. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 186(5), 259.

- Floersch, J., Townsend, L., Longhofer, J., Munson, M., Winbush, V., Kranke, D., Faber, R., Thomas, J., Jenkins, J.H., & Findling, R.L. (2009). Adolescent Experience of Psychotropic Treatment. *Transcultural Psychiatry*, (46): 157 - 179.
- Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. (2006). Les maux qui affligent nos infirmières, *Examen des principaux facteurs qui portent une incidence sur les ressources humaines infirmière au Canada*, Pris le 15 avril 2013 du www.fcrrs.ca.
- Formation Oméga. (1998). Apprendre à gérer les crises de violence. Document consulté le 27 mai 2011 de : <http://www.asstsas.qc.ca/Documents/Publications/Repertoire%20de%20nos%20publications/OP/op224008.pdf>.
- Fortin M-F (2010). Fondements et étapes du processus de la recherche (2e édition). Montréal: Chenelière
- Fortinash, K. M. & Holoday-Worret, P. A. (2003). *Soins infirmier santé mentale et psychiatrie*. Laval: Beauchemin.
- Gallop, R. (2002). Failure of the capacity for self-soothing in women who have a history of abuse and self-harm. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 8 (1), 20-26.
- Garnis-Jones, S., Collins, S. & Rosenthal D. (2000). Treatment of self-mutilation with olanzapine. *Journal of Cutaneous Medicine and Surgery* 4 (3), 161–163.
- Gicquel L. & Corcos M. (2011). Les automutilation à l'adolescence: les données du problème, la prévention, l'évaluation, la stratégie de soins. *Dunod Éd.* Paris, France.
- Glenn, C.H. & DeNisco, S. 2006. Self-mutilation in adolescents: Recognizing a silent epidemic. *American Journal of Nurse Practitioners*, (10), 63–76.
- Goodman-Lesniak, R.L. (2008). Self-Injury Behavior: How can Nurse help? *JCN*, 25(4): 187-193.
- Gratz, K.L & Chapman, A.L. (2009). Freedom from self-harm, overcoming Self-Injury with Skills from DBT and Other Treatments, Oakland, CA: *New Harbinger Publishers Inc.*
- Greenhalgh, T. (2001), How to read a paper, The basics of evidence based medicine, *London: BMJ Books.*

- Guertin, T., Lloy-Richardson, E., Spirito, A., Donaldson, D. & Boergers, J. (2001) Self-Mutilative Behavior in Adolescents who attempt Suicide by overdose, *Journal of the Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40 (9), 1062-1069.
- Hawton, K., Arensman, E., Townsend, E., Bremner, S., Feldman, E., Goldney, R., Gunnell, D., Hazell, P., Van Heeringen, K., House, A., Owens, D., Sakinofsky, I. & Traskman-Bendz, L. (1998). Deliberate self-harm: a systematic review of the efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition. *British Medical Journal*, 317, 441-447.
- Hawton, K., Townsend, E., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., House, A. & Van Heeringen, K. (2009). Psychosocial and Pharmacological treatments for deliberate self harm (Review), Dans The Cochrane Collaboration, Issue 1, Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd.
- Hawton, K., Harriss, L. & Rodham, K. (2010). How adolescents who cut themselves differ from those who take overdoses. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 19 (6), 513-523.
- Hicks, K.M. & Hinck, SM. (2009). Best-practice intervention for care of clients who self-mutilate. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. (21), 430-436.
- Honneth, A. (2008). *La société du mépris: Vers une nouvelle théorie critique*. Paris: La Découverte.
- Huband, N., & Tantam, D. (2000). Attitudes to self injury within a group of mental health staff. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 73(4), 495-504.
- Jacobs, B. B., Fontana, J. S., Kehoe, M. H. & Matarese, C. & Chinn, L. P. (2005). An emancipation study of contemporary nursing practice. *Nursing Outlook*, 53(1), 6-14.
- Jarrin, O. F. (2006), Results from the Nurse Manifest 2003 Study, Nurses' perspectives on Nursing, *Advances in Nursing Science*, 29 (2), E74-E85.
- Jeffery, D., & Warm, A. (2002). A study of service providers' understanding of self-harm. *J. Ment. Health* 11(3): 295–303.
- Jorm, A. F., Christensen, H., Griffiths, K. M., & Rodgers, B. (2002). Effectiveness of complementary and self-help treatments for depression. *Medical Journal of Australia*, 176 (Suppl. 10), S84 –S95.

- Kvernmo, S. & Rosenvinge, J.H. (2009). Self-Mutilation and Suicidal Behaviour in Sami and Norwegian Adolescents: Prevalence and Correlates, *International Journal of Circumpolar Health*, 68(3), 235-248.
- Laboutière, J-J. (2005). Influence de l'industrie pharmaceutique sur la clinique. *Association française des psychiatres d'exercice privé*, 144, 133-137.
- Laperrière, A. (1992). L'observation directe. In D. Gauthier (Ed). *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données*. (2^{ième} Ed). Ste-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Laukkanen, E., Rissanen, M.L., Honkalampi, K., Kylma, J., Tolmunen, T. & Hintikka, J., (2009). The prevalence of self-cutting and other self-harm among 13- to 18-year-old Finnish adolescents. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 44, 23-28
- Lavigne, H., Markiewicz Haccoun, D. & Laliberté Sheitoyan L. (1981) La coexistence interprofessionnelle au son d'un hôpital psychiatrique. *Érudit*. Pris de [http : //iderudit.org/iderudit/030089ar](http://iderudit.org/iderudit/030089ar)
- Levander, A. (2005). Self-injurious behavior : Assessment, treatment, and the recovery process. *Nashville, TN: Cross-Country Education, Inc.*
- Le Breton, D. (2004). Le recours au corps en situation de souffrance chez les jeunes générations. In *Heres (Éd.), Résonances: Entre corps et psyché*, 99-115
- Le Breton, D. (2006). Les scarifications comme actes de passage. *L'information psychiatrique*, 82(6): 475-480.
- Lindgren, B., Wilstrand, C., Gilje, F., & Olofsson, B. (2004). Struggling for hopefulness: a qualitative study of Swedish women who self-harm. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11(3), 284-291.
- Lindley-Starr, D. (2004) Understanding those who self-mutilate, *Journal Of Psychosocial Nursing*, 42(6), 33-40.
- Maison, P. (2010). La méta-analyse sur données résumées. *Recherche en soins infirmiers*, 101: 18-24.
- Maltais, N. & Rassy, J. (2011). L'infirmière au coeur d'une pratique collaborative en pédopsychiatrie, *Vision Santé Mentale*, l'Association québécoise des infirmières et des infirmiers en santé mentale, 1-6.

