

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

**LES DYNAMIQUES DE STIGMATISATION DES PERSONNES AYANT
DES TROUBLES MENTAUX EN CONTEXTE D'URGENCE : LES
ATTITUDES DU PERSONNEL INFIRMIER D'UN SERVICE
HOSPITALIER D'URGENCE À MONTRÉAL**

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE

MAÎTRISE EN SCIENCE, TECHNOLOGIE ET SOCIÉTÉ

PAR

ALICE FORTIN

OCTOBRE 2025

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.12-2023). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Au départ, entreprendre des études de deuxième cycle me semblait presque improbable. Cette aventure a été marquée par des remises en question, des défis et des dépassements personnels. Je ne pourrais être plus reconnaissante envers Julien Prud'homme, mon directeur de recherche, pour son soutien inestimable, ses précieux conseils, sa passion inspirante et son expertise indéniable.

Je tiens également à remercier mes précieux professeurs qui m'ont accompagnée à travers ce chemin : Florence Millerand, Majlinda Zhegu, Yves Gingras et Louise Vandelac. Un énorme merci au comité du CIRST qui m'a motivée, a répondu à mes nombreuses questions et m'a épaulée.

Je tiens à exprimer ma reconnaissance envers Noémie Légaré pour son soutien quotidien et pour m'avoir redonné confiance en moi lorsque j'en avais le plus besoin. Ma grande gratitude appartient également à ma sœur Florence Fortin, à mon frère Loïc Fortin et à Manu Jonik qui ont cru en moi depuis le début. Leur succès respectif est ma source de motivation quotidienne. Je remercie également tous ceux qui m'ont encouragée de près ou de loin dans ce parcours.

Au cours de mes études, j'ai également eu l'honneur de recevoir une bourse qui a grandement contribué à l'avancement de mon projet. Alors, je tiens à remercier la Faculté des sciences humaines dans le cadre des bourses institutionnelles aux cycles supérieurs. Enfin, je tiens à remercier les responsables du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal et de l'Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal pour leur aide précieuse, leur accompagnement et leur accueil chaleureux au sein du service d'urgence. Un grand merci également à tous les infirmiers qui ont accepté de participer à cette étude.

DÉDICACE

Merci à mon directeur Julien Prud'homme d'avoir cru en moi et de m'avoir épaulée du début à la fin. Je serai éternellement reconnaissante.

Merci à Noémie, ma sœur et mon frère, qui sont mes plus grandes sources de dépassement personnel.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	ii
DÉDICACE	iii
LISTE DES TABLEAUX	vi
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES	vii
RÉSUMÉ	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 PROBLÉMATIQUE	4
1.1 Facteurs contribuant à la stigmatisation	5
1.2 Impacts de la stigmatisation sur les usagers	7
1.3 La situation du personnel infirmier	8
1.4 Les stratégies pour réduire la stigmatisation	10
CHAPITRE 2 CADRE THÉORIQUE	13
2.1 Définitions et vocabulaire théorique	13
2.1.1 Les attitudes	13
2.1.2 Les stéréotypes, préjugés et discrimination	14
2.1.3 La stigmatisation	15
2.2 La théorie du contact intergroupe et le biais de confirmation	18
2.3 Le degré de connaissance et la formation	20
CHAPITRE 3 OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES DE RECHERCHE	22
3.1 Hypothèses de travail	22
3.2 Pertinence pour la recherche et pour la société	23
CHAPITRE 4 MÉTHODOLOGIE	26
4.1 Devis de recherche et choix des méthodes	26
4.2 Les participants	28
4.2.1 La sélection et le recrutement	28
4.3 Analyse des données	29
4.4 Considérations éthiques	32

CHAPITRE 5 RÉSULTATS.....	34
5.1 Le corpus	34
5.2 L'analyse des données	35
5.2.1 Un constat partagé : l'existence de la stigmatisation	35
5.2.2 Les contacts intergroupes	36
5.2.2.1 Les interactions positives	37
5.2.2.2 Les interactions négatives	38
5.2.3 Expérience professionnelle	42
5.2.3.1 Sentiment de compétence.....	42
5.2.3.2 Perception du rôle de l'infirmier et de la satisfaction dans le département d'urgence	44
5.2.3.3 Organisation de l'hôpital et normes professionnelles	46
5.2.4 La formation en santé mentale	48
5.2.4.1 La formation initiale des infirmiers.....	48
5.2.4.2 Degré de connaissance sur les troubles mentaux	51
CHAPITRE 6 DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS	54
6.1 Discussion.....	54
6.1.1 Hypothèse 1 : l'effet des contacts intergroupes	54
6.1.2 Hypothèse 2 : l'effet de l'ancienneté à l'urgence.....	56
6.1.3 Hypothèse 3 : l'effet de la formation en santé mentale.....	58
6.2 Forces et limites de l'étude	59
6.2.1 Forces	59
6.2.2 Limites.....	60
6.3 Recommandations.....	63
CONCLUSION	65
ANNEXE A GUIDE D'ENTRETIEN	67
ANNEXE B COURRIEL POUR PRISE DE CONTACT	70
ANNEXE C AFFICHE PUBLICITAIRE.....	71
ANNEXE D FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT	72
ANNEXE E CERTIFICATION D'APPROBATION ÉTHIQUE CIUSSS.....	76
ANNEXE F CERTIFICATION D'APPROBATION ÉTHIQUE UQÀM	77
ANNEXE G CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE RENOUVELLEMENT UQÀM....	78
BIBLIOGRAPHIE	79

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 4.1 Grille de concepts	31
--------------------------------------	----

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

CIUSSS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

CERPE : Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains

CIRST : Centre interuniversitaire de recherche sur la science et technologie

OMS : Organisation mondiale de la santé

PAP : Pavillon Albert-Prévost

RAP : Recherche-action-participation

TPL : Trouble de la personnalité limite

UQÀM : Université du Québec à Montréal

RÉSUMÉ

Contexte : Cette recherche explore la stigmatisation des patients ayant un trouble mental par le personnel infirmier en service d'urgence à l'hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal. Trois hypothèses principales ont été examinées : (1) le contact intergroupe dans le contexte d'un service d'urgence hospitalière augmenterait les attitudes négatives et donc la stigmatisation des patients psychiatriques ; (2) la durée de l'expérience professionnelle à l'urgence augmenterait les risques de stigmatisation ; (3) un manque de formation spécialisée en santé mentale contribuerait à des attitudes stigmatisantes. Cette recherche vise à éclairer comment des facteurs contextuels, temporels et de formation influencent la stigmatisation des patients psychiatriques en milieu d'urgence, de manière à proposer des pistes pour atténuer ces attitudes problématiques.

Méthode utilisée : Nous avons réalisé des entretiens semi-structurés à questions ouvertes, d'une durée approximative de 90 à 120 minutes chacun, avec cinq (n=5) infirmiers. Les participants étaient des membres du personnel infirmier du département d'urgence de l'hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal et avaient occupé un poste d'infirmier à l'urgence depuis plus d'un an.

Résultats : (1) Les résultats suggèrent que les interactions intergroupes en contexte d'urgence hospitalières sont caractérisées par des expériences négatives qui renforcent les préjugés persistants, faisant en quelque sorte de l'urgence une exception à la théorie du contact intergroupe. (2) L'expérience professionnelle, bien qu'elle puisse améliorer la capacité à gérer certaines situations, peut contribuer également à l'augmentation de la stigmatisation, particulièrement en raison de la fatigue compassionnelle et du stress liés à la pratique. (3) Le manque de formation spécifique contribue à la stigmatisation, en laissant les infirmiers mal préparés à gérer des situations complexes. Bien que l'expérience pratique atténue en partie ce déficit, un fossé persiste entre la théorie et la pratique, ce qui peut générer un sentiment d'impuissance chez les infirmiers et les amener à adopter des stratégies de repli ou des généralisations inconscientes renforçant les préjugés.

Conclusion : Cette étude exploratoire, menée au service d'urgence de l'hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal, met en lumière la complexité des relations entre le personnel infirmier et les patients psychiatriques, en confirmant partiellement que les interactions intergroupes vécues dans le contexte de l'urgence, l'ancienneté des soignants à l'urgence et le manque de formation spécialisée en santé mentale influencent la stigmatisation.

Mots clés : stigmatisation - trouble mental - soins infirmiers - service d'urgence - éclipsage diagnostique

ABSTRACT

Abstract: This research explores the stigmatization of patients with mental disorders by nursing staff in the emergency department of the hospital of Sacré-Cœur-de-Montréal. Three main hypotheses were examined: (1) intergroup contact in the specific context of a hospital emergency department may increase negative attitudes and stigmatization of psychiatric patients; (2) professional experience in the emergency department may heighten the risk of stigmatization; and (3) a lack of specialized training in mental health may contribute to stigmatizing attitudes. This study aims to shed light on how contextual, temporal, and training-related factors influence the stigmatization of psychiatric patients in emergency settings, with the goal of proposing strategies to mitigate these problematic attitudes.

Method used: We conducted open-ended semi-structured interviews, each lasting approximately 90 to 120 minutes, with five (n=5) nurses. Participants were members of the nursing staff at the Hospital of Sacré-Cœur-de-Montréal emergency department and had held a nursing position in this department for more than one year.

Results : (1) The findings suggest that intergroup interactions in the emergency context are often marked by negative experiences that reinforce persistent biases, positioning the emergency setting as a potential exception to the intergroup contact theory. (2) While professional experience may improve the ability to manage certain situations, it can also contribute to increased stigmatization, particularly due to compassion fatigue and stress associated with work. (3) A lack of specific training contributes to stigmatization, as it leaves nurses ill-equipped to handle complex situations. Although practical experience may partially compensate for this gap, a persistent disconnect between theory and practice can generate a sense of powerlessness among nurses, leading them to adopt withdrawal strategies or unconscious generalizations that reinforce stereotypes.

Conclusion: This exploratory study, conducted in the emergency department of the Hospital of Sacré-Cœur-de-Montréal, highlights the complexity of relationships between nursing staff and psychiatric patients. It partially confirms that intergroup contact in emergency settings, length of service, and insufficient specialized training in mental health are influential factors in the development of stigmatizing attitudes.

Keywords: Stigma - Mental illness - Nursing care - Emergency department - Diagnostic overshadowing

INTRODUCTION

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) considère la santé mentale comme une partie intégrante de la santé, en définissant la santé mentale comme un état de bien-être permettant à un individu de se réaliser, de gérer les tensions courantes de la vie et de contribuer à sa communauté (Gouvernement du Québec, 2021a). Selon cette définition, la bonne santé mentale ne se limite pas à l'absence de troubles mentaux. Néanmoins, certaines personnes développent des symptômes plus graves et persistants qui affectent leur fonctionnement et entraînent de la détresse et qui peuvent répondre aux critères de diagnostic d'une maladie mentale ou d'un trouble spécifique (Gouvernement du Québec, 2021a). D'après les résultats de l'Enquête sur la santé mentale et l'accès aux soins réalisée de mars à juillet 2022, plus de 5 millions de personnes au Canada, soit 18% de la population, répondaient alors aux critères diagnostiques de troubles mentaux (Stephenson, 2023). Les troubles tels que la dépression (5,4%), l'anxiété (4,6%), le trouble bipolaire (1%), la schizophrénie (1%), les troubles de l'utilisation de substances (6%) et les troubles du comportement alimentaire (de 0,3 à 1%) sont répandus au Canada (Association canadienne pour la santé mentale, n.d.).

Au cours de la dernière décennie, un déclin marqué de la santé mentale a été largement documenté à l'échelle internationale (Stephenson, 2023). Parmi les nombreux facteurs ayant pu contribuer à cette prévalence accrue figurent les effets de la pandémie de COVID-19 sur la santé globale de la population et sur l'accès aux services de santé. Ce contexte de dégradation de la santé mentale met en lumière des enjeux cruciaux concernant l'accès aux soins. Notamment, les préjugés sur les troubles mentaux entraînent de la stigmatisation et de la discrimination, ce qui aggrave la souffrance et l'isolement des individus : ces obstacles sociaux peuvent décourager les personnes concernées de chercher de l'aide, ce qui entrave leur rétablissement et détériore leur qualité de vie (Gouvernement du Québec, 2021b).

En 2012, 20% des Canadiens atteints d'un trouble de santé mentale ont ainsi déclaré avoir subi un traitement injuste attribuable à leur état de santé mentale (Agence de la santé publique du Canada, 2019). En 2011, l'Association des psychiatres du Canada a publié les résultats d'un sondage réalisé auprès des professionnels de la santé (résidents, cliniciens, chercheurs) présents durant son congrès

annuel tenu à Vancouver en 2008. Pas moins de 79% des 394 participants ont alors déclaré avoir vu ou provoqué une expérience de stigmatisation envers un patient en raison de son trouble mental (Abbey et al., 2011). Parmi ces répondants, 89% ont déclaré que l'Association des psychiatres du Canada devrait s'attaquer à la stigmatisation, particulièrement dans les services d'urgence (ibid.). Plusieurs études soulignent l'importance d'analyser plus particulièrement les comportements stigmatisants posés par le personnel infirmier envers des patients qui présentent un trouble mental, à cause de leurs conséquences directes ou indirectes sur les patients (Ouellet, 2019 ; Schulze, 2007 ; Thornicroft et al., 2007).

Mon projet de recherche a pour objet la stigmatisation des patients avec trouble mental par le personnel infirmier en service hospitalier d'urgence. Mieux documenter le phénomène contribuera à minimiser la stigmatisation envers les patients avec trouble mental. Cette recherche a comme objectif de documenter la présence possible d'une telle stigmatisation auprès des infirmiers dans le département d'urgence à l'hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal et d'identifier certains facteurs susceptibles de l'alimenter ou de l'atténuer. Afin de faciliter la lecture et de préserver l'anonymat des participants à cette étude, le genre masculin est employé de manière générique dans ce mémoire. Ce choix rédactionnel ne présume en rien du genre réel des personnes concernées et n'a aucune visée discriminatoire. Nous avons réalisé des entretiens semi-structurés à questions ouvertes, d'une durée approximative de 90 à 120 minutes, auprès de cinq infirmiers. Les participants étaient des membres du personnel infirmier de l'hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal ayant travaillé au département d'urgence depuis plus d'un an. L'hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal a été choisi à cause de la situation de son département de psychiatrie, le pavillon Albert-Prévost, qui est situé physiquement à l'extérieur du bâtiment principal, tout en faisant partie intégrante de l'hôpital et en se trouvant tout de même à proximité de l'urgence. La particularité qui nous intéresse est le mélange d'une séparation nette et d'une proximité physique entre l'urgence et le département de psychiatrie : cette disposition permet de bien observer à la fois la césure et la relation entre ces deux services, telle qu'elle se manifeste du point de vue du personnel de l'urgence.

Le mémoire est structuré en six chapitres. Le premier chapitre présente succinctement la problématique de la stigmatisation des personnes présentant un trouble mental, ses impacts et les stratégies privilégiées pour la réduire. Le deuxième chapitre présente le cadre théorique de notre recherche, dont la théorie du contact intergroupe et les théories sur la connaissance et la formation

en santé mentale. Le troisième chapitre formule les objectifs de recherche et les questions posées. Le quatrième chapitre détaille la méthodologie employée et le cinquième chapitre présente les résultats obtenus. Enfin, le sixième chapitre discute ces résultats, propose des recommandations et évalue les forces et les limites de l'étude.

CHAPITRE 1

PROBLÉMATIQUE

Plusieurs études montrent que des professionnels de la santé adoptent envers leurs patients psychiatisés des comportements stigmatisants, basés sur des attitudes négatives face aux diagnostics de santé mentale (Schulze, 2007 ; Thornicroft et al., 2007 ; Van Boekel et al., 2013). Les comportements stigmatisants sont des comportements qui, délibérément ou non, imposent une expérience discriminatoire aux personnes présentant une certaine caractéristique : ils peuvent se manifester sous diverses formes, telles que le traitement infantilisant, l'utilisation d'étiquettes, la négligence, un pronostic négatif et la fatigue compassionnelle (Boekel et al., 2013 ; Happell, 2005; Schulze, 2007 ; Thornicroft et al., 2007). L'utilisation d'étiquettes est un outil puissant qui reflète et perpétue les préjugés négatifs qui circulent dans la société (Agence de la santé publique du Canada, 2019). Ces comportements et attitudes reposent sur des perceptions qui imputent à la personne diagnostiquée la responsabilité morale de sa situation et lui attribuent d'office des traits comme la dangerosité, l'incompétence, la faiblesse, la paresse, le manque de maîtrise de soi ou la tendance à simuler pour obtenir de l'attention (Björkman et al., 2008 ; Corrigan et al., 2009 ; Ross et Goldner, 2009). L'Agence de la santé publique du Canada (2019) identifie plusieurs causes sous-jacentes à cette stigmatisation, dont des croyances selon lesquelles la maladie mentale résulte de mauvais gènes ou de déficits en compétences sociales, ainsi que la croyance que les maladies mentales sont dangereuses et présentent un pronostic de récupération négatif.

Des enquêtes nationales, depuis une enquête pionnière réalisée en Australie en 1999, ont révélé que les médecins de famille et les psychiatres affichent envers les maladies mentales des attitudes encore plus pessimistes que le grand public (Thornicroft et al., 2007). Cette tendance a été confirmée dans d'autres contextes, comme le montre une recherche récente menée en Belgique, où la stigmatisation persiste en particulier dans les services de soins non spécialisés en psychiatrie (Kostenko, 2020). Le phénomène serait plus aigu dans les services d'urgence. Par exemple, Paroz (2022) souligne que, dans les départements d'urgence, la stigmatisation se mêle à une complexité psychosociale plus large, incluant la violence et la comorbidité psychiatrique, qui rend la gestion des urgences médicales encore plus difficile. Qui plus est, Mazeh, Melamed et Barak (2003) notent que les services d'urgence figurent parmi les secteurs les plus déconsidérés du système de santé,

ce qui affecte aussi les perceptions et les attitudes des soignants. En somme, les données disponibles révèlent une tendance préoccupante : les professionnels de santé ont des attitudes plus pessimistes envers les maladies mentales que le grand public et ce regard négatif des professionnels serait encore plus vif dans les services d'urgence, qui servent souvent de première ligne de soin.

1.1 Facteurs contribuant à la stigmatisation

La stigmatisation des patients souffrant de troubles mentaux par le personnel de santé résulte de plusieurs facteurs. D'une part, des recherches ont montré que les stéréotypes culturels et médiatiques (Link et al., 1999 ; Swanson et al., 2015) jouent un rôle majeur dans la formation d'attitudes négatives envers ces patients. Les stéréotypes culturels et les préjugés sociaux peuvent amplifier la méfiance et les jugements défavorables à l'égard des troubles mentaux. Un exemple de préjugé culturel est la croyance, répandue au XIX^e siècle aux États-Unis, selon laquelle l'urbanisation rapide et l'immigration massive étaient des causes majeures de la maladie mentale, ce qui a inspiré la création d'asiles visant à isoler les individus malades du chaos urbain, plutôt qu'à leur offrir des soins adaptés (Link et al., 1999). Par ailleurs, un exemple de préjugé social est l'idée que les personnes atteintes de troubles mentaux graves, comme la schizophrénie, sont imprévisibles et dangereuses : ce préjugé peut entraîner leur exclusion des milieux de travail et des espaces publics, malgré l'absence de comportements violents avérés (Swanson et al., 2015). De manière générale, les images dévalorisantes et alarmistes véhiculées par les médias nourrissent la stigmatisation, tant auprès du public que des professionnels de la santé (Angermeyer, 2003 ; McGinty et al., 2015). Ces représentations renforcent les croyances erronées et les stéréotypes négatifs, alimentant davantage la stigmatisation (Ladouceur, 2021).

À l'inverse, une connaissance approfondie des troubles mentaux pourrait favoriser des attitudes plus positives et des comportements moins stigmatisants. En effet, des études procédant par sondage ou *focus group* ont révélé que les professionnels de la santé qui présentent une meilleure compréhension ou « littératie » sur les troubles psychiatriques adoptent une approche plus empathique et moins discriminatoire envers leurs patients (Clarke et al., 2014 ; Smith et al., 2024 ; Thornicroft et al., 2007). Dans le personnel infirmier, l'absence de formation spécifique sur ces troubles est souvent liée à une augmentation des craintes et à une tendance à vouloir éviter les patients atteints de troubles mentaux (Ross et Goldner, 2009). Ainsi, l'absence de formation

spécifique peut renforcer les préjugés et les stéréotypes négatifs, contribuant à une atmosphère de méfiance et de distanciation. La formation continue est une exigence annuelle pour les infirmières et infirmiers du Québec, visant à soutenir leur développement professionnel et à assurer la qualité des soins (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2025). Dans ce contexte, le programme de formation continue virtuel sur les troubles cognitifs du CHUM, basé sur le modèle *Extension for Community Healthcare Outcomes* (ECHO), offre une approche interactive combinant séances éducatives et discussions de cas cliniques afin de renforcer les compétences des professionnels de santé québécois (Chicoine, 2023). Une étude mixte réalisée en 2023 a démontré que ce programme améliore significativement les connaissances et les attitudes des infirmières envers les personnes atteintes de troubles cognitifs. Malgré ces résultats positifs, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec souligne que la formation insuffisante en santé mentale et la préparation inadéquate à prendre en charge cette clientèle demeurent des enjeux importants dans la profession (Ouellet, 2019). Ainsi, le renforcement des programmes de formation et l'acquisition de compétences spécialisées en santé mentale pourraient jouer un rôle clé dans la réduction de la stigmatisation et dans la promotion d'une approche plus inclusive et respectueuse des patients psychiatriques.

