

L'infirmière psychiatrique, leader de l'équipe multidisciplinaire

Étude de cas, Hôpital Montfort, 1976-2002

Silvia Maria Valentina Moya

Numéro 9, 2018

Santé mentale des jeunes des communautés de langue officielle en situation minoritaire (CLOSM) au Canada : l'état des lieux
Youth Mental Health in Official Language Minority Communities (OLMCs) in Canada: Situation Analysis

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1043505ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1043505ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques / Canadian Institute for Research on Linguistic Minorities

ISSN

1927-8632 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Valentina Moya, S. M. (2018). L'infirmière psychiatrique, leader de l'équipe multidisciplinaire : étude de cas, Hôpital Montfort, 1976-2002. *Minorités linguistiques et société / Linguistic Minorities and Society*, (9), 246-267.
<https://doi.org/10.7202/1043505ar>

Résumé de l'article

Cet article a pour but de présenter l'espace relationnel de l'infirmière psychiatrique, dans un contexte de prestation de soins en français à Ottawa, pendant la période de désinstitutionnalisation psychiatrique. L'étude de cas d'une patiente francophone suivie pendant 26 ans à la clinique externe de l'Hôpital Montfort a été choisie comme échantillon. Durant son parcours de vie psychiatrique, 63 % des contacts de cette patiente ont été avec l'infirmière, 27 % avec les psychiatres, 5 % avec les ergothérapeutes, 4 % avec les travailleurs sociaux et 1 % avec les psychologues. Parmi les différentes tâches documentées par les infirmières, on retrouve six différents types d'intervention. Le dossier étudié révèle donc que l'infirmière occupe un espace relationnel plus important que les autres professionnels de l'équipe multidisciplinaire.

L'infirmière psychiatrique, leader de l'équipe multidisciplinaire : étude de cas, Hôpital Montfort, 1976-2002

Silvia Maria Valentina Moya

Université d'Ottawa

Résumé

Cet article a pour but de présenter l'espace relationnel de l'infirmière psychiatrique, dans un contexte de prestation de soins en français à Ottawa, pendant la période de désinstitutionnalisation psychiatrique. L'étude de cas d'une patiente francophone suivie pendant 26 ans à la clinique externe de l'Hôpital Montfort a été choisie comme échantillon. Durant son parcours de vie psychiatrique, 63 % des contacts de cette patiente ont été avec l'infirmière, 27 % avec les psychiatres, 5 % avec les ergothérapeutes, 4 % avec les travailleurs sociaux et 1 % avec les psychologues. Parmi les différentes tâches documentées par les infirmières, on retrouve six différents types d'intervention. Le dossier étudié révèle donc que l'infirmière occupe un espace relationnel plus important que les autres professionnels de l'équipe multidisciplinaire.

Abstract

The purpose of this article is to present the relational space of the psychiatric nurse, in a context of French language mental health services delivery in Ottawa, during the period of psychiatric deinstitutionalization. The case study of a Francophone patient with 26 years of follow-up care at the Montfort Outpatient Mental Health Clinic was selected as a sample. Over this psychiatric life-course, 63% of her encounters were with a nurse, 27% with psychiatrists, 5% with occupational therapists, 4% with social workers and 1% with psychologists. Among the different tasks documented by the nurses, six different types of intervention emerge. The case study, therefore, reveals that the nurse occupies a more significant relational space than that of the other professionals of the multidisciplinary team.

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

Nous proposons, dans le cadre du présent article, une approche innovatrice qui permet, à partir d'une étude de cas, d'évaluer l'espace relationnel occupé par les professionnels de la santé, spécialement celui de l'infirmière, engagés dans le suivi thérapeutique d'une patiente de la clinique externe de Montfort. L'espace relationnel est entendu comme un endroit d'interaction¹ et d'échange entre l'espace privé et l'espace public d'une personne. Lors d'un entretien entre deux personnes, on retrouve d'un côté la personne qui dévoile des éléments de son intimité et, de l'autre côté, la personne qui reçoit l'information. Lorsque la personne qui reçoit l'information le fait de façon empathique et sans jugement, nous pouvons observer l'apparition de l'espace relationnel, « un espace où se tissent des liens humains », comme le dit Meder-Klein (2005 : 12). Selon le cadre d'éthique des rapports entre individus, l'espace relationnel est créé si quatre principes fondamentaux sont respectés : l'engagement, la personnification², le respect mutuel et l'environnement (Cloutier, Martin-Matthews, Byrne et Wolse, 2015). Précisément, le lieu de rencontre et d'échange entre soignant et soigné, dans le cadre de notre étude, a été documenté à partir des notes « évolution psychiatrie » rédigées par les membres de l'équipe multidisciplinaire et colligées dans le dossier médical d'une patiente de la clinique externe de Montfort. L'étude de cas ici proposée a pour but de déconstruire le mythe autour de l'infirmière, qui porte à croire qu'elle est absente des équipes multidisciplinaires, à travers le parcours de vie d'une patiente francophone suivie à la clinique externe du Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort entre 1976 et

1. Le terme « interaction » sera utilisé tout au long du texte pour désigner les notes enregistrées au dossier de la patiente dans le document « évolution psychiatrie ». Nous référons donc à chaque note comme étant une interaction.
2. Traduction libre de « *embodiment* ». Dans le cadre de ce texte, « personnification » veut dire qu'il faut comprendre que chaque individu est unique et vit la maladie d'une façon qui lui est propre.

