

Université de Montréal

Interventions pour soutenir les infirmières dans l'appropriation de l'évaluation de la condition mentale des adultes avec trouble mental hospitalisés en soins physiques

Par Mélanie Saumur

Faculté des sciences infirmières

Travail dirigé présenté en vue de l'obtention du grade de maîtrise en sciences infirmières,
option expertise-conseil

Avril 2016

© Mélanie Saumur, 2016

Résumé

L'évaluation de la condition mentale constitue une des activités réservées de l'infirmière. Or, les infirmières procèdent peu ou pas à l'évaluation de la condition mentale de la clientèle adulte avec trouble mental hospitalisée sur des unités de soins physiques, ce qui entraîne des conséquences pour les patients, les infirmières et les organisations. Le but de ce travail dirigé est d'identifier les interventions à mettre en place pour soutenir les infirmières dans l'appropriation de l'évaluation de la condition mentale de la clientèle adulte avec trouble mental hospitalisée sur des unités de soins physiques. Sous-tendue par une perspective humaniste-caring et un cadre de transfert de connaissances, une revue des écrits a été menée. L'utilisation d'un modèle de modification du comportement a facilité la documentation des barrières et facteurs facilitants selon la perspective des infirmières. Les infirmières rapportent entre autres manquer de connaissances et d'habiletés, avoir une attitude négative à l'égard des patients ayant un trouble de santé mentale et ne se sentent pas soutenues lorsqu'elles soignent ces patients. Des interventions prenant en considération les barrières et facteurs facilitants répertoriés, des méthodes de surveillance de l'utilisation des connaissances, des indicateurs de résultats ainsi que des méthodes pour maintenir l'utilisation des connaissances sont proposées.

Mots clés : Évaluation de la condition mentale, adulte, interventions, trouble mental, unités de médecine-chirurgie, transfert de connaissances.

Abstract

The assessment of the mental condition is one of the activities reserved to the nurse. Or, nurses carry little or no evaluation of the mental condition of adult clients with mental disorder hospitalized on physical care units, which has consequences for patients, nurses and organizations. The aim of this work is to identify the interventions to put in place to support nurses in the appropriation of the assessment of the mental condition of adult clients with mental disorder hospitalized on physical care units. Underpinned by a humanist-caring perspective and a knowledge translation framework, a review of the literature was conducted. The use of a model of behavior modification facilitated the documentation of barriers and facilitating factors according to nurses' perspective. Nurses relate among others lack knowledge and skills, have a negative attitude towards patients with mental health problems and do not feel supported when caring for these patients. Interventions taking into consideration the barriers and facilitating factors listed, methods for monitoring the use of knowledge, performance indicators to evaluate outcomes and methods to maintain the use of knowledge are proposed.

Key words: Mental health evaluation, adult, interventions, mental disorder, medical-surgical units, knowledge translation.

Tables des matières

Résumé	i
Abstract	ii
Table des matières	iii
Liste des tableaux	v
Liste des figures	vi
Liste des abréviations	vii
Remerciements	viii
Introduction	1
Problématique	1
But et objectifs	9
Assises disciplinaires	10
Cadre de référence	11
Méthodologie	14
Documentation des barrières et facteurs facilitants.....	23
Connaissances.....	24
Attitude	28
Comportement.....	34
Proposition d'interventions.....	43
Connaissances.....	43
Attitude.....	45
Comportement	50
Surveillance de l'utilisation des connaissances.....	55
Évaluation des résultats.....	57

Soutien de l'utilisation des connaissances.....	58
Retombées potentielles pour la pratique infirmière	59
Pour la clinique.....	59
Pour la recherche.....	61
Conclusion.....	62
Références	64
Annexe 1 Modèle de modification de comportement	ix

Liste des tableaux

Tableau 1 Résumé des articles retenus	19
Tableau 2 Résumé des barrières et facteurs facilitants répertoriés	42

Liste des figures

Figure 1 Cadre de référence <i>Knowledge-to-Action</i>	13
Figure 2 Diagramme de flux des données de la recension des écrits	16

Liste des abréviations

DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5^e édition

GPS-SM : Groupe Provincial sur la Stigmatisation et la discrimination en Santé Mentale

MHPPQ : Mental Health Problems Perception Questionnaire

OIIQ : Ordre des infirmiers et infirmières du Québec

RNAO : Registered Nurses' Association of Ontario

UdeM : Université de Montréal

Remerciements

Après avoir voulu devenir vétérinaire, policière, agent double et romancière, je me suis réveillée un matin avec l'idée de devenir infirmière. Encore aujourd'hui je me demande ce qui a pu influencer ce choix, moi qui avais si peur des aiguilles... Chose certaine, je n'aurais jamais imaginé avoir fait le choix d'une profession, au cours de laquelle les possibilités sont infinies, et les défis stimulants. Je n'aurais jamais imaginé, non plus, parcourir tant de chemin. Cette maîtrise en sciences infirmières est le résultat de beaucoup d'investissements, de sacrifices, de travail et de volonté. Or, ce parcours aurait été beaucoup plus difficile sans le soutien des personnes que j'ai côtoyé pendant ces trois années. J'aimerais donc remercier mes collègues de travail, qui m'ont encouragée, félicitée, fait rire et motivée. Un merci très sincère à mes supérieures, qui m'ont encouragée sans relâche et permis d'appliquer mes apprentissages dans des projets d'envergure stimulants. Votre confiance en mes capacités et votre soutien dans mon cheminement de carrière me touchent beaucoup. Merci à ma directrice, Caroline Larue. Tu m'as laissé beaucoup d'autonomie et de liberté dans mon cheminement académique, ce qui a grandement contribué à mon développement professionnel. À ma sœur Chantal, merci pour les trop peu nombreuses relâches de casse-têtes et nos discussions au cours desquelles nous avons parfois rêvé d'écrire notre projet d'études sur une « napkin ». Je te dirai ceci : ma sœur, lâche pas. Parce que même quand on dirait que ça ne finira jamais, ça finit par finir! Finalement, un merci particulier à Alexandre Corbeil, l'Homme, celui avec un grand H qui partage ma vie, mes espoirs et désespoirs, dans les bons et les moins bons moments. Les sacrifices et les investissements de ce parcours ont également été les tiens. Merci pour ton soutien, ta compréhension, et ta patience.

Introduction

Parmi les dix-sept activités réservées des infirmières, il y a celle consistant à évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique. Or, les infirmières procèdent peu ou pas à l'évaluation de la condition mentale de la clientèle adulte avec trouble mental hospitalisée sur des unités de soins physiques. Il convient donc d'identifier les interventions qui permettront aux infirmières d'utiliser leur plein champ d'exercice. Inspirées par une philosophie humaniste-caring des soins infirmiers, nous avons utilisé un modèle de transfert de connaissance afin d'identifier les interventions susceptibles de soutenir les infirmières dans l'appropriation de l'évaluation de la condition mentale. Pour ce faire, nous avons d'abord documenté les barrières et facteurs facilitants reliés à l'évaluation de la condition mentale. Par la suite, nous avons identifié des méthodes permettant de surveiller l'utilisation des connaissances, des indicateurs de résultats ainsi que des pistes de solutions pouvant favoriser le maintien de cette pratique.

Problématique

Au Québec, la proportion des hospitalisations sur des unités de soins physiques pour les patients avec trouble de santé mentale comorbide est de 15.1%, ce qui constitue la proportion la plus élevée au Canada (Statistique Canada, 2011). Selon cette même étude, la durée moyenne de séjour des patients avec trouble de santé mentale comorbide est deux fois plus longue que pour les patients n'ayant pas de diagnostic de trouble mental, ce qui génère des coûts importants. D'ailleurs, les coûts engendrés par les problèmes de santé mentale au Canada sont comparables aux coûts des problèmes physiques (Statistique Canada, 2011). En Ontario, l'impact financier et l'utilisation des

services de santé associés aux maladies mentales est plus important que ceux de tous les types de cancer réunis (Ministère de la santé et des services sociaux, 2015). De plus, le Comité sénatorial permanent des affaires sociales ainsi que l'Agence de la santé publique du Canada rapportent que les connaissances et les informations concernant d'une part le profil des troubles mentaux au Canada, d'autre part, la comorbidité de ces problèmes avec les problèmes de santé physique, sont insuffisantes (Statistique Canada, 2011).

Plusieurs troubles psychiatriques sont associés à des comorbidités physiques, dont le diabète, l'hypertension, les maladies cardiovasculaires, les problèmes respiratoires et la douleur chronique, ce qui peut entraîner une augmentation de l'utilisation des services de santé (Statistique Canada, 2011). D'ailleurs, une étude de Statistique Canada publiée en 2011 rapporte que 29% des jours d'hospitalisation en soins de courte durée pour un problème de santé physique sont attribuables aux patients ayant un trouble de santé mentale, ce qui constitue une part disproportionnée de l'utilisation des ressources hospitalières (Statistique Canada, 2011).

En 2002, l'avènement de la Loi modifiant le Code des professions a élargi le champ d'exercice des infirmières. Un des apports majeurs de cette loi consiste en l'activité réservée selon laquelle l'infirmière peut procéder à l'évaluation de la condition physique et mentale d'une personne symptomatique (Durand, Laflamme et D'Anjou, 2013). Avant de poursuivre, il importe de clarifier les termes utilisés. L'évaluation de la condition mentale consiste à porter un jugement clinique sur l'état d'une personne et à communiquer le résultat de cette évaluation (Durand, Laflamme et D'Anjou, 2013). L'évaluation a donc un impact considérable, puisqu'elle permet entre autres de déceler des complications et d'orienter le patient vers le bon intervenant. La qualité de

l'évaluation de la condition mentale des patients a un effet direct sur la qualité des interventions qui en découleront (Comité d'experts sur la pratique infirmière en santé mentale et en soins psychiatriques, 2009). Le trouble mental est défini par la cinquième édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V) comme étant un «syndrome caractérisé par une perturbation cliniquement significative de la cognition d'un individu, de sa régulation émotionnelle, ou de son comportement, et qui reflète l'existence d'un dysfonctionnement dans les processus psychologiques, biologiques, ou développementaux sous-tendant le fonctionnement mental» (DSM-5, 2015, p.13). La formation initiale des infirmières aborde l'évaluation de la condition mentale et ce, tant au niveau collégial qu'universitaire. Il faut toutefois mentionner que depuis les années 1980, le contenu des formations initiales concernant la santé mentale tant au niveau théorique que pratique a considérablement diminué (Comité d'experts sur la pratique infirmière en santé mentale et en soins psychiatriques, 2009). De plus, on remarque que les aspects physiques et psychologiques sont souvent considérés séparément plutôt que de façon intégrée durant les études, ce qui rend difficile une perspective holistique en milieu de travail (Benner, 1984, citée dans Sharrock et Happell, 2006). Il importe également d'ajouter que la réforme actuelle du système de santé place la santé mentale à l'écart de la santé physique, ce qui pourrait avoir pour effet d'augmenter la dissociation de la santé mentale et physique. Par contre, les soins infirmiers tendent vers une vision holistique de la personne, ce qui signifie que le personnel infirmier devrait tenir compte de l'état mental des usagers dont il s'occupe (Pepin, Kérouac, et Ducharme, 2010).

Des standards et lignes directrices sont disponibles concernant les soins infirmiers psychiatriques. Récemment, la Fédération Canadienne des Infirmières et Infirmiers en Santé Mentale a revu ses standards de pratique après avoir consulté ses membres (Canadian Federation of Mental Health Nurses, 2014). Mentionnons entre autres les deux premiers standards, consistant à offrir des soins professionnels compétents par l'entremise d'un partenariat de collaboration, et à procéder à l'évaluation des patients (Canadian Federation of Mental Health Nurses, 2014). Bien qu'élaborés pour les soins infirmiers psychiatriques, ces standards peuvent s'appliquer également aux soins infirmiers généraux dans le contexte où les soins physiques et mentaux se veulent intégrés. De plus, de nombreux outils et méthodes sont disponibles pour guider l'infirmière dans l'évaluation de la condition mentale (Cloutier et Leclerc, 2011), telle que la méthode des six repères proposée par Leclerc (2002).

Malgré l'importance que devrait prendre l'évaluation de la condition mentale de la clientèle adulte hospitalisée, certains éléments permettent de constater que les infirmières ne procèdent pas systématiquement à cette évaluation chez la clientèle adulte présentant un trouble mental et hospitalisée sur des unités de soins physiques. Dans une étude menée en 2009 auprès de 211 infirmières francophones du Québec par Chapados, Larue, Pharand, Charland et Charlin (2011), 53.6% de ces infirmières procédaient rarement ou jamais à l'examen mental. Il est intéressant de mentionner que 61.1% de ces infirmières travaillaient principalement en centre hospitalier, ce qui ajoute de la pertinence à notre travail puisque nous nous intéressons aux infirmières exerçant en milieu hospitalier. Or, l'évaluation de la condition mentale devrait être une pratique standard pour toutes les clientèles.

La difficile appropriation par les infirmières de l'évaluation de la condition mentale de la clientèle hospitalisée peut conduire à des incidents graves entraînant des conséquences à la fois pour les patients, les infirmières et les organisations. Par exemple, dans les dernières années, trois cas de défenestration ont eu lieu dans des hôpitaux universitaires de l'est du Québec (Guay, 2012; Veilleux-Turcotte & Parent, 2012). Une enquête du coroner a produit les recommandations suivantes : donner une formation aux infirmières afin que celles-ci procèdent à l'évaluation avancée de la condition mentale des patients, et améliorer les communications, tant verbales qu'écrites, afin d'assurer la continuité des soins. En effet, l'évaluation systématique de la condition mentale de la clientèle pourrait permettre, entre autres, de déterminer le degré de surveillance requise et ainsi prévenir les complications (Truchon, 2013).

Selon van der Kluit & Goossens (2011), les infirmières exerçant sur des unités de soins physiques se sentent inadéquates et ressentent de l'anxiété face à la clientèle psychiatrique, ce qui entraîne un sentiment d'insatisfaction du personnel infirmier. De plus, on rapporte de la culpabilité, la peur d'être blâmé et une diminution du rendement au travail chez les travailleurs de la santé ayant été impliqués dans des événements indésirables tels que violence et agressions (Brickell et al., 2009). Au niveau organisationnel, l'absence ou le délai dans l'évaluation de la condition mentale de la clientèle peut entraîner une augmentation de la durée d'hospitalisation et des coûts supplémentaires (Zolnierenk, 2009). Par ailleurs, il est possible que des événements tels que ci-haut mentionnés puissent entacher la réputation des établissements, diminuer le sentiment de fierté du personnel et augmenter la crainte des patients et de leurs proches.

Happell et Platania-Phung (2005) ont rédigé un article portant sur la prévalence des problèmes de santé mentale primaires et secondaires dans la population et en milieu hospitalier et sur l'implication pour les infirmières de la prévalence de cette clientèle. Elles concluent qu'il y a un urgent besoin de former davantage d'une part les infirmières déjà en poste, et d'autre part les étudiantes. Ces éléments sont cohérents avec l'étude de Chapados, Larue, Pharand, Charland et Charlin (2011), selon laquelle les infirmières rapportent avoir besoin de formation et d'actualisation afin de pouvoir procéder à l'évaluation clinique. Plusieurs d'entre elles ne se sentent pas soutenues par leur milieu de travail. Une étude de Sharrock et Happell (2006) rapporte également que le manque de disponibilité et d'accessibilité aux formations théoriques et pratiques ainsi que le peu de support émotionnel dans les milieux de travail influencent négativement les soins offerts aux patients ayant des problèmes de santé mentale. Cette étude mentionne que les infirmières considèrent important de pouvoir obtenir un avis, de l'aide et du soutien, et qu'elles n'ont pas suffisamment de ressources en ce qui a trait à la santé mentale dans leurs milieux de travail. Il est intéressant de mentionner que selon une étude qualitative menée auprès de douze (12) infirmières exerçant en psychiatrie, aucune des infirmières ne considérait que la scolarité les avait bien préparées à travailler avec des personnes suicidaires (Puntil, York, Limandri, Greene, Arauz & Hobbs, 2013). On peut donc supposer qu'il en est de même pour les infirmières exerçant sur des unités de soins physiques, ce que corroborent d'ailleurs plusieurs auteurs (Chapados, Larue, Pharand, Charland et Charlin, 2011; Happell et Platania-Phung, 2005; Sharrock et Happell, 2006).

La peur est une des émotions les plus fréquemment rapportée par le personnel soignant face aux patients ayant une maladie mentale (Happell et Platania-Phung, 2005).