- Mangnall, J. & Yurkovich, E. (2008). A literature review of Deliberate Self-Harm, *Perspectives in Psychiatric Care*, 44 (3), 175-184.
- McAllister, M., Creedy, D., Moyle, W., & Farrugia, C. (2002). Nurses' attitudes towards clients who self-harm. *Journal of Advanced Nursing*, 40(5), 578-586.
- McAllister, M. (2003). Multiple Meanings of Self-harm: A critical review, *International Journal of Mental Health Nursing*, 12, 177-185.
- McDonald, C. (2006). Self-Mutilation in Adolescents, *The Journal of School Nursing*, 22(4): 193-2000.
- Mchale, J. & Felton, A. (2010). Self-harm: what's the problem? A literature review of the factors affecting attitudes towards self-harm, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17, 732-740.
- McVey-Noble, M., Khemlani.Patel, S. & Neziroglu, F. (2006). When your child is cutting, A parent's guide to Helping Children overcome Self-Injury, *New Harbinger Publications, Inc*, Oakland, CA.
- Menninger, K. (1952). What are the goals of psychiatric education? *Bulletin of Menninger Clinic*, 16(5), 153-158.
- Metzl, J. (2003). The gendered psychodynamics of pharmaceutical advertising, 1964-97. *Prozac on the Couch, Prescribing gender in the era of wonder drugs*. Durham: Duke U Press, p. 127-163.
- National Collaborating Centre for Mental Health (2004). *Self-Harm, The Short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care*. National Institute for Health and Clinical Excellence. Document consulté le 2 décembre 2010 de <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10948/29424/29424.pdf>.
- Nicastro, L., Millets, P., Golaz, J., Aubry, J-M. & Charnay, Y. (2012), Au-delà des antidépresseurs sérotoninergiques...nouvelles stratégies pharmacologiques. *Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*. 163 (6), 206-213.
- Nixon, M. K., Cloutier, P., & Jansson, S. M. (2008). Nonsuicidal self-harm in youth: a population-based survey. *Canadian Medical Association Journal*, 178(3), 306.

- Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 885-890.
- O'Donovan, À., & Gijbels, H. (2006). Understanding psychiatric nursing care with nonsuicidal self-harming patients in acute psychiatric admission units: The views of psychiatric nurses. *Archives of Psychiatric Nursing*, 20(4), 186-192.
- O'Donovan À. (2007) Pragmatism rules: the intervention and prevention strategies used by psychiatric nurses working with non-suicidal self-harming individuals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 14, 64–71.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2013). Médicaments : sécurité et effets indésirables. Document consulté le février 2013 de : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs293/fr/>.
- OIIQ. (2009). La pratique infirmière en santé mentale: une contribution essentielle à consolider. *Rapport du comité d'experts sur la pratique infirmière en santé mentale et en soins psychiatriques*, Bibliothèque et Archives Canada, 1-71
- Oxman, AD. & Guyatt, G.H. (1988). Guidelines for reading literature reviews, Canadian Medical Association Journal, 138: 697-704.
- Page, C., & Banville, F. (2011) L'intervention auprès des personnes ayant une problématique de santé mentale : une réflexion sur les défis à relever dans la pratique infirmière, *L'infirmière clinicienne*, 8 (2), 18-25.
- Page, C., Ricard, N. (2006). La compassion pour la personne atteinte de troubles mentaux : un défi pour les infirmières des services de santé généraux. IIIe Congrès mondial des infirmières et infirmiers. Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone. Québec.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods* (3^e éd.). Thousand Oaks : Sage Publications.
- Pembroke, L. (1991) Surviving psychiatry. *Nursing Times* 87(49), 30–32.
- Pineault, J. P. (2009). « Antidépresseurs : consommation en hausse de 196 % chez les jeunes Québécois ». Rue Frontenac, 24 août 2009.
- Pitman & Tyrer, 2008, Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, *British Psychological Society*, 81(4):377-397.
- Pourtois, J-P., Desmet, H. (1989). Pour une recherche qualitative et néanmoins scientifique. *Réseaux*, 55, 56, 57, 13-35.