2002. La trajectoire psychiatrique de cette patiente franco-ontarienne nous donne accès à l'espace relationnel développé avec les membres de l'équipe multidisciplinaire et permet de comprendre, en particulier, l'influence qu'ont eue les infirmières dans son parcours de vie. Considérant que l'Ontario est la province canadienne qui compte le plus grand nombre de francophones vivant en situation linguistique minoritaire (Kalay, Chomiene et Farmanova, 2013), notre étude sur les services en santé mentale destinés à la population de l'Est ontarien est importante. Selon une présentation classique, cet article propose, premièrement, une revue de la littérature sur l'évolution des soins de santé mentale en Ontario dans un contexte de communautarisation des services psychiatriques. Deuxièmement, nous présentons l'approche méthodologique qui a guidé cette étude avant, dans un troisième temps, de soumettre nos résultats tirés d'une étude de cas. Celle-ci a été documentée à partir du dossier de la clinique externe d'une patiente qui a fréquenté le programme de santé mentale de Montfort et permet par conséquent de tracer l'espace relationnel qui en émerge. Enfin, avant de conclure, une discussion sur l'espace relationnel investi par les infirmières nous permet de souligner leur contribution toute particulière au sein de l'équipe multidisciplinaire de la clinique externe de l'Hôpital Montfort.

Revue de la littérature

Soins psychiatriques en Ontario

Après la Deuxième Guerre mondiale, le gouvernement fédéral accorde aux provinces et territoires canadiens les « Dominion Health Grants (DHG) » pour mettre en place les services de santé, dans lesquels un budget de cinq millions de dollars a été prévu pour développer des unités psychiatriques dans les hôpitaux généraux (Lurie et Goldbloom, 2015 ; Mulvale, Abelson et Goering, 2007). En 1959, l'Ontario applique la *Health Insurance Act of Ontario*³ en vertu de laquelle les services hospitaliers sont couverts par le régime d'assurance publique (Hartford, Schrecker, Wiktorowicz, Hoch et Sharp, 2003 ; Lurie et Goldbloom, 2015 ; Mulvale, Abelson et Goering, 2007 ; Simmons, 1990). Ensuite, en 1966, le gouvernement fédéral accepte le partage des coûts des soins médicaux avec toutes les provinces et territoires dans le cadre de la *Loi sur les soins médicaux*⁴ (Mulvale, Abelson et Goering, 2007 ; Simmons, 1990). Cependant, ce n'est qu'en 1969 que l'Ontario met sur pied le régime d'assurance des soins médicaux. Ces deux régimes d'assurance publique sont regroupés sous le « Régime d'assurance-santé de l'Ontario (OHIP) » (Mulvale, Abelson et Goering, 2007 ; Simmons, 1990).

3. *Health Insurance Act*, R.S.O. 1990, c. H.6

4. *Loi sur les soins médicaux*, SC 1966.

Étant donné que la DHG ne finance pas les hôpitaux psychiatriques, anciennement appelés asiles, et que l'OHIP ne couvre pas les soins prodigués dans ces établissements, le gouvernement provincial s'est vu dans l'obligation, pour réduire des coûts, de transférer les soins psychiatriques dans les hôpitaux généraux (Mulvale, Abelson et Goering, 2007). Cette décision fait suite à quatre rapports importants : *More for the mind* (Tyhurst, Chalk, Lawson, McNeel, Roberts, Taylor, et Griffin, 1963), *Building community support for people* (Graham, 1988), *Mettre la personne au premier plan : la réforme des services de santé mentale en Ontario* (Ontario, Ministère de la santé, 1993) et *Making it happen* (Ontario, Ministère de la santé, 1999) sur lesquels le gouvernement de l'Ontario s'appuie. Dans ces quatre rapports, la communautarisation des services psychiatriques est fortement recommandée.

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

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

De plus, les rapports *Mettre la personne au premier plan*, publié en 1993, et *Making it happen*, en 1998, proposent une stratégie de réforme des services de santé mentale centrée sur la priorisation des services communautaires pour les patients dits chroniques sur une durée de 10 ans (Harrisson et Thifault, 2014 ; Simmons, 1990 ; Thifault et Dorvil, 2014). Malgré les recommandations de ces rapports, peu de financement a été, dans les faits, accordé aux services communautaires psychiatriques (Lurie et Goldbloom, 2015). Cette situation

problématique est encore plus marquée pour les communautés de langue officielle vivant en situation minoritaire.

Services francophones en santé mentale

De plus en plus d'études démontrent l'importance pour les francophones ayant des besoins en santé mentale de s'exprimer en français lorsqu'ils reçoivent des services de santé (Audet et Drolet, 2014; Boudreau, 1999; Drolet et coll., 2015; Consortium national de formation en santé, 2008). « Une difficulté de communication pourrait inévitablement mener à un mauvais diagnostic, à une difficulté de compréhension vis-à-vis du traitement [et/ou] de l'intervention à entreprendre » (Audet et Drolet, 2014 : 193). L'importance de pouvoir communiquer dans une langue seconde devient encore plus grande lorsque le patient est en situation de détresse (Drolet et coll., 2015), ce qui est le cas pour la plupart des patients qui consultent un médecin à l'hôpital. Considérant qu'« [u]ne personne ayant besoin de services en santé mentale [...] peut éprouver de la difficulté à communiquer et à analyser un trouble émotionnel complexe dans une langue autre que sa langue première » (Drolet et coll., 2015 : 8), il est d'autant plus important que le patient francophone puisse s'exprimer dans sa langue maternelle lors de la relation d'aide avec le professionnel de la santé. Selon Drolet et ses collaborateurs (2015), lorsqu'un professionnel s'exprime dans la langue maternelle du patient, il facilite la communication des éléments clés de l'évaluation tels que les émotions et les sentiments, renforce la relation d'aide et augmente le sentiment de confiance du patient envers le professionnel, ce qui contribue à la création de l'espace relationnel. Selon le cadre d'éthique des rapports, le développement de relations d'aide est fondamental pour les praticiens qui souhaitent développer un espace relationnel avec leurs patients (Cloutier et coll., 2015). Néanmoins, « [m]ême si les droits des francophones de l'Ontario sont garantis par la *Loi de 1986 sur les services en français*⁵, l'accès à des services sociaux et de santé en français dans cette province s'avère complexe en raison d'importantes barrières à recevoir de tels services sur un continuum » (Drolet et coll., 2015 : 6). Si à ce fait on ajoute le manque de financement pour les services communautaires en santé mentale à la suite de la désinstitutionnalisation, le problème gagne en importance et le besoin de recherche à ce sujet s'amplifie. Les professionnels de la santé, de même que les utilisateurs des services de santé mentale, ont été touchés par les changements politiques de cette époque, spécialement les infirmières.