Des études ont également démontré que les infirmières ne comprennent ni les besoins, ni les problèmes de cette clientèle (Happell et Platania-Phung, 2005). Plusieurs auteurs rapportent que les infirmières manquent de connaissances, de confiance et d'habiletés tant pour l'évaluation que pour les interventions auprès de patients ayant des problèmes de santé mentale, ce qui entraîne une diminution de la satisfaction au travail, une remise en question de leur rôle ainsi qu'un travail centré sur la tâche plutôt que sur les patients (Sharrock et Happell, 2006). Par ailleurs, un article de recherche qualitative traitant de moyens permettant d'augmenter l'intérêt des étudiantes à exercer dans le domaine de la santé mentale rapporte que celles-ci sont souvent découragées par leurs proches et leurs collègues, qui leur mentionnent que les soins infirmiers psychiatriques ne sont pas «des vrais soins infirmiers» (Happell, Welch, Moxham et Byrne, 2013). Bien que cet article aborde la perspective des étudiantes, il est possible que cette impression que les soins infirmiers offerts aux patients ayant des problèmes de santé mentale ne constituent pas de «vrais soins» soit également présente chez les infirmières en poste sur les unités de soins physiques. D'ailleurs, les infirmières considèrent que ce n'est pas leur rôle de s'occuper de patients ayant des problèmes de santé mentale, que cela prend du temps et qu'il serait préférable d'investir ce temps dans les soins généraux pour les patients ayant des problèmes aigus (Reed et Fitzgerald, 2005).

Charles (2013) a considéré l'expérience de la stigmatisation, par le personnel soignant, des patients ayant des problèmes de santé mentale et de leurs proches par l'entremise d'une analyse qualitative d'écrits de sept livres, rédigés par des patients atteints de maladie mentale ou leur famille. Dans les écrits, les thèmes suivants ont été rapportés par les patients et leurs familles : le blâme, le désintérêt, l'irritation, la

dégradation, la déshumanisation et le manque de choix. Plus précisément, les patients ont l'impression d'être tenus pour responsables de leur condition, ce qui engendre chez eux un sentiment de honte. Les patients et leur famille ont également l'impression que leurs besoins et préoccupations ne sont pas considérés par les professionnels, et que ceux-ci sont irrités lorsque vient le temps de répondre aux questions et aux besoins d'informations. Les patients rapportent être traités comme s'ils étaient inférieurs, avec irrespect et condescendance, ce qui entraîne des sentiments de démoralisation. Selon Charles (2013), ces éléments correspondent à de la déshumanisation, ce qui est préoccupant dans une perspective de *caring* ayant pour but de respecter la dignité de la personne en s'appuyant sur des valeurs humanistes (Cara, 2010). Les patients déplorent également le manque de choix, d'options et de possibilités offerts par les professionnels, ce qui entraîne l'impression de ne pas avoir de contrôle sur leur vie et de ne pas pouvoir faire de choix éclairés.

L'ensemble des éléments rapportés par les patients et leurs proches ne correspondent pas à une approche centrée sur le patient, et encore moins à l'établissement d'un partenariat avec ceux-ci, ce qui va à l'encontre du deuxième standard de pratique de la Fédération Canadienne des Infirmières et Infirmiers en Santé Mentale décrit en début de ce travail. Bien que l'analyse qualitative d'écrits de Charles (2013) ne distingue pas les infirmières des autres professionnels de la santé, elle permet de connaître la perspective des patients sur leurs propres expériences de santé et de justifier l'importance d'explorer les perceptions des infirmières ainsi que leurs attitudes envers les patients ayant des problèmes de santé mentale. Des études ont également démontré que les infirmières ne comprennent ni les besoins, ni les problèmes de cette clientèle (Happell et

Platania-Phung, 2005), ce qui corrobore la perspective des patients quant au désintérêt et à l'irritation des professionnels de la santé, rapportée par Charles (2013).

En somme, bien que le nombre de patients avec trouble mental hospitalisés pour des problèmes de santé physique soit en augmentation, les infirmières œuvrant dans les unités de soins physiques ne procèdent pas systématiquement à l'évaluation de la condition mentale. Elles rapportent entre autres manquer de connaissances et d'habiletés pour s'occuper de cette clientèle, et adoptent parfois une attitude négative et de stigmatisation à leur égard, ce qui entraîne des conséquences pour les patients et leurs familles, les infirmières et les organisations.

La problématique énoncée, le contexte dans lequel elle s'inscrit ainsi que les conséquences qui s'y rattachent soulèvent les questions suivantes :

- Qu'est-ce qui explique que les infirmières ne procèdent pas systématiquement à l'évaluation de la condition mentale de la clientèle adulte hospitalisée sur les unités de soins physiques?
- Comment soutenir les infirmières dans l'appropriation de l'évaluation systématique de la condition mentale?

Buts et objectifs

Le but de ce travail dirigé consiste à identifier les interventions à mettre en place pour soutenir les infirmières dans l'appropriation de l'évaluation systématique de la condition mentale de la clientèle adulte avec trouble mental hospitalisée sur des unités de soins physiques.

Les objectifs de ce travail dirigé sont les suivants :

1. Documenter les barrières et facteurs facilitants influençant la difficile appropriation de l'évaluation de la condition mentale par les infirmières.
2. Considérer les barrières et facteurs facilitants répertoriés afin d'identifier les interventions à mettre en place pour soutenir les infirmières dans l'appropriation de l'évaluation systématique de la condition mentale de la clientèle adulte avec trouble mental hospitalisée sur des unités de soins physiques.

Assises disciplinaires

Le Modèle humaniste des soins infirmiers – UdeM (Cara et al., 2015) servira de toile de fond pour ce travail. L'analyse de la problématique sera donc influencée par la vision des concepts-clés de ce modèle, soit le caring et la compétence, ainsi que par les concepts centraux de la discipline.

Selon la perspective humaniste des soins infirmiers de l'Université de Montréal, le but ultime du soin est de développer le bien-être, le mieux-être et l'harmonie de la Personne et ce, dans le respect de la dignité humaine (Cara et al., 2015). Plusieurs auteurs rapportent que les infirmières ont des préjugés négatifs envers les patients ayant un trouble de santé mentale. Or, la stigmatisation des patients ayant un trouble de santé mentale par les infirmières ne permet pas de préserver la dignité humaine de ceux-ci. Par ailleurs, selon le modèle humaniste, les infirmières ont des valeurs qui influencent leurs attitudes, et guident leurs comportements ainsi que leur pratique professionnelle (Girard et Cara, s.d. et Cara et al., 2015). Aussi, afin de mieux comprendre la problématique et de

proposer des recommandations pertinentes avec le modèle humaniste, il sera important de rechercher la perception des infirmières exerçant sur des unités de soins physiques face aux patients ayant un trouble de santé mentale. Rechercher la perception des infirmières est également cohérent avec les concepts de Personne et du Soin de la perspective humaniste, puisque la Personne a non seulement le potentiel mais également le pouvoir d'agir et est au centre de l'intervention infirmière (Girard et Cara, s.d. et Cara et al., 2015). Au-delà d'être centré sur la Personne, le soin dans une perspective d'humanisme-caring consiste à établir un partenariat avec celle-ci car elle est l'experte de sa propre santé et accorde par le fait même une signification personnelle à chaque expérience de santé qu'elle vit. Ainsi, le patient et l'infirmière se transforment tous les deux dans la relation. La perspective humaniste-caring nous amènera à rechercher, dans les écrits, la perception des infirmières exerçant en soins physiques en ce qui a trait aux patients ayant un trouble de santé mentale.

Cadre de référence

Afin d'orienter la recension des écrits et répondre au but de ce travail, le modèle d'application des connaissances *Knowledge-to-Action* de Graham et al. (2006) a été retenu pour structurer l'analyse de la problématique. Selon Sudsawad (2007), l'application des connaissances est un processus interdisciplinaire, interactif et non linéaire, favorisant les communications multidirectionnelles ainsi que la participation et la collaboration des acteurs impliqués, et doit être orienté sur l'impact tout en étant spécifique au contexte et aux utilisateurs. De plus, le modèle *Knowledge-to-Action* est cohérent avec une approche socioconstructiviste, c'est-à-dire qu'il favorise les stratégies centrées sur l'apprenant et est par le fait même cohérent avec les assises disciplinaires

sous-tendant ce travail. Selon ces auteurs, une approche centrée sur l'apprenant est congruente avec une approche centrée sur le patient et est respectueuse de l'expérience vécue, ce qui entraîne le développement mutuel de connaissances et de compétences.

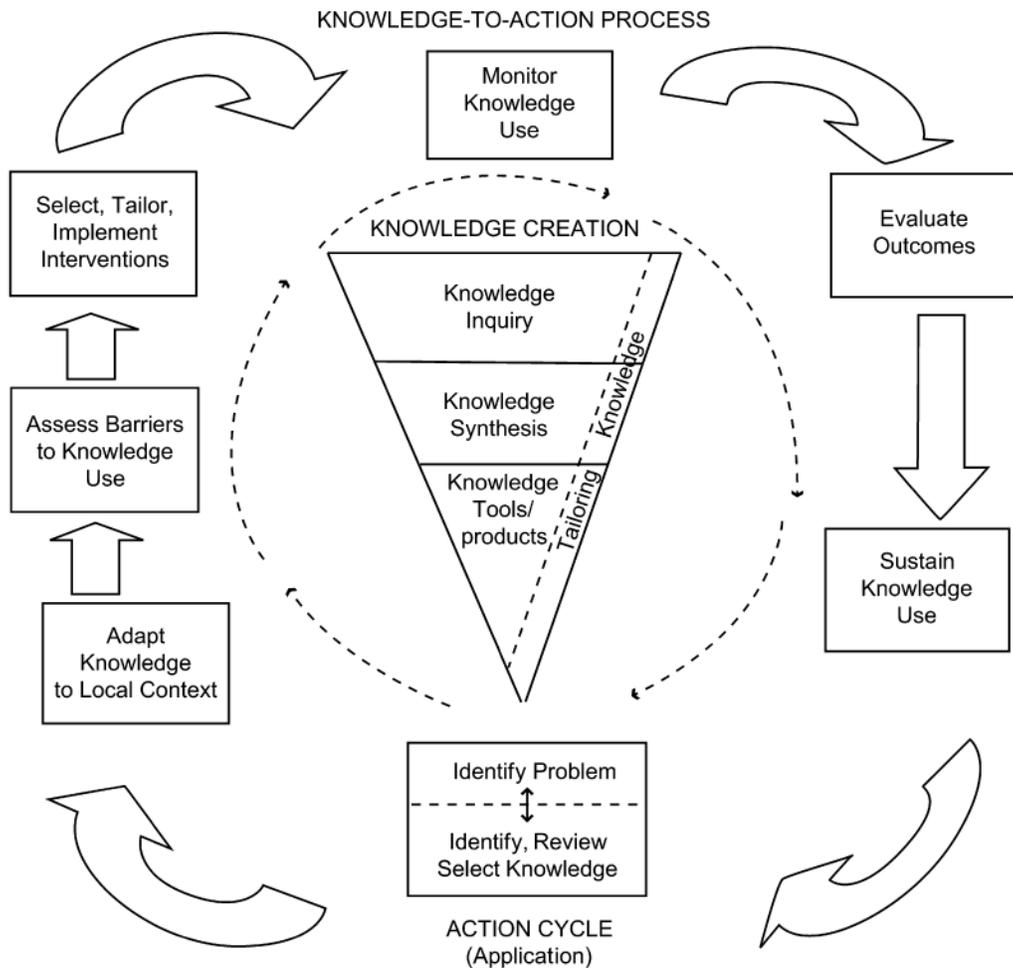
Inspiré de plus de trente théories sur l'action planifiée (Straus, Tetroe, & Graham, 2011), ce modèle d'application des connaissances a été adopté par les Instituts de Recherche en Santé du Canada (IRSC) pour promouvoir l'application des connaissances (Straus, Tetroe, et Graham, 2009), et par le *Registered Nurses' Association of Ontario* (RNAO) pour guider l'implantation des lignes directrices en sciences infirmières (Association des Infirmières et Infirmiers Autorisés de l'Ontario, 2012). La validité de ce modèle a été démontrée tant par des études publiées que par des études non publiées (Graham, Tetroe et Knowledge Translation Theories Research Group, 2007). Le *Knowledge-to-Action* est un modèle complexe, itératif et dynamique. Bien qu'illustré sous forme cyclique, les différentes phases peuvent être exécutées de façon séquentielle ou simultanée, dans l'ordre ou le désordre (Straus, Tetroe, et Graham, 2009).

Ce modèle a deux cycles, soit la création de connaissances et l'action, chacun se divisant en plusieurs phases (voir Figure 1). Une particularité intéressante de ce modèle est la rétroaction constante entre les phases du concept *Action*, ce qui permet d'évaluer si les phases précédentes ont besoin d'être revues ou si des éléments n'ont pas été pris en considération (Graham et al., 2006). Il est donc possible de se réajuster à tout moment pendant le processus d'application des connaissances.

L'utilisation de ce modèle peut débuter soit par l'identification de données probantes que nous désirons intégrer dans la pratique, soit par l'identification d'un

problème sur lequel nous aimerions intervenir, ce qui correspond à l'objet de ce travail. Nous avons mentionné qu'il y a des standards de pratique ainsi que des méthodes d'évaluation de la condition mentale pouvant être utilisés par les infirmières exerçant en soins généraux. Ensuite, la problématique ainsi que le contexte dans lequel elle s'inscrit ayant été circonscrits, nous utiliserons les phases du cycle action concernant l'identification des barrières et facilitateurs et l'identification des interventions afin de répondre au but de ce travail.

Figure 1 : Cadre de référence *Knowledge-to-Action*



Tiré de Graham, Tetroe et Knowledge Translation Theories Research Group (2007).

Méthodologie

Afin d'identifier les interventions à mettre en place pour soutenir les infirmières dans l'appropriation de l'évaluation systématique de la condition mentale de la clientèle adulte avec trouble mental hospitalisée sur des unités de soins physiques, une revue intégrative des écrits a été effectuée.

La recension des écrits étant influencée par le cadre de référence sélectionné, nous avons d'abord consulté les bases de données afin de documenter les barrières et facteurs facilitants à l'évaluation de la condition mentale. Les thèmes suivants ont été utilisés:

- Nurses / general nurses / somatic care

et

- Beliefs / attitude / perception / experience / behavior / knowledge / awareness

et

- Mental health /status /condition /illness /disorder /evaluation / psychiatric patient / mentally ill

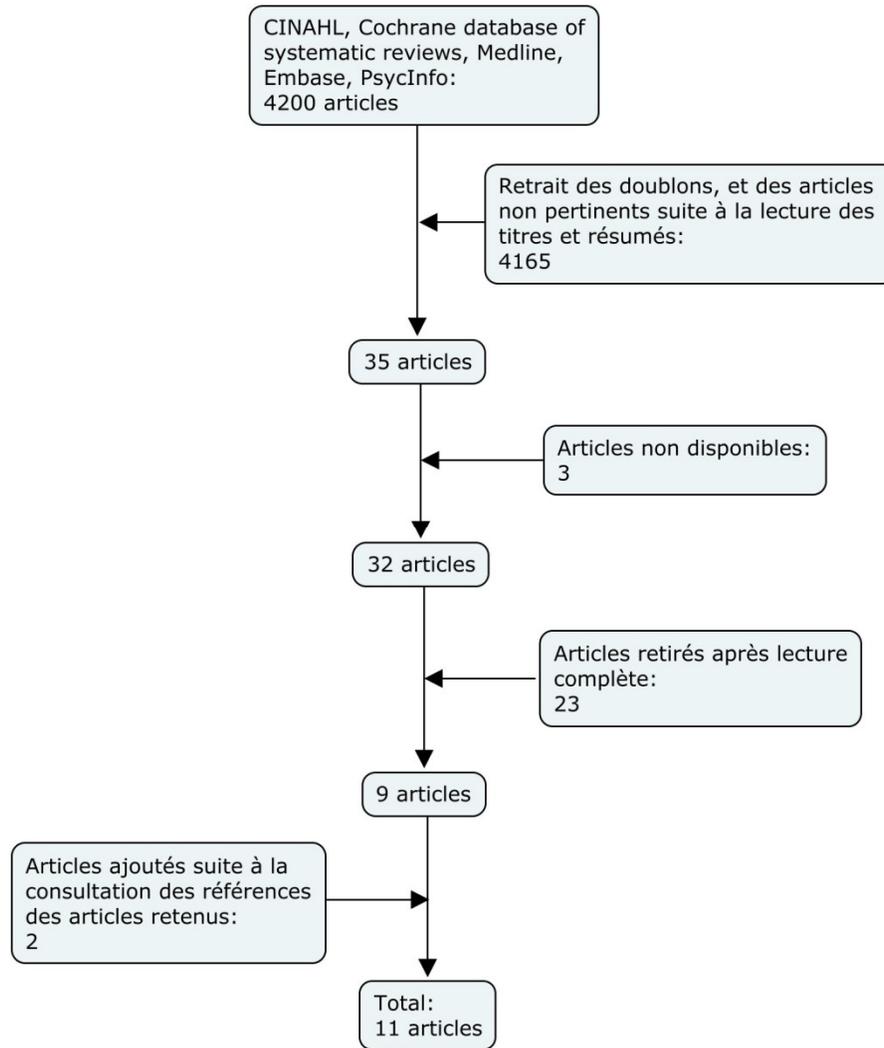
Les bases de données CINAHL, Cochrane database of systematic reviews, Medline, Embase, et PsycInfo ont été consultées entre le 18 et le 25 janvier 2016. Les critères suivants ont été appliqués aux recherches : publication entre 2004 et 2016, en langue française ou anglaise et concernant la clientèle adulte. Les articles concernant les infirmières exerçant en psychiatrie, à l'urgence ou en santé communautaire uniquement n'ont pas été retenus car la formation des infirmières, la fréquence des contacts avec les patients ayant un trouble de santé mentale et l'environnement de travail différent de ceux des infirmières exerçant sur des unités de soins physiques.