- Richard, B., (2005). Les comportements de scarification chez l'adolescent, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 53: 134-141.
- Ross, S. & Heath, N. (2002). A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 31 (1), 67-77.
- Royal College of Psychiatrists (2010). *Self-harm, suicide and risk : helping people who self-harm, Final report of a working group*, London : College Report CR158.
- Santé Canada (2004), Médicaments antidépresseurs. Document consulté le 20 mai 2010 de: <http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/iyh-vsv/med/antidepress-fra.php>.
- Scowen, K. (2007). *Le mal de vivre chez les adolescents*. Montréal : La courte échelle.
- Sharkey, V. (2003). Self-Wounding: a literature review. *Mental Health Practice*, 6,7, 35-37.
- Simpson, C. (2001). Self-Mutilation. Document consulté le 2 décembre 2010 de <http://www.counseling.org/resources/library/ERIC%20Digests/2001-10.pdf>
- Skegg, K., Nada-Raja, S., Dickson, N., Paul, C., Williams, S., (2003), Sexual orientation and self-harm in men and women. *American Journal of Psychiatry*, 160, 541-546.
- Slaven, J., & Kisely, S. (2002). Staff Perceptions of Care for Deliberate Self Harm Patients in Rural Western Australia: A Qualitative Study. *Australian Journal of Rural Health*, 10(5), 233-238.
- Smith, S. E. (2002). Perceptions of service provision for clients who self injure in the absence of expressed suicidal intent. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(5), 595-601.
- Soomro, M. (2008), Deliberate self-harm (and attempted suicide), *Clinical Evidence*, 12(1012): 1-29.
- St-Onge, J-C. (2013). *Tous fous? L'influence de l'industrie pharmaceutique sur la psychiatrie*. Montréal : Édition Écosociété.
- Storey, P., Hurry, J., Jowitt, S., Owens, D., House A. (2005). Supporting young people who repeatedly self-harm, *The Journal of The Royal Society for the Promotion of Health*, 125 (2), 71-75.

- Sutton, J. (2005). Healing the hurt within: Understanding self-injury and self-harm, and heal the emotional wounds. *Orford: How to Books*.
- Tantam, D. & Whittake, J. (1992). Personality disorder and self-wounding, *British Journal of Psychiatry*, 161, 451-456
- Tesch, R. (1990). The mechanics of interpretational qualitative analysis. Dans *Qualitative research: analysis types and software tools* (p. 113-146). New York: Falmer Press.
- Tor, P.C., Ng, T.P., Lim, L., Ng, B.Y., Ang, Y.G., Winslow, M., Wong, S.T. & Goh, L.G. (2009). Qualities of a good psychiatrist, *Asia-Pacific Psychiatry*, (1), 9-14.
- Tor, P.C., Goh, L.G., Ang, Y.G., Lim, L., Winslow, R.M., Ng, B.Y., Wong, S.T., Ng, T.P., & Kia, E.H. (2011). Qualities of a Psychiatrist Mentor: A Quantitative Singaporean Survey, *Academic Psychiatry*, 35 (6), 407-410.
- Townsend, E. Hawton, K. Altman, Arensman, E. Gunnell, D. Hazell, P., House, A., Van Heeringen, K. (2001). The efficacy of problem-solving treatments after deliberate self-harm : meta-analysis of randomized controlled trials whit respect to depression, hopelessness and improvement in problems. *Psychological Medecine*, 31, 970-988.
- Tremblay, M. (1999). Une démocratie en santé : Utopie ou réalité ? Dans : Fortin, P. (Éds.), *La réforme de la santé au Québec*. (pp. 76-131). Saint-Foy : Les presses de l'université du Québec.
- Valente, S.M. (1991). Deliberate self-injury: Management in a psychiatric setting. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 29 (12), 19-25.
- Vanderlinden J. (2003). Vaincre l'anorexie mentale, *De Boeck Éd.*, 176 pages.
- Van der Maren, J.-M. (Éd.). (1996). *Méthodes de recherche pour l'éducation* (2e éd.). Montréal : Les presses de l'Université de Montréal.
- Van Sell, S., O'Quin L., Oliphant E., Shull P., Johnston E. & Nguyen C. (2005) Help stop self-injury. *Modern Medicine* 68 (11), 55-58.
- Walsh, B.W. (2006). Treatment Self-Injury, A practical Guide, *The Guilfort Press, New York*, New York
- Warm, A., Murray, C., & Fox, J. (2002). Who helps? Supporting people who self-harm. *Journal of Mental Health*, 11(2), 121-130.

- Weber, M. (2002). Triggers for self-abuse: a qualitative study. *Archives of Psychiatric Nursing, 16*, 118–124.
- Wegscheider, Hyman, J. (1999). *Women living with self-Injury*. Philadelphia: Temple University Press.
- White, V.E, Trepal-Wollenzier, H. & Nolan J.M. (2002). College Students and Self-Injury : Intervention Strategies for Counselors, *Journal of College Counseling, 5*, 105-113
- Williams, K.A. & Bydalek, K.A. (2007). Adolescent Self-Mutilation, diagnostic & treatment, *Journal of Psychosocial Nursing, 45* (12), 19-23
- Wilstrand, C., Lindgren, B-M., Gilje, F. & Olofsson, B. (2007). Being burdened and balancing boundaries: a qualitative study of nurse's experiences caring for patients who self-harm. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 14*, 72-78.

Annexe A

Affiche de recrutement de participantes

Université de Montréal, décembre 2011

**PARTICIPATION À UNE RECHERCHE QUALITATIVE
EN SCIENCES INFIRMIÈRES**

Madame, monsieur,

Nous sollicitons par la présente, votre participation à une recherche qualitative de type ethnographique en sciences infirmières. Celle-ci a pour but d'explorer et de décrire les interventions que les infirmières privilégient face au phénomène de l'automutilation chez les adolescents ainsi que les facteurs qui influent sur la façon dont ces interventions sont prodiguées.

Ce projet d'étude est mené par Mme Annette Leibing (responsable et directrice du projet), Mme Caroline Larue (co-directrice) ainsi que Mme Phi-Phuong Pham (étudiante à la maîtrise à l'Université de Montréal). Il a été approuvé par un comité scientifique de l'Université de Montréal et est appuyé financièrement par deux bourses, celle du groupe de recherche Médicament comme objet social (MÉOS) et celle du Ministère de l'éducation, des sports et des loisirs du Québec (MELS)

Nous comptons prévoir une période d'observation ayant une durée de 2 à 3 semaines sur votre unité de travail et par la suite recruter entre 5 à 7 participant(e)s pour une entrevue semi-dirigée. Votre collaboration à cette étude nous sera précieuse et grandement salutaire. Veuillez nous informer le plus rapidement possible si vous êtes intéressé à participer à ce projet de recherche. Nous vous transmettrons de plus amples informations dès que nous aurons de vos nouvelles.