La segmentation de l'organisation des soins constitue aussi un facteur déterminant. En effet, le personnel infirmier des services non psychiatriques peut estimer que les soins aux patients souffrant de troubles mentaux ne relèvent pas de sa tâche ou de son domaine de compétence, et juger que ces patients sont inaptes à recevoir des soins dans leurs services et requièrent plutôt un transfert vers un département psychiatrique (Ouellet, 2019 ; Ross et Goldner, 2009). Dans les services d'urgence, cette perception est exacerbée par des défis organisationnels, tels que les délais d'attente, le bruit ambiant et la pression, qui compliquent la gestion de ces patients (Clarke et al., 2014). Les faibles taux de rétention des diplômés en sciences infirmières du Québec révèlent des conditions de travail difficiles, caractérisées par des heures supplémentaires obligatoires et une surcharge qui engendrent des arrêts de travail fréquents ainsi que des cas d'épuisement professionnel (Dionne, 2021), une situation exacerbée par la pénurie de main-d'œuvre dans les établissements de santé. Ces facteurs favorisent des attitudes négatives et une stigmatisation accrue.

En somme, les facteurs principaux influençant la stigmatisation des patients psychiatriques par le personnel infirmier, tels que le manque de connaissance, les représentations médiatiques, les défis organisationnels et une segmentation des soins qui réduit ou anormalise le contact avec ces patients

hors du cadre psychiatrique, sont des éléments qui gagneraient à être considérés dans mon projet de recherche.

1.2 Impacts de la stigmatisation sur les usagers

L'impact de la stigmatisation sur les usagers de services de santé mentale est profond et multifacette, affectant non seulement leur accès aux soins, mais également la qualité de ces soins, la relation avec le personnel infirmier et l'intégration des personnes dans la société (Agence de la santé publique du Canada, 2019 ; Dubi, 2019 ; Molloy et al., 2023; Rao et al., 2009 ; Van Boekel et al., 2013). Selon la revue de littérature de Muhire et al. (2023), la première étape essentielle dans la prise en charge d'un patient présentant un trouble de santé mentale est l'établissement et le renforcement d'une relation de soin collaborative entre le personnel infirmier et le patient. Cette relation repose sur la reconnaissance et le respect de l'autonomie du patient, permettant une prise de décision partagée concernant les soins. Cependant, les attitudes négatives de jugement et de discrimination de la part des personnels infirmiers sont fréquentes et nuisent à la relation de soin.

Un autre effet préoccupant de la stigmatisation est le phénomène d'« éclipse diagnostique » décrit par Thornicroft et al. (2007), par lequel des symptômes physiques des patients sont attribués, à tort, à leur trouble mental. Ce biais, lorsqu'il est présent chez le personnel soignant, entraîne des sous-diagnoses et des traitements inadéquats (Meltzer et al., 2013). Dans les services d'urgence, notamment, il a été démontré que les plaintes physiques des patients psychiatriques sont fréquemment prises moins au sérieux et que ces patients sont souvent transférés directement et de manière accélérée en psychiatrie sans évaluation approfondie de leurs symptômes, afin de permettre aux personnes de l'urgence de se concentrer sur des patients jugés plus méritants (Molloy et al., 2023 ; Schulze et Angermeyer, 2003). En conséquence, la stigmatisation peut conduire à des opportunités de soin manquées et à un processus inapproprié de prise en charge thérapeutique. Cette négligence contribue à des taux de mortalité et de morbidité significativement plus élevés que dans la population générale, comme le rapportent Ross et Goldner (2009).

Ces effets renforcent un cercle vicieux dans lequel la stigmatisation génère un sentiment de désespoir, une perte de confiance envers le système de soins et une réticence à demander de l'aide dans l'avenir (Smith et al., 2024). La stigmatisation favorise ainsi l'évitement chez l'utilisateur et le

retard à obtenir des soins, ce qui peut accroître la gravité des symptômes, augmenter le taux d'hospitalisation et ainsi augmenter les coûts liés aux soins (Molloy et al., 2023 ; Muhire et al., 2023). Elle explique en partie que l'exposition à des discriminations multiples est associée à des niveaux accrus de stress post-traumatique, à une prévalence plus élevée de psychoses, à une détérioration de la santé mentale et à une augmentation des comportements de consommation de substances (Vargas et al., 2020).

En résumé, la stigmatisation des patients psychiatriques par le personnel infirmier entraîne des retards dans le traitement, des soins inappropriés et des résultats de santé négatifs. Ces impacts, combinés à une augmentation des coûts de soins, soulignent la nécessité d'interventions visant à réduire la stigmatisation et à améliorer les pratiques infirmières. Une prise de conscience accrue et des efforts pour renforcer l'empathie et le respect dans les soins pourraient transformer ces dynamiques, pour favoriser une meilleure qualité des services et des résultats de santé plus positifs pour les patients.

1.3 La situation du personnel infirmier

Une cause, ou un envers, du phénomène de stigmatisation est l'insatisfaction du personnel infirmier face au travail auprès des patients ayant un trouble mental. Cette insatisfaction trouve son origine dans plusieurs facteurs interconnectés, notamment la perception dévalorisante de la pratique en santé mentale, des problèmes organisationnels qui nuisent particulièrement à ce secteur, et des préoccupations de sécurité.

La perception de la psychiatrie comme un domaine moins prestigieux et moins stimulant contribue fortement à l'insatisfaction professionnelle du personnel infirmier en soins psychiatriques. Le nombre de diplômés en sciences infirmières spécialisés en santé mentale et soins psychiatriques diminue, notamment dans les pays économiquement développés comme le Canada, reflétant un désintérêt croissant pour cette spécialité (Dionne, 2021 ; Thornicroft et al., 2007). Les étudiants en soins infirmiers perçoivent la psychiatrie comme une spécialité monotone et peu engageante, ce qui alimente une faible motivation à se spécialiser dans ce domaine (Oermann et Sperling, 1999). Cette vision dévalorisante de la psychiatrie contribue à une sous-représentation des professionnels en santé mentale au sein des différentes communautés professionnelles, exacerbant la

stigmatisation des patients psychiatriques. En parallèle, la perception dévalorisante des infirmiers en soins psychiatriques par leurs collègues d'autres spécialités, renforce cette marginalisation (Ladouceur, 2021) et intensifie le sentiment de frustration et de découragement parmi le personnel soignant.

La surcharge de travail et l'organisation des soins dans les services d'urgence sont d'autres facteurs qui aggravent la situation. La nature cyclique des admissions et réadmissions à l'urgence des patients ayant des troubles mentaux peut entraîner un sentiment d'inefficacité parmi les infirmiers, renforçant la frustration face à l'absence d'améliorations significatives chez les patients (Arboleda-Flórez et Stuart, 2012, dans Ouellet, 2019). Par ailleurs, des politiques organisationnelles plus répandues peuvent contribuer à l'épuisement professionnel du personnel infirmier. En particulier, l'indifférence des organisations envers le bien-être mental des infirmiers est souvent associée à la perception qu'une difficulté de santé mentale pourrait nuire à leur capacité à exercer. Cette stigmatisation intériorisée au sein du personnel peut renforcer les attitudes négatives envers les patients souffrant de problèmes de santé mentale (Smith et al., 2024). Ce manque de soutien organisationnel influe aussi directement sur la qualité des soins fournis, entraînant des risques pour le bien-être des patients.

Depuis quelques années, la violence envers les professionnels de la santé est reconnue et dénoncée, et des efforts sont déployés à l'échelle mondiale pour la prévenir. Dans ce contexte, la sécurité constitue une problématique majeure dans les services d'urgences psychiatriques, particulièrement en ce qui concerne la gestion des patients perçus comme violents. Le personnel, et particulièrement les infirmières et infirmiers, est fortement exposé à la violence verbale, physique ou sexuelle de la part des usagers ou de leurs proches, souvent sous-déclarée pour des raisons pratiques ou par fatalisme (Fortier et Dallaire, 2020). Cette violence, accentuée par l'agitation des patients, la surcharge de travail et un environnement trop stimulant ou sous-stimulant, a des répercussions importantes : elle peut diminuer la qualité des soins, créer un climat de travail négatif, générer blessures et absentéisme, et provoquer l'usure de compassion (Molloy et al., 2023). Pour se protéger, le personnel peut être amené à maintenir une distance avec certains patients, ce qui peut réduire les normes de soin, fragiliser la relation de confiance et accentuer l'isolement professionnel, montrant ainsi que la sécurité reste un enjeu d'actualité malgré les tentatives de prévention. À titre d'exemple, au centre hospitalier universitaire de Québec, un outil de dépistage du risque de

violence a été implanté pour identifier les patients à risque et orienter les interventions du personnel (Fortier et Dallaire, 2020). Cet outil permet d'évaluer les comportements, d'appliquer des mesures préventives et de documenter les facteurs déclencheurs, afin de réduire la probabilité d'agressions. Cependant, même avec ce type de mesures, la sécurité demeure un défi quotidien.

En somme, l'insatisfaction et le découragement du personnel infirmier face aux besoins psychiatriques sont des problèmes complexes, engendrés par la dépréciation professionnelle, des facteurs organisationnels défavorables et des préoccupations sécuritaires. Ces éléments contribuent non seulement à une détérioration de la satisfaction au travail, mais aussi à la qualité des soins, affectant directement les patients psychiatriques. Les conséquences sont multiples : délais de traitement prolongés, fatigue compassionnelle, aggravation des symptômes des patients et coûts accrus pour les systèmes de santé (Molloy et al., 2023 ; Muhire et al., 2023).

1.4 Les stratégies pour réduire la stigmatisation

En 2020, moins de 4 % du financement de la recherche médicale était consacré à la recherche en santé mentale, illustrant la sous-représentation en recherche de ce domaine pourtant crucial dans les écosystèmes de la science et de la santé (Ladouceur, 2021). Cette sous-représentation prolonge l'exclusion persistante des personnes aux prises avec des troubles de santé mentale. Bien que l'actuel plan d'action de Santé Canada (2023) cherche à promouvoir la santé mentale et à lutter contre la stigmatisation, il reste plusieurs actions à poser pour progresser sur cette question.

Knaak et al. (2020) identifient plusieurs moyens pour lutter contre la stigmatisation en santé mentale et améliorer les soins physiques aux patients concernés. Premièrement, ils recommandent de renforcer la formation en santé mentale pour les professionnels, en intégrant des modules spécifiques dans leurs cursus. Deuxièmement, ils soulignent la nécessité d'utiliser des outils d'évaluation continue pour surveiller et ajuster les interventions. Troisièmement, ils préconisent d'adopter des modèles de soins centrés sur le rétablissement et sur les besoins individuels des patients. En quatrième lieu, ils insistent sur l'équité dans la répartition des ressources pour la recherche et les services de santé mentale. Cinquièmement, il importe d'inclure les personnes ayant un savoir expérientiel dans la création de politiques et de services, et de concevoir des politiques anti-stigmatisation qui respectent les divers contextes culturels des patients. Enfin, il est essentiel

d'aider les intervenants en faisant la promotion d'une culture de soutien en milieu de travail et en améliorant l'environnement de travail et les attitudes envers les patients.

Malgré ces suggestions, la simple réduction des attitudes stigmatisantes ne suffirait pas. Il importe que la stigmatisation soit remplacée par des attitudes et des comportements positifs. Selon Corrigan (2018), l'accent devrait être mis sur des idées de rétablissement et d'autodétermination des usagers. L'auteur explique que les patients, avec un soutien approprié, peuvent atteindre leurs objectifs personnels en fonction de leurs propres moyens et décisions. Par exemple, les approches participatives qui impliquent les patients dans leur propre plan de traitement peuvent encourager leur autonomie et leur engagement. Dans la même veine, différentes études avancent que les professionnels de la santé doivent aller au-delà de leurs réactions individuelles pour embrasser un rôle de défenseur (*advocates*) en santé mentale (Happell, 2005 ; Muhire et al., 2023). Cela inclut la promotion de politiques favorisant des pratiques antistigmatisantes et la défense des droits des patients à obtenir des soins de qualité. Par exemple, des campagnes de sensibilisation continue et des formations de développement professionnel peuvent aider les professionnels à reconnaître et à combattre les biais personnels, professionnels et institutionnels.

Smith et al. (2024) soulignent l'importance de ne pas employer qu'une seule stratégie mais d'adopter plutôt une approche multidimensionnelle, avec plusieurs interventions intégrées et soutenues dans le temps. Cela implique d'implémenter des interventions durables et intégrées en adoptant une approche informée par les traumatismes et la résilience, qui serait essentielle pour réduire la stigmatisation structurelle, dont les différents niveaux seront expliqués au chapitre 2. En outre, il est crucial de favoriser la collaboration intersectorielle pour améliorer la coordination des services de santé mentale au sein du système de santé global et de plaider pour une allocation plus équitable des ressources en santé mentale. En somme, l'amélioration de la formation, la redistribution des ressources, la création de politiques inclusives et la transformation de la culture de travail seraient essentielles pour combattre la stigmatisation et améliorer les soins en santé mentale. La mise en œuvre de ces priorités peut favoriser une meilleure intégration des patients, un soutien plus adapté et une qualité de soins renforcée.

Cependant, ces objectifs supposent que le personnel infirmier se mobilise activement pour remettre en question ses propres biais et comportements stigmatisants. Or, une telle démarche repose sur un

volontarisme ambitieux qui, pour l'instant, semble difficile à concrétiser pour une variété de raisons. C'est pourquoi il est essentiel de poursuivre la recherche pour mieux comprendre ces dynamiques et proposer des stratégies d'intervention adaptées.

CHAPITRE 2

CADRE THÉORIQUE

Ce chapitre, consacré au cadre théorique, est structuré en trois sections. La première précise le vocabulaire théorique de la stigmatisation, pour définir les composantes de la stigmatisation que sont les attitudes, les stéréotypes, les préjugés et la discrimination. La deuxième section présente la théorie du contact intergroupe et celle du biais de confirmation. La théorie du contact intergroupe repose sur l'hypothèse que les interactions entre les membres de groupes différents peuvent généralement réduire les attitudes négatives. Par contre, cette théorie peut être nuancée en tenant compte de l'action du biais de confirmation, qui a un effet potentiellement inverse. Ces théories ouvrent une perspective utile pour envisager des interventions améliorant la relation entre le personnel et les patients. La troisième section se penche sur le rôle de la connaissance et de la formation dans la réduction de la stigmatisation, afin de souligner l'importance d'une meilleure préparation des professionnels de santé. Mises ensemble, ces différentes théories fournissent les bases nécessaires pour analyser les attitudes du personnel infirmier envers les patients psychiatriques et pour envisager des stratégies visant à améliorer les soins et réduire la stigmatisation.

2.1 Définitions et vocabulaire théorique

2.1.1 Les attitudes

L'attitude est un construit psychologique complexe, longtemps défini de manière rudimentaire à la suite d'Allport (1964) comme une prédisposition générale à évaluer des objets, personnes ou situations de manière favorable ou défavorable. Eagly et Chaiken (1993) proposent une définition plus raffinée dans leur ouvrage *The Psychology of Attitudes*, où l'attitude est conceptualisée comme une tendance psychologique relativement stable à évaluer une entité (comme une personne, un objet ou une situation) avec une valence positive ou négative. Selon eux, cette évaluation influence les pensées, les sentiments et les comportements envers l'entité. Par exemple, une attitude positive envers les thérapies psychologiques peut se manifester par un soutien accru aux politiques de santé mentale, tandis qu'une attitude négative se traduirait par une résistance à ces politiques. De même, une attitude favorable envers les personnes avec des troubles psychiatriques pourrait se refléter

dans des comportements empathiques et inclusifs, tandis qu'une attitude négative pourrait mener à des comportements de stigmatisation et de discrimination. Comprendre cette définition des attitudes aide à analyser comment celles-ci façonnent les perceptions et les interactions dans divers contextes sociaux et professionnels. En effet, les attitudes expriment les mécanismes sous-jacents à la stigmatisation, tant du côté du stigmatisateur que du stigmatisé (Dericquebourg, 1989). En apprenant comment ces attitudes se forment et comment elles influencent le comportement des individus, il devient possible de mieux comprendre les origines des stéréotypes, préjugés et discriminations, et potentiellement de les minimiser.

2.1.2 Les stéréotypes, préjugés et discrimination

Corrigan et al. (2009) définissent les stéréotypes comme des schémas de connaissances ou des représentations collectives concernant les membres d'un groupe externe, c'est-à-dire un groupe auquel une personne n'appartient pas. Ces stéréotypes se manifestent souvent par des représentations caricaturales et simplistes des individus d'un groupe, les enfermant dans des rôles ou des caractéristiques prédéterminés, ce qui renforce les préjugés et les attitudes discriminatoires (Santé Canada, 2023). Par exemple, un stéréotype courant est l'idée que les personnes atteintes de troubles mentaux sont systématiquement dangereuses ou imprévisibles.

Les préjugés sont des inférences négatives fondées sur l'adhésion individuelle à ces stéréotypes. Ils sont des croyances erronées ou des idées préconçues, au fort contenu émotionnel, qu'un individu développe en les faisant reposer non pas sur des preuves objectives ou sur une expérience préalable, mais sur des jugements préexistants. Par exemple, des préjugés comme « les personnes anxieuses sont fragiles » ou « toutes les personnes schizophrènes sont violentes » illustrent comment des stéréotypes peuvent se traduire en jugements négatifs. Selon Corrigan (2018), la littérature en psychologie sociale fait principalement état de trois préjugés récurrents envers les maladies mentales. Le premier est la dangerosité, c'est-à-dire qu'il dépeint les personnes avec un trouble mental comme étant imprévisibles et violentes. Le deuxième est la responsabilité, c'est-à-dire qu'il incite à considérer les individus atteints comme étant moralement responsables de leur propre maladie. Le troisième est l'incompétence, soit la présomption que ces personnes sont incapables de remplir les rôles sociaux jugés essentiels, comme avoir un emploi ou entretenir des relations intimes.

La discrimination, quant à elle, est la manifestation de ces attitudes, stéréotypes et préjugés sous forme de comportements négatifs. Contrairement aux attitudes et aux croyances, la discrimination implique donc des comportements concrets qui portent atteinte aux droits ou au bien-être des individus stigmatisés. Elle peut se manifester sous diverses formes, telles que l'évitement, le retrait social, la ségrégation, la coercition ou l'application d'étiquettes dévalorisantes (Corrigan, 2018). Par exemple, dans le contexte des soins de santé, la discrimination pourrait se traduire par une réduction de l'accès aux soins, par un traitement moins empathique ou par des décisions de traitement influencées par des biais inconscients concernant le trouble mental d'un patient.

2.1.3 La stigmatisation

La stigmatisation est un phénomène complexe qui implique une série d'attitudes, de stéréotypes, de préjugés et de discriminations dirigés contre des individus en raison de certaines caractéristiques, tels que les troubles psychiatriques (Björkman et al., 2008 ; Pescosolido, 2013). Selon Santé Canada (2022), la stigmatisation se manifeste à plusieurs niveaux interconnectés : interpersonnel, individuel et structurel (Couët, 2023 ; Agence de la santé publique du Canada, 2019).

Au niveau interpersonnel, la stigmatisation se traduit par des préjugés et des discriminations vécus dans les interactions sociales quotidiennes. Cela inclut le non-respect de droits, l'absence d'inclusion dans les décisions, un manque d'information sur les traitements, et des interactions jugées indifférentes (Smith et al., 2024). Dans ce contexte, les attitudes négatives se manifestent par du mépris, des jugements ou de l'exclusion, ce qui amplifie la souffrance des personnes stigmatisées (Corrigan et al., 2009). Cette forme de stigmatisation peut entraîner un isolement social et professionnel, nuire aux relations interpersonnelles, limiter l'accès à des opportunités, ainsi qu'une réticence à demander de l'aide ou à admettre des problèmes de santé mentale (Smith et al., 2024).

Au niveau de l'individu stigmatisé, la stigmatisation se manifeste par l'autostigmatisation, également appelée stigmatisation internalisée. Ce processus se produit lorsque les individus intériorisent les préjugés et stéréotypes négatifs associés à leur condition. Cette intériorisation a des conséquences graves : elle réduit l'estime de soi, diminue le sentiment d'auto-efficacité et altère la qualité de vie. Les individus sujets à l'autostigmatisation peuvent éprouver des difficultés dans

leur fonctionnement personnel, social et professionnel, susceptibles de compromettre leur rétablissement et leur adhésion au traitement. En outre, l'autostigmatisation peut conduire à une baisse de l'espoir et de la confiance en l'avenir, affectant négativement le bien-être général (Corrigan et al., 2009 ; Dubi, 2019 ; Ellouze et al., 2023 ; Schulze et Angermeyer, 2003).