Nous avons obtenu 4200 résultats suite à nos recherches dans les bases de données. De ce nombre, 4165 articles ont été retirés soit parce qu'il s'agissait de doublons, soit parce qu'ils ne concordaient pas à notre sujet suite à la lecture des titres et résumés. Trois articles n'étaient pas accessibles et 23 ont été retirés suite à leur lecture complète soit parce qu'ils ne correspondaient pas à notre sujet ou parce que nous nous questionnions sur la qualité méthodologique. Nous avons ensuite consulté la liste des références des neuf articles retenus, ce qui nous a permis d'ajouter deux articles. Au total, nous avons donc retenu onze articles (voir Figure 2 à la page suivante pour le diagramme de flux des données).

Parmi les articles retenus, on compte sept études qualitatives, deux études quantitatives et deux revues des écrits.

En ce qui concerne les études qualitatives, le nombre de participants varie entre un et dix-neuf. Zolnierek et al. (2012) n'avait qu'une seule participante pour leur étude. Bien que cela ne permette pas de généraliser les résultats obtenus, ceux-ci sont cohérents avec ceux des autres études. De plus, le but de l'étude consistait à explorer la perception d'une infirmière et l'entrevue s'est déroulée en utilisant une étude de cas, c'est-à-dire que la participante devait se rappeler d'une situation vécue, et quelques questions ont été utilisées pour enrichir la discussion sur des aspects particuliers. Pour ces raisons, nous avons décidé d'inclure cette étude dans notre analyse. En ce qui a trait aux méthodes de collecte de données utilisées, quatre des études ont utilisé des entrevues individuelles (Poggenpoel, Myburgh et Morare, 2011; Reed et Fitzgerald, 2005; Sharrock et Happell, 2006; Zolnierek et Clingerman, 2012). Puisqu'il s'agit d'entrevues, nous ne pouvons écarter la possibilité d'un biais de désirabilité sociale dans les réponses des participants.

Figure 2 : Diagramme de flux des données de la recension des écrits



Les résultats obtenus par ces études ont toutefois été corroborés par les résultats des études quantitatives retenues. Deux études ont procédé à des entrevues de groupes (focus group) (Atkin, Holmes et Martin, 2005; Harrison et Zohhadi, 2005). Les entrevues de groupe comportent habituellement entre cinq et dix participants (Loiselle et Profetto-McGrath, 2007), ce qui a été respecté dans les deux études. Finalement, Harrison et Brandling (2009), pour leur étude constituant la deuxième partie d'une recherche action, ont utilisé une entrevue de groupe, une entrevue individuelle et une observation des

participants. La combinaison de ces trois méthodes de collecte de données a permis aux chercheurs d'obtenir des résultats similaires lors de chacune des phases de l'étude. Par contre, le nombre de participants pour chacune des méthodes de collecte de données n'est pas précisé. Les auteurs rapportent que le petit nombre et la courte période de temps font en sorte que la saturation des données n'a probablement pas été atteinte.

En ce qui a trait aux études quantitatives, présentées par Clark, Parker et Gould (2005) et van der Kluit, Goossens et Leeuw (2013), les chercheurs ont procédé à la collecte des données en utilisant un questionnaire postal et ont obtenu respectivement un bon taux de réponse de 47 et 54 %. Les résultats de ces études quantitatives valident les données obtenues dans les études qualitatives. Clark et al. (2005) ont basé leur questionnaire sur un questionnaire validé, le *Mental Health Problems Perception Questionnaire* (MHPPQ) échelle de Likert à sept points. Van der Kluit et al. (2013) ont utilisé une partie de ce même questionnaire. Bien que certains biais dont le biais de désirabilité sociale, de réponse extrême et de tendance à l'acquiescement puissent survenir avec l'utilisation d'échelles (Loiselle et al., 2007), la consultation du questionnaire nous a permis de constater un équilibre entre les énoncés positifs et négatifs, ce qui constitue un moyen pour contrer ces biais (Loiselle et al., 2007).

Les revues des écrits retenues, menées par Ross et Goldner (2009) et van der Kluit et Goossens (2011), incluent la plupart des articles que nous avons identifiés lors de notre recension des écrits. De plus, l'étendue des dates de publication des articles sont plus grandes que les dates de publication que nous avons sélectionnées. À ce sujet, van der Kluit et al. (2011) mentionnent avoir consulté les bases de données avec une large période de publication car peu d'articles étaient disponibles sur le sujet. Il importe de

mentionner que la revue des écrits de Ross et al. (2009) a intégré une des études que nous avons écartées car de nombreux détails étaient manquants concernant l'interprétation des résultats. Nous avons tout de même pris la décision de conserver ces deux articles. D'abord, la revue des écrits de Ross et al. (2009) a été conservée pour la pertinence du cadre de référence utilisé pour structurer la recension des écrits. Les auteurs ont utilisé le cadre de référence de la perspective de Schulze concernant les professionnels et la stigmatisation, soit ceux qui stigmatisent, ceux qui sont stigmatisés et ceux qui contribuent à contrer la stigmatisation. Cette dernière perspective n'a toutefois pas été considérée par les auteurs dans leur recension d'écrits. Ensuite, la revue des écrits de van der Kluit et al. (2011) a été conservée pour le nombre important de facteurs inclus dans la recension des écrits et la classification que les auteurs ont utilisé, soit les caractéristiques professionnelles, organisationnelles et personnelles. Les caractéristiques personnelles pourraient apporter une perspective différente au problème faisant l'objet de ce travail en ce qui a trait à la documentation des barrières et facteurs facilitants. Finalement, les éléments rapportés par Ross et al. (2009) ainsi que par van der Kluit et al. (2011) sont reliés à ceux d'autres études et sont cohérents avec ceux-ci.

Le but, devis, méthode de collecte de données, principaux résultats et conclusion de chacun des onze articles que nous avons retenus sont résumés dans le Tableau 1 à la page suivante, et seront discutés davantage dans la prochaine section de ce travail.

Tableau 1 : Résumé des articles retenus

Auteurs/ Année	But	Devis/méthode de collecte	Résultats	Conclusion
Atkin et al. (2005)	Comprendre le contexte de pratique des infirmières, incluant leur attitude à l'égard de la clientèle âgée avec trouble de santé mentale, ainsi que les difficultés de soigner ces patients afin d'identifier leurs besoins de formation.	Qualitatif Méthode de collecte : 3 focus group avec 19 infirmières d'un hôpital de soins généraux exerçant sur des unités de spécialités variées.	Les infirmières considèrent que les patients âgés avec trouble de santé mentale sont difficiles à soigner et que cela prendrait plus d'infirmières. Les participantes considèrent ne pas avoir les connaissances et habiletés requises pour reconnaître et traiter les troubles de santé mentale, et que le soin de ces patients dépasse les compétences des soins infirmiers généraux.	Les infirmières veulent de la formation mais considèrent qu'une formation seule ne serait pas suffisante. Une infirmière de liaison en santé mentale pourrait permettre à la fois de donner de la formation au personnel infirmier et de meilleurs soins et services pour les patients avec trouble de santé mentale.
Clark et al. (2005)	Explorer la perception d'infirmières de soins généraux de l'efficacité de leurs interventions thérapeutiques auprès de patients avec trouble de santé mentale et leurs besoins de formation en santé mentale.	Quantitatif Méthode de collecte : Questionnaire auto-administré auprès de 163 infirmières en Australie (représente un taux de réponse de 47%).	70% des participants rapportent manquer de connaissances sur les problèmes de santé mentale et que cela les empêche de donner des soins optimaux aux patients avec trouble de santé mentale. 29% des participants n'ont jamais reçu de formation portant sur l'évaluation et le traitement des patients avec trouble de santé mentale. 57.1% des participants rapportent avoir de la difficulté à savoir comment communiquer avec ces patients. La fréquence des contacts a une influence positive sur l'engagement dans la relation des infirmières auprès de ces patients.	La majorité des infirmières ne se sentent pas compétentes et pas suffisamment soutenues pour s'occuper de patients avec trouble de santé mentale. Des barrières considérables limitent la capacité des infirmières à prodiguer des soins efficaces aux patients avec trouble de santé mentale.
Harrison et al. (2005)	Explorer les facteurs et les problèmes que les infirmières considèrent important pour répondre aux besoins des patients ayant un trouble de santé mentale. (1 ^{ère} partie d'une recherche action participative)	Qualitatif, phénoménologique. Méthode de collecte : focus group avec 9 infirmières.	4 thèmes ont émergés des focus group : Perturbation → Ces patients ne sont pas à leur place Conflit de rôle → Ce n'est pas le rôle des infirmières en soins généraux de s'en occuper et ça prend plus de temps, ce qui est injuste pour les autres patients Détresse professionnelle → Le soin de ces patients est épuisant. Les infirmières rapportent se sentir inadéquates et avoir peu de satisfaction professionnelle Ressources professionnelles → Manque de connaissances et d'habiletés, accès insuffisant aux formations sur le sujet, manque de temps, de soutien et de supervision clinique.	Les infirmières ont de la difficulté à prodiguer des soins efficaces et individualisés aux patients ayant un trouble de santé mentale. Elles perçoivent manquer d'habiletés et d'expertise pour s'occuper de ces patients.

Auteurs/Année	But	Devis	Résultats	Conclusion
Harrison et al. (2009)	Explorer les facteurs et les problèmes que les infirmières considèrent important pour répondre aux besoins des patients ayant un trouble de santé mentale. (2 ^e partie d'une recherche action participative)	Qualitatif, phénoménologique Méthode de collecte : 6 observations, focus group et entrevues semi-dirigées	Les thèmes ayant émergés sont les suivants : Connaissance culturelle → Pensées négatives, pessimisme et étiquette de ces patients Réalité du contexte → Priorisation difficile, sentiment d'être dépassée et manque de temps Donner les soins → Ne savent pas quoi faire ni ce qui est aidant Faire face au problème → Utilisation de stratégies personnelles et pratiques sous-optimales	Les résultats obtenus fournissent une base intéressante pour des recherches futures. Les infirmières rapportent vouloir réfléchir aux problèmes rencontrés lors des soins aux patients ayant un trouble de santé mentale.
Poggenpoel et al. (2011)	Explorer et décrire l'expérience d'interaction d'infirmières avec des patients ayant un trouble de santé mentale sur une unité de soins généraux dans un hôpital public de Johannesburg, Afrique du Sud.	Qualitatif, phénoménologique. Méthode de collecte : entrevue de 8 infirmières d'une unité de médecine.	Trois thèmes ont été identifiés, soit : la frustration dans les interactions avec ces patients, causée par la perception d'imprévisibilité; le manque de ressources, amenant les infirmières à se sentir malheureuses et à avoir peur lors des interactions avec ces patients; et la perception de danger, secondaire à un manque de connaissances et d'habiletés. Les infirmières aimeraient davantage de formation sur le sujet pour développer leurs connaissances et habiletés. Certaines participantes croient que ces patients sont négligés.	Les auteurs concluent que l'attitude des infirmières est largement négative à l'égard des patients avec un trouble de santé mentale et recommandent de favoriser une approche holistique, de donner des formations sur les problèmes de santé mentale et d'améliorer l'environnement de travail pour rendre celui-ci plus sécuritaire.
Reed et al. (2005)	Explorer l'attitude des infirmières de région à l'égard des patients avec trouble de santé mentale, comment cela affecte les soins, les problèmes associés aux soins et l'impact de l'éducation, du soutien et de l'expérience.	Qualitatif, descriptif. Échantillon de 10 infirmières d'un hôpital de région en Australie. Méthode de collecte : entrevue semi-structurée.	Les participantes mentionnent que ce n'est pas leur rôle de s'occuper de ces patients et qu'elles manquent de formation, d'entraînement et de soutien pour y arriver. Elles rapportent des sentiments de peur, d'inconfort et se sentent vulnérables sur le plan professionnel, légal et éthique.	Les infirmières manifestent le désir d'aider ces patients. Rapportent toutefois de manquer de soutien. Le soutien du département de psychiatrie ou d'une infirmière de liaison en psychiatrie améliore le confort et l'enthousiasme des infirmières. L'amélioration des habiletés des infirmières diminue la peur et l'anxiété.

Auteurs/Année	But	Devis	Résultats	Conclusion
Ross et al. (2009)	Explorer la littérature portant sur la stigmatisation de la maladie mentale et de la psychiatrie au sein de la profession infirmière selon la perspective de Schulze.	Revue des écrits primaires et secondaires 28 articles retenus	Le premier thème de la perspective de Schulze est relié aux infirmières qui stigmatisent. En ce qui a trait à l'attitude des infirmières, on remarque une attitude négative (peur, blâme et hostilité), la fragmentation des soins, le manque de connaissances et d'habiletés, ainsi que le manque de ressources et d'infrastructure pour prodiguer des soins sécuritaires et compétents.	Les infirmières perpétuent la stigmatisation des patients ayant un trouble de santé mentale, ce qui a un impact direct sur les soins offerts à ces derniers. Des actions doivent être entreprises pour contrer ce phénomène.
Sharrock et al. (2006)	Explorer et décrire l'expérience d'infirmières exerçant en soins généraux qui prodiguent des soins à des patients avec trouble de santé mentale.	Qualitatif, théorisation ancrée Méthode de collecte : entrevue semi-dirigée de 4 infirmières	Les catégories ayant émergées sont le contexte, la difficulté à développer des compétences pour prodiguer des soins en santé mentale, la formation initiale et le soutien. Les participantes reconnaissent que ces patients ont droit à des soins de qualité, rapportent que le soutien est insuffisant et qu'il y a un écart entre la perspective holistique enseignée à l'école et ce qui se pratique dans les milieux de travail.	Les infirmières manquent de confiance lorsqu'elles s'occupent de patients avec trouble de santé mentale.
van der Kluit et al. (2011)	Élucider les facteurs sous-tendant l'attitude des infirmières exerçant en soins généraux à l'égard des soins aux patients avec trouble de santé mentale comorbide.	Revue intégrative des écrits. Bases de données consultées : CINAHL, Pubmed et PsycINFO 15 articles retenus, soit : 9 quantitatifs et 6 qualitatifs.	Les facteurs ont été catégorisés selon les caractéristiques professionnelles, organisationnelles, personnelles. Le facteur le plus fréquemment mentionné dans les articles retenus est le manque de connaissance et d'habiletés. La nature de l'expérience auprès de cette clientèle est également un facteur important. Le manque de soutien est un facteur récurrent dans la majorité des études qualitatives. Peu de données significatives au niveau des caractéristiques personnelles.	La diversité des devis de recherche et des outils de collecte des articles retenus rend difficile la comparaison des résultats. D'autres recherches pourraient permettre de déterminer les facteurs qui sont les plus importants quant à l'influence qu'ils exercent sur l'attitude des infirmières à l'égard de ces patients.