Veillez agréer, Madame, monsieur, nos salutations les plus distinguées.

Annette Leibing
Professeure titulaire
Université de Montréal

Caroline Larue
Professeure agrégée
Université de Montréal

Phi-Phuong Pham
Étudiante à la maîtrise
Université de Montréal

AnnexeB
Feuillet-explicatif pour la période d'observation

Montréal, décembre 2011

FEUILLET-EXPLICATIF POUR LA PÉRIODE D'OBSERVATION
D'UN PROJET DE RECHERCHE

Titre du projet: « Interventions infirmières en regard du phénomène de l'automutilation en milieu pédopsychiatrique : une étude ethnographique »

BUT GÉNÉRAL DU PROJET

Vous êtes invité à participer à une période d'observation faisant partie intégrante d'un projet de recherche. Ce projet vise à explorer et à décrire les interventions que les infirmières œuvrant en milieu pédopsychiatrique privilégient au regard du phénomène de l'automutilation chez les adolescents ainsi que les facteurs qui influent sur la façon dont ces interventions sont prodiguées.

Ce projet de recherche a été approuvé par un comité scientifique de l'Université de Montréal ainsi que par le comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital [redacted]. Il reçoit l'appui financier du groupe de recherche Médicament, comme objet social (MÉOS) ainsi du Ministère de l'Éducation, du Loisirs et du Sport (MELS).

Votre participation favorisera l'avancement des connaissances en sciences infirmières dans le domaine de la pédopsychiatrie.

PROCÉDURE

Avec votre autorisation, l'étudiante-chercheuse effectuera une période d'observation sur votre unité de travail. Voici la description de cette période d'observation:

Quoi exactement :	-Observation de l'environnement physique, les interactions des infirmières sur l'unité et la dynamique des professionnels de la santé lors des rencontres multidisciplinaires -Aucune sollicitation de la part des infirmières ou professionnels de la santé; -Aucun enregistrement audio et/ou vidéo
But :	-Permettre à l'étudiante-chercheuse de se familiariser avec l'environnement et la culture du milieu de travail
Durée :	-De 2 à 3 semaines sur les 3 quarts de travail

Il est à noter que lors de cette période d'observation, des notes personnelles peuvent être prises par l'étudiante-chercheuse. Cette dernière s'assure de ne pas citer des

extraits de vos propos et n'identifiera aucun nom pour en assurer la confidentialité. Seul le titre de votre profession sera noté dans les notes personnelles de l'étudiante-chercheuse.

AVANTAGES ET RISQUES

Aucun risque connu n'est associé à la recherche à laquelle vous participerez. Il se peut par contre, que vous ressentiez un malaise dû au fait de savoir être observé par l'étudiante-chercheuse. Néanmoins, soyez assuré que l'étudiante-chercheuse fera en sorte pour que vous sentiez le plus à l'aise possible et que vous ne soyez pas perturbé dans votre travail quotidien.

ANONYMAT ET CONFIDENTIALITÉ

Il est entendu que les données observées et recueillies par l'étudiante-chercheuse seront confidentielles et que seules l'étudiante-chercheuse, la directrice ainsi que la co-directrice de recherche auront accès à ces données. Les renseignements seront conservés dans un classeur sous clé situé dans le bureau fermé de l'étudiante-chercheuse. Tous les renseignements seront détruits 7 ans après la fin du projet de recherche.

Votre accord à participer implique que vous acceptez que l'équipe de recherche puisse utiliser aux fins de la présente recherche (articles, conférences et communications scientifiques) les renseignements recueillis à la condition qu'aucune information permettant de vous identifier ne soit divulguée publiquement à moins d'un consentement explicite de votre part.

COMPENSATION

Vous ne recevrez pas de compensation financière pour votre participation à ce projet de recherche.

NOM DES PERSONNES-RESSOURCES

Si vous désirez de plus amples renseignements sur ce projet de recherche ou si vous avez des questions, vous pourrez toujours contacter :

-L'étudiante-chercheuse, Mme **Phi-Phuong Pham** au []
 -La responsable et directrice du projet, Mme **Annette Leibing** au []
 -La co-directrice du projet, Mme **Caroline Larue** au []

Si vous avez des plaintes, des commentaires à formuler ou si vous avez des questions concernant vos droits en tant que participant de recherche, vous pouvez communiquer avec le Comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital [] au []

Annexe C

Guide pour la période d'observation auprès du milieu et des participants

Montréal, décembre 2011

GUIDE POUR L'OBSERVATION DES PARTICIPANTES ET DU MILIEU

Informations à noter :	Heure et date	Description et commentaires	Interaction avec quelle(s) personne(s) de l'environnement	Type d'acteur(s) dans l'environnement	Autres particularités
<input type="checkbox"/> Endroit : Observation de l'environnement physique. <i>(Ex. : organisation de l'environnement, disposition des divers types de locaux ou de matériels)</i>					
<input type="checkbox"/> Comportements : Observation des actions faites par les participantes <i>(Ex. : parler, écouter)</i>					
<input type="checkbox"/> Activités : Observation d'ensembles d'actions simultanées par les participantes <i>(Ex.: un soin, interventions)</i>					

<p>□ Émotions : Observation des émotions ressenties et exprimées par les participantes <i>(Ex. : anxiété après une intervention spécifique, joie à un moment spécifique)</i></p>					
---	--	--	--	--	--

Grille inspirée de la grille d'observation provenant de la thèse de doctorat de Bourbonnais (2009)

Annexe D

Formulaire d'information et de consentement

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Bonjour, Madame, Monsieur,

Vous êtes invité à participer à un projet de recherche. Avant d'accepter d'y participer, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements inscrits dans ce présent formulaire d'information et de consentement. Il se peut que ce formulaire contienne des mots ou des expressions que vous ne compreniez pas. Si c'est le cas, nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles aux personnes responsables impliquées dans ce projet de recherche et à leur demander de vous expliquer ce qui n'est pas clair pour vous. Prenez tout le temps nécessaire pour vous décider.