La stigmatisation structurelle fait référence aux politiques, pratiques et normes mises en œuvre par des institutions et qui renforcent les inégalités et les discriminations à l'encontre, par exemple, des personnes ayant des troubles mentaux. Selon Knaak et al. (2020), la stigmatisation structurelle dans le domaine de la santé est intégrée dans des règles et des pratiques tant formelles qu'informelles, renforcées par les lois, les politiques et les procédures internes des établissements publics et privés de soin, ainsi que par les pratiques des professionnels. Cette stigmatisation, souvent implicite et systémique, influence la manière dont les services sont conçus et administrés. Des séries d'entretiens réalisées par Smith et al. (2024) montrent que cette stigmatisation structurelle constitue un obstacle majeur à l'accès à des services de santé de qualité et représente un facteur clé de la stigmatisation interpersonnelle et intrapersonnelle. Leur étude confirme que la stigmatisation apparaît à la fois dans les normes organisationnelles, dans l'environnement physique et dans les pratiques quotidiennes, en renforçant les inégalités devant les soins pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale et tout particulièrement en renforçant l'idée que les soins de santé mentale sont en quelque sorte un « ajout » ou un complément aux soins médicaux plus habituels.

Le concept d'intersectionnalité, développé à l'origine par des études sur le racisme et le sexisme, permet de voir comment plusieurs formes de stigmatisation peuvent se croiser et se renforcer mutuellement. Selon Corrigan (2018), le degré de stigmatisation des troubles mentaux peut ainsi varier considérablement en fonction de la race ou du genre, créant ainsi des expériences spécifiques pour les personnes issues de groupes ethniques donnés ou de genres divers. Par exemple, la stigmatisation des troubles mentaux peut différer pour les personnes noires, mettant en lumière l'importance de considérer ces intersections pour comprendre pleinement l'impact de la stigmatisation. De manière similaire, la population autochtone fait face à des stigmates supplémentaires liés à un héritage de colonisation, d'oppression et de traumatismes culturels, combinés à des facteurs socio-économiques et à un accès limité aux soins, ce qui amplifie l'impact des troubles mentaux et des autres formes de marginalisation (Corrigan, 2023). Ces barrières multiples se manifestent simultanément, renforçant les expériences de stigmatisation.

En somme, la stigmatisation est un processus multidimensionnel qui, au-delà des réactions individuelles, concerne divers niveaux de la société, des interactions personnelles aux structures sociales, et conduit à des discriminations envers les individus en raison de caractéristiques spécifiques qui deviennent des stigmates. Le stigmatisme désigne une caractéristique perçue comme dévalorisante qui discrédite l'identité sociale d'un individu, en le distinguant des autres et en provoquant des réactions, de la part des autres acteurs sociaux, de rejet ou d'adoption de comportements négatifs. C'est à travers ce stigmatisme que l'individu devient l'objet de stigmatisation.

Erving Goffman, dans ses travaux microsociologiques, a approfondi cette idée en analysant le stigmatisme comme une marque qui, lors des interactions sociales, affecte l'identité de l'individu en la discréditant (Plumauzille et Rossigneux-Méheust, 2014). Selon lui, le stigmatisme crée une distinction entre les « stigmatisés » et les « normaux », et produit des effets sociaux qui influencent la manière dont ces individus sont perçus et traités au sein de la société. Goffman distingue trois types de stigmates : les stigmates corporels, liés aux caractéristiques physiques visibles, comme les handicaps, qui peuvent entraîner la stigmatisation ; les stigmates de caractère, qui concernent des traits perçus comme déviants ou anormaux, tels que les troubles mentaux ; et les stigmates tribaux, qui font référence à des aspects hérités ou culturels, comme la nationalité ou la religion, souvent transmis de génération en génération.

Au niveau macrosociologique, la stigmatisation désigne une certaine forme d'exercice du pouvoir, qui se construit par des procédés comme la séparation cognitive en groupes, l'étiquetage, les différences de statut social et le rejet. Selon Link et Phelan (2001), pour qu'il y ait stigmatisation, il faut une dynamique de pouvoir où des groupes sociaux dominants imposent des normes permettant d'étiqueter comme déviants ceux qui ne s'y conforment pas. Ce processus crée et renforce les inégalités, permettant à la stigmatisation de persister et de se reproduire dans la société. Toutefois, bien que la stigmatisation soit profondément ancrée dans ces rapports de pouvoir, des stratégies, telles que le contact intergroupe, peuvent offrir des solutions pour atténuer ces attitudes négatives.

2.2 La théorie du contact intergroupe et le biais de confirmation

Selon Yap et al. (2014), les attitudes négatives et la stigmatisation envers les personnes atteintes de troubles psychiatriques peuvent être atténuées si les individus vivent des contacts directs avec ces personnes, à condition toutefois que ces interactions ne soient pas marquées par des actes violents de la part des patients. En effet, ces chercheurs suggèrent que le contact personnel peut jouer un rôle crucial dans la réduction des préjugés, à condition que les expériences vécues ne soient pas négatives. Cette hypothèse est confirmée par une enquête menée en Australie-Méridionale, rapportée par Thornicroft et al. (2007). L'étude révèle que les attitudes du personnel de santé sont souvent influencées positivement par leurs expériences personnelles avec les patients, du moins si certaines circonstances sont réunies. Ainsi, lorsque les professionnels de la santé ont des interactions positives avec des personnes atteintes de troubles psychiatriques, leur stigmatisation tend à diminuer.

La théorie du contact intergroupe, formulée par Gordon Allport en 1954, soutient cette observation. Allport a proposé que le contact entre membres de différents groupes peut réduire les attitudes négatives envers ces groupes, à condition que certaines conditions soient réunies : les interactions doivent se produire dans un cadre équitable, avec une coopération mutuelle et un objectif commun. Selon cette théorie, des interactions directes et significatives entre professionnels de la santé et patients psychiatriques, lorsqu'elles sont positives, ont le potentiel de réduire la stigmatisation et d'améliorer les attitudes des professionnels envers ces patients (Wright et al., 1997). En résumé, la théorie du contact intergroupe suggère que des contacts positifs répétés avec des personnes atteintes de troubles psychiatriques peuvent diminuer les attitudes négatives et la stigmatisation, à condition que ces contacts ne soient pas perturbés par des expériences négatives comme des comportements violents. Ce phénomène est pertinent pour les professionnels de la santé, qui pourraient bénéficier de telles interactions positives pour modifier leurs perceptions et attitudes envers les patients psychiatriques.

La théorie du contact intergroupe prévoit l'effet positif de contacts « positifs et répétés », mais n'établit pas clairement l'effet de contacts négatifs (Graf et Paolini, 2016). Le concept de biais de confirmation aide à comprendre que des contacts négatifs répétés peuvent, au moins potentiellement, avoir l'effet contraire de renforcer les stéréotypes. Ce « biais de confirmation

d'hypothèse », mis en évidence par la psychologie cognitive, désigne la tendance à privilégier les informations qui confirment nos croyances (Salès-Wuillemin, 2006). Ainsi, un ensemble de mécanismes cognitifs peuvent orienter notre perception et notre interprétation des informations disponibles, de manière à renforcer nos stéréotypes. Le biais de confirmation tend notamment à valider nos croyances préexistantes sur les autres individus, comme l'a illustré l'étude de Snyder et Swan (1978, dans Salès-Wuillemin, 2006) qui a montré que les individus formulent intuitivement des questions biaisées pour confirmer leur hypothèse sur un trait de personnalité.

Les stéréotypes sur les troubles mentaux trouvent particulièrement à se confirmer et donc à se renforcer dans les services d'urgence, où les infirmiers sont confrontés à des patients en crise. Par exemple, si un patient souffrant de schizophrénie arrive agité, cet état sera perçu comme une validation de l'idée que ces patients sont dangereux, et cet effet de validation demeurera même si d'autres patients arrivent calmes et coopératifs. De plus, l'exposition, la perception et la mémorisation sélective favorisent l'évitement ou l'oubli des informations qui contredisent ces croyances, comme l'a démontré l'étude de Hamilton et Rose (1980, dans Salès-Wuillemin, 2006) sur la surestimation des traits professionnels stéréotypés. Ce phénomène peut être amplifié par des « amorces » qui se présentent sous forme d'associations d'idées : Payne (2001) a révélé que l'activation d'un stéréotype – comme l'association entre un visage noir et une arme – influence la rapidité et la précision des jugements. Ainsi, ces processus entretiennent et consolident les stéréotypes en façonnant notre manière de percevoir, d'interagir et de mémoriser les informations, ce qui peut avoir des conséquences notables, notamment en matière de prise de décision et de témoignage.

En résumé, la stigmatisation des personnes atteintes de troubles mentaux est largement influencée par la nature des interactions avec le personnel de santé. Des contacts positifs et répétés peuvent réduire les attitudes négatives, tandis que les contacts négatifs, combinés aux biais cognitifs comme le biais de confirmation, renforcent les stéréotypes. Dans les services d'urgence, les situations de crise accentuent ce phénomène car les comportements agités des patients peuvent valider des idées préexistantes sur leur dangerosité. Comprendre ces dynamiques est essentiel pour concevoir des stratégies visant à diminuer la stigmatisation et à améliorer la qualité des soins.

2.3 Le degré de connaissance et la formation

Les connaissances représentent des ensembles de notions et de principes essentiels pour l'exécution de tâches spécifiques dans un domaine donné, acquises par divers moyens, tels que l'enseignement, l'étude, l'observation ou l'expérience (National Occupational Classification, 2023 ; Office de la langue française, 2008). L'apprentissage est un processus dynamique qui permet de développer ces connaissances, compétences et aptitudes (Office de la langue française, 2004). La formation, quant à elle, est l'ensemble structuré de connaissances théoriques et pratiques jugées nécessaires au développement professionnel (Office de la langue française, 2020).

Il a été démontré que des niveaux élevés de connaissance sur les troubles psychiatriques ont un impact positif sur les attitudes et les comportements des professionnels de la santé envers les patients (Committee on the Science of Changing Behavioral Health Social Norms et al., 2016 ; Thornicroft et al., 2007). Une connaissance plus poussée dans le traitement des problèmes de santé mentale est associée à des attitudes plus positives envers les individus atteints de troubles psychiatriques. À l'inverse, de moindres connaissances dans ce domaine peuvent entraîner une augmentation de la peur et de l'évitement parmi le personnel, souvent en raison d'une formation théorique et pratique insuffisante, d'une négligence de la santé mentale dans l'écosystème de soin ou de la propagation d'informations erronées (Agence de la santé publique du Canada, 2019 ; Ross et Goldner, 2009).

Des recherches ont révélé que certaines attitudes négatives envers le milieu psychiatrique sont basées sur des croyances infondées, en partie en raison du manque de formation formelle disponible dans ce domaine (Günösen et al., 2017 ; Wedgeworth et al., 2020). Par exemple, il existe une croyance erronée selon laquelle les professionnels de la santé, en raison de leur travail avec des patients considérés comme « déviants », sont eux-mêmes susceptibles de développer des traits « déviants » ou de subir des impacts négatifs sur leur santé mentale en raison de l'association avec ces patients (Ebsworth et Foster, 2016). Une formation initiale améliorée serait utile pour la pratique infirmière en général et pourrait également avoir un impact réparateur pour la réputation de la spécialité psychiatrique et des patients qu'elle dessert (Ladouceur, 2021). En outre, Happell et Gaskin (2012) et Thongpriwan et al. (2015) ont montré que l'augmentation du temps consacré aux cours magistraux et aux stages cliniques en santé mentale est corrélée avec une attitude plus

positive des étudiants envers le personnel de soins psychiatriques. Cette exposition accrue engendre également un plus grand intérêt et respect pour cette profession, augmentant ainsi la probabilité que les étudiants envisagent une carrière dans le domaine psychiatrique (Ladouceur, 2021).

En résumé, ce chapitre a permis de clarifier les concepts centraux liés à la stigmatisation, d'exposer les théories éclairant la dynamique des interactions entre le personnel infirmier et les patients, et de souligner le rôle clé de la connaissance et de la formation dans l'atténuation des attitudes négatives. Ces fondements théoriques fournissent un cadre analytique permettant de mettre les résultats de cette étude exploratoire en relation avec la littérature existante, tout en soulignant le rôle des spécificités propres à un contexte donné.

CHAPITRE 3

OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES DE RECHERCHE

L'objectif général de notre recherche est d'explorer la persistance d'attitudes stigmatisantes parmi le personnel infirmier d'un service d'urgence envers les patients psychiatriques à Montréal et de proposer des hypothèses concernant leurs causes. Ce chapitre doit clarifier les buts et les questions plus spécifiques de notre recherche, en formulant nos hypothèses de travail et en justifiant leur pertinence. Le terme hypothèse doit être compris dans son sens heuristique, plutôt que prédictif. Il ne s'agit pas de postulats à vérifier empiriquement selon un protocole expérimental, mais de constats dégagés de la littérature et utilisés ici comme repères. Ces constats permettent de mettre en lien nos données avec les recherches existantes en soulignant les convergences, mais aussi les spécificités contextuelles qui confèrent à notre recherche sa valeur exploratoire.

3.1 Hypothèses de travail

Trois hypothèses structurent notre enquête. Premièrement, malgré que la théorie du contact intergroupe suggère que des interactions positives entre groupes peuvent généralement réduire les attitudes négatives et la stigmatisation (Thornicroft et al., 2007 ; Wright et al., 1997 ; Yap et al., 2014), il demeure que les patients avec un trouble mental se présentent fréquemment dans les services d'urgence en étant en situation de crise, ce qui peut influencer négativement les perceptions des infirmiers, comme le supporte le concept de biais de confirmation. En raison de l'organisation des soins, les professionnels de l'urgence rencontrent davantage les patients en détresse psychologique et non dans un état stable ou de rétablissement. Cette situation peut engendrer une appréhension négative de la part du personnel infirmier d'urgence vis-à-vis de ces patients. Nous proposons donc l'hypothèse que, dans ce contexte propre à l'urgence, le contact intergroupe pourrait paradoxalement accroître les attitudes négatives et la stigmatisation des patients psychiatriques.

Deuxièmement, nous émettons l'hypothèse que le risque de stigmatisation de la part des infirmiers d'urgence augmente avec leur ancienneté, c'est-à-dire avec le temps passé à l'urgence depuis leur qualification professionnelle. Cette hypothèse repose sur l'idée que, avec le temps, les expériences biaisées acquises ou confortées en pratique clinique peuvent surpasser les connaissances théoriques

acquises durant la formation. L'étude de Björkman et al. (2008) suggère qu'un tel phénomène est possible, car les attitudes des infirmiers face aux troubles mentaux varient selon l'âge et l'expérience, mais de manière variable selon les contextes de travail. Par ailleurs, Liu et al. (2022) explorent comment l'évitement et le détachement moral du personnel hospitalier envers les patients stigmatisés sont exacerbés par la répétition des admissions, sorties et réadmissions, une circonstance qu'on retrouve particulièrement à l'urgence et qui peut engendrer frustration et sentiment d'impuissance parmi le personnel. Le personnel adopterait alors une culture de soin acceptant des pratiques de qualité inférieure pour les patients en santé mentale, perceptible dans l'étude de Smith et al. (2024). Enfin, il est crucial de noter que le personnel infirmier est souvent confronté à une vision dichotomique du patient en voyant celui-ci comme une source potentielle de danger, qui contraste avec la philosophie de soins humanistes enseignée dans leur formation initiale (Ladouceur, 2021). Cette vision, renforcée par la charge administrative écrasante, éloigne les infirmiers de leur mission de proximité avec les patients et diminue les opportunités de créer des relations thérapeutiques authentiques. Cette dissociation entre le personnel infirmier et les patients peut intensifier la stigmatisation et compromettre l'efficacité des soins.

Troisièmement, nous faisons l'hypothèse que le manque de formation spécifique en santé mentale contribue à l'augmentation de la stigmatisation des patients psychiatriques. Liu et al. (2022) soulignent que les pratiques routinières appliquées aux patients stigmatisés, sans adaptation aux spécificités de leur condition, renforcent les attitudes négatives et les stéréotypes. De plus, l'étude de Ghuloum et al. (2022) conclut qu'une formation spécialisée en psychiatrie a un impact plus positif sur les attitudes des infirmiers que le niveau général d'éducation. Ainsi, l'insuffisance de formation spécialisée pourrait exacerber les préjugés et la stigmatisation.

En résumé, cette recherche vise à éclairer comment des facteurs contextuels, temporels et de formation influencent la stigmatisation des patients psychiatriques en milieu d'urgence, de manière à proposer des pistes pour atténuer ces attitudes problématiques.

3.2 Pertinence pour la recherche et pour la société

Une contribution potentielle de cette recherche réside dans l'opportunité qu'elle offre aux participants de verbaliser les ambiguïtés et les malaises associés à la stigmatisation des patients

avec un trouble mental. En effet, la pratique quotidienne expose les professionnels de la santé à un large éventail de situations complexes, ce qui peut engendrer des réflexions profondes sur leurs propres attitudes et comportements. Comme le souligne Happell (2005), une recherche de ce genre peut permettre aux professionnels d'aller au-delà de leurs réactions individuelles, voire même de se reconnaître un rôle de défenseurs des patients, en envisageant une pratique plus consciente et empathique.

Cette contribution est possible car l'entretien, en tant qu'exercice d'agentivité et d'autosensibilisation, peut de manière générale constituer un outil précieux pour la prise de conscience des attitudes stigmatisantes. Selon Kostenko (2020), une telle prise de conscience constitue un premier pas crucial vers la réduction de cette problématique sociale. En exposant les professionnels aux effets potentiels de leurs comportements et attitudes, la recherche vise à susciter une introspection qui pourrait favoriser des changements positifs dans leur pratique quotidienne.

Cette réflexion critique s'avère d'autant plus nécessaire dans le contexte spécifique des services d'urgence, où la nature pressante des interventions, la surcharge de travail, la pénurie de personnel et la segmentation des soins complexifient l'intégration des pratiques cliniques. Ces conditions spécifiques peuvent accentuer les préjugés envers les troubles mentaux et, par conséquent, augmenter la stigmatisation. Ainsi, ces comportements de stigmatisation ne sont donc pas uniquement individuels, car ils sont étroitement liés aux contraintes du milieu de l'urgence. En sensibilisant davantage les professionnels, mais surtout en utilisant leur propre connaissance de leur milieu pour identifier des facteurs-clés, il serait alors possible de favoriser une approche plus globale et cohérente dans les protocoles hospitaliers. Cette recherche pourrait contribuer à améliorer la qualité des services pour les patients psychiatriques et, à terme, réduire la stigmatisation dont ils font l'objet.

En somme, cette recherche ne se limite pas à explorer des attitudes et comportements discriminatoires. Elle enrichit également les connaissances sur cette problématique sociale en fournissant des données pertinentes pour les recherches futures, la formation initiale et continue des professionnels de la santé et les campagnes de sensibilisation. En favorisant la prise de conscience et en stimulant la réflexion critique, elle aspire à jouer un rôle déterminant dans la

transformation des pratiques professionnelles et l'amélioration des services de santé pour les personnes vivant avec un trouble mental.

CHAPITRE 4

MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre présente les choix méthodologiques adoptés pour cette recherche, en détaillant le devis de recherche, l'échantillon sélectionné, le plan d'analyse des données et les précautions éthiques mises en place. La méthodologie, qui repose sur des entretiens semi-structurés, a été choisie pour capter avec une certaine profondeur les attitudes et expériences des infirmiers envers les patients psychiatriques. La sélection des participants et les méthodes d'analyse visent à assurer la rigueur et la pertinence des résultats. Ce chapitre se termine par un examen des principes éthiques appliqués pour garantir la conduite responsable de la recherche.

4.1 Devis de recherche et choix des méthodes

Les motifs qui justifient le recours à une démarche qualitative et exploratoire reposent sur la volonté d'approfondir la compréhension d'un phénomène encore peu défini, de mieux cerner une réalité complexe et d'établir des balises pour de futures recherches plus ciblées (Trudel et al., 2007). Bien que plusieurs études internationales soulignent que la problématique demeure d'actualité (Schulze, 2007 ; Thornicroft et al., 2007 ; Van Boekel et al., 2013), peu de recherches ont été menées dans le contexte québécois, et encore moins dans un milieu hospitalier montréalais. De plus, la réalité complexe étudiée ici tient à un enchevêtrement de facteurs individuels, institutionnels et relationnels qui façonne les pratiques et les perceptions des infirmiers, mais qui demeure mal compris. C'est pourquoi une méthodologie permettant d'analyser en profondeur le point de vue du personnel infirmier est privilégiée ici, afin de saisir les nuances et les dynamiques propres à leur expérience. La présente étude vise ainsi à combler le manque de connaissances sur l'effet de facteurs locaux en explorant ce phénomène en prenant en compte l'expérience incarnée des infirmiers dans un seul milieu hospitalier. Ce caractère local de l'étude revêt une importance particulière, dans la mesure où les services d'urgence, bien qu'ils partagent certaines caractéristiques communes, présentent également des particularités organisationnelles et culturelles propres à chaque établissement. En ce sens, l'analyse de spécificités locales constitue un apport pertinent à la littérature et peut offrir des pistes de réflexion concrètes pour l'amélioration des pratiques.