Auteurs/Année	But	Devis	Résultats	Conclusion
van der Kluit et al. (2013)	Explorer et clarifier les facteurs sous-jacents à l'attitude des infirmières exerçant en centre de réadaptation en Hollande à l'égard des soins aux patients souffrant de trouble de santé mentale comorbide.	Quantitatif, descriptif. Méthode de collecte : questionnaire auto-administré auprès de 358 infirmières. Taux de réponse de 54%.	Le soutien perçu a la plus forte association avec le sentiment de compétence des infirmières. On note une corrélation statistiquement significative entre l'attitude et le sentiment de compétence et le soutien. Le plus grand prédicteur de l'attitude est le sentiment de compétence et la nature de l'expérience (positive ou négative) avec ces patients.	Des interventions pour améliorer le soutien semblent prometteuses pour rehausser le sentiment de compétence des infirmières. D'autres études sont nécessaires pour clarifier la relation entre le sentiment de compétence et l'état réel des connaissances et habiletés des infirmières.
Zolnierek et al. (2012)	Explorer la perception d'une infirmière exerçant en médecine-chirurgie de prendre soin d'un patient avec trouble de SM sévère.	Qualitatif Étude de cas descriptive Méthode de collecte : Entrevue avec 1 infirmière Pays : États-Unis	Les catégories et sous-catégories identifiées sont les suivantes : Tension → Peur, sécurité Inconfort → Pas préparée, ne comprend pas la personne ou la maladie Manque de satisfaction professionnelle → pattern cyclique, manque d'espoir Difficile → constance des soins, pénible, responsabilités en compétition, aversion	Révèle une expérience négative de la participante. Bien qu'il n'y ait qu'une participante, les résultats sont similaires à ceux de nombreuses études et permet d'identifier des pistes pour améliorer l'environnement de travail ainsi que les ressources et le soutien à mettre en place.

Documentation des barrières et facteurs facilitants

Les barrières à l'évaluation de la condition mentale de la clientèle adulte avec trouble mental par les infirmières sont tout aussi nombreuses que diversifiées. De plus, les devis et les méthodes de collecte de données des articles retenus étant variés, il est difficile de classer par ordre d'importance ou de catégoriser les barrières et facteurs facilitants répertoriés. Ainsi, afin de structurer la catégorisation des barrières et facteurs facilitants, nous nous inspirerons du modèle de Cabana et al. (1999). Ce modèle a été développé selon un modèle de modification de comportement (Woolf, 1993) pour identifier les barrières quant à l'utilisation des lignes directrices par les médecins. Selon ce modèle, l'amélioration de la qualité des soins prodigués se produit par une série d'étapes reliées aux connaissances, à l'attitude et au comportement. Cabana et al. (1999) illustrent ces étapes de façon inter reliée et mentionnent que bien qu'il soit possible de modifier un comportement sans considérer les connaissances ou l'attitude, la pérennité du changement sera précaire (voir l'illustration du modèle en annexe 1). Au contraire, si les connaissances, l'attitude et le comportement sont pris en considération, les chances de succès quant à l'utilisation de lignes directrices sont meilleures. Les barrières de niveau cognitif sont attribuées aux connaissances, celles de niveau affectif sont reliées à l'attitude, tandis que celles qui restreignent l'habileté des professionnels sont associées au comportement. Les facteurs environnementaux ainsi que les facteurs reliés aux patients sont donc répertoriés sous le thème des connaissances.

Le modèle de Cabana et al. (1999) a été utilisé à de nombreuses reprises dans la littérature, entre autres par Gravel, Légaré et Graham (2006) ainsi que Légaré, Ratté, Gravel et Graham (2008) qui ont repris le modèle de Cabana pour procéder à une

recension des écrits afin de répertorier et de décrire les barrières à l'utilisation des lignes directrices par les cliniciens. Nous utiliserons les trois thèmes principaux du modèle, soit les connaissances, l'attitude et le comportement, pour augmenter la rigueur du processus de catégorisation des barrières et facteurs facilitants à l'évaluation de la condition mentale de la clientèle adulte avec trouble mental hospitalisée sur des unités de soins physiques. Cela facilitera l'identification d'interventions pertinentes en regard du problème à l'étude. En ce qui a trait aux facteurs facilitants, peu sont formellement identifiés dans les écrits consultés. Les éléments rapportés comme potentiellement aidants constituent majoritairement des propositions des infirmières et n'ont que rarement été validés dans les études que nous avons consultées.

Connaissances

Les barrières et facteurs facilitants appartenant à la catégorie des connaissances sont de niveau cognitif. On y retrouve entre autres le manque de connaissances et le manque de familiarité démontré et rapporté (Cabana et al., 1999).

Le manque de connaissances et d'habiletés des infirmières en ce qui a trait au domaine de la santé mentale ou de la psychiatrie est prépondérant dans la majorité des écrits. En effet, cela est rapporté dans neuf des onze articles que nous avons retenus (Atkin et al., 2009; Clark et al., 2005; Harrison et al., 2005; Harrison et al., 2009; Poggenpoel et al., 2011; Reed et al., 2005; Ross et al., 2009; van der Kluit et al., 2011; Zolnierek et al., 2012). Le manque de connaissances et d'habiletés a un effet sur l'évaluation et l'intervention des infirmières auprès des patients ayant un trouble de santé mentale. Dans une étude qualitative menée par Atkin et al. (2005) auprès de 19

infirmières, 100% de celles-ci ont rapporté manquer de connaissances et d'habiletés pour reconnaître ou traiter les troubles de santé mentale. Ces résultats sont corroborés par une étude quantitative menée par Clark et al. (2005) auprès de 163 infirmières par questionnaire postal. Les résultats de cette étude nous apprennent que 70 % des infirmières admettent avoir souvent de la difficulté à savoir comment évaluer les patients ayant un trouble de santé mentale, et 59% rapportent ne pas avoir les habiletés pour travailler avec cette clientèle. De plus, dans une étude qualitative menée auprès de huit infirmières, celles-ci mentionnent qu'elles ne savent pas quoi faire ni à quoi s'attendre lorsque la condition mentale d'un patient se détériore (Poggenpoel et al., 2011). Elles rapportent également que les autres professionnels, dont les médecins, manquent aussi d'habiletés (Atkin et al., 2005). De plus, certaines infirmières rapportent ne pas savoir comment gérer ces patients (Poggenpoel et al., 2011), alors que d'autres mentionnent ne pas savoir ce qui est aidant pour les patients ayant un trouble de santé mentale (Harrison et al., 2009).

Sans directement parler de manque de connaissances ou d'habiletés, les infirmières rapportent avoir une expertise limitée dans le domaine de la santé mentale et doutent de leurs connaissances (Sharrock et al., 2006). Elles rapportent avoir de la difficulté à identifier les problèmes de ces patients (Harrison et al., 2005) et ne pas comprendre leurs besoins (Poggenpoel et al., 2011; Ross et al., 2009; Zolnierek et al., 2012) ni leurs comportements (Poggenpoel et al., 2011; Reed et al., 2005). Ces éléments font en sorte qu'elles trouvent difficile de soigner ces patients (Poggenpoel et al., 2011; Reed et al., 2005), et qu'elles considèrent la situation encore plus complexe et difficile à

comprendre (Reed et al., 2005). Dans la même ligne de pensée, certaines infirmières rapportent que le soin de ces patients dépasse leurs compétences (Atkin et al., 2005).

Le manque de connaissances et d'habiletés a également des effets sur la communication avec les patients ayant un trouble de santé mentale et leurs proches. Parmi les 163 infirmières ayant participé à l'étude de Clark et al. (2005), 57 % confient avoir de la difficulté à communiquer avec ces patients. Une seule étude rapporte que les infirmières éprouvent de la difficulté à parler avec les familles de ces patients, car elles ne savent pas comment ceux-ci progressent (Poggenpoel et al., 2011). L'évaluation de la condition mentale se réalisant majoritairement par entrevue, la difficulté éprouvée par les infirmières à communiquer avec les patients ayant un trouble de santé mentale et leurs proches constitue une barrière.

Par ailleurs, le manque de connaissances et d'habiletés est quelquefois associé à la formation initiale, dont le contenu en santé mentale est qualifié d'insuffisant. Dans une étude auprès de 10 infirmières menée par Reed et al. (2005), les infirmières mentionnent ne pas être suffisamment préparées, ce qui est corroboré par Zolnierek et al. (2012). De plus, dans une étude qualitative menée auprès de quatre infirmières par Sharrock et Happell (2006), les infirmières rapportent que le contenu des formations initiales était insuffisant concernant la psychiatrie, que cela était trop axé sur le général et que la santé physique et la santé mentale étaient enseignées de façon distincte, faisant en sorte qu'elles éprouvent de la difficulté à intégrer ensemble tous les éléments pour répondre aux besoins multiples de ces patients. Les quatre infirmières de cette étude sont infirmières diplômées et ont suivi une formation initiale dite « compréhensive ». Les auteurs ne précisent toutefois pas les particularités de cette formation, ni ce qui la

distingue de la formation initiale commune. Par ailleurs, nous trouvons intéressant de mentionner que dans la revue des écrits réalisée par van der Kluit et al. (2011), le manque de connaissances et d'habiletés pour soigner les patients ayant un trouble de santé mentale est rapporté par les infirmières dans onze des quinze études incluses dans la revue des écrits. Il est intéressant de constater que malgré l'évolution des programmes de formations initiales et continues, le manque de connaissances et d'habiletés demeure aussi fréquemment rapporté.

Il est important de mentionner que parmi les études répertoriées, l'état des connaissances et habiletés des infirmières en lien avec l'évaluation et l'intervention auprès de patients ayant un trouble de santé mentale n'a pas été exploré directement à l'aide d'examen mesurant les connaissances et habiletés, mais plutôt par des sondages ou des entrevues. Nous ne pouvons donc éliminer la possibilité que les infirmières aient répondu selon leur sentiment de compétence plutôt que selon l'état réel de leurs connaissances et habiletés.

Quant à ce que est considéré comme facilitant, de nombreuses études ont fait état que les infirmières désirent avoir accès à davantage de formation sur la santé mentale ou la psychiatrie et identifient des besoins de formation (Atkin et al., 2005; van der Kluit et al., 2011). Certaines infirmières rapportent que si elles avaient davantage de formation, elles arriveraient à s'occuper de ces patients (Poggenpoel et al., 2011). Ross et al. (2009) rapportent que le constat est unanime dans la littérature quant à la nécessité d'ajouter des formations. Les infirmières mentionnent que les formations font en sorte qu'elles se sentent plus confiantes, même si elles continuent de manquer d'habiletés (Reed et al., 2005). Les infirmières aimeraient que ces formations soient données à même les unités de

soins et qu'elles soient accréditées (Atkin et al., 2005). Les formations devraient aborder les problèmes de santé mentale les plus fréquents, la détection précoce des troubles de santé mentale par la reconnaissance des signes et symptômes, l'utilisation et l'application d'outils de dépistage, les différents traitements, la prévention et le traitement des incidents de violence, le mode d'action et les effets secondaires des psychotropes, et finalement l'aspect légal et la législation de l'hôpital en ce qui a trait aux troubles de santé mentale (Atkin et al., 2005). De plus, la totalité des participants de l'étude de Atkin et al. (2005) s'entendent pour dire qu'une formation seule, sans soutien dans l'action, ne permettra pas d'améliorer la qualité des soins. Bien que nous ne sachions pas si cela permettrait effectivement de favoriser l'évaluation de la condition mentale, cela constitue selon nous un levier intéressant pour développer les compétences des infirmières à procéder à l'évaluation de la condition mentale.

Attitude

La catégorie de l'attitude regroupe les barrières et facteurs facilitants reliés au domaine affectif. Cabana et al. (1999) y incluent l'accord ou le désaccord avec le contenu à mettre en pratique au travail, la perception des résultats si le contenu est mis en pratique, la perception de l'efficacité personnelle et la motivation.

Ross et al (2009) ont procédé à une revue des écrits dans le but d'explorer la littérature portant sur la stigmatisation de la maladie mentale et de la psychiatrie au sein de la profession infirmière. Pour ce faire, elles ont étudié l'attitude des infirmières sous l'angle de la stigmatisation selon la perspective de Schulze. Les auteurs ont constaté que les infirmières exerçant en soins généraux ont une attitude de stigmatisation à l'égard des

patients ayant un trouble de santé mentale. Les infirmières rapportent que ces patients sont évités, non respectés (Atkin et al., 2005; Sharrock et al., 2006), marginalisés (Sharrock et al., 2006) et ne reçoivent pas les mêmes soins que les patients n'ayant pas de trouble de santé mentale (Atkin et al., 2005). Les infirmières rapportent que le fait d'éviter ces patients et de s'en détacher constitue un mécanisme d'adaptation en réponse à leur sentiment de vulnérabilité (Harrison et al., 2009; Reed et al., 2005).

Selon une recherche action menée par Harrison et Zohhadi (2005), les patients avec un trouble de santé mentale sont considérés comme une source de perturbation sur les unités de soins généraux. Dans une étude quantitative menée auprès de 163 infirmières par Clark et al. (2005), 57% des infirmières rapportent qu'elles trouvent difficile de travailler avec ces patients-là. L'étude s'étant déroulée par questionnaire postal, il n'y a malheureusement aucune précision quant aux raisons sous-tendant cette opinion. Une étude qualitative menée par Zolnierek et al. (2012) auprès d'une infirmière nous apprend toutefois que les infirmières considèrent qu'il est pénible et désespérant de travailler avec ces patients, car ils font de nombreuses demandes et que celles-ci sont excessives.

La majorité des infirmières perçoivent qu'elles ont un faible niveau de compétence (Clark et al., 2005) et qu'elles n'ont pas l'expertise nécessaire pour répondre aux besoins des patients ayant un trouble de santé mentale, car elles ne se considèrent pas suffisamment préparées pour s'occuper de ces patients (Harrison et al., 2005; Zolnierek et al., 2012). Les infirmières ont l'impression que leurs interventions sont loin d'être idéales, et croient qu'elles empirent parfois la situation (Harrison et al., 2009). Le sentiment de compétence est un des plus grands prédicteurs de l'attitude des infirmières

(van der Kluit et al., 2013). Toutefois, le sentiment de compétence est subjectif et n'est pas nécessairement représentatif de l'état actuel des connaissances et habiletés des infirmières (van der Kluit et al., 2013). Le faible sentiment de compétence ne doit donc pas être associé à un manque de connaissances. Certaines infirmières rapportent qu'elles se sentent insatisfaites et inadéquates (Harrison et al., 2005; Zolnierek et al., 2012) ainsi que vulnérables sur les plans professionnel, légal et éthique (Reed et al., 2005). Les infirmières ne se sentent pas confortables avec ces patients, et associent cet inconfort à un manque de contrôle. L'inconfort et le manque de contrôle engendrent de la peur (Reed et al., 2005). Les infirmières pensent que c'est peut-être elles qui ne savent pas comment aider ces patients. Cela véhicule des sentiments de faible estime de soi, génère peu de satisfaction professionnelle, davantage de stress et de l'impuissance (Harrison et al., 2005). Les infirmières ne se sentent pas confiantes, ce qui engendrent de l'anxiété, pouvant compromettre le développement de nouvelles habiletés (Sharrock et al., 2006).

La peur est un sentiment fréquemment identifié par les infirmières s'occupant de patient avec trouble de santé mentale. Les infirmières sont nombreuses à admettre avoir peur de ces patients (Poggenpoel et al., 2011; Reed et al., 2005; Ross et al., 2009; Zolnierek et al., 2012). Certaines infirmières mentionnent que la peur a un impact sur leur capacité à soigner ces patients (Reed et al., 2005). Par ailleurs, les infirmières craignent de faire plus de mal que de bien et d'augmenter le risque de danger pour elles ou les autres en mentionnant quelque chose qui provoquerait l'agressivité des patients, et elles évitent donc les conversations profondes avec ces patients (Reed et al., 2005). La peur est reliée au sentiment de sécurité pour elles-mêmes et pour les autres (Poggenpoel et al., 2011, Reed et al., 2005; Ross et al., 2009; Zolnierek et al., 2012). Les infirmières

mentionnent que la perception de dangerosité de ces patients est fortement influencée par les expériences professionnelles et personnelles antérieures (Reed et al., 2005), par l'imprévisibilité de ces patients et par le fait que ces patients soient considérés comme étant bizarres (Ross et al., 2009). La qualité de l'expérience antérieure a une influence importante sur l'attitude des infirmières à l'égard de cette clientèle : une expérience positive entraîne de meilleures dispositions alors qu'une expérience négative entraîne une disposition négative (Reed et al., 2005; van der Kluit et al., 2011). Cela est corroboré par les infirmières de l'étude de Harrison et al. (2009) qui rapportent que leurs expériences antérieures influencent négativement leurs perceptions sur la santé mentale, ce qui génère de l'anxiété et de la frustration, qui à leur tour contribuent à rendre l'expérience négative. L'ensemble des émotions négatives ressenties par les infirmières à l'égard de cette clientèle constitue une barrière importante à l'évaluation de la condition mentale de celle-ci.