L'infirmière psychiatrique dans la communauté

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

5. *Loi sur les services en français*, LRO 1990, c F32.

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

Malgré les retombées positives de la désinstitutionnalisation psychiatrique sur la profession infirmière, tous les changements opérés au cours de ce mouvement n'ont pas eu, nécessairement, un résultat favorable. Les expériences des infirmières durant ce mouvement varient beaucoup selon le milieu culturel et le pays où elles se trouvent. Les expériences personnelles et professionnelles des infirmières, leur formation scolaire ainsi que le poste qu'elles occupent sont des facteurs qui ont également un impact sur la façon de faire face aux changements vécus (Elsom, Happell et Manias, 2008). Aux États-Unis et à Taiwan, contrairement à l'Australie, au Canada, à la Grèce et à la Nouvelle-Zélande, les infirmières psychiatriques travaillant dans le milieu communautaire avaient un rôle plus restreint, ce qui a créé des sentiments de frustration chez certaines infirmières (Huang et coll., 2008). De plus, différentes études démontrent que les réformes des soins de santé mentale ont semé de la confusion au sujet des rôles de différents professionnels, surtout en ce qui a trait aux tâches spécifiques de chacun (Al Sayah et coll., 2014; Boschma, 2012). Afin de contribuer à la résolution de cette confusion, notre étude entend décrire en profondeur les responsabilités des différents professionnels qui travaillaient à la clinique externe du Département de psychiatrie de Montfort, spécialement celles de l'infirmière.

Méthodologie

Une étude qualitative couplée à une approche sociohistorique a été réalisée sur le parcours de vie psychiatrique d'une patiente de la clinique externe de Montfort, afin de décrire l'espace relationnel qu'occupent les différents professionnels de la santé qui travaillent auprès d'une communauté en situation linguistique minoritaire, spécialement celui de l'infirmière. La collecte de données a été faite à partir des données secondaires découlant du projet « Déhospitisation psychiatrique et accès aux services de santé mentale : regards croisés Ontario-Québec », financé par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), pour lequel une première base de données a été conçue à partir de toutes les admissions au Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort de 1976 à 2006. Parmi les 15 000⁶ admissions colligées dans cette base de données, 216 dossiers ont fait l'objet d'un dépouillement minutieux. Dans chacun d'eux, les pages « observations infirmières » et « résumé de sortie » en lien avec chacune des hospitalisations ont été numérisées. À cette collecte d'information s'ajoutent quelques dossiers de la clinique externe, dont les pages « notes évaluation : psychiatrie » et « Life history questionnaire » ont également été numérisées. Cette recherche repose sur les données secondaires de cette base de données, spécifiquement sur le dossier de la clinique externe d'une seule patiente qui documente à lui seul les 26 années de suivi que celle-ci a reçu dans le cadre du programme de santé mentale de l'Hôpital Montfort. De ce dossier, nous n'avons eu accès qu'aux pages numérisées par l'équipe de la professeure Thifault, spécifiquement les « notes évolution : psychiatrie » (de 1976 à 2002) et le « Life history questionnaire ». Le dossier choisi est celui d'une patiente à qui nous avons donné le nom fictif de Suzanne pour protéger son identité et être en conformité avec les demandes des comités d'éthique de la recherche (CER) de l'Université d'Ottawa et de l'Hôpital Montfort⁷. Suzanne a été suivie pendant 26 ans à la clinique externe, sa langue maternelle est le français. Elle a été en contact avec des intervenants de cinq professions de la santé différentes.

L'étude de cas est utilisée comme méthode de recherche pour analyser le dossier choisi. Selon Gagnon (2012), l'étude de cas est recommandée pour décrire et expliquer des phénomènes. La plus grande force de l'étude de cas est de permettre une analyse en profondeur des phénomènes dans leur contexte. Dans le cas de cette recherche, l'étude de cas permet d'étudier l'espace relationnel qu'occupent les infirmières durant le parcours de vie d'une patiente psychiatrique de la clinique externe. Le formulaire « évolution psychiatrie » est

6. Les registres des admissions de ce département ont été utilisés pour saisir, principalement, toutes les données en lien avec les 15 000 admissions – date d'admission, psychiatre responsable, diagnostic, nombre de jours d'hospitalisation, date de sortie, etc. Compte tenu des récidives nombreuses, ces 15 000 admissions concernent 7 535 patients différents (Harrisson et Thifault, 2014). Selon un échantillon basé sur une année sur cinq, seuls les dossiers documentant plus de trois admissions ont été retenus.