Nous avons réalisé des entretiens semi-structurés à questions ouvertes, d'une durée approximative de 90 à 120 minutes chacun, auprès de cinq infirmiers. Les participants sont des membres du personnel infirmier de l'hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal qui ont occupé un poste infirmier au département d'urgence de cet hôpital depuis plus d'un an.

En général, une recherche qualitative se base sur un recueil de données de situations, de discours, de pratiques, de représentations ou de récits (Gaudet et Robert, 2018). Les courants féministes et postmodernistes ont incité les chercheurs à accorder une plus grande importance aux différents points de vue des divers acteurs sociaux au sein de leurs recherches : pour cette raison, l'entretien de recherche est maintenant envisagé comme un bon moyen de faciliter « une co-construction à laquelle prennent part aussi bien l'intervieweur que le participant » (Poupart, 1997, p. 205), de manière à valoriser différents points de vue.

L'entretien de recherche se définit comme un procédé d'investigation scientifique visant à recueillir des informations par le biais de la communication verbale (Boutin, 2018). Le choix du type d'entretien (structuré, semi-structuré, non-structuré) dépend de variables comme le sujet, les objectifs, le contexte, les caractéristiques des participants, le nombre de participants et leur disponibilité. La cueillette d'information doit permettre de dégager les thèmes pertinents pour l'étude et de mieux comprendre le point de vue des sujets. Nous avons choisi d'utiliser l'entretien de recherche individuel et à questions ouvertes (voir annexe A pour le guide d'entretien), basé sur un protocole de questions générales sur les sujets à couvrir. L'entrevue semi-dirigée à questions ouvertes permet de couvrir tous les thèmes choisis, de comparer les entretiens entre eux et de minimiser les erreurs liées à la formulation des questions, tout en autorisant un certain degré de standardisation aux fins de l'analyse (Millerand, 2022).

Pour encourager la réflexivité, les entretiens ont été structurés autour de questions ouvertes invitant les participants à partager leurs expériences et perceptions professionnelles. De plus, des scénarios hypothétiques ont été présentés pour stimuler la réflexion sur des situations complexes et explorer leurs prises de décision. Enfin, les participants ont été encouragés à commenter et à analyser leurs expériences passées et présentes, renforçant ainsi la profondeur réflexive des entretiens.

4.2 Les participants

En ce qui concerne le nombre de participants, Guest et al. (2006) proposent le principe de saturation théorique pour déterminer la taille d'échantillon. Pour la plupart des recherches qualitatives, ils estiment qu'un nombre de douze entretiens permet d'atteindre ce seuil pour comprendre les perceptions et expériences dans un groupe relativement homogène. Les participants faisaient ainsi tous partie du personnel infirmier dans le département d'urgence au sein de l'hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal. Cette unité de lieu vise à assurer une certaine homogénéité dans l'échantillon, ce qui facilite l'analyse des données et permet une meilleure concordance dans l'interprétation des résultats. Ce choix permet aussi de mieux cerner le contexte de travail des participants et d'en dégager une compréhension plus fine. Le site particulier de l'hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal a été choisi à cause de la situation physique de son département de psychiatrie, à la fois hors établissement et près de l'urgence, ce qui permet d'analyser de façon nette la relation à la fois d'extériorité et de proximité entre les deux départements. En effet, l'urgence et le département de psychiatrie, bien que distincts, demeurent physiquement proches, ce qui permet d'observer leur interaction au sein de l'hôpital.

Le principal critère d'inclusion a été d'avoir un poste d'infirmier au service d'urgence et d'avoir occupé ce poste depuis au moins un an ; ne pas répondre à ce critère a été un critère d'exclusion. L'adoption de ce critère de durée était fondée sur la méthodologie de recherche d'Agrebi et al. (2016) qui privilégie une majorité de participants infirmiers avec une ancienneté supérieure à cinq ans. Dans le contexte de notre étude, le critère de cinq ans était cependant trop limitatif. Par ailleurs, le participant devait avoir comme langue maternelle l'anglais ou le français, pour correspondre aux capacités de l'étudiante-chercheuse. Les personnes qui ne répondaient pas aux critères de sélection n'ont pas été retenues.

4.2.1 La sélection et le recrutement

Dans le cadre de la recherche, plusieurs personnes ont été contactées par courriel (voir annexe B). Au CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal, le directeur de la recherche et le coordonnateur clinico-administratif ont été préalablement contactés avant de joindre les agents de l'hôpital. À l'Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal, la cheffe d'unité pour le volet clinique et la conseillère en soins infirmiers ont été contactées. Ces échanges visaient à présenter le projet et à organiser le

recrutement des participants à l'Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal. Une visite de l'unité d'urgence, réalisée le 3 novembre 2024, a permis de recruter une dizaine de participants potentiels. Parmi eux, cinq ont finalement accepté de participer à des entrevues. Cette démarche préalable a aussi favorisé une meilleure compréhension des dynamiques en milieu clinique, ce qui a contribué à l'enrichissement des informations recueillies. Le nombre restreint de participants s'est révélé approprié pour le contexte exploratoire de l'étude, dont l'objectif principal est d'approfondir la compréhension d'un phénomène encore peu défini, de baliser une réalité complexe et de poser des repères pour de futures recherches plus ciblées (Trudel et al., 2007).

4.3 Analyse des données

L'analyse thématique de discours à l'aide d'une grille de concepts prédéterminée a été choisie comme méthode pour structurer et interpréter les données qualitatives issues des entretiens semi-structurés. Cette méthode permet le repérage, le regroupement et la hiérarchisation des thèmes et sous-thèmes émergents au cours de la transcription des entretiens (Paillé et Mucchielli, 2021). En utilisant une grille de concepts qui organise des thèmes principaux et leurs sous-catégories, nous avons pu faciliter le repérage (à des fins de saisie) et la mise en relation des éléments pertinents présents dans les données. Cet outil a non seulement aidé à structurer les données, mais a également permis d'identifier des parallèles et des tendances dans les réponses des participants. La grille de concepts a permis la synthèse des résultats et la formulation de conclusions, en fournissant une vue d'ensemble claire des thèmes dominants qui a facilité la discussion des implications et la formulation de recommandations pour améliorer les attitudes et pratiques envers les patients psychiatriques dans les services d'urgence.

Selon Paillé et Mucchielli (2021), cette méthode repose sur des opérations de repérage, de codage et de classification des unités de sens, permettant d'identifier et d'organiser les thèmes et sous-thèmes en fonction des questions de recherche. Les choix effectués à chaque étape de thématisation, codage initial, regroupement par catégorie, hiérarchisation des sous-thèmes, ont été réalisés de manière systématique pour assurer la cohérence et la rigueur de l'analyse.

La grille d'entretien, pour sa part, se déclinait en sept sections, dont trois sections à caractère introductif ou général, et quatre sections de fond arrimées à nos questions de recherche. Ces sections de fond comprenaient chacune trois ou quatre questions principales, enrichies par des

questions de relance afin d'approfondir les réponses. Les entretiens ont été enregistrés pour garantir une retranscription fidèle des échanges. À partir de ces enregistrements, certains extraits du verbatim ont été sélectionnés pour initier le travail de saisie et d'analyse, afin de tester et affiner la grille d'analyse. Cette première étape a permis d'identifier des thématiques récurrentes et d'organiser les données en fonction des axes de recherche. Ce processus a posé les bases du travail de thématisation, facilitant une lecture structurée des discours recueillis. Lors de l'analyse, chaque énoncé pertinent extrait des verbatims a été associé à une catégorie et à une sous-catégorie correspondante dans la grille d'analyse, permettant ainsi une lecture transversale et cohérente des données en lien avec les axes de recherche.

Lors de l'analyse, chaque énoncé pertinent extrait des verbatims a été codé selon la grille de concepts, puis associé à une catégorie et une sous-catégorie correspondante. Ces opérations, inspirées de la méthodologie d'analyse thématique séquentielle de Paillé et Mucchielli (2021), ont permis d'établir des liens transversaux entre les réponses et de dégager des tendances significatives pour chaque axe de recherche.

La grille d'analyse des verbatims est structurée en quatre catégories d'analyse (voir Tableau 4.1), axées sur les hypothèses de recherche. La première catégorie vise à recenser les énoncés sur les contacts intergroupes (hypothèse 1), avec des sous-catégories visant à distinguer les expériences positives, les expériences négatives et les enjeux spécifiques de sécurité liés à la prise en charge des patients psychiatriés. La deuxième catégorie vise à recenser les énoncés portant sur l'évolution dans le temps des expériences professionnelles des participants (hypothèse 2). Elle comporte des sous-catégories visant à explorer plusieurs dimensions : l'intérêt et le sentiment de compétence des soignants face aux soins en santé mentale, la perception du rôle de l'infirmier à l'urgence et la satisfaction face à ce rôle, le stress professionnel et personnel, et l'organisation de l'hôpital et les normes de pratique en vigueur. La troisième catégorie vise à recenser les énoncés sur la formation initiale et continue (hypothèse 3), avec des sous-catégories qui mettent en lumière : l'écart entre la formation académique et la réalité du terrain, la formation initiale et continue reçue par les infirmiers, ainsi que leur degré de connaissances sur les troubles mentaux. Enfin, la quatrième catégorie vise à recenser les énoncés sur la présence et les formes de la stigmatisation elle-même, qui constitue l'axe central de la recherche. Des sous-catégories distinguent trois niveaux de pratiques ou de perceptions stigmatisantes : celles qui sont directement exprimées par le participant,

celles que le participant dit observer dans son milieu de travail, et celles que le participant évoque à une échelle plus large, en faisant par exemple référence à la société ou au système de santé en général.

Tableau 4.1 Grille de concepts

	1	2	3	4
	Contact intergroupe	Expérience professionnelle	Formation	Stigmatisation
A	Expériences positives d'interaction	Intérêt et sentiment de compétence face aux besoins/soins de santé mentale	Différence entre la formation et la réalité	Pratiques ou perceptions stigmatisantes venant du participant
B	Expériences négatives d'interaction	Perception du rôle de l'infirmier et satisfaction dans le département d'urgence (ex. admission/réadmission)	Formation initiale des infirmiers	Pratiques ou perceptions stigmatisantes observées par le participant dans son milieu de travail
C	Enjeux spécifiques de sécurité	Stress professionnel et personnel	Degré de connaissances des troubles mentaux	Pratiques ou perceptions stigmatisantes évoquées en référence à d'autres contextes
D		Organisation de l'hôpital et normes professionnelles		

Les verbatims ont été transcrits sur support papier avec une organisation par code de couleur et une thématisation progressive. Un tel format facilite la clarté et l'organisation des données, permettant une visualisation structurée des thèmes et sous-thèmes (Paillé et Mucchielli, 2021). Les codes de couleur aident à différencier les thèmes, ce qui simplifie le repérage et la gestion des informations, réduisant ainsi le risque de confusion.

La thématisation continue, qui permet d'ajuster et de construire les thèmes de manière progressive, permet de capturer les nuances des réponses des participants. Cette flexibilité permet de s'adapter, de manière inductive, aux indices de réflexion, y compris ceux qu'explicitent les interviewés, qui émergent au fur et à mesure de l'analyse des données, de manière à favoriser une compréhension approfondie des perceptions et des attitudes exprimées lors des entretiens. En adoptant une analyse thématique rigoureuse, cadrée par les hypothèses de recherche, puis basée sur les verbatims des

entretiens, nous avons pu structurer les thèmes de manière systématique. Cette approche assure que les conclusions fassent bien dialoguer les questions de recherche et les données collectées, tout en permettant une exploration détaillée des variations et des aspects spécifiques des réponses des participants. Ainsi, le choix de cette méthode permet une analyse minutieuse des données, offrant des perspectives riches et nuancées sur les attitudes des infirmiers envers les patients psychiatriques et permettant une interprétation précise des résultats de la recherche.

Notons que, pour les participants, l'identification d'un patient comme étant atteint d'un trouble mental relève principalement du sens commun. Cela explique l'utilisation, dans le présent mémoire, des termes « troubles mentaux » et « troubles psychiatriques », qui relève des usages et de l'expérience des acteurs. En cela, d'ailleurs, les participants de notre étude rejoignent ceux d'autres études analogues, où cette question n'est pas explicitement problématisée (Smith et al., 2024 ; Van Boekel et al., 2013).

4.4 Considérations éthiques

L'évaluation éthique qui précède la recherche vise à apprécier la correspondance entre les avantages et les inconvénients potentiels de la méthode choisie. Sur ce point, la formule de l'entretien semi-dirigé est appropriée car elle favorise un échange interpersonnel sensible aux nuances et qui favorise l'engagement (Boutin, 2018 ; Poupart, 1997). En l'absence de facteur de vulnérabilité chez les personnes participantes, cette méthode semble appropriée sur le plan éthique. Même si le recrutement pourrait constituer un défi, le projet n'inclut pas de mesure incitative susceptible d'affecter la qualité du consentement. En effet, Gaudet et Robert (2018) recommandent de ne pas faire de pression, ou de sembler faire pression, sur les participants, même si le recrutement et les délais sont difficiles. Le recrutement volontaire a été effectué par l'entremise d'une affiche publicitaire (voir annexe C) disposée dans le local des infirmiers en service d'urgence de l'hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal. L'entretien a été mené en français ou en anglais selon la préférence du participant afin de mettre le participant à l'aise.

Tous les participants étaient majeurs et aptes à consentir. Afin d'obtenir leur consentement, les volontaires ont été préalablement informés par l'entremise d'un courriel électronique et invités à une rencontre d'information, en format présentiel ou virtuel (Groupe en éthique de la recherche,

2018). Le formulaire de consentement (voir annexe D) a été joint au courriel pour que le participant puisse le lire avant la rencontre et les points importants ont ensuite été verbalisés lors de la rencontre, au terme de laquelle deux copies de consentement ont été signées. Durant l'entretien, le participant a été informé de la possibilité d'avoir accès aux résultats de la recherche selon un format adapté et utile. Le participant a pu faire un suivi de la recherche en utilisant l'adresse courriel fournie lors de la première interaction et sur le formulaire de consentement.

Les risques, avantages et inconvénients ont été mentionnés préalablement à l'entretien. Si le participant ressent un certain inconfort durant l'entretien, une ressource d'aide appropriée, telle que le Programme d'aide aux employés et à leur famille du CIUSSS, pourra être proposée au participant. Il n'y a eu aucun rapport d'autorité ou d'influence. La recherche ne recourait à aucune incitation à participer. Il n'y avait aucune source réelle ou potentielle de conflit d'intérêts. Une fois l'entretien complété, les identifiants nominatifs ont été remplacés par un code. Seules la chercheuse étudiante et la direction de recherche ont eu accès aux données identificatoires. Considérant le petit nombre d'entretiens, il a été jugé utile d'assurer la confidentialité des participants en renonçant à toute catégorisation sociodémographique, professionnelle ou autre lors de l'analyse des résultats. C'est ce qui a incité à ne pas poser des questions sociodémographiques durant les entretiens. De plus, le masculin est employé ici pour alléger la lecture mais aussi pour préserver l'anonymat des participants. Les données seront détruites en totalité sept ans après la réalisation du mémoire de recherche.

Les certifications éthiques ont été émises par le comité d'éthique de la recherche du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal le 24 novembre 2023 (voir annexe E) et par le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE) de la Faculté des sciences humaines de l'Université de Québec à Montréal (UQÀM) le 1^{er} novembre 2023 (voir annexe F). Une demande de prolongation de la certification d'approbation éthique de l'étude a été soumise au CERPE de l'UQÀM afin de permettre la poursuite des activités de recherche au-delà de la période initialement autorisée. Cette demande a été approuvée, prolongeant ainsi la validité de la certification jusqu'au 1^{er} novembre 2025 (voir annexe G).

CHAPITRE 5

RÉSULTATS

Le prochain chapitre présente les résultats obtenus à partir des données recueillies dans le cadre de cette recherche. Il commence par une description des caractéristiques de l'échantillon, suivie d'une analyse approfondie des données visant à mettre en lumière les tendances et les thèmes principaux qui émergent des entretiens.

5.1 Le corpus

Des entretiens ont été réalisés avec cinq participants répondant aux critères d'inclusion. Ce nombre restreint de participants est approprié pour une étude exploratoire, dont l'objectif principal est de tester l'intérêt de la problématique et de mieux comprendre les enjeux pour affiner les questions de recherche (Trudel et al., 2007). L'étude thématique d'un petit nombre d'entretiens permet en effet d'analyser en profondeur les expériences et les perceptions des participants. Elle fournit ainsi des données détaillées qui favorisent la nuance, en jetant les bases pour des investigations plus larges à l'avenir.

Les participants ont été numérotés selon leur ordre de passage en entretien, le participant 1 ayant fait son entretien le 7 novembre 2024 et le participant 5, le dernier, le 25 novembre 2024. Les verbatims recueillis ont varié en longueur, avec un entretien plus court avoisinant les 2800 mots et des entretiens plus longs atteignant près de 9100 mots, pour une moyenne d'un peu plus de 6000 mots par entretien. Chaque participant a abordé la thématique de la stigmatisation sous des angles divers, allant de l'empathie à l'objectivité professionnelle en passant par la reconnaissance de biais personnels et institutionnels. Chaque entretien a survolé chacun des thèmes de la grille d'analyse, d'autant que les thèmes s'entrecroisent en partie.

Les attitudes des participants envers la stigmatisation des patients psychiatisés montrent à la fois des convergences et des divergences. Tous reconnaissent la présence de préjugés et l'impact du trouble mental sur la perception des patients par les soignants, et tous soulignent l'importance de l'empathie et du bien-être des patients. Toutefois, leur attitude envers les patients varie : certains, comme le participant 1, adoptent une certaine distance professionnelle, tandis que d'autres, comme

le participant 2, expriment une forte empathie, malgré une frustration face aux lacunes du système. Le participant 3 se distingue par une volonté d'introspection profonde sur ses propres biais, tandis que le participant 4 insiste davantage sur la nécessité de maintenir un environnement respectueux autant pour le personnel que pour les patients, parfois au détriment de l'empathie. Enfin, le participant 5, dont la trajectoire personnelle se distingue par d'importants efforts d'autoformation, a développé une approche qui se veut plus humaine, fruit de son expérience et de ses formations. Les participants ont tous reconnu la complexité des situations auxquelles ils sont confrontés mais leurs réponses ont varié selon leur expérience, leur attitude et les ressources à leur disposition. Ces entretiens offrent un aperçu précieux de réalités vécues par les soignants dans le cadre de la gestion des patients psychiatriques et de défis liés à la stigmatisation dans leur pratique quotidienne.

5.2 L'analyse des données

Je présenterai dans cette section les résultats de la recherche en fonction des trois hypothèses de recherche présentées au chapitre 3, portant sur les contacts intergroupes, sur les expériences professionnelles et sur la formation des infirmiers. Je présenterai donc le propos des participants sous l'angle du lien entre chacun de ces trois facteurs et la stigmatisation des patients ayant des diagnostics psychiatriques dans les services d'urgence. Chaque catégorie sera analysée à la lumière des données recueillies afin de mieux comprendre les facteurs qui contribuent à la persistance de la stigmatisation et dans quelle mesure les contacts intergroupes, les expériences professionnelles et la formation (ou le manque de formation) influencent les perceptions des infirmiers vis-à-vis ces patients.

5.2.1 Un constat partagé : l'existence de la stigmatisation

Avant de plonger dans l'analyse détaillée des perceptions des participants, il convient de préciser un constat général : tous les participants à l'étude soulignent l'existence, dans leur service d'urgence, de la stigmatisation des patients atteints de troubles mentaux. Une telle stigmatisation, parfois exprimée entre collègues, peut influencer la perception des patients avant même d'avoir interagi avec eux. Par exemple, le participant 2 exprime « Je te dirais qu'il y a beaucoup de nurses qui vont, comme, 'Ah, il est psy, c'est dans sa tête', comme... Beaucoup de jugement. Beaucoup, beaucoup, beaucoup » (8:49). Ce phénomène de stigmatisation se manifeste par des attitudes moins attentives ou professionnelles envers certains patients, en particulier ceux souffrant de troubles

mentaux, comme la schizophrénie ou le trouble de la personnalité limite (TPL). Par exemple, un des participants explique le cas d'une patiente connue de l'unité d'urgence présentant un trouble de la personnalité limite : « Tu ne me prendras pas en pitié. Arrête de niaiser le monde. Cette madame-là était TPL. Dépressive. On en a plein d'autres. Des bipolaires. Ça va être d'autres enjeux. C'est beaucoup de frustration et de perte d'énergie pour rien » (Participant 5, 41:14).