La qualité de l'expérience est également un des plus grand prédicteur de l'attitude (van der Kluit et al., 2013). Les expériences antérieures incluent également le contact personnel avec une personne ayant un trouble de santé mentale. Ainsi, les infirmières ayant une expérience personnelle de contact avec une personne ayant un trouble de santé mentale ont généralement une attitude plus positive à l'égard de ces patients dans le cadre de leur travail (van der Kluit et al., 2011).

Il est préoccupant de constater que certaines infirmières considèrent que ce n'est pas leur rôle de s'occuper de ces patients (Harrison et al., 2005; Reed et Fitzgerald, 2005; Ross et al., 2009), qu'elles ne devraient pas avoir à essayer de les éviter ou de les contrôler (Poggenpoel et al., 2011; Reed et al., 2005), et rapportent que le fait de ne pas

avoir choisi d'interagir avec ces patients contribuent aux sentiments de peur et de colère (Poggenpoel et al., 2011). Les infirmières ne soigneraient pas ces patients si elles avaient le choix (Reed et al., 2005). Par ailleurs, elles rapportent qu'elles s'accommodent, qu'elles savent que ce sera difficile et elles endurent (Zolnierek et al., 2012). Selon ces infirmières, ces patients ne sont pas à leur place sur une unité de soins physiques (Harrison et al., 2005) et ils devraient être sur des unités de soins psychiatriques (Poggenpoel et al., 2011). Certaines infirmières croient que la meilleure solution est de séparer ces patients des autres (Harrison et al., 2009). Les infirmières rapportent de la frustration dans leurs interactions avec ces patients, et associent cette frustration au manque de connaissances et d'habiletés (Poggenpoel et al., 2011).

Les patients ayant un trouble de santé mentale sont étiquetés comme étant « difficiles » et les infirmières pensent qu'ils vont leur causer des problèmes (Harrison et al., 2009). De plus, les patients ayant un trouble de santé mentale sont perçus comme non coopératifs et abusifs, tant verbalement que physiquement (Poggenpoel et al., 2011) et comme ayant des comportements inappropriés (Harrison et al., 2005; Zolnierek et al., 2012). Ces patients sont une source de stress et représentent un défi pour les infirmières (Harrison et al., 2009). Selon une revue des écrits menée par Ross et al. (2009), beaucoup d'infirmières croient que la maladie mentale est causée par une faiblesse ou de la paresse, ce qui cause de l'hostilité de la part des infirmières à l'égard de cette clientèle.

Ainsi, les émotions et l'attitude négatives ressenties par les infirmières envers les patients ayant un trouble de santé mentale contribuent à la difficile appropriation, par les infirmières, de l'évaluation de la condition mentale de cette clientèle.

Peu de facteurs facilitants ont été identifiés en lien avec le thème de l'attitude. Par contre, des pistes de solutions sont identifiées par les infirmières. Celles-ci rapportent que pour diminuer la peur et l'anxiété, davantage de soutien, l'accès à l'assistance d'une équipe de santé mentale ainsi que l'acquisition d'habiletés d'évaluation par de meilleures connaissances et une meilleure compréhension de la maladie mentale seraient favorables (Reed et al., 2005). Par ailleurs, lorsque les infirmières ont un sentiment de contrôle, elles font davantage d'essais pour établir une relation thérapeutique avec les patients ayant un trouble de santé mentale (Reed et al., 2005). De plus, nous constatons que certaines infirmières rapportent une attitude positive à l'égard des patients ayant un trouble de santé mentale (Sharrock et al., 2006). Or, les auteurs mentionnent qu'il est impossible de savoir si leur attitude est telle que les infirmières la décrivent. En effet, l'attitude peut être consciente ou inconsciente et la personne peut choisir de la révéler ou non (Altmann, 2008). Les infirmières reconnaissent que leur expertise est limitée et aimeraient changer leur approche envers ces patients (Sharrock et al., 2006). Les infirmières reconnaissent également que les patients ayant un trouble de santé mentale ne reçoivent pas de bons soins et services (Atkin et al., 2005), elles désirent aider et expriment le désir d'advocacy pour ces patients afin que les droits de ceux-ci soient respectés (Reed et al., 2005; Sharrock et al., 2006). Les infirmières souhaitent prodiguer des soins de qualité (Sharrock et al., 2006). Ces éléments constitueront des leviers importants pour l'identification des interventions. Finalement, les expériences positives vécues par les infirmières dans le soin de ces patients ont pour effet d'augmenter la motivation à poursuivre le développement d'habiletés pour le soin des patients ayant un problème de santé mentale

(Reed et al., 2005) et les infirmières démontrent davantage d'empathie à l'égard de ces patients (van der Kluit et al., 2011).

En ce qui a trait aux barrières et facteurs facilitants répertoriés sous le thème de l'attitude, nous constatons que l'attitude des infirmières à l'égard des patients ayant un trouble de santé mentale est majoritairement négative. Les infirmières rapportent également avoir peur de ces patients, car elles croient que ceux-ci menacent leur sécurité. Finalement, le sentiment d'efficacité personnelle ou de compétence est peu présent.

Comportement

Les barrières et facteurs facilitants de la catégorie du comportement sont reliés à l'ensemble des éléments qui restreignent la capacité des infirmières à procéder à l'évaluation de la condition mentale des patients ayant un trouble de santé mentale. On y retrouve entre autres les barrières et facteurs facilitants externes, les facteurs reliés au patient, les facteurs reliés à la pratique souhaitée, ainsi que les facteurs environnementaux tels que le manque de temps, le manque de ressources et les contraintes organisationnelles (Cabana et al. 1999).

Le manque de ressources est considéré comme un problème majeur dans les écrits consultés, toutefois le type de ressources désiré n'est que rarement identifié (Poggenpoel et al., 2011; Reed et al., 2005; Sharrock et al., 2006). Ross et al. (2009) ont identifié que les ressources et le soutien institutionnel sont insuffisants pour prodiguer des soins sécuritaires et compétents à ces patients. Pourtant, le soutien est le plus grand prédicteur

du sentiment de compétence des infirmières à prendre soin des patients ayant un trouble de santé mentale (van der Kluit et al., 2013).

Certaines infirmières rapportent que les formations sont difficilement accessibles (Reed et al., 2005). Or, il n'y a pas de précisions quant aux critères d'accessibilité désirés. De plus, les infirmières rapportent que les formations sont insuffisantes (Atkin et al., 2005 et Harrison et al., 2005; Reed et al., 2005; Sharrock et al., 2006; Zolnierek et al., 2012) tant pour les formations continues que pour l'insuffisance du contenu de santé mentale dans la formation initiale (Ross et al., 2009).

Bien que de façon générale le type de soutien désiré ne soit pas précisé, certaines infirmières admettent avoir de la difficulté à gérer les émotions que ces patients leur font vivre et aimeraient avoir quelqu'un à qui parler (Harrison et al., 2005). Dans une entrevue de groupe auprès de neuf infirmières, celles-ci rapportent que le soutien et la compréhension de leurs supérieurs sont insuffisants (Harrison et al., 2005). Les infirmières rapportent qu'elles ne sentent pas soutenues lorsque la condition mentale d'un patient se détériore et qu'elles sont dépassées par la charge de travail (Poggenpoel et al., 2011). Ces éléments sont corroborés par l'étude de Clark et al. (2005), qui nous apprend que sur 163 infirmières, 78% considèrent ne pas avoir assez de soutien. Les infirmières aimeraient un modèle de rôle, ce qui les aide à apprendre (Atkin et al., 2005; Zolnierek et al., 2012). Elles aimeraient également recevoir du soutien de leurs collègues, de leurs gestionnaires et de consultants en psychiatrie, toutefois il est difficile d'identifier quel type de soutien est considéré comme le plus important (van der Kluit et al., 2011; van der Kluit et al., 2013). Le manque de soutien et d'accès à celui-ci amplifient la perception de dangerosité de ces patients (Reed et al., 2005) et ont un impact sur les soins infirmiers

prodigués ainsi que sur la qualité de l'expérience qui en découle (Sharrock et al., 2006). Cela est préoccupant dans l'optique où la qualité de l'expérience a un effet sur l'attitude des infirmières envers ces patients. Les infirmières considèrent qu'une équipe d'intervention permettrait de limiter les interventions inappropriées auprès de ces patients (Atkin et al., 2005).

De plus, les infirmières déplorent qu'elles n'ont que peu de rétroaction sur les soins qu'elles prodiguent à ces patients, et que lorsqu'elles en ont, celle-ci indique que leurs soins sont souvent inefficaces (Reed et al., 2005). Ceci est appuyé par Zolnierek et al. (2012), étude dans laquelle on peut lire qu'il n'est pas gratifiant de s'occuper de ces patients, entre autres car les efforts de l'infirmière ne sont pas reconnus par ceux-ci.

Par ailleurs, les infirmières rapportent que la charge de travail, l'organisation de travail et le fait d'être centrée sur les soins physiques a un effet sur la capacité des infirmières à répondre aux besoins de santé mentale de ces patients (Sharrock et al., 2006). En effet, les infirmières rapportent se concentrer sur les soins dans lesquels elles se sentent compétentes, car elles comprennent peu les besoins de santé mentale de ces patients (Reed et al., 2005). Les besoins de santé physique sont donc priorisés par rapport aux besoins de santé mentale (Atkin et al., 2005; Ross et al., 2009). Le contexte de travail met beaucoup de pression sur la priorisation (Harrison et al., 2009; Sharrock et al., 2006), les soins physiques étant davantage priorisés (Ross et al., 2009; Sharrock et al., 2006; van der Kluit et al., 2011) probablement parce que les besoins de santé physiques sont considérés comme étant plus urgents. D'ailleurs, certaines infirmières ont mentionné une importante différence entre la vision holistique enseignée et ce qui se produit en pratique (Sharrock et al., 2006), ce que Ross et al. (2009) qualifient de fragmentation du soin.

Dans une recherche action menée par Harrison et al., (2009), les observatrices ont fait le constat que les infirmières sont centrées sur la tâche. Cela est corroboré par Poggenpoel et al. (2011), qui rapportent que les infirmières ont l'impression de ne pas répondre aux besoins des patients ayant un trouble de santé mentale car elles se concentrent sur les patients ayant des besoins « physiques ».

Selon une revue des écrits de van der Kluit et al. (2011), la perception des infirmières envers les patients ayant un trouble de santé mentale est plus négative lorsque les infirmières sont davantage orientées sur la tâche. Cette priorisation des soins physiques est associée au sentiment de désespoir exprimé par les infirmières, car les besoins réels de ces patients ne sont pas adressés, ce qui fait en sorte qu'ils sont réhospitalisés rapidement après leur congé, donnant ainsi l'impression d'un cercle vicieux (Zolnierek et al., 2012).

Les infirmières rapportent manquer de temps (Harrison et al., 2005; Harrison et Brandling, 2009; Sharrock et al., 2006; van der Kluit et al., 2011) et que les soins auprès de ces patients exige davantage de temps (Poggenpoel et al., 2011; Zolnierek et al., 2012), ce qui apparaît injuste pour les autres patients (Harrison et al., 2005; Zolnierek et al., 2012), qu'elles considèrent être négligés (Poggenpoel et al., 2011; Zolnierek et al., 2012). Par ailleurs, les infirmières mentionnent que le manque de temps accentue la difficulté à développer leurs habiletés interpersonnelles et de communication (Harrison et al., 2009; Reed et al., 2005). De plus, les infirmières rapportent qu'elles sont incapables d'interagir avec ces patients du fait de leur horaire occupé (Poggenpoel et al., 2011).

L'indisponibilité ou l'insuffisance de ressources entraîne parfois le recours à des mesures inappropriées ou démesurées pour ces patients, telles que l'administration d'injection d'antipsychotique ou le recours à une équipe de sécurité, ce qui est mal perçu par les proches de ces patients (Harrison et al., 2009). Les infirmières rapportent que les investigations sont fréquemment reportées car les patients ont reçu une sédation (Poggenpoel et al., 2011). Par ailleurs, il est préoccupant de mentionner que les infirmières ont tendance à utiliser une seule intervention qu'elles considèrent efficace et avec laquelle elles sont à l'aise plutôt que de considérer l'ensemble des interventions possibles et de choisir celle appropriée pour chaque patient (Poggenpoel et al., 2011). De plus, elles se fient majoritairement sur leurs expériences antérieures plutôt que sur leurs nouveaux apprentissages pour soigner ces patients (Reed et al., 2005). Ces habitudes peuvent conduire à négliger l'évaluation de la condition mentale puisque l'intervention est déjà identifiée.

Quelques études mentionnent que les infirmières considèrent que l'environnement n'est pas sécuritaire (Poggenpoel et al., 2011; Reed et al., 2005; Ross et al., 2009; van der Kluit et al., 2011) car ces patients ont un comportement agressif et imprévisible, que les portes ne sont pas barrées et que les agents de sécurité sont trop loin physiquement (Poggenpoel et al., 2011). L'environnement inapproprié pour cette clientèle est associé aux sentiments de peur et de vulnérabilité qu'elles ressentent (Reed et al., 2005), sentiments qui constituent des barrières dans la catégorie de l'attitude.

Les infirmières considèrent qu'elles ont trop de patients (Reed et al., 2005) et que les ratios de patients devraient être ajustés à la baisse lorsqu'il y a des patients avec trouble de santé mentale (Poggenpoel et al., 2011). Les infirmières associent le manque

de personnel, de soutien et le délai dans les investigations que doivent subir ces patients aux sentiments de peur et de frustration (Poggenpoel et al., 2011). Le fait de ne pas bénéficier du soutien d'un département de psychiatrie est source de peur et de frustration (van der Kluit et al., 2011). En ce qui a trait à la charge de travail, l'étude de van der Kluit et al. (2013) n'a pas effectué de distinction entre la charge de travail et l'attitude des infirmières face aux patients ayant un trouble de santé mentale, contrairement aux résultats provenant d'autres études dont les auteurs avaient pris connaissances. Les auteurs mentionnent qu'il est possible que l'opérationnalisation quantitative de la charge de travail pour la collecte de données n'ait pas permis la représentativité du manque de temps ou d'autres facteurs reliés à la charge de travail.

Quelques facteurs facilitants ont été identifiés dans les écrits. Entre autres, les infirmières désirent obtenir davantage de soutien. De plus, lorsque les infirmières reçoivent de la rétroaction positive, elles sont plus motivées (van der Kluit et al., 2011). Les infirmières rapportent que les politiques organisationnelles contribuent à réduire la stigmatisation de ces patients (Reed et al., 2005). De nombreux auteurs mentionnent que la présence d'une infirmière de liaison en santé mentale favoriserait le développement des connaissances et habiletés des infirmières tout en améliorant la qualité des soins et services offerts à ces patients (Atkin et al., 2005). Dans une étude de Reed et al. (2005), une unité bénéficiait du soutien du service de santé mentale, ce qui a fait une différence positive sur l'attitude des infirmières. Zolnierek et al. (2012) rapporte que les infirmières du quart précédent sont aidantes car c'est ainsi que l'on sait ce qui marche et ce qui ne marche pas avec ces patients. Cela pourrait être associé à une forme de soutien par la communication et la continuité des soins. Par ailleurs, plus la fréquence de contact est

élevée avec ces patients, meilleur est l'engagement thérapeutique (Clark et al., 2005). Finalement, les infirmières aimeraient également bénéficier de supervision clinique.