7. Dans le cadre de cette recherche, nous avons conclu une entente avec l'équipe des archives de l'Hôpital Montfort selon laquelle nous nous sommes engagées à ne pas révéler les numéros de dossiers, les noms des patients ni les noms des différents professionnels de la santé qui travaillaient au Département de psychiatrie.

utilisé par les intervenants de l'équipe multidisciplinaire pour documenter les interactions avec le patient et nous permet de suivre sur une base régulière (hebdomadaire, bimensuelle ou mensuelle) l'évolution du patient lors de sa réinsertion dans la communauté et les stratégies utilisées par les différents professionnels pour éviter sa réhospitalisation. Dans le cadre de cette étude, c'est principalement ce document qui est analysé⁸.

Cadre théorique

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

L'accès au dossier psychiatrique de Suzanne, qui couvre 26 années, constitue une occasion exceptionnelle pour étudier les différentes trajectoires et transitions de sa vie. Selon la théorie du parcours de vie, « la vie de chaque individu est reliée à différents systèmes, par exemple institutionnels, et est donc influencée par eux » (Dumont, 2015 : 3). Si nous appliquons ce principe à notre recherche, Suzanne a passé une grande partie de sa vie à fréquenter les services du programme de santé mentale de Montfort. Son parcours de vie a donc été influencé par les services qu'elle a reçus de la clinique externe et, par conséquent, des différents professionnels qu'elle y a rencontrés. La théorie du parcours de vie donne également une grande importance au temps. Selon Dumont, « le parcours des individus s'intègre et est façonné par l'époque et l'endroit à l'intérieur desquels leur vie prend place » (2015 : 3). Dans le cas de Suzanne, son parcours de vie a été influencé par son recours à des services

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

psychiatriques. Un point tournant important observé dans son dossier a été l'ouverture du Département de psychiatrie de Montfort. Avant 1976, Suzanne était suivie à l'Hôpital Royal d'Ottawa, où tous les services fournis par un travailleur social et un psychiatre étaient en anglais. L'Hôpital Royal d'Ottawa est un centre de santé anglophone situé dans la région d'Ottawa qui offre des services de troisième ligne en santé mentale. Étant donné que la langue maternelle de Suzanne est le français, l'ouverture du Département de psychiatrie lui a permis de recevoir des soins adaptés dans sa langue maternelle.

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

Résultats

Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort d'Ottawa

Pour être en mesure de comprendre le fonctionnement du Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort, nous avons eu recours aux documents de planification du programme de santé mentale de Montfort, fournis par Michel Tremblay⁹. Selon ces documents, les équipes multidisciplinaires des cliniques externes devaient être composées d'un psychiatre, un travailleur social, un psychologue, un ergothérapeute, un récréologue et une infirmière. Au total, quatre équipes ont été formées et leur charge de cas variait entre 200 et 300 patients par équipe. Il est important de noter que, dans ces équipes, certains professionnels étaient désignés de façon permanente ou semi-permanente pour permettre un meilleur suivi. Cela s'applique surtout aux infirmières et aux ergothérapeutes.

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

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

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

La lecture et l'analyse du dossier psychiatrique de Suzanne permettent de clarifier en grande partie les différentes responsabilités non seulement des infirmières, mais également des autres membres de l'équipe.

Parcours de vie psychiatrique de Suzanne

Suzanne est née le 3 juillet 1939 dans la région d'Ottawa, en Ontario. Au moment de son admission à la clinique externe, Suzanne avait 38 ans. Elle était mariée depuis 18 ans et avait 4 enfants : 2 garçons de 14 et 17 ans et 2 filles de 13 et 16 ans. Pour ce qui est de ses antécédents psychiatriques, le décès de son père en 1970 a déclenché chez Suzanne une dépression psychotique, ce qui a donné lieu à sa première hospitalisation à l'Hôpital Royal d'Ottawa, où on lui a diagnostiqué une dépression et une personnalité histrionique.

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

Durant tout son suivi à la clinique externe, elle a participé de façon intermittente aux activités du centre de jour (CDJ). Lorsque sa maladie était stable, elle assistait seulement aux suivis de la clinique externe. Par contre, lorsque sa maladie se détériorait, elle participait plus régulièrement aux activités du CDJ. Entre 1976 et 2002¹⁰, elle a fréquenté le CDJ pendant environ neuf ans non consécutifs. Au CDJ, les patients sont vus plusieurs fois par semaine selon leurs besoins et ils participent à différentes activités animées par différents professionnels de la santé.

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

Pendant les 26 années de suivi psychiatrique, Suzanne a été vue par : 20 infirmières dont 3 de façon régulière, 2 psychiatres, 6 ergothérapeutes, 2 travailleurs sociaux et 1 psychologue. À partir du formulaire intitulé « évolution psychiatrie », nous avons pu relever 583 interactions notées de la part des infirmières, 252 de la part des psychiatres, 46 de la part des ergothérapeutes, 33 de la part des travailleurs sociaux et 5 de la part du psychologue. Lorsqu'on transforme ces mêmes données en pourcentages, nous avons une vision plus claire de la participation des différents professionnels.

Dans le tableau ci-dessous, nous pouvons observer que 90 % des interactions sont faites par l'infirmière et le psychiatre, dont 63 % sont faites par les infirmières. Ces précieuses informations nous amènent à la prochaine étape de notre enquête sur l'espace relationnel qu'occupent les différents professionnels de la clinique externe. Quelles traces peut-on trouver dans les notes au dossier de chaque professionnel pour déterminer les tâches qu'ils accomplissaient et ainsi décrire l'espace relationnel investi par chacun d'entre eux ?