1. Titre du projet

Interventions infirmières en regard du phénomène de l'automutilation en milieu pédopsychiatrique : une étude ethnographique

2. Nom des chercheurs, affiliations et coordonnées

A) Chercheuse principale et directrice du projet: **Annette Leibing**, Ph.D

-Anthropologue médicale
-Professeure titulaire à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal

Coordonnées postales :

[]

Coordonnées téléphoniques : []

Coordonnées électroniques : []

B) Chercheuse et co-directrice du projet: **Caroline Larue, Ph.D**

-Professeure agrégée à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal

-Chercheuse régulière au centre de recherche Fernand-Séguin

Coordonnées postales :

Coordonnées téléphoniques :

Coordonnées électroniques :

C) Étudiante-chercheuse et responsable du projet : **Phi-Phuong Pham, M.Sc (c)**

-Étudiante-chercheuse à la maîtrise de l'Université de Montréal

-Étudiante-boursière du MÉOS (Le médicament comme objet social) et du MELS (Ministère de l'éducation, du loisirs et du Sport)

-Infirmière clinicienne

Coordonnées postales :

Coordonnées téléphoniques :

Coordonnées électroniques :

3. Description du projet

Nature de l'étude et justification de la recherche :

L'exercice de la profession infirmière est souvent complexe, et ce, peu importe le domaine de spécialité. Le domaine de la pédopsychiatrie qui possède une culture qui lui est propre n'échappe pas à ce fait et les infirmières qui y évoluent sont notamment confrontées à des phénomènes face auxquels elles se sentent au dépourvu. Le phénomène de l'automutilation compterait parmi ces phénomènes. Bien que la prévalence de ce phénomène soit élevée chez les

adolescents et que ceux-ci soient majoritairement pris en charge dans les milieux pédopsychiatriques, il apparaît selon Smith (2002) et Lindley-Starr (2004), que les infirmières qui y exercent ont de la difficulté à intervenir et à prodiguer des soins permettant de répondre aux besoins particuliers de cette clientèle.

À notre connaissance, peu d'études ont porté sur les interventions privilégiées par les infirmières qui exercent en milieu pédopsychiatrique au regard du phénomène de l'automutilation chez les adolescents. La vaste majorité des études que nous avons recensées n'étaient pas associées à une population adolescente, et ce, même si la prévalence d'automutilation chez les adolescents est de loin la plus élevée (Nixon & al., 2008; Ross & Heath, 2002).

L'influence de la culture qui est associée au milieu pédopsychiatrique et des *patterns* d'interactions sociales qui prennent place au sein de celle-ci, sur le choix des interventions ainsi que sur la façon dont les infirmières prodiguent ces interventions, demeurent à notre connaissance inexploités. Les savoirs ayant trait aux normes, aux valeurs, aux croyances, aux pratiques institutionnelles, aux motivations et attitudes qui modélisent les interventions prodiguées par les infirmières qui exercent en milieu pédopsychiatrique auprès d'adolescents qui s'automutilent, sont aussi extrêmement limités, voire marginaux, et ce, même s'il apparaît que ces savoirs permettraient de favoriser la mise en place de solutions adaptées à la réalité des infirmières, de façon à ce qu'elles puissent mieux intervenir auprès de ces patients.

Objectifs poursuivis :

Le but de cette étude sera d'explorer et de décrire les interventions que les infirmières œuvrant en milieu pédopsychiatrique privilégient au regard du phénomène de l'automutilation chez les adolescents ainsi que les facteurs qui influent sur la façon dont ces interventions sont prodiguées.

Méthodes de collecte de données :

Cinq méthodes de collecte des données seront favorisées dans cette présente étude ethnographique. Les méthodes sont : la période d'observation, les entrevues semi-dirigées, le questionnaire des données sociodémographiques, la recherche documentaire (qui comprend entre autres l'accès au dossier des usagers qui s'automutilent, des notes d'observations des infirmières, le plan de soins infirmiers et le rapport interservices) ainsi que le journal de bord.

Il se peut que vous ayez déjà participé à la période d'observation de ce projet de recherche. Sachez que vous êtes également admissible pour participer à l'entrevue semi-dirigée réalisée par l'étudiante-chercheuse.

4. Procédures de l'étude

La participation à ce projet n'implique que des infirmier(ère)s âgé(e)s de 18 ans et plus, ayant au moins un an d'expérience dans le domaine pédopsychiatrique et ayant déjà intervenu auprès d'adolescents avec des comportements d'automutilation.