En somme, de nombreuses barrières sont présentes et rendent difficile l'évaluation de la condition mentale des patients par les infirmières. Bien que peu de facteurs facilitants soient identifiés dans les écrits que nous avons retenus, certaines tendances se dégagent. Le processus d'identification et de classement des barrières et facteurs facilitants répertoriés a été facilité par l'utilisation du modèle de Cabana et al. (1999) selon les thèmes des connaissances, de l'attitude et du comportement. Au niveau des connaissances, nous avons constaté que les infirmières sont nombreuses à rapporter un manque de connaissances et d'habiletés. À cet effet, elles désirent avoir accès à des formations continues et ont identifié des sujets qu'elles aimeraient voir aborder, ainsi que des stratégies d'enseignement-apprentissage. En ce qui a trait à l'attitude, force est de constater que les infirmières rapportent un manque de sentiment d'efficacité, de la peur et ont l'impression que ce n'est pas leur rôle de s'occuper de ces patients. Il en résulte une attitude majoritairement négative des infirmières à l'égard des patients ayant un trouble de santé mentale qui conduit à de la stigmatisation. Finalement, les barrières et facteurs facilitant sous le thème du comportement sont reliées au manque de ressources, particulièrement en ce qui a trait au soutien. Les barrières et facteurs facilitants identifiés pour chacun de ces thèmes sont inter reliés. Entre autres, les infirmières ayant des connaissances et habiletés en santé mentale ont une attitude plus positive à l'égard de ces patients (van der Kluit et al., 2011). Par contre, selon van der Kluit et al. (2013) il n'y a qu'une légère différence, statistiquement significative mais entraînant peu de changements au niveau de la pratique clinique, entre l'attitude des infirmières ayant reçu

une formation additionnelle sur les habiletés en psychiatrie dans les cinq dernières années comparativement à celles qui n'en ont pas reçu. Par ailleurs, le fait de suivre une formation a un effet sur le sentiment d'efficacité personnelle et de confiance des infirmières (Reed et al., 2005). Il est important de tenir compte de cela, le sentiment de compétence étant le plus grand prédicteur de l'attitude (van der Kluit et al., 2013). De plus, il est intéressant de noter que les infirmières déclarant avoir une attitude positive envers ces patients rapportent tout de même avoir besoin de développer leurs connaissances et habiletés en santé mentale (Ross et al., 2009). Les infirmières sont également d'avis que la peur est entre autres influencée par le manque de connaissances (Ross et al., 2009), et rapportent avoir besoin de se sentir compétentes, soutenues et en sécurité (Reed et al., 2005). Nous prendrons en considération les barrières et facteurs facilitants répertoriés et utiliserons ce que les infirmières considèrent comme potentiellement facilitant pour identifier des interventions qui permettront de soutenir les infirmières dans l'appropriation de l'évaluation de la condition mentale des patients ayant un trouble de santé mentale. Les barrières et facteurs facilitants répertoriés sont présentés dans le tableau 2 à la page suivante.

Tableau 2 Résumé des barrières et facteurs facilitants répertoriés

Connaissances	
Barrières	Facteurs facilitants
<p>Manque de connaissances et d'habiletés concernant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'évaluation • Les interventions lors de détérioration de l'état mental • Les interventions aidantes pour les patients • L'identification des problèmes de ces patients • La compréhension des besoins et des comportements de ces patients <p>Expertise limitée Difficulté à communiquer avec les patients et leurs proches Préparation insuffisante lors des formations initiales</p>	<p>Accès à des formations demandé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sur les unités de soins • Accréditées • Nombreux sujets de formation identifiés <p>Soutien dans l'action</p>
Attitude	
Barrières	Facteurs facilitants
<p>Stigmatisation Perception négative des patients Sentiment de vulnérabilité Faible sentiment de compétence Peur</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perception de dangerosité de ces patients <p>Expérience antérieure négative Considération que ce n'est pas leur rôle</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Soutien • Assistance d'une équipe de santé mentale • Acquisition d'habiletés <p>Attitude positive à l'égard de ces patients Reconnaissance que ces patients ne reçoivent pas des bons soins et services Volonté d'aider pour que les droits de ces patients soient respectés Volonté de prodiguer des soins de qualité Expériences antérieures positives</p>
Comportement	
Barrières	Facteurs facilitants
<p>Manque de ressources Manque de soutien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personne à qui parler • Peu ou pas soutenues par leurs collègues ou leurs gestionnaires <p>Charge de travail élevée Peu de rétroaction sur les soins prodigués Manque de temps Priorisation des soins physiques Centrées sur la tâche Environnement non sécuritaire Utilisation d'intervention considérée efficace plutôt que sélection d'une intervention appropriée</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Équipe d'intervention • Rétroaction positive • Politiques organisationnelles claires • Présence d'une infirmière de liaison en santé mentale • Supervision clinique <p>Vision holistique Communication entre les quarts de travail Fréquence élevée de contact</p>

Proposition d'interventions

Les interventions proposées découlent de l'identification des barrières et facteurs facilitants répertoriés à la section précédente selon le modèle de Cabana et al. (1999). Ainsi, nous proposons des interventions pour le thème des connaissances, de l'attitude et du comportement. Tel que mentionné par Cabana et al. (1999), chacun des thèmes du modèle de modification du comportement doit être considéré dans la sélection des interventions afin d'améliorer les chances de modifier la pratique et de favoriser la pérennité de ce changement.

Connaissances

Les infirmières sont nombreuses à rapporter manquer de connaissances et d'habiletés en lien avec les problèmes de santé mentale, et désirent des formations sur le sujet. Elles rapportent que les formations sont peu nombreuses et difficilement accessibles, et aimeraient qu'elles soient accréditées, soient données sur les heures de travail, et idéalement sur leur lieu de travail. Clark et al. (2005) mentionnent qu'une formation devrait inclure entre autres la gestion de crise et les soins pour les maladies mentales aiguës. Dans l'étude de Atkin et al. (2005), ayant pour but d'identifier les besoins de formations des infirmières, celles-ci énumèrent les sujets suivants : problèmes de santé mentale les plus fréquents, détection précoce par la reconnaissance des signes et symptômes, utilisation et application d'outils de dépistage, traitement de la maladie mentale, incluant les comportements perturbateurs, prévention et traitement des incidents de violence, mode d'action et effets secondaires des psychotropes, et finalement aspect légal et législation de l'hôpital. Puisque les infirmières ont identifié leurs besoins de

formation, il faudra considérer ces sujets lors de l'élaboration de formations. Dans une étude portant sur les interventions pouvant modifier le comportement des cliniciens menée par King's Fund (2006), les auteurs rapportent qu'il est important d'identifier les besoins des personnes ciblées par une intervention de transfert de connaissances afin que celle-ci réponde aux besoins.

Dans une étude menée par Estabrooks, Chong, Brigidear et Profetto-McGrath (2005) auprès de 230 infirmières provenant de sept unités de soins dans le but de connaître les sources de connaissances préférées des infirmières, les auteurs rapportent que parmi les sources de connaissances préférées, les infirmières préfèrent se fier à ce que le patient leur dit ainsi qu'à leur expérience antérieure. La nature de l'expérience étant fortement prédictive de l'attitude, il convient donc d'identifier des interventions pouvant contribuer à rendre positive l'expérience de soin de patients ayant un trouble de santé mentale. Toutefois, certaines sources de connaissances utilisées aujourd'hui, telles que les réseaux sociaux ou les formations en ligne, ne faisaient pas partie de l'étude de Estabrooks et al. (2005). Nous retenons par contre qu'un peu plus de 50% des infirmières utilisent généralement plusieurs sources de connaissances, soit entre 6 et 10. Bien qu'il n'y ait pas de consensus sur l'utilisation d'une combinaison de stratégies de transfert de connaissances, nous considérons que l'utilisation d'interventions et de sources de connaissances variées favorisera le transfert de connaissances, ce qui est appuyé par Lemire, Souffez et Laurendeau (2009).

Attitude

Majoritairement, l'attitude des infirmières à l'égard des patients ayant un trouble de santé mentale est négative. Or, peu de facteurs facilitants ont été identifiés dans notre recension d'écrits en lien avec le thème de l'attitude. L'attitude négative des infirmières conduit à de la stigmatisation. La stigmatisation correspond à l'attitude d'une personne face à un groupe particulier, alors que la discrimination est reliée au comportement d'une personne à l'égard de ce groupe (Groupe provincial sur la stigmatisation et la discrimination en santé mentale [GPS-SM], 2014). Happell et Platania-Phung (2005) rapportent que la discrimination et la stigmatisation sont d'importantes barrières pour des soins de qualité. La stigmatisation ainsi que la discrimination constituent donc des barrières importantes pour les infirmières en lien avec l'évaluation de la condition mentale des patients avec trouble mental hospitalisés sur des unités de soins généraux. Par exemple, l'évitement constitue un des principaux comportements de discrimination (Corrigan, Morris, Michaels, Rafacz et Rüsçh, 2012), alors que la perception de dangerosité, qui est reliée à la peur pour sa propre sécurité, est l'élément le plus fréquemment rapporté (Rüsçh, Angermeyer et Corrigan, 2005). Tant la peur que l'évitement ont été mentionnés dans les écrits que nous avons retenus pour la recension. Il y a différents types de stigmatisation, soit la stigmatisation sociale, la stigmatisation structurelle et l'autostigmatisation. La stigmatisation est la principale cause de l'autostigmatisation, définie comme étant la perception négative de soi-même lorsque la personne stigmatisée retourne cette attitude contre elle-même. Il est donc important d'agir pour contrer la stigmatisation avant que celle-ci n'entraîne de l'autostigmatisation. Il est important de mentionner que la stigmatisation pousse parfois les patients à ne pas

dévoiler leurs antécédents ou diagnostics de santé mentale, ou encore à retarder la consultation, par crainte d'être jugés ou non considérés (Bricknell et al., 2009; Weiss, Ramakrishna et Somma, 2006). De plus, les patients sont souvent étiquetés car ils présentent des comportements qui ne correspondent pas à ceux attendus d'un patient malade (Happell et al., 2005). Lors d'une table ronde en lien avec la sécurité des patients et la santé mentale, le principal sujet de discussion a été la stigmatisation. Les intervenants présents, soixante-douze professionnels spécialistes soit de la sécurité des patients, soit de la santé mentale, ont suggéré les approches suivantes : sensibiliser par l'éducation, considérer la perspective des patients en lien avec leur expérience de stigmatisation et développer une stratégie ou des outils pour reconnaître les signes de stigmatisation (Bricknell et al., 2009). Ils rapportent que l'éducation, notamment dans le milieu de la santé, est un moyen efficace de contrer la stigmatisation. Par contre, les formations ou stratégies d'enseignement utilisées ne doivent pas être centrées sur le caractère physiopathologique des problèmes de santé mentale, ce qui pourrait renforcer la croyance que ces personnes sont différentes des autres et ainsi accentuer l'impression d'imprévisibilité et de dangerosité de ces patients (GPS-SM, 2014; Kvaale, Gottdiener et Haslam, 2013). Il convient donc d'identifier des interventions qui permettront de contrer la stigmatisation des patients ayant un trouble de santé mentale par les infirmières.

En 2014, le GPS-SM a publié un cadre de référence de lutte contre la stigmatisation et la discrimination associées aux problèmes de santé mentale dans lequel il propose trois axes d'interventions, des approches transversales ainsi que des cibles d'intervention. Les approches transversales correspondent à des moyens à utiliser, et celles qui sont proposées sont les suivantes : la participation des patients et des membres

de l'entourage avec ou sans formation associée; l'accent sur l'espoir, le rétablissement, l'appropriation du pouvoir, l'actualisation du potentiel, la participation citoyenne et l'inclusion sociale; la mobilisation des milieux et le transfert des connaissances; et l'évaluation des actions. Toutefois, le cadre de référence proposé par le GPS-SM ne précise pas l'efficacité de chacune des méthodes proposées ou de leur effet combiné. Finalement, les cibles d'intervention du cadre proposé par le GPS-SM sont des groupes de la population, dont les travailleurs de la santé, ce qui correspond aux cibles identifiées par la Commission de la santé mentale du Canada dans l'initiative «Changer les mentalités», le plus important programme de lutte contre la stigmatisation entrepris au Canada en 2009. De plus, Corrigan, Morris, Michaels, Rafacz et Rüsç (2012) rapportent que les programmes visant à contrer la stigmatisation doivent cibler les groupes qui, par leur rôle, peuvent influencer la stigmatisation, ce qui est également corroboré par Pinto-Foltz et Logsdon (2009). Cela s'explique entre autres par le fait que la stigmatisation est un construit social et est influencée par les valeurs et croyances de groupes et de populations (Overton et Medina, 2008). Donc, une intervention de lutte contre la stigmatisation sera plus efficace si elle s'adresse à une population spécifique. Une activité de lutte contre la stigmatisation s'adressant aux infirmières est donc pertinente. D'ailleurs, le plan d'action en santé mentale 2015-2020 (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2015) mentionne qu'il faut prendre action contre la stigmatisation. Par contre, ce plan d'action ne précise pas les interventions qui sont efficaces à cet effet.

De plus, bien que la présence de la stigmatisation soit reconnue chez les professionnels de la santé, incluant les infirmières, nos recherches ne nous ont pas permis d'identifier beaucoup d'études portant sur les interventions permettant de diminuer la

stigmatisation spécifiquement chez les infirmières. À cet effet, Pinto-Foltz et al. (2009) rapportent que peu d'infirmières font des recherches sur la stigmatisation de la maladie mentale, et encore moins sur les interventions permettant de la diminuer. Ces auteurs ajoutent que les infirmières ont une position privilégiée de confiance et de respect auprès de la population, et qu'elles pourraient utiliser cela pour contribuer davantage à la diminution de la stigmatisation. Par contre, Pinto-Foltz et al. (2009) ne mentionnent pas que certaines infirmières ont elles-mêmes une attitude de stigmatisation et des comportements discriminatoires à l'égard des patients ayant un trouble de santé mentale. Pinto-Foltz et al. (2009) ont répertorié les programmes et initiatives visant à combattre la stigmatisation et concluent que les stratégies de contact et d'éducation ont démontré leur efficacité à plusieurs reprises envers divers groupes cibles. Les stratégies de contact correspondent à la participation d'un patient ayant un trouble de santé mentale à des activités telles que l'élaboration et l'animation de formations.

Dans une méta-analyse de 72 articles portant sur les interventions visant à diminuer la stigmatisation du public envers les personnes ayant un trouble de santé mentale, Corrigan et al. (2012) rapportent que pour les adultes, les stratégies de contact, c'est-à-dire les interactions avec un patient ayant un trouble de santé mentale, donnent de meilleurs résultats que les interventions de formation. Les auteurs soumettent que cela pourrait s'expliquer par le fait que les croyances des adultes sont plus fermement établies ce qui expliquerait que l'éducation puisse amener des changements d'attitude moins importants. De plus, le contact réel serait plus efficace que les vidéos, et ce, tant pour les adultes que pour les adolescents. Toutefois, une étude randomisée menée par Clement et al. (2012) auprès de 216 étudiantes infirmières récemment diplômées a démontré que

l'utilisation de vidéos permet de diminuer la stigmatisation, tout en étant peu coûteuse. De plus, les résultats de cette étude ont également démontré une meilleure connaissance des étudiantes en lien avec le rétablissement des personnes ayant un trouble de santé mentale, ce qui est intéressant car cela correspond à une des approches transversales du cadre de référence proposé par le GPS-SM (2014). Toutefois, nous ne connaissons pas le contenu exact de la vidéo ayant été utilisé dans le cadre de l'étude. Aussi, nous ne pouvons présumer que l'utilisation de cette méthode modifiera d'emblée les croyances en lien avec le rétablissement des patients ayant un trouble de santé mentale. Il importe également de mentionner que le visionnement de vidéo n'a pas engendré les mêmes émotions que lors d'un contact réel : le groupe ayant visionné les vidéos a ressenti plus de tristesse, alors qu'espoir, choc, motivation et surprise ont été ressentis par le groupe ayant eu un contact réel avec un patient ayant un trouble de santé mentale. Nous émettons l'hypothèse que le visionnement d'une vidéo, combiné avec une intervention de pratique réflexive ou de discussion sous forme de séminaire, puisse être plus efficace que le seul visionnement d'une vidéo. Le GPS-SM cite d'ailleurs quelques initiatives entreprises au Québec concernant la lutte à la stigmatisation et a abordé sommairement le projet Clé 56, que nous avons consulté. Ce projet a pris naissance à l'Institut Universitaire de Santé Mentale de Montréal suite à l'initiative d'une psychiatre. Un jeune cinéaste a obtenu la clé 56, permettant d'ouvrir toute les portes de l'hôpital Louis-Hippolyte Lafontaine (aujourd'hui devenu l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal). Il en a résulté six capsules vidéo d'une durée d'environ cinq minutes chacune, dont le but est de diminuer la stigmatisation. Ces vidéos sont accessibles sur le site internet de l'Institut. Aucun résultat concernant l'efficacité de cette méthode n'est toutefois disponible.

Finalement, la qualité de l'expérience, c'est-à-dire qu'elle soit positive ou négative, a une influence sur de nombreuses barrières telles que la peur et l'attitude négative. Les stratégies de contact peuvent contribuer à créer une expérience positive, ce qui, tel que mentionné plus haut, entraînera probablement une attitude positive des infirmières à l'égard des patients ayant un trouble de santé mentale ainsi qu'une diminution de la stigmatisation (Rüsch, Angermeyer et Corrigan, 2005).