Tableau 1
Suivi de Suzanne entre 1976 et 2002

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

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

Suzanne et les infirmières

Selon les informations jusqu'ici présentées, nous pouvons déjà comprendre qu'à la clinique externe, c'est l'infirmière qui a le plus d'interactions avec le patient ou, le cas échéant, qui documente le plus ses interactions. Cela nous permet d'appuyer ce que nous

avons trouvé dans la littérature, soit que le rôle de l'infirmière dans une équipe multidisciplinaire est central (Al Sayah et coll., 2014 ; Boschma, 2012 ; Walsh, Cleary et Dowling, 2012).

Entre 1976 et 2002, nous avons pu distinguer six différentes tâches effectuées par l'infirmière ainsi que la nature de la relation d'aide développée avec Suzanne. Dans les prochaines lignes, nous décrirons chacune des tâches et nous exposerons des exemples de tâches effectuées par l'infirmière lors des entrevues, des ateliers et des rencontres de groupe, afin d'illustrer l'espace relationnel investi par l'infirmière.

Entrevues :

■ Entrevue d'admission

La première tâche affectée à l'infirmière est l'admission des patients au centre de jour (CDJ). Lors de chacune de ces admissions, l'infirmière responsable de Suzanne a fait une évaluation complète de sa situation actuelle pour être en mesure d'adapter l'horaire et le choix des activités auxquelles Suzanne assisterait. Un très bon exemple a été saisi dans la note de l'infirmière n° 3¹¹ en date du 7 mars 1995 :

Réadmission au C. de jour le 4-04-95 : pte a reçu son congé de notre dep. interne le 30-03-95 suite à une hospitalisation d'environ un mois pour un diagnostic de dépression majeure. Elle viendra au C. de jour dans le but d'un suivi et thérapie par le milieu. [...] Son programme au C. de jour doit prendre en considération qu'elle travaille tous les jours de 11:00 am à 13:15 pm. Elle viendra les mardi, mercredi et jeudi à 14 h 30 pour la création murale et entrevue individuelle, groupe d'email sur cuir et à compter du 27-04 le gr. d'estime de soi¹².

Dans son évaluation, l'infirmière a exploré tous les éléments de la situation de Suzanne afin de lui offrir le meilleur service, celui qui répondrait le mieux à ses besoins. Une fois l'entrevue terminée, l'infirmière a rempli un document dans lequel elle a inscrit les dates auxquelles Suzanne serait présente et les activités auxquelles elle assisterait. Malheureusement, nous n'avons pas le document pour l'exemple précédent, mais nous avons trouvé celui en date du 21 novembre 1977¹³ (figure 1).

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

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

13. Nous avons reproduit le document sur ordinateur pour faciliter la compréhension étant donné la qualité très faible de la photo originale.

Figure 1
Programme d'activités

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

■ Entrevues individuelles

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

[Suzanne] vient seule pour son entrevue. Elle est très déprimée. Elle veut rester dans l'hôpital. Elle veut tuer elle-même. Elle pleure pour une heure. Elle demande pour une pilule « magic » [à] prendre et tous les problèmes disparaîtront. Elle demande de voir son médecin chaque semaine au lieu de chaque mois. [...] Elle verra [le psychiatre n° 1] jeudi prochaine. (Infirmière n° 1, le 13 décembre 1976)

En entrevue, Parle beaucoup des relations entre elle-même et son mari. Beaucoup colère s'exprime, elle était excitée qu'elle est essayé de changer. Elle verbalise que son premier problème est la communication entre elle et son mari. Toute l'entrevue nous parlons de communication. Les exercices et la bibliothérapie était donnée. À voir dans 2 sem. (Infirmière n° 1, le 20 décembre 1977)

■ Entrevues conjointes

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

Selon l'exemple précédent, les rencontres conjointes n'étaient pas toujours très productives, et nous voyons s'ajouter des entrevues individuelles avec le conjoint de Suzanne après quelques séances conjointes. C'est également l'infirmière qui était responsable de ces entrevues. Le 6 février 1978, l'infirmière n° 1 a écrit : « En entrevue avec M. [...] (seul).

Il est très optimiste vis-à-vis la condition de sa femme. Il a commencé à améliorer la communication entre les deux. »

Présence aux activités de groupe

Une autre responsabilité de l'infirmière qu'il est possible de dégager à partir de ses notes est la présence de celle-ci aux activités de groupe et ateliers auxquels Suzanne a assisté pendant son traitement au CDJ. En assistant aux différentes activités de groupe en tant qu'observatrice, l'infirmière était capable d'évaluer les différents comportements et réactions de Suzanne selon les sujets traités lors des thérapies. Elle était donc en mesure de consigner ces informations dans le dossier de Suzanne pour les rendre disponibles aux autres professionnels. Le 17 juin 1976, l'infirmière n° 2 a observé que « [Suzanne] semble intéressée à la conférence sur la diététique. Au groupe de M. [travailleur social n° 1], elle est très ambivalente et pleure. Nous dit qu'elle veut guérir et quelques instants plus tard nous dit qu'elle veut tout laisser le centre de jour et les médicaments. »

Accompagnement

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

Soutien téléphonique

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

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

Animation d'ateliers

Au CDJ, un ensemble d'ateliers et d'activités sont disponibles pour tous les patients. Ces ateliers sont donnés la plupart du temps par les ergothérapeutes et les travailleurs sociaux,

mais lors de notre lecture nous avons pu constater dans les notes des infirmières qu'elles aussi animaient certains ateliers. Le 21 janvier 1987, l'infirmière n° 6 a commencé à animer un atelier intitulé « nutri-santé » auquel Suzanne a participé jusqu'au 23 mars 1987.