Si vous répondez à ces critères de sélection et décidez de participer à cette recherche, voici ce qui pourrait être attendu de vous :

Participation attendue

A) Entrevue semi-dirigée

Quoi :	-Une entrevue individuelle avec chaque participante (nombre estimé de participantes : entre 5 à 7 infirmières) -Les entrevues seront enregistrées sur bande audio
Réalisée par :	Étudiante-chercheuse
But :	Permet à l'étudiante-chercheuse de connaître le point de vue des participantes en ce qui concerne les interventions infirmières en regard du phénomène de l'automutilation chez les adolescents et de connaître l'influence de la culture du milieu sur la façon dont elles interviennent
Durée	Environ 60 minutes
Endroit :	L'endroit, la date et l'heure des entrevues seront cédulés selon les préférences et la disponibilité des participantes (à l'intérieur ou à l'extérieur des heures de travail)

B) Questionnaire socio-démographique

Quoi :	-Un questionnaire des données socio-démographiques (ex : âge, le sexe, l'état civil, le nombre d'années d'études complétées et nombre d'années d'expérience à titre d'infirmière) -Ce questionnaire sera distribué après chaque entrevue semi-dirigée
Complété par :	Les participantes
But :	Permet à l'étudiante-chercheuse de dresser un profil global des participantes et lui permettre de constater s'il y a homogénéité ou hétérogénéité de l'échantillon à l'étude
Durée :	Environ 15 minutes

Endroit :	L'endroit où se déroulera l'entrevue semi-dirigée
Nécessité :	Consentement oral des participantes

C) Mini entrevue informelle

Quoi :	Possibilité de mini entrevue individuelle ou téléphonique auprès des infirmières suite à l'entrevue semi-dirigée
Réalisée par :	Étudiante-chercheuse, selon ses besoins pour l'étude
But :	Permet à l'étudiante-chercheuse de valider ses sentiments, ses perceptions et ses interprétations
Durée :	Durée maximale de 15 à 30 minutes
Endroit :	L'endroit, la date et l'heure de ces entrevues seront cédulés encore une fois selon les préférences et la disponibilité des participantes

5. Avantages de la participation au projet

Il n'y a aucun avantage direct en participant à ce projet. Cependant, il se peut que, personnellement, vous retiriez un bénéfice en lien avec votre participation à ce projet ou que les réflexions issues de ce processus vous aideront, par exemple, à cheminer dans votre parcours professionnel d'infirmier(ère). En effet, vous pourriez prendre du recul sur les interventions infirmières que vous privilégiez en lien avec le phénomène de l'automutilation auprès des adolescents et avoir un regard critique ou différent sur ces interventions.

L'établissement, de son côté, pourrait bénéficier des résultats obtenus de ce projet de recherche, en lien avec quelques théories sur le phénomène de l'automutilation auprès des adolescents ainsi que sur l'actualité de la pratique infirmière dans le milieu, pour apporter des modifications au niveau organisationnel.

Finalement, la société pourrait avoir des avantages en terme d'informations sur le phénomène de l'automutilation auprès des adolescents ainsi que sur la pratique infirmière actuelle en lien avec ce phénomène dans les établissements hospitaliers québécois spécialisés en pédopsychiatrie.

6. Risques et inconvénients

Aucun risque connu n'est associé à la recherche à laquelle vous participerez. Les inconvénients à votre participation concernent le temps nécessaire à votre participation et le déplacement qu'elle peut impliquer. Toutefois, le temps consacré pour l'entrevue auprès de l'étudiante-chercheuse sera compensé en temps à reprendre.

Aussi, il se peut que les questions posées lors des entrevues vous amènent à aborder certaines difficultés que vous éprouvez (ex : sentiment de malaise tel que de la vulnérabilité ou de l'incompétence professionnelle reliée aux interventions infirmières de l'automutilation). Si vous ressentez un malaise, n'hésitez pas à en parler avec l'étudiante-chercheuse. Elle pourra vous référer à des services professionnels appropriés via le programme d'aide aux employés (PAE), et ce, dans les délais les plus brefs pour atténuer les risques encourus.

7. Modalités prévues en matière de confidentialité

Tous les renseignements recueillis seront traités de manière confidentielle dans les limites prévues par la Loi et ne seront utilisés que pour ce projet de recherche. Un code avec numéro sera utilisé pour relier votre nom à votre dossier de recherche et seules la chercheuse principale, la co-chercheuse et son étudiante-chercheuse auront la liste correspondante. Les renseignements seront conservés dans un classeur sous clé situé dans le bureau fermé de l'étudiante-chercheuse à l'Université de Montréal. Aucune information permettant de vous identifier ne sera publiée. Tous les renseignements seront détruits 7 ans après la fin du projet de recherche.

À des fins de surveillance ou de contrôle de la recherche, il est possible que les chercheuses doivent permettre l'accès à votre dossier de recherche au Comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital [-----] et aux organismes tels que le Médicament comme objet social (MÉOS) et le Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) qui financent la réalisation de ce projet de recherche. Tous adhèrent à une politique de stricte confidentialité. Vous pouvez, en tout temps, demander à l'étudiante-chercheuse de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements que vous avez donnés et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que les personnes responsables du projet ou l'établissement détiennent ces informations. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, il est possible que vous n'ayez accès à certaines de ces informations qu'une fois votre participation à la recherche terminée.

8. Diffusion des résultats de la recherche

Les résultats du projet seront diffusés en tant que données générales pour l'ensemble des participantes. Cela signifie que vous ne pourrez pas obtenir vos résultats individuels. Si vous souhaitez obtenir un résumé écrit des résultats généraux de la recherche, veuillez indiquer une adresse (électronique ou postale) où nous pourrions vous le faire parvenir :

Adresse électronique :	_____
ou	
Adresse postale :	_____

9. Compensation pour la participation à la recherche

Les entrevues semi-dirigées peuvent se faire à l'intérieur (ex : l'heure du lunch) ou à l'extérieur de vos heures de travail selon vos préférences et votre disponibilité. Vous recevrez une compensation en échange de votre participation à la recherche soit l'équivalent d'une heure de travail de temps à reprendre. De plus, vous serez admissibles à un tirage au sort d'un certificat-cadeau de type massage d'une valeur de 100\$.