Comportement

Par ailleurs, en ce qui concerne les barrières répertoriées sous le thème du comportement, de nombreuses études ont rapporté que les infirmières considèrent que les formations sont peu accessibles. Or, peu de précisions sont apportées concernant ce qu'elles considèrent comme étant accessible. Dans une étude qualitative de Happell, Scott, Nankivell et Platania-Phung (2013) menée auprès de 38 infirmières exerçant en santé mentale pour identifier leurs besoins de formations en lien avec les soins de santé physique, celles-ci ont mentionné vouloir de la flexibilité dans le développement et la tenue des formations. Elles préfèrent également les formations en présentiel, considérant que cela permet de meilleurs échanges, facilitant ainsi les apprentissages. Les infirmières rapportent également que les horaires stricts pour les formations ne sont pas possibles, car elles ne peuvent pas toujours se libérer de leurs tâches, en lien avec l'imprévisibilité de ce qui peut se passer sur les unités de soins. Or, nous avons identifié parmi les facteurs facilitants que les infirmières aimeraient des formations sur leurs unités de soins. Les infirmières admettent que les formations en ligne sont plus accessibles, mais ne peuvent toujours être complétées sur les heures de travail, pour les mêmes raisons, et considèrent qu'elles doivent être libérées de leurs tâches habituelles pour pouvoir suivre une

formation (Happell et al., 2013). Elles mentionnent que les formations en ligne sont une option intéressante, mais rapportent que cela devrait être complémentaire à une formation en présentiel et non pas la remplacer. Les infirmières ont également mentionné l'importance de l'engagement organisationnel : elles rapportent qu'il est impératif que l'organisation soutienne le rôle attendu des infirmières en lien avec l'évaluation de la condition mentale des patients, ce qui favorisera le maintien de cette activité. Donc, une orientation claire des organisations est nécessaire pour favoriser l'appropriation, par les infirmières, de l'évaluation de la condition mentale des patients. De plus, les infirmières considèrent également que les conférences sont une bonne source d'apprentissage, mais que si le contenu véhiculé n'est pas soutenu par l'organisation, la volonté et la motivation de modifier leur pratique s'amenuise peu à peu, pour finir par disparaître quelques mois plus tard (Happell et al., 2013).

Ensuite, nous avons identifié que le manque de soutien est une des barrières les plus fréquemment rapportée. Bien que le type de soutien désiré par les infirmières ne soit pas toujours précisé, le manque de soutien ou d'accessibilité à une équipe de psychiatrie ou à une infirmière ayant une expertise en santé mentale a été mentionné dans plusieurs des articles retenus. Le plan d'action en santé mentale 2015-2020 (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2015) parle de professionnel répondant, soit quelqu'un qui a une expertise dans le domaine et qui travaille dans un établissement donnant des soins et services en santé mentale. Ce professionnel répondant offre du soutien à différents niveaux, tel que formation et participation aux rencontres cliniques. Ensuite, un des principes directeurs du Plan d'action en santé mentale 2015-2020 (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2015) consiste en l'application de pratiques collaboratives, ce

qui pourrait permettre l'amélioration de la qualité des soins et services offerts, de la performance du système de santé et des résultats cliniques. Les pratiques collaboratives consistent en la collaboration de divers acteurs, dont le patient-partenaire de soins ainsi les proches aidants. Par ailleurs, la participation d'un patient contribuera à contrer la stigmatisation des patients ayant un trouble de santé mentale, ce qui aura un effet sur l'attitude des infirmières à l'égard de cette clientèle. Le plan d'action en santé mentale 2015-2020 (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2015) encourage également une approche orientée vers le rétablissement. Une formation ou des actions orientées vers le rétablissement favoriseront une attitude plus positive des infirmières à l'égard de cette clientèle. Finalement, le plan d'action recommande aussi de promouvoir et soutenir les bonnes pratiques en utilisant la supervision clinique, ce qui était également souhaité par les infirmières dans les articles.

Les infirmières considèrent également que l'environnement des unités de soins physiques n'est pas sécuritaire pour le soin des patients ayant un trouble de santé mentale. Toutefois, la perception des infirmières face à l'environnement jugé non sécuritaire est associée à la perception de dangerosité et d'imprévisibilité des patients ainsi qu'au manque de connaissances. Il sera donc important d'intégrer dans les formations les principes de base d'une approche sécuritaire.

Finalement, la qualité ou la nature de l'expérience vécue avec ces patients influence grandement l'attitude des infirmières à l'égard de ceux-ci. Ainsi, il convient de mettre en place une intervention favorisant une expérience positive des infirmières lorsqu'elles s'occupent d'un patient ayant un trouble de santé mentale. De plus, les infirmières désirent du soutien et certaines ont mentionné l'importance d'un modèle de

rôle. Des périodes d'accompagnement dans l'action par du personnel d'encadrement (monitrices clinique ou conseillères en soins infirmiers, par exemple) pourraient contribuer à créer des expériences positives des infirmières dans le soin de ces patients, et entraîner une attitude plus positive. Les infirmières ont également mentionné qu'elles considèrent important de recevoir de la rétroaction sur les soins qu'elles prodiguent à ces patients, mais qu'elles n'en reçoivent que peu et que celle-ci est majoritairement négative. Il est donc important que le personnel qui sera impliqué dans les périodes d'accompagnement clinique fasse une rétroaction positive et constructive auprès des infirmières.

Puisque des barrières ont été identifiées pour le thème des connaissances, de l'attitude ainsi que du comportement, nous proposons une intervention dite multimodale, c'est-à-dire comportant plusieurs activités de transfert de connaissances, afin de prendre en considération l'ensemble des barrières et facteurs facilitants que nous avons répertoriés (King's Fund, 2006). D'ailleurs, Grimshaw et al. (2004) et King's Fund (2006) rapportent qu'une approche multimodale est appropriée lorsque de nombreuses barrières ont été identifiées. Afin de permettre aux différents milieux de soins d'adapter les interventions que nous proposons à leur contexte, leur réalité clinique et à leurs modes de fonctionnement habituel, celles-ci sont volontairement formulées de façon générale.

En considérant les résultats des écrits consultés, ainsi que les assises disciplinaires auxquelles nous nous identifions, le cadre de référence que nous avons choisi et en tenant compte du contexte actuel d'un système de santé en pleine réforme et où l'économie de ressources occupe une place prépondérante, nous retenons les interventions suivantes pour soutenir les infirmières dans l'appropriation de l'évaluation de la condition

mentale de la clientèle adulte avec trouble mental hospitalisée sur des unités de soins physiques:

- Élaborer, conjointement avec un patient, une formation portant sur l'évaluation de la condition mentale de la clientèle adulte qui répondra aux besoins des infirmières en respectant les principes suivants :
 - o Éviter le caractère physiopathologique de la maladie
 - o Mettre l'accent sur l'espoir et le rétablissement
 - o Utiliser une stratégie de contact en animant cette formation conjointement avec un patient
 - o Faire accréditer la formation
 - o Animer la formation sur le lieu de travail des infirmières
 - o Libérer les infirmières de leurs tâches au moment de la formation
- Intégrer des périodes d'accompagnement clinique planifiées et ponctuelles par des personnes ressources sur les unités de soins
- Se doter d'une politique organisationnelle claire concernant le rôle attendu de l'infirmière dans le soin aux patients ayant un trouble de santé mentale

L'élaboration d'une formation permet de répondre aux besoins rapportés par les infirmières concernant les barrières du thème connaissances. En considérant qu'il ne faut pas aborder le caractère physiopathologique de la maladie, cela tient compte d'une barrière du thème attitude, soit la stigmatisation. L'implication d'un patient dans l'élaboration et l'animation d'une formation contribuera également à contrer la stigmatisation. Le fait de rendre disponible une formation sur le lieu de travail répond à une barrière sous le thème du comportement, soit le manque de ressources, et les périodes

d'accompagnement cliniques planifiées et ponctuelles agira sur le manque de soutien rapporté par les infirmières. Finalement, une prise de position claire par les organisations sur le rôle attendu de l'infirmière dans le soin aux patients ayant un trouble de santé mentale contribuera à contrer la priorisation des soins physiques, tout en favorisant une vision holistique et un changement de culture. Le changement dans la structure et la gestion des organisations influence également le comportement des individus (King's Fund, 2006). Puisque les barrières et facteurs facilitant répertoriés sont inter reliés, l'ensemble des interventions proposées devra être appliqué afin d'optimiser les chances de modifier le comportement des infirmières et ainsi de soutenir ces dernières dans l'appropriation de l'évaluation de la condition mentale de la clientèle adulte avec trouble de santé mentale hospitalisée sur des unités de soins physiques.

Surveillance de l'utilisation des connaissances

La prochaine étape du modèle d'application des connaissances *Knowledge-to-Action* consiste respectivement à surveiller l'utilisation des connaissances. Dans un article explicitant les méthodes d'évaluation de l'utilisation des connaissances et des résultats de cette utilisation, Straus, Tetroe, Graham, Zwarenstein, Bhattacharyya et Shepperd (2010) proposent des méthodes d'évaluation reliées au type d'utilisation des connaissances. Ces auteurs rapportent que les types d'utilisation de connaissances sont les suivants : utilisation conceptuelle, visant un changement dans les connaissances, la compréhension ainsi que l'attitude; utilisation instrumentale, visant l'utilisation concrète des connaissances et un changement de comportement ou de pratique; et utilisation persuasive, aussi appelée stratégique ou symbolique, visant à utiliser les connaissances pour amener des changements politiques (Straus et al., 2010). Straus et al. (2010)

mentionnent que l'identification du type d'utilisation des connaissances est nécessaire afin de déterminer la méthode et l'étendue de l'utilisation des connaissances. Les interventions que nous proposons font appel à une utilisation conceptuelle et instrumentale des connaissances. De nombreuses méthodes d'évaluation de l'utilisation des connaissances sont possibles, bien qu'elles soient plus nombreuses pour l'utilisation instrumentale des connaissances. Finalement, Straus et al. (2010) rapportent que des méthodes rigoureuses, tant qualitatives que quantitatives, doivent être utilisées pour évaluer l'utilisation des connaissances.

Au niveau de l'amélioration des connaissances et habiletés des infirmières, les méthodes de vérification possibles sont les questionnaires et les entrevues. Puisque nous recommandons que les formations soient accréditées et que des méthodes d'évaluation des apprentissages sont requises pour obtenir l'accréditation, un questionnaire distribué à la fin des formations pourrait permettre de valider les connaissances des infirmières. Pour ce qui est des changements au niveau de l'attitude, la présence de stigmatisation ou de comportements discriminatoires pourrait être observée lors des périodes d'accompagnement clinique. Il est également important de vérifier comment les patients et leurs proches ont perçu la relation avec le personnel infirmier en cours d'hospitalisation. L'administration d'un questionnaire au moment du congé ou une relance téléphonique pourraient être utilisées. Afin de mesurer l'utilisation instrumentale des connaissances, il faudra vérifier lors des périodes d'accompagnement clinique l'évaluation effective de la condition mentale des patients par les infirmières. Finalement, les personnes ressources qui procéderont à l'accompagnement clinique pourront

également valider les habiletés des infirmières à procéder à l'évaluation de la condition mentale de la clientèle adulte avec trouble mental.

Évaluation des résultats

La dernière étape du modèle Knowledge-to-Action consiste à évaluer les résultats de l'intervention de transfert de connaissances. Le but des interventions proposées étant de soutenir les infirmières dans l'appropriation de l'évaluation de la condition mentale de la clientèle adulte hospitalisée sur des unités de soins physique, il importe de vérifier si les infirmières procèdent à l'évaluation de la condition mentale. Cela pourra être validé par les personnes ressources lors des périodes d'accompagnement clinique. La consultation des notes au dossier et des Plans Thérapeutiques Infirmier (PTI) pourrait également permettre de vérifier si les infirmières procèdent à l'évaluation de la condition mentale.

Par ailleurs, les résultats attendus sont directement reliés au type d'utilisation des connaissances visées (Straus et al., 2010). Ainsi, la surveillance de l'utilisation des connaissances permettra d'identifier les barrières devant être considérées davantage selon les thèmes du modèle de Cabana et al. (1999). De plus, nous avons identifié en début de travail que la difficile appropriation par les infirmières de l'évaluation de la condition mentale des patients avec trouble mental a des conséquences sur les patients, les infirmières et les organisations. Il convient donc d'évaluer les résultats des interventions proposées en considérant les effets de celles-ci sur ces trois éléments. Pour les patients, il faudra donc considérer la diminution des événements indésirables tels que les fugues, les tentatives de suicide et les agressions et leur satisfaction des soins reçus afin de valider

l'absence de stigmatisation et d'attitude déshumanisante. Pour les infirmières, il sera important de considérer leur satisfaction au travail, leur niveau d'anxiété, leur sentiment de soutien/de compétence, leur perception de la charge de travail et la rétroaction reçue de la part des patients et de leurs collègues. Ces éléments pourront être vérifiés par questionnaires ou entrevues. Finalement, pour les organisations, la diminution de la durée moyenne de séjour pour la clientèle adulte avec trouble mental hospitalisée sur des unités de soins physiques ainsi que la diminution des coûts pourront être des indicateurs de résultat.

Soutien de l'utilisation des connaissances

La dernière étape du modèle *Knowledge-to-Action* consiste à identifier les moyens susceptibles de soutenir l'utilisation des connaissances afin de favoriser la pérennité du changement de pratique. Nous proposons donc d'inclure un contenu en lien avec l'évaluation de la condition mentale de la clientèle dans les formations à l'embauche du personnel infirmier. Bien que la participation d'un patient lors de ces formations serait souhaitable, la fréquence et le nombre d'entrées de personnel infirmier étant souvent important, cela générerait des coûts élevés ainsi que des conflits d'horaire entre les différentes présentations. Puisque l'utilisation de vidéo produit des résultats similaires aux stratégies de contact réel avec un patient selon Clement et al (2012), nous considérons que cela constitue une alternative acceptable. Il serait intéressant que le visionnement de vidéo soit suivi d'une période de réflexion et de discussion. Finalement, Straus et al. (2010) rapportent que l'utilisation d'indicateurs de qualité permet de valider l'utilisation instrumentale des connaissances. L'intégration des indicateurs précédemment

nommées dans le calendrier d'audit annuel permettra de s'assurer du maintien de l'utilisation des connaissances et d'intervenir selon les difficultés rencontrées.

Retombées potentielles pour la pratique infirmière

Pour la clinique

En début de travail, nous avons mentionné que la difficile appropriation de l'évaluation de la condition mentale par les infirmières entraînait des conséquences pour les patients, les infirmières et les organisations. Nous avons donc identifié les possibles retombées des interventions proposées en lien avec les patients, les infirmières et les organisations.

L'identification d'interventions visant à soutenir les infirmières dans l'appropriation de l'évaluation systématique de la condition mentale de la clientèle adulte avec trouble mental hospitalisée sur des unités de soins physiques oriente l'accompagnement offert aux infirmières par les organisations. Si ces interventions étaient appliquées, cela pourrait permettre aux infirmières exerçant leur profession sur des unités de soins généraux d'améliorer ou de développer leurs compétences et habiletés à procéder à l'évaluation de la condition mentale, et ainsi mieux répondre aux besoins de cette clientèle. Par le fait même, cela pourrait avoir pour effet de diminuer la pression et le stress vécus par les infirmières tout en augmentant la qualité des soins (Happell et Platania-Phung, 2005). Il est également probable que l'opérationnalisation des interventions proposées contribue à diminuer la peur et l'appréhension ressenties par les infirmières face à cette clientèle. Nous croyons également que cela encouragera une vision holistique du patient, où l'état mental sera considéré lors de l'évaluation des

patients, ce qui améliorera le sentiment de satisfaction professionnelle des infirmières. Par ailleurs, l'utilisation d'un cadre de référence tenant compte des barrières et facilitateurs a permis la proposition d'interventions cohérentes avec les besoins des infirmières, et donc significatives pour celles-ci, ce qui augmente les chances de réussite. De plus, l'évaluation systématique de la condition mentale des patients par les infirmières facilitera l'identification précoce d'un changement de l'état mental ainsi que la prévention de complications pour les patients, ce qui pourrait résulter en une prestation plus sécuritaire des soins et services et en une diminution de la durée de séjour et des coûts qui y sont associés. Par ailleurs, l'utilisation du modèle *Knowledge-to-Action* a entraîné des recommandations pour surveiller l'utilisation des connaissances, évaluer les résultats et pour soutenir l'application des connaissances, ce qui sera utile aux organisations ainsi qu'au personnel d'encadrement clinique.