Tâches techniques

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

Outre la spécificité des tâches de l'infirmière, nous ne pouvons pas passer sous silence comment les autres professionnels de l'équipe multidisciplinaire ont également développé avec Suzanne des espaces relationnels. La lecture du dossier de la clinique externe permet de comprendre que, comme les infirmières, les psychiatres, les travailleurs sociaux et les psychologues faisaient des entrevues individuelles et conjointes avec Suzanne, où ils évaluaient son état de santé mentale et faisaient les ajustements nécessaires à son plan de traitement, et à travers lesquelles ils développaient des liens thérapeutiques avec elle. Les psychiatres rencontraient Suzanne toutes les semaines lorsqu'elle était instable et aux deux à trois mois lorsqu'elle était stable. Les travailleurs sociaux de leur côté rencontraient Suzanne seulement à la demande de l'équipe multidisciplinaire. Il est possible pour nous de démontrer le pouvoir décisionnel qu'exerçaient les psychiatres par rapport aux autres professionnels lorsqu'ils dirigeaient Suzanne aux différents services et prenaient les décisions finales en ce qui a trait au plan de traitement. De leur côté, les ergothérapeutes ont développé leur espace relationnel avec Suzanne à travers les différentes thérapies de groupe et les ateliers. Nous avons noté la création d'un lien thérapeutique entre un ergothérapeute et Suzanne. Le 12 décembre 1976, l'infirmière n° 4 a écrit : « [Suzanne] semble très contente de son ergo (terre). »

Discussion

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

En plus de nous aider à comprendre l'impact de la maladie mentale sur le parcours de vie de Suzanne, cette approche nous permet également de réaliser l'importance de l'infirmière dans l'équipe multidisciplinaire. Pendant 26 ans de suivi à la clinique externe, Suzanne a été en interaction avec des infirmières qui l'ont soutenue tout au long de sa trajectoire en tant que patiente psychiatrique. Les interactions régulières en français, entre les infirmières et Suzanne, ont créé des liens thérapeutiques très forts où la confiance était un atout. Nous pouvons donc confirmer l'existence d'un espace relationnel entre Suzanne et les infirmières. Au moyen des entrevues et du soutien téléphonique, les infirmières étaient en mesure d'accompagner Suzanne et d'accompagner Suzanne tout au long de son parcours psychiatrique, créant un sentiment de sécurité chez elle. Certains extraits des notes des infirmières nous permettent de comprendre que dans les moments difficiles l'infirmière était celle qui intervenait le plus souvent pour aider Suzanne. La présence des infirmières aux activités de groupe et ateliers a également renforcé le lien thérapeutique entre celles-ci et Suzanne. Leur présence aux thérapies donnait aux infirmières des informations privilégiées qui les aidaient à adapter leurs interventions, car elles avaient une vision globale de Suzanne, de sa maladie et de son évolution. Cet exemple confirme le rôle pivot de l'infirmière, dont certaines tâches sont en lien avec les activités des autres professionnels de l'équipe multidisciplinaire. Considérant que les infirmières étaient les professionnelles de l'équipe qui avaient le plus d'interactions avec Suzanne et qui étaient les mieux placées pour la soutenir lors de toutes ses transitions de vie, nous pouvons conclure que l'espace relationnel entre Suzanne et les infirmières était plus grand que celui développé avec tous les autres professionnels. De plus, pendant que tous les autres professionnels sont disponibles pour rencontrer les patients uniquement sur rendez-vous, les infirmières sont les seules qui sont présentes en tout temps et les patients ne nécessitent pas de rendez-vous pour avoir accès à leurs conseils et à leur aide.

Lorsqu'on compare les différentes tâches des infirmières et celles des travailleurs sociaux répertoriées dans le dossier médical, nous constatons qu'il y a beaucoup de similarités. Nous pouvons aller jusqu'à dire dans une certaine mesure, à la clinique externe, il y a un dédoublement des tâches. Si l'on prend l'exemple des conflits maritiaux de Suzanne, le psychiatre, les infirmières et les travailleurs sociaux ont eu des rencontres conjointes pour aborder ce problème. Était-ce vraiment bénéfique pour Suzanne de raconter ses soucis à ce sujet avec trois différents professionnels? N'aurait-il pas mieux valu qu'un seul professionnel se concentre entièrement sur cette problématique? De fait, après la lecture du dossier médical, nous avons trouvé qu'à partir du 6 novembre 1986 l'infirmière était la seule intervenante consultée au sujet des thérapies conjugales. Est-ce parce que l'infirmière était la professionnelle de l'équipe multidisciplinaire qui avait le plus d'interactions avec Suzanne et la connaissait le mieux? Est-ce que le sentiment de confiance que Suzanne a développé envers les infirmières a fait en sorte que la thérapie était plus efficace lorsqu'elle était donnée par l'infirmière? Une chose est certaine, l'espace relationnel entre Suzanne et les infirmières

était le plus important et il offrait aux infirmières la possibilité d'exercer une plus grande influence dans son parcours de vie.