10. Responsabilité en cas de préjudice

En signant ce formulaire d'information et de consentement, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheuses, l'établissement et les organismes subventionnaires de leur responsabilité civile et professionnelle.

11. Liberté de participation et droit de retrait

Votre participation à cette étude est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer sans qu'il ait préjudice. De plus, même si vous acceptez d'y participer, vous pourrez vous retirer de la recherche en tout temps sur simple avis verbal, sans explication et sans que cela ne vous cause un quelconque tort. Les renseignements que vous aurez déjà donnés

seront alors conservés et pourront être utilisés à des fins d'analyse. Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement de l'étude qui pourrait affecter votre décision d'y participer vous sera communiquée dans les plus brefs délais.

12. Nom des personnes-ressources

Si vous désirez de plus amples renseignements sur ce projet de recherche ou si vous voulez nous aviser de votre retrait, vous pourrez toujours contacter :

-L'étudiante-chercheuse, Mme Phi-Phuong Pham au	[]
-La directrice de recherche, Mme Annette Leibing au	[]
-La co-directrice de recherche, Mme Caroline Larue au	[]

Si vous avez des plaintes, des commentaires à formuler ou si vous avez des questions concernant vos droits en tant que participante de recherche, vous pouvez communiquer avec le Comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital
[]

13. Consentement

J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire. Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement. J'ai eu l'occasion de poser toutes mes questions et on y a répondu à ma satisfaction. Je sais que je suis libre de participer au projet et que je demeure libre de m'en retirer en tout temps, par avis verbal, sans retenir aucun préjudice. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision. Je comprends que je recevrai une copie signée du présent formulaire.

_____ Nom du participant	_____ Signature du participant	_____ Date
-----------------------------	-----------------------------------	---------------

14. Engagement de la chercheuse

Je consens m'être assurée que les termes du présent formulaire d'information et de consentement ont été respectés, que l'on a répondu aux questions que la participante avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

Je m'engage avec les personnes responsables du projet à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée et datée au participant.

Annette Leibing

Nom de la chercheuse

Signature de la chercheuse

Date

<u>Phi-Phuong Pham</u>	<u>Étudiante-chercheuse</u>	
Nom de la personne désignée pour expliquer la recherche et obtenir le consentement	Fonction	Signature
		Date

15. Informations de type administratif

Le formulaire d'information et de consentement sera conservé dans un classeur sous clé situé dans le bureau fermé de l'étudiante-chercheuse. Une copie signée a été donnée au participant. Finalement, ce projet de recherche est approuvé par le Comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital ... et ce comité en assure le suivi.

Annexe E
Approbation scientifique du projet



Annette Leibing
Professeure titulaire

Objet : **11-10P :** *Intervention infirmières en regard du phénomène d'automutilation en milieu pédo-psychiatrique : une étude ethnographique*
Chercheure principale: Annette Leibing
Co-chercheure : Caroline Larue
Étudiante à la maîtrise: Phi-Phuong Pham

APPROBATION FINALE (PLENIER)

Madame Leibing

Nous avons pris connaissance des documents que vous nous avez fait parvenir le 12 décembre 2011 en réponse aux commentaires soulevés dans notre lettre du 10 novembre 2011. La qualité des réponses et les modifications apportées aux formulaires d'information et de consentement sont satisfaisantes à tout point de vue.

Nous vous retournons, sous pli, une copie du formulaire d'information et de consentement, du feuillet explicatif et de l'annonce approuvés portant l'estampille d'approbation du Comité. Seul ces documents devront être utilisés.

La présente constitue l'approbation finale de votre projet, laquelle est valide pour un an à compter de la date d'approbation finale, soit jusqu'au **21 décembre 2012**. À la date anniversaire, vous devrez compléter le formulaire de suivi annuel vous demandant de résumer le déroulement de l'étude afin d'obtenir un renouvellement de l'approbation éthique de ce projet. Cette approbation finale suppose également que vous vous engagez :

- à respecter la présente décision;
- à nous transmettre l'autorisation à accéder aux renseignements nominatifs concernant les patients (DG52- annexe 4) signée par le Directeur des Services professionnels ;
- à remettre au CÉR un rapport annuel faisant état de l'avancement du projet, lequel rapport est nécessaire au renouvellement de l'approbation éthique;
- à tenir une liste des sujets de recherche, pour une période maximale de douze mois suivant la fin du projet ;

- à tenir une liste des sujets de recherche, pour une période maximale de douze mois suivant la fin du projet ;
- à aviser le CÉR dans les plus brefs délais de tout incident en cours de projet ainsi que tout changement ou modification que vous souhaitez apporter à la recherche notamment au protocole ou au formulaire de consentement.
- à notifier au CÉR dans les meilleurs délais tout nouveau renseignement susceptible d'affecter l'intégrité ou l'éthicité du projet de recherche ou d'influer sur la décision d'un sujet de recherche quant à sa participation;
- à communiquer au CÉR toute suspension ou annulation d'autorisation relative au projet qu'aura formulée un organisme subventionnaire ou de réglementation;
- à informer le CÉR de tout problème constaté par un tiers au cours d'une activité de surveillance ou de vérification, interne ou externe, qui est susceptible de remettre en question soit l'éthicité du projet, soit la décision du CER;
- à notifier au CÉR l'interruption temporaire ou définitive du projet et remettre un rapport faisant état des motifs de cette interruption ainsi que les répercussions de celle-ci sur les sujets de recherche;
- à remettre au CÉR un rapport final faisant état des résultats de la recherche.

Vous souhaitant la meilleure des chances dans la réalisation du projet, nous vous prions d'agréer l'expression de nos sentiments distingués.