Malgré les efforts pour traiter chaque patient de manière égale, les stéréotypes et préjugés liés aux diagnostics psychiatriques persistent et affectent le jugement professionnel des infirmiers. Selon le participant 3 : « Souvent, malheureusement, le diagnostic de santé mentale va affecter notre perception de la personne qu'on va soigner. [...] Ça transmet un stigma. [...] On se fait une idée préconçue du patient avant même de l'avoir vu. » (11:12). En effet, les soignants, y compris le participant lui-même, reconnaissent qu'ils ont des jugements préconçus sur les patients en fonction de leur diagnostic psychiatrique. Le participant souligne que cette attitude est bien connue et partagée parmi les collègues :

Mais oui, je vois des différences entre mes collègues et même moi-même par rapport à notre prise en charge et, veut, veut pas, des jugements qui peuvent se passer respectivement chez les uns et les autres. Souvent, malheureusement, le diagnostic de santé mentale va affecter notre perception de la personne qu'on va soigner. C'est quelque chose qui se sait entre nous et qu'on sait intérieurement aussi. On le verbalise. Ce n'est pas quelque chose de tabou que j'interprète. Ça va arriver fréquemment (Participant 3, 10:58).

Ces constats sont pertinents car ils éclairent la manière dont les soignants perçoivent leurs patients avant même d'avoir eu un contact direct, ce qui influence inévitablement la qualité de la prise en charge. Ils ouvrent la voie à une analyse approfondie des enjeux liés à cette stigmatisation.

5.2.2 Les contacts intergroupes

Notre première hypothèse suggère que, dans le contexte spécifique de l'urgence, les contacts intergroupes pourraient, en dépit de ce que prévoit la théorie, renforcer les attitudes négatives et la stigmatisation des patients psychiatriques. Les passages de nos entretiens qui renvoient aux contacts intergroupes permettent deux types d'observation : des interactions positives et des interactions négatives. Dans le contexte de l'étude, une interaction positive est une situation d'échange, entre les soignants et les patients diagnostiqués avec un trouble mental, qui est jugée

constructive, amicale ou efficace par le personnel. Ces interactions sont perçues comme favorables et peuvent inclure des moments où le personnel soignant adopte une attitude empathique et respectueuse, favorisant une meilleure compréhension et une réduction des jugements stéréotypés. Selon Gilbert et al. (2010), les interactions empathiques et soutenantes de la part des professionnels de la santé sont en effet associées à une plus grande satisfaction des patients, à un meilleur bien-être et à un sentiment de confort psychologique. Selon la théorie du contact intergroupe, de telles interactions peuvent, avec le temps, réduire la stigmatisation, en permettant aux individus des groupes différents de se connaître davantage et de briser les préjugés qui leur sont associés.

À l'inverse, une interaction négative est une situation d'échange où la communication ou l'attitude entre les personnes impliquées entraîne des sentiments de frustration, d'hostilité, d'indifférence ou de rejet (Gilbert et al., 2010). Le concept de biais de confirmation supporte l'idée que des contacts négatifs répétés peuvent renforcer les stéréotypes préexistants, amplifiant ainsi la stigmatisation. Dans le contexte de l'urgence, ces interactions peuvent être caractérisées par un manque d'empathie, une communication défailante et un sentiment d'impuissance face à des situations complexes. Les soignants peuvent également éprouver de la frustration lorsque la relation avec le patient semble difficile ou lorsque leurs efforts sont perçus comme inefficaces.

5.2.2.1 Les interactions positives

Les infirmiers interrogés présentent une interaction comme positive lorsqu'ils y trouvent une satisfaction personnelle qui donne du sens à leur travail. Par exemple, le participant 2 décrit la satisfaction profonde qu'il ressent lorsqu'il apporte un réconfort moral, même minime, à un patient :

Quand le moment où il te regarde, et que tu vois qu'il a confiance en toi. Puis, admettons que tu lui fais un câlin et qu'il pleure dans tes bras. Tu sais que tu lui fais un petit quelque chose ou que tu lui apportes un quelque chose. Ça, c'est comme un million (Participant 2, 20:19).

Il illustre ainsi l'impact puissant d'un geste simple mais empreint d'humanité. Pour le participant 3, établir un lien thérapeutique solide avec un patient en détresse psychologique est une source de valorisation personnelle et professionnelle. Par exemple, il considère comme un accomplissement le fait de réussir à gérer un patient que personne d'autre n'arrivait à aider.

Pour les participants 4 et 5, trouver un sens à leur travail repose sur leur capacité à établir des relations positives et à répondre aux besoins des patients, même dans des contextes difficiles. Le participant 4 exprime une profonde satisfaction lorsque, malgré des situations complexes comme les admissions sous contrainte, il parvient à offrir au patient un sentiment de sécurité et de bien-être. Ce sentiment de contribution au rétablissement du patient donne une signification particulière à son rôle. De son côté, le participant 5 valorise la collaboration étroite avec le patient, sa famille et son environnement. Il met en avant l'importance de l'écoute active et du non-verbal pour établir une relation de confiance et de respect. Par exemple, il remercie souvent les patients d'avoir eu le courage de demander de l'aide, renforçant ainsi leur dignité et leur confiance. Pour ces soignants, le sens du travail se trouve dans l'impact positif qu'ils ont sur la vie des patients, à travers la compréhension et l'empathie. Par exemple, le participant 5 exprime « Un quart sur deux, j'arrive à faire une différence comme ça chez les patients. C'est ça qui me fait continuer » (58:54).

En résumé, les infirmiers participants disent bien partager des expériences enrichissantes avec les patients qui ont un trouble mental, mettant en avant l'importance de la confiance, de l'empathie et de la collaboration. Selon les participants, la satisfaction personnelle, nourrie par des interactions authentiques et bienveillantes, favorise la motivation et la résilience des infirmiers envers les patients qui ont un trouble mental. Les moments jugés positifs incluent des liens thérapeutiques significatifs où des gestes simples, comme rassurer un patient ou prendre le temps de l'écouter, font une grande différence. Ces moments font voir la pertinence de traiter les patients avec dignité et respect, en reconnaissant leur humanité et leurs efforts, même dans des situations difficiles. Pour les infirmiers participants, ces interactions permettent de trouver du sens à leur travail, malgré les défis quotidiens, et confirment qu'établir une relation de confiance, valoriser les progrès des patients et travailler en équipe avec leur entourage constituent les piliers d'un soin efficace et gratifiant. Ces expériences montrent que la satisfaction personnelle, nourrie par des interactions authentiques et bienveillantes, joue un rôle essentiel dans la motivation et la résilience des infirmiers envers les patients qui ont un trouble mental.

5.2.2.2 Les interactions négatives

Les participants révèlent toutefois aussi des expériences moins positives, marquées par une gestion complexe des patients ayant un trouble mental, particulièrement dans des contextes où la sécurité devient une préoccupation primordiale. Tous les participants évoquent des situations où les

comportements des patients avec un trouble mental nécessitent une vigilance accrue de la part des équipes soignantes.

Le participant 3 met en lumière l'impact de ses expériences professionnelles antérieures sur les jugements portés envers certains diagnostics rencontrés à l'urgence. Ce participant a auparavant travaillé dans des milieux spécialisés difficiles où les pathologies psychiatriques complexes dominent la prise en charge. Il mentionne la difficulté à gérer des patients confrontants ou manipulateurs, qui peut conduire à des interventions invasives, comme les contentions. Bien que cette solution lui paraisse loin d'être idéale, et parfois en contradiction avec les valeurs soignantes, la sécurité reste primordiale :

Sinon, quand ils sont difficiles à gérer, c'est malheureux, mais moi, ma sécurité, celle de mes collègues et des autres patients, prime sur le fait que lui ne se gère pas. On va avoir plus facilement recours à des contentions, autant chimiques que physiques dans un milieu comme le nôtre [le département d'urgence] pour rendre la situation sécuritaire pour tous, ce qui n'est pas nécessairement la chose à faire (Participant 3, 16:44).

Le participant 4 décrit aussi des situations éprouvantes sur le plan physique et émotionnel, incluant des agressions directes : « Je me suis fait mordre, frapper, coup de poing, coup de pied, cracher dessus, insulter » (26:30). Cette réalité engendre une méfiance inévitable envers certains patients, surtout lorsque la violence a nécessité l'intervention des forces de l'ordre. Ce participant souligne la nécessité de juger avec précision chaque situation afin d'éviter les escalades et des interventions traumatisantes, comme les contentions chimiques et physiques, bien que ces dernières soient parfois indispensables pour préserver la sécurité des soignants et des patients eux-mêmes. Sur ce point, le participant explique lui aussi son expérience professionnelle dans un autre milieu hospitalier :

Mon exposition, c'était phase aiguë, décompensée, agressif, agressant, qui vient tester les limites. Ce n'est pas qu'avec tout le monde que j'ai eu ce contact-là. Mais on se souvient souvent plus des événements négatifs que des événements qui sont plus positifs (Participant 4, 31:47).

Les infirmiers, bien qu'ils cherchent à faire la « bonne chose », se retrouvent dans des situations où ils doivent aussi préserver leur propre sécurité émotionnelle et physique. Par exemple, le

participant 4 exprime : « À force de voir ces patterns-là, dans ta tête, tu dois te dire que si, on va dire, 100 patients avec ce problème de santé mentale-là, j'ai retrouvé ce pattern-là dans 20, 30, 40 % d'entre eux, à un moment donné, tu crées des préjugés » (23:29). Ce passage montre comment l'expérience répétée de certains comportements, associés à des diagnostics particuliers, peut stimuler la formation de préjugés même si le participant tente de garder une approche ouverte. Un participant révèle le conflit interne entre la volonté d'aider et les frustrations liées à des comportements répétitifs chez certains patients, ce qui conduit à une perte d'énergie et à une attitude moins patiente envers ces derniers :

À chaque fois que je l'avais, je me disais "[...] respire. Ce n'est pas de sa faute. Elle est malade." [...] Ce qui était triste pour cette dame, c'est qu'elle impliquait beaucoup de gens qui essayaient de l'aider. Elle finissait par brûler tous les amis qui voulaient l'aider. [...] Mais il faut que je me concentre sur toi parce que tu ne sais pas te gérer. C'est terrible ce que je viens de dire. [...] Je vais les traiter pareil. Mais, il y en a d'autres, je le vois dans mes collègues. Il y en a qui vont traiter ces patients différemment. Je ne les blâme pas non plus. Ils vont être beaucoup moins patients. Ils vont être beaucoup moins professionnels (Participant 5, 39:20).

Le participant 2 explique une situation où un médecin réagit de manière agressive en bloquant la bouche un patient à l'aide de son masque pour le faire taire, dépassant les limites professionnelles et éthiques.

Quand le patient m'a frappé, j'ai vu un médecin. Faut pas que tu touches à ses infirmières. Taper la bouche du patient avec son masque pour qu'il arrête de crier et de parler. Oui, à quelques reprises, j'ai vu des choses qui étaient... Wow, on dépasse les limites professionnelles (Participant 2, 19:45).

Ce comportement révèle une incapacité à gérer ces situations de manière adaptée, alimentant ainsi des préjugés envers cette population vulnérable. Dans un autre extrait, le participant 4 critique l'approche déshumanisante de certains médecins, perçus comme centrés uniquement sur des données cliniques, sans considération pour les dimensions humaines et émotionnelles des soins : « Toi, tu n'es pas un être humain, tu es un robot qui regarde des données et qui n'a aucune foutue classe » (Participant 4, 42:54). Ces attitudes mécaniques et détachées illustrent selon lui un manque de compréhension et d'empathie envers les patients psychiatriques, qui renforce une perception négative et stigmatisante.

Le participant 5 relate une expérience particulièrement marquante avec une patiente avec un trouble mental ayant un lourd passé de traumatismes et des comportements violents. Cet incident a conduit à des blessures graves parmi l'équipe soignante et à des arrêts de travail prolongés, illustrant à quel point ces situations peuvent avoir des répercussions durables sur le personnel. Il évoque aussi la récurrence des « codes blancs » dans son milieu, indicateurs d'un environnement de travail souvent soumis à des crises violentes, tout en se félicitant de l'efficacité d'équipes spécialisées, surnommées « *men in black* » (MIB), dans la gestion et la réduction de telles situations. Malgré la présence de ces équipes spécialisées, les participants soulignent les défis de la gestion des situations critiques. Ils évoquent la difficulté de concilier la sécurité de chacun, le respect de la dignité des patients et les limites personnelles des infirmiers. Cette tension entre sécurité et respect de la personne rend le travail des infirmiers complexe et éprouvant : la tendance à stigmatiser certains patients, en raison de leurs comportements violents ou de leur passé traumatique, découle selon eux de cette problématique récurrente. En raison de la fréquence des incidents impliquant certains patients psychiatisés, plusieurs infirmiers en viennent à associer d'office un potentiel de dangerosité à l'ensemble de cette population, contribuant ainsi à un climat de crainte et de distance. Cette perception généralisée, ancrée dans l'expérience répétée de crises violentes, façonne progressivement les attitudes du personnel et renforce l'idée que tout patient souffrant de troubles mentaux représente un risque, indépendamment de son historique clinique réel. Ces situations sont perçues comme particulièrement épuisantes, car elles donnent l'impression de « travailler dans le vide » (Participant 3, 18:45) et « ça ne donne pas envie de le re-soigner » (Participant 3, 20:12).

En conclusion, les témoignages des participants mettent en évidence les défis complexes auxquels les infirmiers du département d'urgence sont confrontés dans la prise en charge des patients qui ont un trouble mental. Les participants soulignent les répercussions émotionnelles et physiques de telles expériences sur les soignants. La priorité accordée à la sécurité justifie des interventions perçues par les participants eux-mêmes comme invasives et éloignées des valeurs soignantes, accentuant la tension entre protection et respect de la dignité des patients. Enfin, malgré l'efficacité des équipes spécialisées (MIB) dans certaines situations critiques, l'expérience vécue d'épisodes de violence, même dans des milieux cliniques autres que les urgences, justifie, selon les participants, une attitude de vigilance particulière envers les patients porteurs d'un diagnostic de santé mentale.

5.2.3 Expérience professionnelle

Cette deuxième hypothèse suggérait que le risque de stigmatisation augmente avec l'ancienneté des infirmiers à l'urgence. Avec le temps, les expériences pratiques peuvent éclipser les connaissances théoriques acquises durant la formation initiale, conduisant à des attitudes plus négatives. En ce sens, les résultats sur les expériences professionnelles des participants peuvent être regroupés en trois thématiques : le sentiment de compétence, la perception du rôle de l'infirmier et la satisfaction dans le département d'urgence, l'organisation de l'hôpital et les normes professionnelles. Ces aspects du discours des participants illustrent comment les expériences biaisées inculquées par la pratique clinique en général influencent leur point de vue en tant qu'infirmiers.

5.2.3.1 Sentiment de compétence

Les entretiens des participants révèlent des perceptions variées concernant l'intérêt et le sentiment de compétence envers les patients ayant un trouble mental. Un point commun entre les participants est que ce sentiment de compétence est décrit comme quelque chose d'évolutif, qui fait partie de l'histoire de vie professionnelle de l'infirmier.

Le participant 1 explique qu'avant sa formation, il ressentait de la peur et une grande incertitude face à cette clientèle, qu'il associe à un manque de connaissance et de compréhension :

Au début, avant ma formation, j'avais, entre guillemets, peur un peu de cette clientèle. C'était un peu flou cette notion de psychiatrie et santé mentale. Après la formation, j'ai eu des stages en santé mentale avant de venir à l'urgence ici. Là, c'est vraiment plus facile. J'ai plus de facilité à parler avec eux et pouvoir échanger avec eux (Participant 1, 11:59).

Le participant 2 dit aussi avoir vécu une évolution personnelle envers les patients ayant un trouble mental :

Au début, tu as peur, tu es impressionné, tu vas faire des choses qui ne sont pas nécessairement sécuritaires et pour toi et pour lui, puis je trouve que le jugement était vraiment plus facile. Tandis que là, ça va m'en prendre vraiment pour que je juge, je vais être plus calme. Au lieu d'envenimer la situation, je ne la ferais pas escalader. Versus quand j'étais au tout début, je faisais juste mettre du gaz, par le manque d'expérience, puis la façon qu'on leur parle, puis les approcher (Participant 2, 16:58).

Bien que le participant 5 exprime une volonté sincère d'aider les patients qui ont un trouble mental, il dit manquer d'outils et de connaissances spécifiques au milieu d'urgence. Initialement déstabilisé par cette clientèle, il a lui aussi développé un sentiment de compétence au fil des expériences et de formations qu'il a lui-même entreprises. Il reste conscient de ses limites et demeure vigilant face à la détresse des patients, ce qui, à son avis, implique d'adopter une approche visant à déstigmatiser les troubles mentaux et à établir une communication empathique. Comme le participant 2, il note surtout que les ressources du système de santé demeurent souvent insuffisantes pour répondre pleinement à leurs besoins.

Le participant 3 partage une perspective différente, en se reconnaissant d'importantes lacunes pour certaines catégories de patients, mais aussi de bonnes compétences auprès de certaines autres. Il décrit ainsi ses difficultés spécifiques avec les patients ayant un trouble de personnalité limite. Il dit avoir du mal à établir des relations thérapeutiques efficaces avec ces patients et préfère déléguer leur prise en charge à des collègues, par crainte d'aggraver la situation. En revanche, le participant exprime un grand confort et même une affinité particulière avec les patients schizophrènes, se sentant compétent et à l'aise pour gérer leurs besoins, y compris dans les situations de décompensation. Cette attitude différenciée renvoie selon lui à un phénomène général : les infirmiers tendraient à éviter les patients qu'ils se sentent incapables de bien prendre en charge, alors que l'apprentissage et la pratique renforcent à la fois la compétence et l'intérêt pour certains cas. Face à un patient au profil moins maîtrisé, « [j]'ai plus tendance à me retirer de la situation que d'intervenir, parce que j'ai peur d'envenimer la situation avec la personne » (Participant 3, 12:39).

Le participant 4 adopte une perspective différente en attribuant son propre sentiment de fatigue à des facteurs humains universels plutôt qu'à des diagnostics psychiatriques spécifiques : « Une petite fatigue s'est installée de l'urgence de ces bobos, qui en ce moment prenaient plus de place que le positif » (41 :30), laissant comprendre que l'urgence a été marquée par une accumulation de cas complexes et épuisants qui érodent progressivement son énergie et son enthousiasme.

En conclusion, les entretiens révèlent une variété d'opinions sur le sentiment de compétence envers les patients psychiatriques. La plupart estiment avoir développé une meilleure compréhension et

compétence avec le temps, grâce à la formation et à l'expérience acquise avec le temps, même si certains, comme le participant 3, éprouvent des difficultés avec certaines pathologies.

5.2.3.2 Perception du rôle de l'infirmier et de la satisfaction dans le département d'urgence

Les infirmiers du service d'urgence décrivent leur rôle auprès des patients présentant un trouble mental comme étant à la fois gratifiant et profondément frustrant. Le participant 1 dit souhaiter véritablement aider les patients psychiatriques à se stabiliser et à progresser à leur propre rythme, mais estime que le système de soins en général et le contexte de l'urgence en particulier imposent des limites difficiles à contourner.

Parfois, oui, on est un peu découragé parce qu'on veut vraiment qu'il aille bien et on essaie de tout faire pour qu'il ne revienne pas, parce que c'est ça le but, mais c'est ça qui est problématique parce qu'on est dans ce contexte-là où on ne considère pas le rythme de chaque personne. Oui, on veut qu'il aille bien, mais chacun a son rythme. C'est ça qu'on oublie parfois de tenir en compte (Participant 1, 15 :50).

Le participant 2 évoque spécifiquement le syndrome de la « porte tournante », par lequel des patients, souvent vulnérables et isolés, sont rapidement renvoyés à domicile sans suivi approprié, augmentant les risques de rechute ou de comportements autodestructeurs. Il exprime une profonde tristesse et frustration lorsqu'il évoque des patients qui, après un congé prématuré d'une unité psychiatrique, retournent à l'urgence dans un état encore plus critique qu'à leur visite précédente, parfois après des comportements autodestructeurs.

On les envoie au pavillon [Albert-Prévoist], ils ont congé le même jour, ils reviennent. Ils ont congé beaucoup trop tôt. Je ne sais pas qu'est-ce qu'ils font comme éval[uation]. Puis, tu sais, pauvre petit loup, pauvre elle. Ils ont besoin d'aide. Bien, non, on déborde, ils vont avoir un congé. C'est aussitôt qu'ils veulent, comme, avoir de la place (Participant 2, 9:22).

Le participant 3 met en évidence un autre obstacle majeur propre au contexte de l'urgence, soit le manque de temps accordé aux patients psychiatriques :

Je considère que les patients qui sont plus psychiatriques, on doit leur accorder plus de temps pour arriver à avoir un bon contact avec eux et une bonne relation thérapeutique, chose qu'on n'a pas nécessairement. C'est souvent quand on coupe les coins ronds par

rapport à ce temps-là, je trouve que ça a tendance à décompenser plus vite. Ça [le manque de ressource et de temps], pour moi, c'est l'enjeu principal (Participant 3, 4:56).