Selon Bowers, Simpson et Alexander (2005), cités dans Bricknell et al. (2009), les incidents liés à la sécurité des patients sont directement reliés à la capacité des professionnels à contrôler leur peur, leurs comportements et leur attitude. De plus, les préjugés des professionnels de la santé peuvent conduire ces derniers à sous-estimer l'ampleur d'un problème rapporté et à ne pas tenir compte des plaintes et inquiétudes des patients ayant un trouble de santé mentale. Les interventions que nous proposons favoriseront une attitude plus positive des infirmières et les sensibiliseront à la réalité vécue par les patients ayant un trouble de santé mentale, ce qui favorisera l'identification précoce, par les infirmières, d'un changement dans la condition mentale des patients et la prise au sérieux de leurs inquiétudes. Cela pourrait donc entraîner une diminution du nombre d'évènements indésirables et de la durée moyenne de séjour de cette clientèle.

Par ailleurs, nous n'écartons pas la possibilité que les interventions proposées puissent contribuer à diminuer l'autostigmatisation de certains patients ayant un trouble de santé mentale hospitalisés en soins généraux.

Finalement, l'intégration du visionnement de vidéo suivi d'une période de discussion lors de l'orientation à l'embauche du personnel infirmier contribuera à amorcer un changement de culture organisationnelle tout en sensibilisant les candidates infirmières et les infirmières nouvellement embauchées aux conséquences de la stigmatisation et de la discrimination.

Pour la recherche

La revue des écrits que nous avons mené nous a permis d'identifier des sujets de recherches possibles qui seraient intéressants et permettraient de faire avancer l'état des connaissances sur le sujet.

D'abord, il serait intéressant de mesurer objectivement l'état des connaissances et habiletés en santé mentale des infirmières exerçant sur les unités de médecine ou chirurgie afin de distinguer le manque de connaissance du sentiment d'efficacité personnelle. Pour ce faire, il serait intéressant de vérifier auprès des infirmières si le besoin de formation et le manque de connaissances demeure aussi important après l'utilisation d'une stratégie de contact avec un patient ayant un trouble de santé mentale. Afin de vérifier l'efficacité d'une formation et/ou du soutien clinique, une étude comparative avec un groupe contrôle ayant pour but de valider l'état des connaissances et habiletés et le sentiment d'efficacité personnelle des infirmières pourrait être envisagée. Il faudra pour ce faire mesurer les indicateurs avant et après les interventions en reprenant

les thèmes du modèle de Cabana et al. (1999), soit connaissances, attitude et comportement afin de valider la présence d'un changement après les interventions mises en place.

Dans un autre ordre d'idée, une des études que nous avons intégrées dans la recension d'écrits faisait état de la difficulté éprouvée par les infirmières dans la communication avec les proches des patients ayant un trouble de santé mentale. Il serait donc non seulement intéressant mais également fort pertinent de documenter davantage cette difficulté rapportée par les infirmières, en considérant également l'expérience vécue par les proches.

Finalement, nous n'avons pas identifié d'études portant sur l'autostigmatisation, Il serait intéressant non seulement de vérifier le taux d'autostigmatisation chez les patients et leurs proches, mais également de mesurer l'effet des interventions visant à contrer la stigmatisation chez les professionnels de la santé sur l'autostigmatisation des patients.

Conclusion

Bien que les infirmières doivent procéder à l'évaluation de la condition mentale des patients, celles-ci ne le font que peu ou pas. L'utilisation d'un modèle de transfert de connaissances ainsi que la considération de la perspective des infirmières nous a permis de comprendre les raisons sous-tendant cette difficile appropriation, et ainsi d'identifier des interventions tenant compte des barrières et facteurs facilitants répertoriés. Ainsi, nous avons identifié des barrières liées au manque de connaissances, à l'attitude négative, la peur et la vulnérabilité des infirmières à l'égard des patients ayant un trouble de santé mentale, tout comme au manque de ressources, de temps et de soutien lorsque

les infirmières s'occupent de cette clientèle. Par contre, il a été possible de constater que les infirmières désirent des formations et du soutien afin d'acquérir et développer leurs habiletés, et aimeraient bénéficier de supervision clinique et de rétroaction lorsqu'elles s'occupent d'un patient ayant un trouble de santé mentale. Les étapes du modèle utilisé nous ont permis de proposer des interventions de transfert de connaissances prenant en considération les barrières et facteurs facilitants répertoriés, ainsi que des pistes pour soutenir l'utilisation des connaissances, évaluer les résultats et maintenir l'utilisation des connaissances. Finalement, la revue des écrits que nous avons menée nous a permis d'identifier de nombreuses retombées potentielles pour la clinique et des sujets novateurs pour la recherche infirmière.

Références

- Altmann, T. K. (2008). Attitude : A Concept Analysis. *Nursing Forum*, 43(3), 144-150.
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (5^e éd.; traduit par M.-A. Crocq et J. D. Guelfi)*. Paris, France : Masson.
- Association des Infirmières et Infirmiers Autorisés de l'Ontario, (2012). Trousse : Mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires deuxième édition. Ontario. Association des Infirmières et Infirmiers Autorisés de l'Ontario.
- Atkin, K., Holmes, J. & Martin, C. (2005). Provision of care for older people with co-morbid mental illness in general hospitals: general nurses' perceptions of their training needs. *International Journal of geriatric psychiatry*, 20, 1081-1083. doi: 10.1002/gps.1414
- Bricknell, T. A., Nichols, T. L., Procyshyn, R. M., McLean, C. M. A., Dempster, R. J., Lavoie, J. A. A.,... Wang, E. (2009). La sécurité des patients et la santé mentale. Edmonton, Alberta : Institut canadien pour la sécurité des patients. Association des hôpitaux de l'Ontario.
- Cabana, M. D., Rand, C. S., Powe, N. R., Wu, A. W., Wilson, M. H., Abboud, P-A. C. & Rubin, H. R. (1999). Why Don't Physicians Follow Clinical Practice Guidelines? *Journal of American Medical Association*, 282(15), 1458-1465.
- Canadian Federation of Mental Health Nurses (2014). Canadian Standards for Psychiatric-Mental Health Nursing (4e ed). Repéré à <http://cfmhn.ca/sites/cfmhn.ca/files/212922-CFMHN-standards-rv-3a.pdf>
- Cara, C. (2010). Explorer les fondements théoriques du caring dans la pratique infirmière. Dans G. Beauchemin (Ed.), *Soins infirmiers généraux (3^e éd., Vol. 1, pp. 84-99)*. Canada : Chenelière Éducation.
- Cara, C., Roy, M., Thibault, L., Alderson, M., Beauchamp, J., Casimir, M. (...) & Robinette, L. (2015). Modèle humaniste des soins infirmiers - UdeM. Synopsis du Modèle pour son opérationnalisation. Montréal, Québec: Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal.
- Chapados, C., Larue, C., Pharand, D., Charland, S., Charlin, B. (2011). L'infirmière et l'évaluation de la santé Où en sommes-nous? La formation actuelle permet-elle à l'infirmière d'effectuer une évaluation adéquate de la santé physique et mentale? *Perspective infirmière*, 8(5), 18-22.
- Charles, J. L. K. (2013). Mental health provider-based stigma : understanding the experience of clients and families. *Social work in mental health*, 11(4), 360-375. doi: 10.1080/15332985.2013.775998

- Clark, C., Parker, E. & Gould, T. (2005). Rural generalist nurses' perceptions of the effectiveness of their therapeutic interventions for patients with mental illness. *Australian Journal of Rural Health, 13*, 205-213.
- Clement, S., van Nieuwenhuizen, A., Kassam, A., Flach, C., Lazarus, A., de Castro, M. ..., Thornicroft, G. (2012). Filmed vs live social contact interventions to reduce stigma: randomised control trial. *The british journal of psychiatry, 201*, 57-64. doi: 10.1192/bjp.bp.111.093120
- Cloutier, L. et Leclerc, C. (2011). L'évaluation de la condition mentale : Comment allez-vous aujourd'hui?. *Perspective Infirmière, Mars-Avril*, 29-31.
- Comité d'experts sur la pratique infirmière en santé mentale et en soins psychiatriques. (2009). *La pratique infirmière en santé mentale une contribution essentielle à consolider*. Montréal, Québec. Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec.
- Corrigan, P. W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D. & Rüsçh, N. (2012). Challenging the public stigma of mental illness: A meta-analysis of outcomes studies. *Psychiatric Services, 63*(10), 963-973. doi: 10.1176/appi.ps.005292011
- Durand, S., Laflamme, F., et D'Anjou, H. (2013). Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières, 2^e éd. Repéré à <http://www.oiiq.org/sites/default/files/1389GuideExerciceInfirmier.pdf>
- Estabrooks, C. A., Chong, H., Brigidear, K. & Profetto-McGrath, J. (2005). Profiling Canadian Nurses' Preferred Knowledge Sources for Clinical Practice. *Canadian Journal of Nursing Research, 37*(2), 118-140.
- Girard, F., et Cara, C. Modèle humaniste des soins infirmiers – UdeM. Université de Montréal, *Faculté des sciences infirmières*. Montréal.
- Gravel, K., Légaré, F. & Graham, I. D. (2006). Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice : A systematic review of health professionals' perceptions. *Implementation Science, 1*(16). doi: 10.1186/1748-5908-1-16
- Graham, I. D., Logan, J., B., Harrison, M. B., Straus, S. E., Tetroe, J., Caswell, W. et Robinson, W. (2006). Lost in knowledge translation : Time for a map? *Journal of continuing education in the health professions, 26*(1), 13-24. doi: 10.1002/chp.47
- Graham, I. D., Tetroe, J., et Knowledge Translation Theories Research Group (2007). Some theoretical underpinnings of Knowledge Translation. *Academic emergency medicine, 14*(11), 936-941. doi: 10.1197/j.aem.2007.07.004

- Grimshaw, J., Thomas, R., MacLennan, G., Fraser, C., Ramsay, CR., Vale, L., . . . , Donaldson, C. (2004). Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technology Assessment*, 8(6).
- Groupe provincial sur la stigmatisation et la discrimination en santé mentale, (2014). *La lutte contre la stigmatisation et la discrimination associées aux problèmes de santé mentale au Québec – Cadre de référence*. Québec. Association québécoise pour la réadaptation psychosociale.
- Guay, M.-C. (2012, 8 juillet). L'hôpital Maisonneuve-Rosemont enquêtera sur la mort d'un patient. *Ici Radio-Canada*. Repéré à <http://ici.radio-canada.ca/regions/Montreal/2012/07/08/003-chute-hopital-maisonneuve-rosemont.shtml>
- Happell, B., & Platania-Phung, C. (2005). Mental health issues within the general health care system: implications for the nursing profession. *Australian journal of advanced nursing*, 22(3), 41-47.
- Happell, B., Welch, T., Moxham, L. & Byrne, L. (2013). Keeping the flame alight: Understanding and enhancing interest in mental health nursing as a career. *Archives of psychiatric nursing*, 27, 161-165.
- Happell, B., Scott, D., Nankivell, J. & Platania-Phung, C. (2013). Nurses' Views on Training Needs to Increase Provision of Primary Care for Consumers With Serious Mental Illness. *Perspectives in Psychiatric Care*, 49,210-217. Doi: 10.1111/j.1744-6163.2012.00351.x
- Harrison, A. & Zohhadi, S. (2005). Professional influences on the provision of mental health care for older people within a general hospital ward. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, 472-480.
- Harrison, A. & Brandling, J. (2009). Improving mental health care for older people within a general hospital in the UK. *Nursing and Health Sciences*, 11, 293-300.
- King's Fund. (2006). *Interventions that change clinician behaviour: mapping the literature*: King's Fund.
- Kvaale, E. P., Gottdiener, W. H. & Haslam, N. (2013). Biogenetic explanations and stigma : A meta-analytic review of associations among lay people. *Social science & medicine*, 96, 95-103. doi:10.1016/j.socscimed.2013.07.017
- Leclerc, C. (2002). L'état mental. Dans M. Brûlé et L. Cloutier (dir.), *L'examen clinique dans la pratique infirmière* (p.87-105). Saint-Laurent : Éditions du Renouveau Pédagogique.

- Légaré, F., Ratté, S., Gravel, K. & Graham, I. D. (2008). Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice : Update of a systematic review of health professionals' perceptions. *Patient Education and Counselling*, 73, 526-535. doi: 10.1016/j.pec.2008.07.018
- Lemire, N., Souffez, K., & Laurendeau, M.-C. (2009). Animer un processus de transfert des connaissances : Bilan des connaissances et outils d'animation.
- Loiselle, C. G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières. Approches quantitatives et qualitatives*. Adaptation française de Polit et Beck. Montréal, Québec : ERPI.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2015). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020 : Faire ensemble et autrement*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-914-04W.pdf>
- Pepin, J., Kerouac, S., & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière*. 3e édition. Chenelière Éducation. Montréal.
- Poggenpoel, M., Myburgh, C. P. H. & Morare, M. N. (2011). Registered nurses' experiences of interaction with patients with mental health challenges in medical wards in Johannesburg. *Journal of Nursing Management*, 19, 950-958. doi: 10.1111/j.1365-2834.2011.01300.x
- Puntill, C., York, J., Limandri, B., Greene P., Arauz, E., & Hobbs, D. (2013). Competency-based training for PMH nurse generalists: Inpatient intervention and prevention of suicide. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 19(4), 205-210. doi: 10.1177/1078390313496275
- Reed, F. & Fitzgerald, L. (2005). The mixed attitudes of nurse's to caring for people with mental illness in a rural general hospital. *International Journal of Mental Health Nursing*, 14, 249-257.
- Ross, C. A. & Goldner, M. E. (2009). Stigma, negative attitude and discrimination towards mental illness within the nursing profession: a review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, 558-567. doi: 10.1111/j.1365-2850.2009.01399.x
- Rüsch, N., Angermeyer, M. C. & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20, 529-539. doi: 10.1016/j.eurpsy.2005.04.004
- Sharrock, J. & Happell, B. (2006). Competence in providing mental health care: A grounded theory analysis of nurses' experiences. *Australian journal of advanced nursing*, 24(2), 9-15.

- Statistique Canada (2011). *La comorbidité mentale et la mesure dans laquelle elle entraîne une augmentation du recours aux services dispensés dans les hôpitaux de soins de courte durée*, (publoication n° 82-622-X n°006). Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-622-x/82-622-x2011006-fra.pdf>
- Straus, S. E., Tetroe, J., & Graham, I. D. (2009). Defining knowledge translation. *Canadian Medical Association Journal*, 181(3-4), 165-168.
- Straus, S. E., Tetroe, J., & Graham, I. D. (2011). Knowledge translation is the use of knowledge in health care decision making. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64, 6-10.
- Straus, S. E., Tetroe, J., Graham, I., Zwarenstein, M., Bhattacharyya, O. & Shepperd, S. (2010). Monitoring use of knowledge and evaluating outcomes. *Canadian Medical Association Journal*, 182(2), E94-E98. doi: 10.1503/cmaj.081335
- Sudsawad, P. (2007). Knowledge translation: Introduction to models, strategies and measures. Austin, Texas: Southwest Educational Development Laboratory, National Center for the Dissemination of Disability Research.
- Truchon, S. (2013). L'évaluation clinique: cet incontournable. Repéré à <http://www.infoiiq.org/chronique-deonto/evaluation-clinique-cet-incontournable/2013>
- van der Kluit, M. J., Goossens, P. J. J. (2011). Factors influencing attitudes of nurses in general health care toward patients with comorbid mental illness: Integrative literature review. *Issues in mental health nursing*, 32, 519-527.
- van der Kluit, M. J., Goossens, P. J. J. & Leeuw, J. R. J. (2013). Attitude disentangled: A cross-sectional study into the factors underlying attitudes of nurses in Dutch rehabilitation centers toward patients with comorbid mental illness. *Issues in Mental Health Nursing*, 34, 124-132. doi: 10.3109/01612840.2012.733906
- Veilleux-Turcotte, P. & Parent D. (2012, 8 juillet). Un patient se jette du 9^e étage. *Canoë.ca*. Repéré à <http://fr.canoe.ca/infos/societe/archives/2012/07/20120708-115059.html>
- Weiss, M. G., Ramakrishna, J., & Somma, D. (2006). Health-related stigma: Rethinking concepts and interventions. *Psychology, Health & Medicine*, 11(3), 277-287. doi: 10.1080/13548500600595053
- Woolf, S. H. (1993). Practice Guidelines: A new Reality in Medicine III. Impact on Patient Care. *Archives of Internal Medicine*, 153, 2646-2655.
- Zolnierek, C. D. (2009). Non-psychiatric hospitalization of people with mental illness: systematic review. *Journal of advanced nursing*, 65(8), 1570-1583. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05044.x

Zolnierek, C. D. & Clingerman, E. M. (2012). A medical-surgical nurse's perceptions of caring for a person with severe mental illness. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 18(4), 226-235. doi: 10.1177/1078390312446223

Annexe 1

Modèle de modification de comportement (Woolf, 1993), tiré de Cabana et al. (1999)