L'équipe multidisciplinaire

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

Conclusion

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

De plus, nous sommes en mesure de démontrer l'importance des infirmières dans la vie des patients psychiatriques à la suite de la désinstitutionnalisation. Le dossier étudié révèle que l'infirmière occupe un espace relationnel plus important que les autres professionnels de l'équipe multidisciplinaire. L'infirmière de la clinique externe n'est plus seulement une gestionnaire de cas, comme elle est décrite dans les documents de planification du Département de psychiatrie, elle devient la *personne-ressource*, celle qui est toujours présente, prête à aider avec les difficultés et à trouver des solutions pour ainsi créer des liens humains avec ses patients. À cette infirmière psychiatrique, nous pouvons donc attribuer toutes les valeurs de l'approche humaniste de la prestation de soins : le respect, l'engagement, la

compassion, la préservation de la dignité humaine, la liberté de choix, la compétence et la réciprocité. Cette recherche avait pour but de déconstruire le mythe prévalent sur l'infériorité des infirmières dans les équipes multidisciplinaires à travers l'étude de l'espace relationnel. Certes, nous avons été en mesure de constater à maintes reprises le rôle pivot de l'infirmière au sein de l'équipe et la constance de son engagement auprès de Suzanne. Ceci nous amène à réfléchir sur la pratique infirmière et nous démontre que les infirmières ont une influence plus grande que celle qu'elles pensent avoir dans et sur la vie des patients. Les résultats de cette étude de cas pourront guider les décideurs en santé mentale concernant l'efficacité des équipes multidisciplinaires. La compréhension du fonctionnement de la relation entre les différents professionnels et les patients psychiatriques peut également donner des pistes d'action aux gestionnaires des cliniques de santé mentale en ce qui trait à la distribution des tâches de chaque professionnel.

Remerciements

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

Références

- AL SAYAH, Fatima, Olga SZAFRAN, Sandra ROBERTSON, Neil R. BELL et Beverly WILLIAMS (2014). « Nursing perspectives on factors influencing interdisciplinary teamwork in the Canadian primary care setting », *Journal of Clinical Nursing*, vol. 23, n° 19, p. 2968-2979.
- AUDET, Marie-Pier, et Marie DROLET (2014). « Les services en santé mentale pour les jeunes francophones de la région d'Ottawa », *Reflets : revue ontarioise d'intervention sociale et communautaire*, vol. 20, n° 2, p. 190-200.
- BOSCHMA, Geertje (2012). « Community mental health nursing in Alberta, Canada: An oral history », *Nursing History Review*, vol. 20, n° 1, p. 103-135.
- BOSCHMA, Geertje, Olive YONGE et Lorraine MYCHAJLUNOW (2005). « Gender and professional identity in psychiatric nursing practice in Alberta, Canada, 1930-75 », *Nursing Inquiry*, vol. 12, n° 4, p. 243-255.
- BOUDREAU, Françoise (1999). « Langue minoritaire et services de santé mentale en l'an 2000 : droits et besoins des francophones de Toronto », *Reflets : revue ontarioise d'intervention sociale et communautaire*, vol. 5, n° 2, p. 123-154.
- CLOUTIER, Denise S., Anne MARTIN-MATTHEWS, Kerry BYRNE et Faye WOLSE (2015). « The space between: Using "relational ethics" and "relational space" to explore relationship-building between care providers and care recipients in the home space », *Social & Cultural Geography*, vol. 16, n° 7, p. 764-782.

- CONSORTIUM NATIONAL DE FORMATION EN SANTÉ (CNFS), avec la coll. de Société Santé en français (2008). *Société, langue et santé : les barrières à l'accès aux services de santé pour les communautés francophones minoritaires*, rapport final du 2^e Forum national de recherche sur la santé des communautés francophones en situation minoritaire, Ottawa, Secrétariat national, Consortium national de formation en santé.
- DE MONTIGNY, Pascale, et Francine DE MONTIGNY (2014). *Théorie du parcours de vie*, Gatineau, Centre d'études et de recherche en intervention familiale, Université du Québec en Outaouais. En ligne : http://cerif.uqo.ca/sites/cerif.uqo.ca/files/cahier6_theorie_du_parcours_de_vie_web.pdf (consulté le 9 juin 2016).
- DROLET, Marie, Isabelle ARCAND, Josée BENOÎT, Jacinthe SAVARD, Sébastien SAVARD et Josée LAGACÉ (2015). « Agir pour avoir accès à des services sociaux et de santé en français », *Canadian Social Work Review*, vol. 32, n° 1-2, p. 5-26.
- DUMONT, Annie (2015). « La théorie du parcours de vie et la recherche en violence conjugale ». En ligne : <https://www.criviff.qc.ca/sites/criviff.qc.ca/files/fiche-synth-se-parcours-de-vie-finale.pdf>.
- ELSON, Stephen, Brenda HAPPELL et Elizabeth MANIAS (2008). « Expanded practice roles for community mental health nurses in Australia: Confidence, critical factors for preparedness, and perceived barriers », *Issues in Mental Health Nursing*, vol. 29, n° 7, p. 767-780.
- ELSON, Stephen, Brenda HAPPELL et Elizabeth MANIAS (2009). « Informal role expansion in Australian mental health nursing », *Perspectives in Psychiatric Care*, vol. 45, n° 1, p. 45-53.
- GAGE, Heather, Hannah FAMILY, Fenella MURPHY, Peter WILLIAMS, Jane SUTTON et Denise TAYLOR (2015). « Comparison of sole nurse and team-delivered community clozapine services for people with treatment-resistant schizophrenia », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 71, n° 3, p. 547-558.
- GAGNON, Yves-Chantal (2012). *L'étude de cas comme méthode de recherche* (2^e éd.), Québec, Presses de l'Université du Québec. En ligne : <https://apps.uqo.ca/LoginSigparb/LoginPourRessources.aspx?url=http://deslibris.ca/ID/442241>.
- GAUDET, Stéphanie, Nathalie BURLONE et Maurice LÉVESQUE (2013), *Repenser la famille et ses transitions : repenser les politiques publiques*, Québec, Presses de l'Université Laval.
- GHERGHEL, Ana, avec la coll. de Marie-Christine SAINT-JACQUES (2013). *La théorie du parcours de vie : une approche interdisciplinaire dans l'étude des familles*, Québec, Presses de l'Université Laval.
- GRAHAM, Robert (1988). *Building community support for people: A plan for mental health in Ontario*, Bishop Mills, The Provincial Community Mental Health Committee.
- GUY, Sally (1997). « Assertive community treatment of the long-term mentally ill », *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, vol. 3, n° 6, p. 185-190.
- HAPPELL, Brenda, Wendy HOEY et Cadeyrn GASKIN (2012). « Community mental health nurses, case-loads, and practices: A literature review », *International Journal of Mental Health Nursing*, vol. 21, n° 2, p. 131-137.