Les infirmiers n'auraient donc pas le luxe d'établir une relation thérapeutique solide avec les patients psychiatriques, ce qui est pourtant essentiel à leur rétablissement selon le participant 3. De manière générale, les participants partagent une perception commune d'un système de santé débordé, où la prise en charge des patients psychiatriques est mise en péril par des processus inadaptés et des ressources insuffisantes, tout particulièrement à l'urgence. Ils décrivent leur intervention comme un mélange d'instinct, d'adaptabilité et de gestion de situations complexes, souvent dans des conditions stressantes et imprévisibles. Plusieurs parlent du sentiment de découragement qu'ils ressentent face à la répétition des cas récurrents et de la difficulté à garder une attitude empathique malgré les contraintes. Le participant 5 aborde sous cet angle son expérience passée au triage, un rôle propre à l'urgence. Il y a souvent ressenti une grande frustration, en raison de la charge de travail, mais aussi de l'intensité des interactions avec des patients parfois impatients, agressifs ou irrespectueux. Bien qu'il ait amélioré sa capacité à gérer ces situations grâce à un cheminement personnel et à des mesures institutionnelles de sécurité, il préfère désormais éviter le triage, qu'il perçoit comme une source de fatigue mentale et émotionnelle.

Les infirmiers proposent plusieurs solutions pour améliorer la prise en charge des patients psychiatriques. Le participant 2, par exemple, suggère la création d'ailes dédiées aux cas psychiatriques dans les hôpitaux généraux, y compris pour l'accueil des cas d'urgence en première ligne, ce qui permettrait une meilleure séparation des problématiques et une prise en charge plus efficace. Cependant, il reconnaît que la mise en œuvre de telles solutions est entravée par des contraintes budgétaires.

Le stress personnel et professionnel constitue ainsi un obstacle majeur à l'offre de soins empathiques. Les infirmiers font face à une pression constante, non seulement en raison de la charge de travail et du manque de ressources, mais aussi en raison des interactions souvent éprouvantes avec des patients en détresse. Par exemple, le participant 1 relate qu'en raison de ses nombreuses tâches, il n'a pas pu offrir un soutien empathique adéquat à une patiente vivant une situation familiale difficile :

À un moment donné, j'ai une patiente qui avait des problèmes familiaux, violences conjugales et tout, sauf que j'avais tellement de choses à faire que je ne pouvais pas m'asseoir, pour pouvoir lui parler. Je trouve ça vraiment plate. En plus qu'elle s'était ouvert à moi, j'ai pu lui consacrer un 10 minutes, mais je suis vraiment très limité dans mon temps (Participant 1, 9:56).

Le participant 3 ajoute que, dans un environnement aussi exigeant que l'urgence, le stress constant complique le maintien d'une sérénité essentielle à l'interaction avec les patients. Cette pression, combinée à la fatigue physique et aux défis personnels, alimente un phénomène de fatigue compassionnelle qui affecte la capacité à offrir un soutien adéquat : « Il faut qu'on se dissocie un peu de la réalité de nos patients pour y survivre, des fois. Mais si tu dissocies trop, la ligne est mince, je ne ressens plus rien pour aider mon patient, je me sauve moi-même » (25:53).

En conclusion, les infirmiers du service d'urgence perçoivent leur rôle comme essentiel mais mal soutenu par un système de santé qu'ils jugent inadapté aux besoins des patients psychiatriques. Ils expriment un mélange de compassion, de frustration et de découragement face aux défis constants qu'ils rencontrent. La gestion d'un haut niveau de stress personnel et professionnel est une réalité incontournable de l'urgence : les infirmiers doivent composer avec des conditions de travail exigeantes où la pression, le manque de ressources et la complexité des cas psychiatriques influencent leur bien-être et leur capacité à offrir des soins optimaux. Leur satisfaction professionnelle est ainsi fortement affectée par les limites systémiques propres à l'urgence, bien qu'ils continuent de faire preuve d'une grande résilience et de dévouement envers leurs patients.

5.2.3.3 Organisation de l'hôpital et normes professionnelles

Les infirmiers participant à notre étude disent affronter des défis majeurs liés à l'organisation de l'hôpital et aux normes professionnelles en matière de gestion des patients psychiatriques. Les discours des participants révèlent une série de problèmes structurels et pratiques, qui affectent leur capacité à fournir une prise en charge optimale.

Un thème récurrent dans les témoignages est le manque de coordination entre les différents services. Par exemple, le participant 2 souligne les difficultés importantes qui nuisent aux transferts de patients psychiatriques, notamment entre l'urgence et les unités de psychiatrie. La communication avec le département de psychiatrie, le Pavillon Albert-Prévost, pourtant à moins de deux kilomètres

de l'hôpital, est souvent défaillante. Des refus fréquents de prise en charge par ces unités, notamment à cause d'un manque de lits et de personnel, compliquent encore la situation. Cette gestion désorganisée des patients entraîne à elle seule une surcharge de travail et de l'irritabilité chez les infirmiers. L'incapacité de transférer des patients, notamment, entraîne une accumulation dans les services d'urgences, où le personnel n'a ni les ressources ni l'expertise pour gérer des cas complexes à moyen ou long terme. Cela génère une frustration générale, tant chez les soignants que chez les patients. Le participant 5 décrit en particulier une relation « amour-haine » avec le Pavillon Albert-Prévost. Cette dualité reflète la collaboration nécessaire, mais difficile avec cette unité, dont les retards ou les refus de prise en charge de patients psychiatriques génèrent une frustration importante.

Les infirmiers se disent également préoccupés de l'impact sur les patients des caractéristiques du milieu qu'est l'unité d'urgence elle-même, caractérisée par une forte affluence de patients et un bruit constant. Ils s'inquiètent particulièrement du caractère inadéquat des espaces d'isolement, censés assurer la sécurité du patient et du personnel soignant en cas de comportement agité, agressif ou présentant un risque pour lui-même ou pour autrui. Certains décrivent comment l'isolement peut soit apaiser, soit aggraver les symptômes, selon les conditions dans lesquelles il est appliqué. Le participant 5 croit que certains lieux d'accueil ou d'isolement nuisent à la sécurité dans l'environnement hospitalier, à cause de l'insuffisance de personnel et d'espaces inadaptés pour surveiller les patients psychiatriques. Il cite en exemple le secteur civière A21, jugé insalubre et dangereux :

Mais malheureusement, les patients restent souvent là plus longtemps que nécessaire. Sinon, le seul autre endroit où on peut mettre les patients à risque, c'est dans nos salles de réa [réanimation], où il y a plein d'autres patients, où il y a plein d'autres stimuli, autant auditifs que visuels. Ça fait que souvent, ça fait décompenser les patients. C'est pour ça que c'est l'environnement qui me rend plus mal à l'aise (Participant 5, 17:46).

Peut-être parler des injections à outrance qu'on donne à ces patients-là pour les faire taire. Parce qu'ils sont pas dans un bon milieu. Ça fait qu'ils font peur aux autres patients. Ça fait qu'on leur donne beaucoup de Versel, beaucoup d'Haldol, beaucoup de... Pour juste les contenir chimiquement pour que dans notre endroit, ils soient bien contrôlés verbalement. Je pense pas que légalement, on ait le droit de faire ça, mais on le fait. Combien d'injections? Parce qu'il fait juste crier. Mais là, il fait décompenser tout le monde. Ça fait qu'on donne une injection, deux injections (Participant 2, 20:49).

La gestion des patients psychiatriques lors du triage est également un sujet de préoccupation. Le participant 5 remarque que la rapidité exigée par le triage peut empêcher une évaluation approfondie, notamment lorsqu'il s'agit de distinguer ce qui relève de problèmes physiques ou de troubles psychiatriques. Le manque de temps pour réaliser une évaluation complète est un facteur limitant : « On n'a pas le temps au triage. Il faut qu'un triage dure 4 minutes » (10:47) et « [o]n a toujours l'impression d'aller vite, vite, vite » (23:11). L'impératif de prendre des décisions rapides compromet ainsi parfois la qualité de la prise en charge, en particulier lorsque le trouble mental n'est pas immédiatement évident.

Les participants soulignent un manque de ressources et d'organisation dans la prise en charge des patients psychiatriques à l'urgence. Ces éléments affecteraient directement la sécurité des patients et la qualité des soins prodigués. Les infirmiers se disent coincés entre la nécessité de respecter des normes de rapidité et la difficulté d'assurer une prise en charge de qualité, dans des conditions d'exercice souvent insuffisantes. L'enjeu identifié est donc le besoin de concilier la sécurité, la dignité des patients et le bien-être des infirmiers. Le contexte organisationnel complique la tâche des soignants, de différentes manières qui peuvent encourager des solutions rapides ou des jugements sur les comportements des patients.

5.2.4 La formation en santé mentale

En ce qui concerne la formation, le matériel tiré des entretiens peut être divisé en trois thématiques : la formation initiale des infirmiers, la différence entre la formation et les réalités cliniques, ainsi que le degré de connaissance des troubles mentaux par les participants. Ces éléments offrent des pistes de réponse à notre troisième hypothèse, selon laquelle un manque de formation spécifique en santé mentale contribue à la stigmatisation des patients psychiatriques.

5.2.4.1 La formation initiale des infirmiers

Plusieurs participants déplorent un déficit de formation initiale spécialisée sur la prise en charge des troubles psychiatriques aigus. Le participant 4 indique que la formation initiale en soins infirmiers ne couvre pas suffisamment les troubles mentaux et que cela constitue un obstacle majeur à la gestion des patients en phase aiguë que l'on rencontre à l'urgence. Cette insuffisance de formation a des répercussions directes sur la qualité de la prise en charge. Le participant affirme

la nécessité d'une « formation plus axée sur la prise en charge aiguë », mais ajoute que « nos gestionnaires sont parfois inactifs » face à ces défis (Participant 4, 3:41).

Tous les participants s'accordent sur l'urgence de réformer la formation théorique et pratique portant sur la santé mentale. Le participant 1 critique la formation initiale théorique, la disant insuffisante car elle se concentre sur les aspects médicaux, tels que les médicaments, en négligeant des aspects humains fondamentaux, comme l'empathie et la prévention de la stigmatisation. Cette lacune de la formation théorique est également soulignée par le participant 2, qui estime que la formation ne prépare pas adéquatement les soignants à la réalité clinique, notamment pour la gestion de troubles mentaux graves comme la schizophrénie. Le manque de formation initiale sur la psychiatrie pose donc un défi récurrent, en particulier pour les infirmiers en milieu d'urgence. Le participant 4 insiste sur le fait qu'une formation plus ciblée en psychiatrie d'urgence pourrait améliorer significativement la qualité des soins et réduire les frustrations liées à la prise en charge.

Les stages pratiques font l'objet d'opinions moins tranchées. Le participant 1 met en avant l'importance des stages pour le développement d'une approche empathique et pour l'amélioration de l'interaction avec les patients psychiatriques malgré les insuffisances de la formation théorique. Le participant 2, tout en reconnaissant l'utilité des stages, en particulier en désintoxication, estime toutefois qu'ils ne préparent pas suffisamment à la gestion de patients souffrant de troubles psychiatriques graves. Le participant 4, tout en saluant les efforts d'amélioration de la formation, fait une distinction entre l'expérience contrôlée et encadrée de l'unité de santé mentale et l'environnement plus chaotique et stressant de l'urgence :

[T]u fais un stage [...] qui est un environnement d'apprentissage contrôlé, encadré. Moi j'ai fait mon stage sur l'unité de santé mentale [...]. Ce que j'ai eu comme expérience, mon exposition était différente, complètement différente à ce que j'ai vu quand j'étais à l'hôpital Sacré-Cœur (Participant 4, 29:19).

Face à ces lacunes, plusieurs participants plaident en faveur de formations continues spécialisées sur les problèmes psychiatriques. Le participant 2 propose de diviser une telle formation en modules spécifiques, notamment sur des troubles comme le trouble bipolaire, et d'y inclure des ateliers pratiques pour fournir des conseils concrets sur la gestion des patients psychiatriques. Le participant 5 semble privilégier une formation continue pour les infirmiers en milieu d'urgence, où les crises psychiatriques sont fréquentes :

C'est plus de reconnaître et d'ajouter par rapport à notre réalité d'urgence. On n'est pas très bien outillé. C'est moi avec le temps, en faisant de la lecture ou en m'intéressant sur certains cas qu'en pratiquant avec l'expérience, je me sens mieux outillé. Sinon, on n'est pas tant formé que ça (Participant 5, 47:11).

L'idée d'une formation continue adaptée aux réalités pratiques de l'urgence est également soutenue par le participant 2, qui suggère des ateliers basés sur des cas réels, afin de mieux préparer les infirmiers aux défis du terrain. Le participant 4, bien qu'appréciant les initiatives existantes, dont la formation des agents « MIB », insiste sur la nécessité d'améliorer considérablement ces formations pour mieux répondre aux besoins des soins psychiatriques d'urgence.

D'autre part, les participants ont relevé plusieurs décalages entre leur formation initiale sur la santé mentale et la réalité de leur travail en urgence avec des patients porteurs de diagnostics psychiatriques. La formation initiale est perçue par les participants comme étant trop axée sur la maladie et ses aspects techniques, tels que les symptômes, les manifestations et les traitements, plutôt que sur la compréhension globale de la personne et de son contexte émotionnel. Par exemple, le participant 1 estime que les cours théoriques manquent de contenu axé sur l'empathie, les interactions humaines et les stratégies pour éviter la stigmatisation : « Je trouve que la formation manque peut-être parfois cette notion d'empathie pour cette clientèle, parce qu'il fait plus d'accès, mettons, sur les médicaments qu'ils prennent, puis c'est quoi la surveillance et telle, telle chose » (Participant 1, 12:39). Les stages et l'expérience sur le terrain sont souvent décrits comme plus formateurs pour comprendre les patients. Ils permettent d'aborder des situations réelles et de développer des compétences interpersonnelles, ce qui est parfois absent de la formation académique. Toutefois, certains participants soulignent que les stages varient en qualité et en pertinence, en fonction du lieu et du type de population rencontrée.

En milieu d'urgence, les infirmiers se heurtent souvent à des cas complexes et imprévisibles. Ils trouvent difficile d'appliquer les théories apprises dans un contexte où les patients peuvent être en détresse aiguë ou présenter des comportements imprévisibles. De plus, ils estiment que les formations continues spécifiques à la santé mentale, adaptées à leur réalité en urgence, sont insuffisantes. Par exemple, selon le participant 5 :

On pourrait être définitivement plus au courant de toutes les maladies de santé mentale. La formation Oméga, je pense que je l'ai eue il y a cinq ans. C'est la dernière formation

que j'ai eue par rapport à quelque chose de psychiatrique. C'est plus pour comment se protéger ou la désescalade (46:09).

Les participants souhaitent davantage de formations pratiques et ciblées, incluant des ateliers interactifs et des échanges avec des spécialistes, pour mieux comprendre et gérer les patients ayant des troubles psychiatriques.

En conclusion, tous les participants s'accordent sur la nécessité d'une réforme de la formation en ce qui concerne la santé mentale. Celle-ci doit être davantage ciblée et adaptée à la réalité clinique, des infirmiers travaillant en milieu d'urgence. Les stages pratiques, les modules spécialisés et la formation continue sont perçus comme des éléments essentiels pour améliorer la prise en charge des patients psychiatriques et renforcer les compétences des soignants dans la gestion des crises psychiatriques.

5.2.4.2 Degré de connaissance sur les troubles mentaux

Même si le format des entretiens n'offre qu'un moyen indirect de l'apprécier, les participants présentent une variété de niveaux de connaissances et d'attitudes sur les troubles mentaux, influencés par leur expérience, leur formation et les ressources disponibles dans leur milieu de travail. Parmi les indicateurs du degré de connaissance des troubles mentaux, on retrouve la compréhension des symptômes et des traitements associés, la prise de conscience de la stigmatisation des patients psychiatriques, la capacité à identifier les besoins spécifiques des patients selon leur trouble, ainsi que la manière dont les participants réagissent face à des situations de crise impliquant des patients en détresse psychologique. Lorsqu'ils discutent explicitement de leur degré de connaissance, les participants évoquent surtout l'expérience pratique comme principale source d'apprentissage.

Le participant 2 explique avoir acquis une meilleure compréhension des patients psychiatriques grâce à son expérience professionnelle, notamment en consultant les diagnostics médicaux et les notes des médecins. Il souligne également l'importance de prendre en compte les interactions médicamenteuses et les particularités propres à chaque patient : « Oui, parce que tu apprends à connaître la clientèle, tu apprends à *sizer* le type de personnage. On lit veut, veut pas, les notes des médecins, donc aussi les diagnostics, les interactions médicamenteuses, puis tout ça » (16:20).

Le participant 3, de son côté, a conscience des défis spécifiques liés aux troubles mentaux, notamment en soulignant l'espérance de vie réduite des personnes diagnostiquées, ce qui l'amène à réfléchir sur l'injustice de cette situation :

Déjà, les gens qui ont un diagnostic de santé mentale, si je ne me trompe pas, c'est TPL, bipolaire, des choses comme ça. Je pense qu'ils ont une espérance de vie qui est diminuée de 10 à 15 ans. Déjà, tu te dis, c'est donc bien juste de dire, ce n'est pas juste, cette personne-là est née et va avoir probablement 15 ans de moins de vie que moi, juste parce que celle-là ou celui-là a ce diagnostic-là et il n'y a rien qui peut y faire (Participant 3, 29 :21).

Il se souvient également d'une simulation d'hallucinations auditives et visuelles réalisée pendant sa formation, qui a profondément changé sa vision des symptômes psychiatriques, le rendant plus empathique envers les difficultés des patients.

Le participant 5 admet que, dans le passé, les patients psychiatriques le déstabilisaient, notamment en raison de leur état décompensé et du manque d'outils adaptés à sa disposition. Avec le temps, cependant, l'exposition répétée aux patients psychiatriques et l'initiative de se former de manière autonome ont considérablement amélioré ses compétences. Malgré ces progrès, il ressent encore des lacunes dans ses connaissances, ce qui l'incite à rester vigilant. Il souligne aussi l'importance d'aborder chaque situation avec un regard empathique, en prenant le temps de comprendre les antécédents psychiatriques des patients et en déstigmatisant les troubles mentaux. Pour lui, la compréhension des facteurs psychologiques, après avoir éliminé les causes physiques, permet de mieux répondre aux besoins des patients. Comme on l'a vu, le participant 4, même s'il a accès à des formations techniques sur des sujets comme les intoxications et les urgences physiques, déplore l'absence de modules spécifiquement consacrés à la santé mentale. Ses seules expériences de formation se limitent à des interventions physiques d'urgence et à la gestion de situations de crise, sans approfondir les stratégies de prise en charge des patients psychiatriques. Il regrette que les manuels de formation ne traitent que superficiellement des troubles mentaux, se contentant de recommandations générales basées sur le DSM-5.

En somme, les participants manifestent des attitudes diverses face à la santé mentale. Certains, comme les participants 2 et 5, ont développé une meilleure compréhension grâce à l'expérience et à la formation continue, tandis que d'autres, comme le participant 4, constatent un manque de soutien institutionnel. Tous s'accordent pour dire que la formation actuelle en santé mentale est

insuffisante, ce qui nuit à une prise en charge optimale des patients souffrant de troubles psychiatriques.

Ce chapitre présente les résultats issus des entretiens réalisés avec cinq infirmiers du service d'urgence, mettant en lumière leurs expériences et perceptions face à la stigmatisation des patients souffrant de troubles psychiatriques. L'analyse thématique de discours a permis d'identifier des tendances et les thèmes principaux liés aux contacts intergroupes, aux expériences professionnelles et à la formation des participants. Les résultats montrent que, malgré des attitudes globalement empathiques et un engagement envers le bien-être des patients, les infirmiers font face à des défis complexes face auxquels ils développent, par conséquent, des réflexions elles aussi complexes. En somme, ce chapitre met en évidence les convergences et les divergences entre les perceptions des infirmiers, tout en soulignant l'impact du contexte organisationnel et des ressources disponibles sur la qualité des soins. Ces résultats offrent un aperçu des enjeux rencontrés à l'échelle d'un milieu hospitalier particulier et servent de base pour l'analyse et la discussion dans le chapitre suivant.

CHAPITRE 6

DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS

Ce chapitre propose une discussion plus synthétique des résultats en lien avec nos hypothèses de départ. Il compte trois parties. La première partie évalue dans quelle mesure les données recueillies soutiennent ou non les hypothèses de l'étude et ce qu'elles révèlent sur la stigmatisation des patients psychiatriques dans les services hospitaliers d'urgence. Cette analyse vise à interpréter les résultats à la lumière des théories discutées. Comme on l'a précisé au chapitre 3, les hypothèses sont utilisées comme des repères issus de la littérature savante, afin de mettre en dialogue les résultats avec les travaux existants.