Karine Bédard, coordonnatrice
Comité d'éthique de la recherche

Pour :

Élodie Petit, présidente
Comité d'éthique de la recherche

p.j. : *Formulaire d'information et de consentement* approuvé, *Annonce approuvée*, *feuillelet explicatif* approuvée.

Annexe F
Guide d'entrevue

Montréal, janvier 2012

Guide d'entrevues semi-dirigées auprès des infirmières

A) Questions générales relatives à votre compréhension du phénomène de l'automutilation chez les adolescents en milieu pédopsychiatrique (définition, raisons du geste, attitudes, perceptions, émotions)

- 1- Comment, dans vos mots, définissez-vous le phénomène de l'automutilation ?
- 2- Pensez-vous que votre définition de l'automutilation est semblable à celle de vos collègues? Sinon, expliquez moi.
- 3- Qui, selon vous parmi les adolescents hospitalisés en psychiatrie, serait le plus susceptible de présenter des comportements d'automutilation (maladies de co-morbidité) ?
- 4- Est-ce que selon-vous, il y a une différence dans le risque de présenter un comportement d'automutilation selon qu'il s'agit d'une fille ou d'un garçon? Pourquoi?
- 5- Quelles sont les raisons qui poussent l'adolescente à s'automutiler, selon vous ?
- 6- Lors d'une situation d'automutilation chez une adolescente, vous sentez-vous à l'aise pour intervenir ? Expliquez.
- 7- Quelles sont les émotions qui suscitent en vous lors d'une situation d'automutilation chez une adolescente? Expliquez.
- 7- Est-ce que vous pensez que la personne qui s'automutile cherche automatiquement la mort ?
- 8- Est-ce que vous pensez que la personne qui s'automutile est une personne manipulatrice ?

Rajout (si présence de temps)

- 9- Quel est votre opinion du fait que le phénomène de l'automutilation pourrait se retrouver dans le DSM-4 ?

B) Questions relatives aux interventions privilégiées par les infirmières en lien avec le phénomène de l'automutilation chez les adolescents

- 1- Pourriez-vous me raconter un épisode d'automutilation chez un(e) adolescent avec lequel- laquelle vous aviez eu à intervenir ? (journée typique de soins, interventions, sentiment de compétence)
- 2- Avec du recul, seriez-vous intervenu de la même manière ou différemment (interventions) pour améliorer la situation ?
- 3- Sentez-vous assez outillés pour intervenir adéquatement auprès des adolescents qui s'automutilent en milieu pédopsychiatrique ** ? Expliquez.
- 4- Que proposez-vous pour favoriser la qualité des interventions infirmières auprès des adolescents qui s'automutilent en milieu pédopsychiatrique.

C) Questions relatives aux facteurs du contexte organisationnel en milieu hospitalier pédopsychiatrique sur la façon dont interviennent les infirmières auprès d'adolescents qui s'automutilent

- 1- Pouvez-vous me décrire votre équipe de travail? (relation avec vos pairs sur la gestion de l'automutilation- avec vos supérieurs, avec les autres professionnels et non-professionnels)
- 2- Quels sont les éléments les plus satisfaisants au sein de votre pratique quand vous intervenez auprès de jeunes qui s'automutilent?
- 3 - Quels sont les plus grands irritants au sein de votre pratique quand vous intervenez auprès de jeunes qui s'automutilent?
- 4- En général, quelle est votre opinion sur la prestation des soins en regard de l'automutilation dans votre milieu de travail ? Et sur la prestation des soins infirmiers en lien avec le phénomène de l'automutilation chez les adolescents ?

Annexe G

Questionnaire des données sociodémographiques

Montréal, janvier 2012

QUESTIONNAIRE DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Numéro du participant (code) : _____

Date : _____

Heure : _____

1. Quel est votre âge? _____

2. Genre Féminin Masculin3. Quelle est sa langue maternelle? Français Anglais Espagnol

Autre : _____

4. Quel est votre état civil : Marié(e) Conjoint(e) de fait Séparé(e) / Divorcé(e) Veuf (ve) Célibataire5. Aviez-vous des enfants ? Non Oui

a) Si la réponse est oui : Combien d'enfants en aviez-vous ? _____

6. Combien d'années d'études avez-vous complétées? _____

7. Quel type de diplôme possédez-vous présentement : Diplôme d'études collégiales
(DEC) Baccalauréat en sciences
infirmières Maîtrise en sciences infirmières

8. En quelle année aviez-vous terminé vos dernières études ? _____
9. Quel est le titre de votre poste actuellement ? _____
10. Quel est votre statut de poste ? Temps plein Temps partiel
11. Depuis combien d'années travaillez-vous dans ce milieu de travail ? _____
12. Depuis combien d'années travaillez-vous dans cette unité ? _____
13. À quelle fréquence intervenez-vous auprès d'adolescents ayant un comportement d'automutilation?

- Quotidiennement (Au moins 2-3 fois par jours)
- Régulièrement (Au moins une fois tous les jours)
- Au moins une fois par semaine
- Plusieurs fois par mois, mais pas toutes les semaines
- Environ une fois par mois
- Moins d'une fois par mois

Autre : _____

14. Comment qualifieriez-vous la qualité de votre relation avec vos collègues de travail :

- Excellente Très bonne Bonne Passable Mauvaise

MERCİ DE VOTRE COLLABORATION

Annexe H

Niveau d'intentionnalité suicidaire selon la perception des participantes

Niveau d'intentionnalité suicidaire selon la perception de certaines des participantes à l'étude (Validation auprès de Jasmine)



Figure 1 : Intensionnalité suicidaire élevée



Figure 2 : Intensionnalité suicidaire faible à moyen

Annexe I

Schéma corporel

**(après avoir obtenu l'autorisation des responsables
de l'unité où la recherche a eu lieu)**