- HARRISSON, Sandra, et Marie-Claude THIFAUT (2014). « Le langage du *care* et les politiques de santé mentale de l'Ontario, 1976-2006 », dans Marie-Claude Thifault et Henri Dorvil (dir.), *Désinstitutionnalisation psychiatrique en Acadie, en Ontario francophone et au Québec, 1930-2013*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 87-108.
- HARTFORD, Kathleen, Ted SCHRECKER, Mary WIKTOROWICZ, Jeffrey S. HOCH et Crystal SHARP (2003). « Report: Four decades of mental health policy in Ontario, Canada », *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, vol. 31, n° 1, p. 65-73.
- HENDERSON, Julie, Eileen WILLIS, Bonnie WALTER et Luisa TOFFOLI (2008). « Community mental health nursing: Keeping pace with care delivery? », *International Journal of Mental Health Nursing*, vol. 17, n° 3, p. 162-170.
- HILLS, Marcia, Jennifer MULLETT et Simon CARROLL (2007). « Community-based participatory action research: Transforming multidisciplinary practice in primary health care », *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 21, n° 2-3, p. 125-135.
- HUANG, Xuan-Yi, Wei-Fen MA, Hsin-Hsin SHIH et Huai-Fen LI (2008). « Roles and functions of community mental health nurses caring for people with schizophrenia in Taiwan », *Journal of Clinical Nursing*, vol. 17, n° 22, p. 3030-3040.
- KALAY, Anifa, Marie-Hélène CHOMIENNE et Elina FARMANOVA (2013). « Les priorités de recherche sur la santé des francophones en Ontario », *Canadian Journal of Public Health = Revue canadienne d'hygiène publique*, vol. 104, n° 6, p. 83-87.
- LOUKIDOU, Evangelia, Vassiliki IOANNIDI et Athena KALOKERINOY-ANAGNOSTOPOULOU (2010). « Institutionalized nursing staff: Planning and developing a specialized educational framework that enhances psychiatric nurses' roles and promotes de-institutionalization », *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, vol. 17, n° 9, p. 829-837.
- LURIE, Steve, et David S. GOLDBLOOM (2015). « More for the mind and its legacy », *Canadian Journal of Community Mental Health*, vol. 34, n° 4, p. 7.
- MADDOCK, Alan (2015). « Consensus or contention: An exploration of multidisciplinary team functioning in an Irish mental health context », *European Journal of Social Work*, vol. 18, n° 2, p. 246-261.
- MEDER-KLEIN, Martine (2005). « L'espace relationnel et les territoires de l'intime », Journée d'étude *Les frontières de l'intime dans les lieux d'accueil enfants-parents*. Association Les Amis du Furet, Strasbourg, FR.
- MULVALE, Gillian, Julia ABELSON et Paula GOERING (2007). « Mental health service delivery in Ontario, Canada: How do policy legacies shape prospects for reform? », *Health Economics, Policy and Law*, vol. 2, n° 4, p. 363-389.
- SIMMONS, Harvey G. (1990). *Unbalanced: Mental health policy in Ontario, 1930-1989*, Toronto, Wall & Thompson.
- THIFAUT, Marie-Claude, et Henri DORVIL (dir.) (2014). *Désinstitutionnalisation psychiatrique en Acadie, en Ontario francophone et au Québec, 1930-2013*, Québec, Presses de l'Université du Québec.

- TYHURST, James Stuart, Francis Cyril Rhodes CHALK, F.S. LAWSON, B.H. MCNEEL, C.A. ROBERTS, G.C. TAYLOR et J. GRIFFIN (1963). *More for the mind: A study of psychiatric services in Canada*, Toronto, Canadian Mental Health Association.
- WALSH, Francis, Anne CLEARY et Maura DOWLING (2012). « Maximising psychiatric nurses' contribution to interdisciplinary working », *British Journal of Community Nursing*, vol. 17, n° 6, p. 270-275.
- WILKES, Lesley, Jane GIOFFI, Joanne CUMMINGS, Bronwyn WARNE et Kathleen HARRISON (2014). « Clients with chronic conditions: Community nurse role in a multidisciplinary team », *Journal of Clinical Nursing*, vol. 2, n° 5, p. 844-855.
- WILSON, Kelvin, et Rebecca DUNN (1996). « Psychiatric care: Change means opportunity », *Australian Nursing Journal*, vol. 3, n° 9, p. 36-38.

Législation

Health Insurance Act, R.S.O. 1990, c. H.6

Loi sur les services en français, LRO 1990, c F32. En ligne : http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/french/elaws_statutes_90f32_f.htm.

Loi sur les soins médicaux, SC 1966.

Mots clés

infirmière, santé mentale, désinstitutionnalisation psychiatrique, équipe multidisciplinaire, parcours de vie

Keywords

nurse, mental health, psychiatric deinstitutionalization, multidisciplinary team, life-course

Correspondance

smoya049@uottawa.ca