La seconde partie examine les forces et les limites de la recherche. Les forces de l'étude, soit la définition opératoire de l'objet, la méthodologie employée et son application au contexte spécifique d'une urgence hospitalière, sont discutées afin d'évaluer leur contribution à la validité et à la pertinence des résultats. Les limites de l'étude, quant à elles, sont identifiées et analysées pour comprendre les possibles biais ou contraintes méthodologiques qui pourraient avoir influencé les résultats ou les interprétations, ou qui en limitent la généralisation.

La troisième partie soumet des recommandations sur la base de ces conclusions. Sur le plan de la recherche, les résultats de notre étude exploratoire suggèrent de privilégier certaines pistes pour de futures enquêtes. Elle met notamment en évidence la spécificité des services d'urgence, où les interactions intergroupes sont souvent marquées par des expériences négatives, un constat qui aide à mieux circonscrire certaines causes contextuelles de la stigmatisation et qui suggère d'orienter en ce sens les recherches ultérieures sur la stigmatisation dans les établissements de soins. Sur le terrain clinique, on peut en tirer des recommandations visant à améliorer les pratiques professionnelles et les politiques dans les services d'urgence.

6.1 Discussion

6.1.1 Hypothèse 1 : l'effet des contacts intergroupes

Pour répondre à l'hypothèse 1, fondée sur la théorie du contact intergroupe, notre étude a exploré différentes facettes des interactions entre le personnel infirmier et les patients psychiatriques dans

les services d'urgence. Alors que la théorie du contact intergroupe suggère que le contact entre individus de groupes différents pourrait susciter des interactions positives qui réduiraient la stigmatisation, les témoignages recueillis révèlent une réalité plus nuancée, constituée de trois aspects majeurs : les interactions positives, les interactions négatives et la présence persistante de stigmatisation.

Les interactions positives sont des moments où les infirmiers trouvent un sens à leur travail et une satisfaction personnelle en établissant des relations jugées authentiques avec les patients psychiatriques. Ces expériences valorisent le recours à l'empathie, à l'écoute active et à la collaboration pour permettre aux soignants d'aider efficacement leurs patients tout en valorisant leur rôle professionnel. Par exemple, les témoignages des participants 2 et 3 portent sur des situations où des gestes simples mais empreints d'humanité ont permis de tisser des liens significatifs et d'instaurer une relation de confiance. Ces interactions valorisent non seulement les progrès des patients, mais renforcent également la résilience et la motivation des infirmiers, qui voient un effet tangible de leur travail et de leurs comportements bienveillants dans des contextes souvent difficiles.

Cependant, la forte prévalence d'interactions négatives révèle une toute autre réalité. Dans les contextes où la sécurité pose problème, les infirmiers font face à des comportements perturbateurs, voire violents, de la part de patients ayant un trouble mental. Ces situations engendrent des tensions émotionnelles et physiques qui rendent le maintien d'une attitude bienveillante particulièrement ardu. Les participants 2, 4 et 5 évoquent des incidents marquants, comme des agressions ou des situations nécessitant des interventions invasives, telles que des contentions chimiques ou physiques. Ces expériences accentuent des attitudes méfiantes ou stigmatisantes envers certains patients, surtout lorsque des comportements répétitifs ou confrontants alimentent les frustrations des soignants. La pression exercée par ces contextes critiques renforce l'idée que la sécurité des soignants et des autres patients doit primer, et que cette priorité entre souvent en tension avec les valeurs soignantes centrées sur la dignité et le respect des patients.

C'est en partie à cause de la récurrence d'interactions négatives que la présence de stigmatisation demeure omniprésente dans les témoignages, malgré les efforts des infirmiers pour maintenir une neutralité professionnelle. Des préjugés implicites liés à certains diagnostics psychiatriques

influencent la perception des patients avant même l'interaction, et sont ensuite exacerbés par des comportements jugés difficiles ou manipulateurs. Ce phénomène peut être compris comme un effet d'un biais de confirmation, par lequel des comportements perçus comme perturbateurs viennent valider des préjugés existants, rendant plus difficile leur remise en question et alimentant la stigmatisation. Ces préjugés, parfois renforcés par des échanges entre collègues, affectent la qualité des interactions soignant-soigné et contribuent à une prise en charge moins équitable. Les frustrations liées à la gestion répétée de certains comportements conduisent à une diminution de l'empathie et, dans certains cas, à des gestes ou attitudes déshumanisants, comme des réactions agressives ou des jugements verbalisés. Ces comportements soulignent une difficulté structurelle dans les services d'urgence à équilibrer les exigences de sécurité, le respect des patients et le bien-être émotionnel des soignants.

En conclusion, bien que la théorie du contact intergroupe postule que des interactions positives puissent réduire la stigmatisation, la réalité des services d'urgence présente des défis propres et significatifs qui compliquent cette dynamique. Les interactions positives, bien que gratifiantes, coexistent avec des expériences négatives et une stigmatisation persistante, révélant une complexité intrinsèque à la prise en charge des patients psychiatriques en crise. Ces résultats mettent en évidence la nécessité de stratégies institutionnelles et de formation pour soutenir les soignants dans la gestion de ces tensions, tout en favorisant des approches qui concilient sécurité, humanité et empathie dans un environnement de travail hautement exigeant (Link et Phelan, 2001 ; Muhire et al., 2023).

6.1.2 Hypothèse 2 : l'effet de l'ancienneté à l'urgence

L'hypothèse 2 suggérait que le risque de stigmatisation augmente avec l'ancienneté des infirmiers à l'urgence. Selon certaines recherches, les expériences vécues qui s'accumulent avec l'ancienneté peuvent éclipser les connaissances théoriques acquises durant la formation initiale et, dans le cas des clientèles présentant des troubles de santé mentale, conduire à des attitudes plus négatives. Les résultats de notre étude confirment partiellement l'hypothèse que le risque de stigmatisation des patients psychiatriques augmente avec l'ancienneté des infirmiers. Certains infirmiers (participants 2, 3 et 4) témoignent de difficultés croissantes à gérer certains cas psychiatriques, ce qui reflète un certain éloignement des fondements théoriques au profit d'une approche plus pragmatique. Par contre, des infirmiers expérimentés (participants 3 et 5) ont plutôt rapporté que leur sentiment de

compétence envers les patients psychiatriques et leur capacité à gérer des situations complexes se sont accrus avec le temps, grâce à la pratique et aux formations continues. En ce sens, l'adoption de comportements inclusifs envers les patients psychiatriques semble surtout conditionnée par l'environnement de travail, la disponibilité de ressources adéquates, le soutien institutionnel et une formation adaptée.

Il reste que les infirmiers confrontés à des défis récurrents, comme le manque de personnel, les contraintes de temps et les comportements agressifs ou difficiles de certains patients, rapportent souvent une fatigue physique et émotionnelle accrue. Ces éléments, combinés au stress professionnel, peuvent éroder l'empathie au fil du temps.. Des lacunes organisationnelles, telles que l'absence de coordination entre les services, des attentes institutionnelles irréalistes et un climat de tension, aggravent les frustrations des infirmiers. Ces déficiences obligent les soignants à prioriser leur sécurité et des normes de rapidité au détriment de la qualité des relations thérapeutiques. Avec le temps, ces pressions structurelles contribuent à renforcer les attitudes négatives, car les infirmiers développent des mécanismes de défense émotionnels pour gérer leur charge de travail et ses effets. Le stress professionnel chronique apparaît d'ailleurs comme un facteur clé qui influence les attitudes stigmatisantes. Les infirmiers les plus expérimentés, exposés à des conditions de travail éprouvantes sur une longue durée, sont particulièrement vulnérables à la fatigue compassionnelle. Ce phénomène peut se traduire par des interactions distantes ou moins empathiques avec les patients psychiatriques, alimentant indirectement la stigmatisation.

Ces constats suggèrent qu'on doit chercher à contrer l'érosion progressive des attitudes positives en mettant en place des mesures institutionnelles. Améliorer les conditions de travail dans les départements d'urgence, notamment en augmentant les ressources humaines et matérielles, fournir un soutien émotionnel et psychologique aux infirmiers, et favoriser une organisation du travail plus flexible constituent des pistes importantes.

Ainsi, nos résultats suggèrent que, si l'ancienneté peut bien être associée à une augmentation des attitudes stigmatisantes envers les patients psychiatriques, cette tendance n'est pas inéluctable. Avec des interventions ciblées et un soutien institutionnel adéquat, il est possible de maintenir ou de renforcer des attitudes positives tout au long de la carrière des infirmiers.

6.1.3 Hypothèse 3 : l'effet de la formation en santé mentale

Notre troisième hypothèse était que le manque de formation spécifique en santé mentale contribue à la stigmatisation des patients psychiatriques. Les données recueillies confirment partiellement cette hypothèse. L'analyse des témoignages met en évidence plusieurs éléments qui soutiennent cette affirmation, bien que certains aspects nuancent l'idée d'un impact direct de la formation sur la stigmatisation.

Le parcours des infirmiers révèle des lacunes significatives en matière de formation spécialisée en santé mentale, du moins de l'avis des personnes interrogées. Plusieurs participants, notamment les participants 1, 2 et 4, ont souligné que les formations théoriques dispensées actuellement sont insuffisantes pour préparer les soignants aux réalités du terrain, particulièrement au traitement des troubles psychiatriques aigus. Les témoignages indiquent que les formations se concentrent sur des aspects techniques, comme les médicaments et les protocoles de surveillance, et négligent des dimensions humaines essentielles, comme l'empathie et la compréhension des patients dans leur globalité. Cette insuffisance semble alimenter un sentiment d'impuissance chez les infirmiers devant les patients psychiatriques, ce qui peut renforcer des attitudes stigmatisantes, consciemment ou non. Cependant, certains participants, comme le participant 5, ont également mentionné que l'expérience pratique, la formation continue et l'apprentissage autonome ont permis d'atténuer ces lacunes.

Les écarts entre la formation théorique et les réalités cliniques accentuent cette dynamique. Les participants ont largement critiqué le fossé entre les connaissances enseignées et les défis rencontrés en milieu d'urgence. Par exemple, le participant 1 a noté que la formation initiale prépare mal à gérer des situations complexes et imprévisibles avec des patients en détresse psychiatrique aiguë. De même, le participant 5 a déploré le manque de formation continue adaptée aux besoins des soins d'urgence psychiatrique, ce qui oblige les soignants à s'appuyer principalement sur leur expérience et leur initiative personnelle pour combler ces lacunes. Cette inadéquation entre la théorie et la pratique peut conduire à une prise en charge incomplète, voire inappropriée, des patients, ce qui pourrait renforcer les perceptions négatives associées aux troubles psychiatriques.

Les participants ont présenté des degrés variés de connaissance des troubles mentaux et des patients psychiatriques. Certains, comme le participant 3, ont décrit des expériences pédagogiques marquantes, telles que des simulations de symptômes psychiatriques, qui ont amélioré leur empathie et leur compréhension des patients. Cependant, d'autres participants, comme le participant 4, ont dénoncé l'insuffisance des formations et des ressources éducatives, qui ne permettraient pas d'approfondir les connaissances nécessaires à une prise en charge optimale.

Ces données reflètent la perception qu'ont les participants de leur propre niveau de connaissance des troubles mentaux. Elles mettent surtout en lumière une variabilité notable de ce niveau de connaissance perçu d'un participant à l'autre. Bien que la taille restreinte de l'échantillon ne permette pas de généraliser les résultats, un lien semble se profiler entre un faible niveau de connaissance perçu et l'expression de discours stigmatisants.

En conclusion, nos résultats confirment partiellement que le manque de formation spécifique en santé mentale contribue à la stigmatisation des patients psychiatriques, principalement en limitant les connaissances des soignants et en exacerbant leur sentiment d'impuissance face à des situations complexes. Toutefois, d'autres facteurs, tels que l'expérience professionnelle, l'autoformation et les attitudes personnelles des infirmiers, jouent un rôle important dans leur manière de percevoir et prendre en charge les patients psychiatriques. Les participants semblent tout de même unanimes à souhaiter une réforme des formations initiales et continues pour inclure des modules spécialisés et pratiques, adaptés aux réalités cliniques de l'urgence.

6.2 Forces et limites de l'étude

6.2.1 Forces

Notre projet comporte certaines forces qui lui permettent de faire une contribution valable aux connaissances. Un point fort de l'étude est qu'elle repose sur une définition opératoire de la stigmatisation, qui facilite un découpage précis de ce phénomène complexe. En organisant la recherche autour de trois hypothèses précises, portant sur les contacts intergroupes, l'expérience professionnelle accumulée et la formation, l'étude offre une base solide pour explorer des facteurs causaux potentiels. Ce découpage précis permet à l'étude de jouer son rôle exploratoire en clarifiant certains mécanismes sous-jacents possibles de la stigmatisation des patients psychiatriques en milieu d'urgence.

La méthodologie, consistant en des entretiens semi-structurés à questions ouvertes, est adéquate pour obtenir des données approfondies sur des perceptions d'infirmiers. Ce type d'entretien permet de recueillir des informations détaillées et nuancées sur les attitudes et les expériences des participants, en offrant la flexibilité nécessaire pour explorer des thèmes variés en permettant aux répondants de s'exprimer librement. Cette méthode, lorsque soutenue par une grille d'analyse formelle et organisée autour des hypothèses de recherche, est efficace pour aborder des sujets complexes, comme la stigmatisation, où les nuances et les contextes jouent un rôle crucial.

Enfin, le fait d'appliquer la démarche de recherche au contexte spécifique d'une urgence hospitalière, et a fortiori d'un service d'urgence en particulier, est une force de l'étude. En examinant les attitudes des infirmiers dans le contexte d'un service d'urgence spécifique, l'étude tient mieux compte des défis associés à cette urgence. D'une part, cela permet une compréhension plus fine des défis et des mécanismes à l'œuvre dans l'entourage des participants. D'autre part, les résultats obtenus suggèrent en quoi les mécanismes de la stigmatisation peuvent varier selon la réalité de chaque secteur de soin, par exemple l'urgence. Enfin, les observations sont assez ciblées pour faire voir les besoins spécifiques des services d'urgence en matière d'organisation, de formation et de sensibilisation.

6.2.2 Limites

Les recherches qualitatives sur la stigmatisation, bien qu'essentielles pour comprendre en profondeur ces phénomènes, font l'objet de critiques importantes. Ces critiques portent principalement sur la complexité des théories et concepts employés, ainsi que sur les limites méthodologiques inhérentes à cette approche. En plus de ces limites générales, nous présenterons les limites spécifiques à notre propre étude.

Une critique majeure de l'étude qualitative de la stigmatisation concerne la nature complexe et difficilement mesurable des théories et concepts employés. Selon Schulze et Angermeyer (2003), ces concepts sont souvent abstraits et non quantifiables de manière objective, ce qui compliquerait leur mesure précise et leur validation empirique. Cette complexité peut mener à des interprétations subjectives des données, ce qui limiterait la robustesse des conclusions tirées.

La taille souvent réduite des corpus est un autre obstacle à la généralisation des résultats. Les recherches qualitatives reposent fréquemment sur des échantillons relativement petits, comme c'est le cas ici. Cependant, cette limite ne découle pas uniquement du nombre restreint d'entretiens et elle relève surtout du choix méthodologique d'une démarche qualitative et exploratoire. Une telle démarche n'a pas pour objectif de produire des résultats généralisables. C'est en partie pour cela que les études qualitatives à petite échelle jouent souvent un rôle dit exploratoire, c'est-à-dire qu'elles visent à orienter des recherches futures en clarifiant certains aspects d'un phénomène ou en testant une première fois certaines hypothèses (Trudel et al., 2007). En ce sens, ces études à petits corpus visent principalement à générer des hypothèses, à identifier des tendances ou à valider de nouvelles questions, plutôt qu'à tirer des conclusions définitives. C'est une contribution scientifique valide quand les hypothèses explorées sont pertinentes et lorsque l'étude ouvre des pistes de réflexion précises, par exemple en précisant le caractère spécifique de l'urgence en ce qui concerne la stigmatisation.

La méthodologie utilisée dans les recherches qualitatives présente également des limites. Sur le plan causal, elle ne permet pas de déterminer l'origine exacte des attitudes détectées, se limitant à suggérer des hypothèses et des déductions (Crisp et al., 2000). Sur le plan de la fiabilité, les attitudes des participants et les caractéristiques du chercheur peuvent aussi influencer les données. Pour atténuer ces influences, il est recommandé de standardiser les conditions d'enquête et les modalités d'interventions, mais cette standardisation peut restreindre la flexibilité des entretiens et limiter la capacité à explorer les phénomènes complexes en profondeur. Enfin, la flexibilité des entretiens qualitatifs, bien que bénéfiques pour une exploration approfondie des attitudes et des comportements (Millerand, 2022), peut imposer la perspective du chercheur ou encourager divers biais, qui ajoutent une autre couche de complexité à l'interprétation des données. Par exemple, le biais de désirabilité sociale peut mener les participants à répondre de manière à se présenter sous un jour favorable, ce qui peut fausser les résultats (Meltzer et al., 2013). De plus, l'effet d'interaction réactive du prétest, où les participants modifient leur comportement en réponse à l'évaluation, peut également influencer la validité des données recueillies.

Un biais propre à notre étude réside dans le fait que les participants étaient des volontaires informés des objectifs de la recherche, ce qui peut influencer leurs réponses et leur participation. D'une part, cette approche active clairement un biais de désirabilité sociale. D'autre part, cette approche crée

un biais de sélection car les personnes ayant accepté de participer étaient probablement plus ouvertes à discuter du sujet de la stigmatisation et possédaient peut-être déjà une sensibilité accrue ou des pratiques réfléchies à cet égard. Ce phénomène peut limiter la diversité des perspectives recueillies, puisque les personnes qui sont moins conscientes ou moins enclines à réfléchir à leur attitude face à la stigmatisation ont pu choisir de ne pas participer. Par conséquent, il est plausible que les résultats reflètent davantage les points de vue et les comportements de professionnels déjà attentifs à ces enjeux, plutôt que l'ensemble des attitudes présentes dans le milieu clinique étudié. Toutefois, malgré ces contraintes, l'analyse thématique des entretiens permet de dégager à la fois une certaine variété et des tendances notables dans les discours recueillis. De plus, il n'est pas inutile de reconnaître la capacité réflexive des participants et d'en tirer profit. Les témoignages recueillis offrent un éclairage précieux sur la manière dont les infirmiers perçoivent la stigmatisation en contexte d'urgence et les dynamiques institutionnelles qui influencent leurs propres attitudes et leurs pratiques.

Une limite importante de notre recherche réside dans le fait que chaque hypothèse a été analysée de manière indépendante. Ce choix peut mener à sous-estimer l'interaction et l'influence mutuelle entre les différents facteurs étudiés, qui dans la réalité sont souvent interdépendants. Par conséquent, certaines relations complexes ou effets combinés entre variables pourraient ne pas avoir été pleinement identifiés, ce qui restreint la compréhension globale des phénomènes observés. Ainsi, l'analyse thématique séparée des hypothèses peut masquer l'effet cumulatif des facteurs considérés, en particulier dans un contexte aussi multifactoriel que celui de la stigmatisation en milieu d'urgence. Un traitement interprétatif plus intégré aiderait à mieux saisir les synergies entre les dimensions, et ainsi à enrichir l'analyse des dynamiques à l'œuvre.

En somme, bien que les recherches qualitatives fournissent des perspectives cruciales pour comprendre les phénomènes de stigmatisation et les attitudes qui y sont associées, elles doivent être interprétées avec discernement en raison de leurs limites méthodologiques inhérentes. L'objectif exploratoire de cette étude était de poser les bases pour des recherches futures en évaluant trois hypothèses précises.

6.3 Recommandations

Les résultats obtenus suggèrent de privilégier certaines pistes de recherche futures, notamment en ce qui concerne le poids des interactions négatives observées dans les services d'urgence. Notre étude a montré que, bien que la théorie du contact intergroupe postule que les interactions entre groupes différents pourraient réduire la stigmatisation, la réalité des soins aux patients psychiatriques dans un département d'urgence est en fait plus complexe. La coexistence d'interactions positives et négatives et la persistance de la stigmatisation suggèrent qu'il serait pertinent de mener des études centrées sur le poids des interactions négatives, afin de mieux comprendre comment elles influencent la dynamique soignant-soigné. Comparer cette réalité avec celle rencontrée dans les départements psychiatriques et d'autres services hospitaliers ou de santé pourrait offrir un éclairage précieux sur les spécificités de chaque environnement et sur les facteurs qui contribuent à l'intensité de ces interactions. Ces pistes sont cohérentes avec les recherches de Muhire et al. (2023), qui identifient plusieurs pratiques pour améliorer le traitement des patients psychiatriques, notamment par la réduction de la stigmatisation. Ces pratiques incluent l'adoption d'une approche calme, l'écoute active et la validation des émotions des patients pour établir une relation de confiance, ainsi que la co-construction des soins qui favorise la collaboration et l'autonomie des patients. Une telle approche, inspirée de la recherche-action-participation (RAP), peut transformer les relations hiérarchiques en modèles plus collaboratifs et humanistes. Par contre, le déploiement des moyens nécessaires dépend clairement des propriétés concrètes des milieux de soin, par exemple des services d'urgence, qu'il faut donc prendre la peine de mieux comprendre.

En ce qui concerne l'hypothèse 2 sur l'effet de l'ancienneté à l'urgence, il serait intéressant de poursuivre des recherches plus robustes sur l'évolution des attitudes stigmatisantes au fil de la carrière des infirmiers, en analysant comment les conditions de travail, les ressources et le soutien institutionnel influencent cette évolution. Enfin, nos résultats concernant l'hypothèse 3 suggèrent que la question de la formation en santé mentale devrait être approfondie, notamment en explorant l'effet des formations spécifiques et adaptées aux réalités des services d'urgence. La co-conception de programmes de formation, intégrant des retours d'expérience des soignants et des patients, pourrait enrichir la formation et contribuer à réduire la stigmatisation. Ces pistes de recherche future permettront non seulement de mieux comprendre les facteurs influençant la stigmatisation, mais aussi de proposer des interventions concrètes pour y remédier. Par exemple, selon Link et

Phelan (2001), des stratégies éducatives et des interventions multidimensionnelles sont nécessaires pour modifier la stigmatisation, notamment en remettant en question les croyances des groupes en position de pouvoir. L'intégration de programmes éducatifs inclusifs dans la formation des infirmiers et adaptés aux réalités spécifiques des différents services, dont l'urgence, serait ainsi une solution nécessaire pour promouvoir des soins plus humains et moins stigmatisants.

En somme, les pistes de recherche proposées suggèrent que la stigmatisation des patients psychiatriques est un phénomène complexe et multifactoriel. Afin de mieux comprendre les dynamiques en jeu et d'élaborer des interventions efficaces, il serait pertinent de concentrer une partie des recherches futures sur l'impact des interactions négatives, sur l'évolution des attitudes stigmatisantes selon l'ancienneté des infirmiers et sur leur formation, en plus de promouvoir des approches éducatives plus inclusives et pratiques propres aux unités d'urgence.

CONCLUSION

Cette recherche explorait la stigmatisation du personnel infirmier en service d'urgence envers les patients psychiatriques à l'hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal. En tant qu'étude exploratoire, elle avait pour objectif d'approfondir la compréhension d'un phénomène encore peu exploré dans le contexte québécois, en s'appuyant sur une démarche qualitative visant à restituer la complexité du sujet. En tenant compte des facteurs individuels, institutionnels et relationnels qui influencent les perceptions du personnel infirmier, elle vise aussi à combler un manque de connaissances sur l'effet des facteurs locaux et, ainsi, à dégager des repères utiles pour de futures recherches et l'amélioration des pratiques. Notre recherche s'est structurée autour de la formulation d'hypothèses de travail issues de la littérature et utilisées, dans une perspective heuristique et non prédictive, comme repères pour mettre en lien nos observations avec les travaux existants. Notre choix de relever les spécificités contextuelles d'un milieu hospitalier montréalais particulier contribue à une meilleure compréhension d'une réalité complexe dont les aspects locaux demeurent encore peu définis, ce qui pose certaines balises en vue de recherches futures. Les données recueillies par entretiens semi-structurés à questions ouvertes ont été analysées à l'aide d'une analyse thématique de discours fondée sur une grille de concepts prédéterminée, permettant de structurer, regrouper et hiérarchiser les thèmes et sous-thèmes émergents (Paillé et Mucchielli, 2021).

En réponse à l'hypothèse 1, qui postule que des interactions positives réduiraient la stigmatisation des patients psychiatriques, les résultats de cette étude montrent une réalité plus complexe. Si des interactions positives peuvent effectivement favoriser une relation de confiance et renforcer la motivation des infirmiers, ces expériences sont largement contrebalancées, à l'urgence, par des interactions négatives qui alimentent les préjugés. Les tensions entre les exigences de sécurité, la gestion des comportements perturbateurs et la volonté d'empathie envers les patients psychiatriques soulignent les défis rencontrés par les soignants des services d'urgence, compliquant ainsi l'application de la théorie du contact intergroupe. En ce qui concerne l'hypothèse 2, qui suggère que l'ancienneté des infirmiers au sein des services d'urgence serait associée à une augmentation de la stigmatisation, les résultats confirment partiellement cette hypothèse, tout en la complexifiant. Si l'expérience professionnelle enrichit les compétences pratiques, elle semble aussi contribuer à des attitudes plus négatives, notamment à cause de la fatigue compassionnelle et des

conditions de travail difficiles. Toutefois, des interventions ciblées et un soutien institutionnel pourraient contrer cette tendance et maintenir des attitudes positives tout au long de la carrière des infirmiers. Enfin, l'hypothèse 3, selon laquelle le manque de formation spécifique en santé mentale est un facteur de stigmatisation, semble partiellement confirmée par les témoignages recueillis. De l'avis des participants, une réforme des formations initiales et continues, incluant des modules pratiques adaptés aux réalités des services d'urgence, semble nécessaire pour améliorer les perceptions des soignants et la qualité des soins.

En somme, cette étude met en évidence la complexité et le caractère spécifique des interactions entre le personnel infirmier et les patients psychiatriques en milieu d'urgence. Ce constat fait voir la nécessité de stratégies à la fois institutionnelles et formatives pour réduire la stigmatisation. Ces résultats soulignent l'importance de l'empathie, de la formation continue et d'un soutien organisationnel soutenu pour améliorer les soins et les relations soignant-soigné dans un environnement aussi exigeant que celui des services d'urgence. Enfin, ils montrent la pertinence de réaliser des recherches qui se montrent sensibles aux particularités des différents milieux de travail et qui tirent parti de la réflexivité, parfois très développée, du personnel en place. En ouvrant des pistes de recherche futures, en cohérence avec les travaux de Muhire et al. (2023), cette étude encourage l'adoption d'approches participatives et humanistes, par exemple telles que la recherche-action-participation, pour transformer les pratiques professionnelles. L'intégration de programmes éducatifs inclusifs, adaptés aux réalités spécifiques des services d'urgence, apparaît ainsi comme une voie prometteuse pour promouvoir des soins plus humains et moins stigmatisants.

ANNEXE A

GUIDE D'ENTRETIEN

1. Accueil

- Bonjour, comment allez-vous ?
- Y a-t-il des questions au sujet de cette recherche et votre participation à cet entretien qui vous tracassent ; auxquelles vous auriez aimé que je réponde avant qu'on débute ? Y a-t-il des aspects particuliers de l'étude ou de l'entretien qui vous préoccupent ?
- Je vous remercie d'avoir accepté de consacrer du temps à cette activité.
- Présentation de la question de recherche et de ses objectifs.
 - Relance : Si vous avez des questions sur les objectifs de l'étude, n'hésitez pas à me les poser.
- Lecture du formulaire de consentement, en mettant l'accent sur la confidentialité et le caractère volontaire de la participation.
 - Relance : Avez-vous des questions concernant la confidentialité ou votre participation ?
- Signature de 2 copies du formulaire de consentement.

2. Mise en Confiance

- Toutes les données recueillies (y compris les renseignements personnels du participant ou des personnes mentionnées durant l'entretien) demeureront confidentielles dans les limites prévues par la loi. Acceptez-vous d'être enregistré ?
- Acceptez-vous que l'entretien soit retranscrit en verbatim ?
 - La retranscription verbatim assure la précision des données. Avez-vous des questions à ce sujet ?
- Êtes-vous à l'aise que le directeur de recherche, Julien Prud'homme, connaisse votre identité et ait accès à l'enregistrement de l'entretien ?
 - Relance : Si vous avez des réserves concernant l'accès à l'enregistrement, nous pouvons aborder vos préoccupations.
- Explication de la possibilité de refuser de répondre à certaines questions et de se retirer de l'entrevue en tout temps.
 - Relance : Vous pouvez vous retirer de l'entretien à tout moment sans conséquence.

3. Informations Générales

- Quelle est votre langue maternelle ?
 - Relance : Êtes-vous complètement à l'aise que l'entretien se déroule en langue française ?
- Depuis combien de temps avez-vous obtenu votre diplôme ?
 - Relance : Depuis combien de temps vous pratiquez ?
- Présentement, êtes-vous temps plein ou à temps partiel ?
- Quel est votre poste à l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal ?
 - Relance : De façon générale, quelles sont vos principales responsabilités ?

4. Prise en charge des patients psychiatisés

- Quels sont, selon vous, les principaux défis auxquels l'unité d'urgence fait face dans la prise en charge de patients psychiatisés ?
 - Relance : Comment décririez-vous un patient psychiatisé ?

- Relance : Quelles sont les implications pour l'équipe lorsqu'un patient psychiatrisé se présente à l'urgence ?
- Est-il fréquent qu'un patient se présente aux urgences en déclarant des problèmes physiques, alors que la véritable motivation réside dans un besoin psychiatrique ?
 - Relance : Lorsque cette situation se produit, qu'est-ce qui vous conduit à cette conclusion ?
 - Relance : Quelles sont les indications qui permettent à l'équipe de faire cette distinction ?
- Comment décririez-vous votre collaboration avec le département psychiatrique ?
- Je vous propose le scénario suivant : un patient en urgence se plaint de douleur à la poitrine, mais présente aussi un profil de santé mentale. Comment le niveau d'urgence est-il déterminé ?
 - Relance : Comment le diagnostic psychiatrique est-il pris en compte dans le travail d'évaluation des infirmiers à l'urgence ?

5. Expériences professionnelles

- Dans une situation où un infirmier doit évaluer un patient qui se présente fréquemment aux urgences, quelles stratégies utilise-t-il pour adapter ses soins en conséquence ?
 - Relance : Quelles observations avez-vous faites concernant les besoins ou les comportements de ces patients lors de leurs visites répétées aux urgences ?
 - Relance : Quelles réflexions avez-vous sur le parcours de soin des patients psychiatriques, basées sur vos expériences professionnelles ?
- Comment la question de la sécurité est-elle intégrée dans votre travail au quotidien ?
 - Relance : Comment le concept de sécurité influence-t-il vos décisions lors de la prise en charge des patients psychiatrisés ?
- Comment la pression du travail et les défis quotidiens influencent-ils votre capacité à maintenir des relations empathiques avec vos patients ?
 - Relance : Quelles stratégies utilisez-vous pour maintenir votre empathie et votre engagement dans votre pratique quotidienne avec des patients psychiatrisés ?
- Que pensez-vous de l'idée, soutenue par certaines études, selon laquelle une augmentation des contacts entre les soignants et les patients psychiatrisés peut contribuer à réduire la stigmatisation ?

6. Formation

- En quoi vos expériences professionnelles ont-elles enrichi ou changé votre compréhension des troubles mentaux depuis votre formation ?
 - Relance : Avez-vous observé une évolution dans votre pratique avec les patients psychiatrisés au fil des années ?
- Comment évalueriez-vous votre formation reçue par rapport aux réalités pratiques dans le traitement des patients psychiatrisés ?
 - Relance : Pouvez-vous décrire comment votre formation en santé mentale influence votre approche avec les patients psychiatriques ?
- Y a-t-il des aspects de la formation des infirmiers que vous aimeriez voir améliorés pour mieux préparer à la prise en charge des patients psychiatrisés ?
 - Relance : Pensez-vous qu'il serait pertinent d'inclure des formations continues sur la santé mentale pour les infirmiers dans le département d'urgence ?

7. Conclusion

- Quels aspects de votre travail avec des patients psychiatisés vous apportent le plus de satisfaction ?
- Avez-vous des informations ou des points de vue supplémentaires à ajouter à cette entrevue ?
- L'entretien est officiellement terminé.
- Avez-vous des questions suivant cet entretien ?
- Quelles sont vos impressions sur l'entrevue et vos opinions concernant cette activité ?
- Je vous remercie pour votre temps et vos réponses. Vous serez informé sur la suite de la recherche.

ANNEXE B
COURRIEL POUR PRISE DE CONTACT

Bonjour M./Mme XXX,

Je suis étudiante-chercheuse d'une étude concernant la santé mentale et la stigmatisation en milieu hospitalier.

Je vous contacte afin de recruter une dizaine d'infirmiers.ères travaillant en service d'urgence à l'hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal depuis plus d'un an et dont sa langue maternelle est le français ou l'anglais.

La nature de la participation serait un entretien semi-directionnel à questions ouvertes, qui peut se dérouler en mode virtuel ou en présentiel, d'une durée approximative de 90 à 120 minutes.

Je me demandais si vous aviez des candidatures potentiellement intéressées à participer à mon étude. Je pourrais les contacter par courriel ou me présenter dans le milieu.

Vous trouverez en pièce jointe les différents documents nécessaires à l'approbation de mon étude (Certificats d'approbation, Formulaire de consentement, Protocole et l'Affiche).

Je vous remercie à l'avance pour votre temps et au plaisir de m'entretenir avec vous,

Alice Fortin
FORA14549803

Étudiante à la maîtrise en science, technologie et société; profil mémoire, UQÀM
B. Sc. Neurosciences cognitives, UdeM
fortin.alice@courrier.uqam.ca
514-XXX-XXXX

ANNEXE C

AFFICHE PUBLICITAIRE

Appel à volontaires pour participer à des entretiens à des fins de recherche sur la santé mentale et la stigmatisation

EXISTE-T-IL À L'HÔPITAL DES FORMES DE STIGMATISATION ENVERS LES PATIENTS AYANT UN DIAGNOSTIC DE SANTÉ MENTALE ?

Équipe de recherche:
Alice Fortin (étudiant-chercheur) et
Julien Prud'homme (directeur).

But de la recherche
Mieux documenter le phénomène contribuera à minimiser la stigmatisation envers les patients avec diagnostic psychiatrique.

Nature de la participation
Un entretien semi-directionnel à questions ouvertes, virtuel ou présentiel, d'une durée approximative de 90 à 120 minutes. Le lieu et l'heure de l'entretien sont à convenir avec l'étudiant-chercheur.

Contact
fortin.alice@courrier.uqam.ca
(514) 618-6317

UQÀM
Université du Québec à Montréal

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal

Québec

Critères
12 infirmiers ou infirmières qui travaillent en service d'urgence depuis plus d'un an, dont sa langue maternelle est l'anglais ou le français.

Assurez vous d'indiquer votre nom, vos coordonnées (courriel ou numéro de téléphone), ainsi que le meilleur moment pour vous contacter.

ANNEXE D

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Nord-de-
l'Île-de-Montréal



Titre du projet de recherche : Existe-t-il des indices de comportements de stigmatisation de la part d'infirmiers.ères en service d'urgence envers leurs patients, basée sur leur diagnostic psychiatrique ?

Chercheur principal:

Julien Prud'homme, professeur adjoint et directeur
Département des sciences humaines, Université du Québec à Trois-Rivières
438-393-0792 ; Julien.Prudhomme@uqtr.ca

Étudiant-chercheur

Alice Fortin
Maîtrise en science, technologie et société
fortin.alice@courrier.uqam.ca

Direction de recherche

Julien Prud'homme
Département des sciences humaines, Université du Québec à Trois-Rivières
438-393-0792 ; Julien.Prudhomme@uqtr.ca

Organisme subventionnaire : aucun

PRÉAMBULE

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable du projet ou aux autres membres du personnel affecté au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

NATURE ET OBJECTIFS DU PROJET DE RECHERCHE

Plusieurs articles rapportent que les professionnels de la santé ont tendance à avoir un comportement stigmatisant envers leurs patients sur la base d'attitudes négatives envers leurs diagnostics psychiatriques (Schulze, 2007 ; Thornicroft et al., 2007). Une recherche récente réalisée en Belgique confirme la persistance de cette stigmatisation, principalement dans les services plus généraux et non psychiatriques (Kostenko, 2020). Dans le cas précis des services d'urgence, Paroz (2022) supporte que cette stigmatisation s'imbrique à une complexité psychosociale plus large, qui inclut la violence ou la comorbidité psychiatrique, pour interférer avec la problématique médicale

à l'origine de la consultation en urgence. Cette problématique conduit à des opportunités de soins manquées et un processus inapproprié de prise en charge thérapeutique. La stigmatisation des patients avec diagnostic psychiatrique par les professionnels de la santé (i.e. infirmiers.ères) en service d'urgence est justement l'objet du présent projet de recherche. Mieux documenter le phénomène contribuera à minimiser la stigmatisation envers les patients avec diagnostic psychiatrique. Cette recherche permettrait de documenter la possibilité d'une telle stigmatisation parmi le personnel infirmier à l'hôpital du Sacré-cœur-de-Montréal. Les groupes ciblés sont des infirmiers.ères gradués.es qui travaillent à l'hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal depuis plus d'un an en service d'urgence. L'objectif serait d'impliquer 12 participants dans le cadre de ce projet.

DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE ET MÉTHODES UTILISÉES

Un entretien semi-directionnel à questions ouvertes sur l'expérience professionnelle d'infirmier.ère sera demandé d'une durée approximative de 90 à 120 minutes. Il y aura l'utilisation d'enregistrement audio lors de l'entretien présentiel ou d'enregistrement vidéo si l'entretien est réalisé par l'entremise d'une plateforme numérique (Zoom ou Teams), avec votre permission. Le lieu et l'heure de l'entretien sont à convenir avec le responsable du projet Alice Fortin. La transcription sur support informatique qui en suivra ne permettra pas de vous identifier.

AVANTAGES ASSOCIÉS AU PROJET DE RECHERCHE

Cet entretien vous offre une occasion de verbaliser les ambiguïtés ou les malaises associés au thème de la stigmatisation des patients avec un diagnostic psychiatrique. Les résultats obtenus pourraient contribuer à l'avancement des connaissances scientifiques dans ce domaine.

RISQUES ET INCONVÉNIENTS ASSOCIÉS AU PROJET DE RECHERCHE

Il se peut que les questions posées vous créent un certain inconfort lors de l'entretien. Vous demeurez libre de ne pas répondre à une question que vous estimez embarrassante ou de vous retirer en tout temps sans avoir à vous justifier. Une ressource d'aide appropriée, telle que le programme d'aide aux employés et à leur famille (PAEF), pourra vous être proposée si vous souhaitez discuter de votre inconfort. Les inconvénients sont le temps et le déplacement que l'entrevue peut impliquer.

CONFIDENTIALITÉ

Durant votre participation à ce projet de recherche, le chercheur responsable du projet, ainsi que l'équipe de recherche recueilleront, dans un dossier de recherche, les renseignements vous concernant et nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques du projet de recherche. Toutes les données recueillies (y compris les renseignements personnels du participant ou des personnes mentionnées durant l'entretien) demeureront confidentielles dans les limites prévues par la loi.

Vous ne serez identifié que par un numéro de code. Les données seront conservées sur un serveur sécurisé au centre interuniversitaire d'études québécoises, dont le directeur est membre. Ces données de recherche seront conservées pendant 7 ans après la fin de l'étude par le chercheur responsable de ce projet de recherche.

Nous employons une vidéoconférence qui est sécurisée et encryptée selon les plus hauts standards de l'industrie, de manière à protéger les informations personnelles. Cela dit, bien que cette plateforme (Zoom ou Teams) offre un degré élevé de protection, il est important de garder en tête qu'aucun moyen de télécommunication n'offre une garantie absolue contre l'intrusion, malgré

toutes les mesures prises par l'équipe de recherche. Il est de votre responsabilité de choisir un emplacement où vous serez seul et non dérangé de manière à préserver cette confidentialité. Il est aussi important d'utiliser une connexion Internet sécuritaire (par exemple à domicile) plutôt qu'un point d'accès WiFi public/gratuit.

Les données de recherche pourront être publiées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais ne permettront pas de vous identifier. Considérant le nombre prévu d'entretiens (12), la confidentialité devrait être assurée moyennant l'absence d'une catégorisation lors de l'analyse des résultats. Ce qui engage le chercheur à ne pas poser des questions sociodémographiques durant les entretiens. À des fins de surveillance, de contrôle, de protection et de sécurité, votre dossier de recherche pourrait être consulté par une personne mandatée par l'établissement, l'organisme subventionnaire ou le comité d'éthique de la recherche. Ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité. Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin.

EN CAS DE PRÉJUDICE

Si vous deviez subir quelque préjudice que ce soit par suite de votre participation à ce projet de recherche, vous recevrez tous les soins et services requis par votre état de santé.

En acceptant de participer à ce projet de recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits et vous ne libérez pas le chercheur responsable du projet de recherche et l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET DROIT DE RETRAIT

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet de recherche à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en informant le chercheur responsable du projet de recherche ou un membre de l'équipe de recherche.

Si vous vous retirez du projet ou êtes retiré du projet, l'information recueillie dans le cadre de ce projet sera détruite à moins que vous nous autorisiez à les conserver aux fins d'analyse du projet.

COMPENSATION

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

COMMUNICATION DES RÉSULTATS

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

IDENTIFICATION DES PERSONNES-RESSOURCES

Si vous avez des questions ou éprouvez des problèmes en lien avec le projet de recherche, ou si vous souhaitez vous en retirer, vous pouvez communiquer avec le chercheur responsable ou avec une personne de l'équipe de recherche au numéro suivant : (514) 618-6317;

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec :

Le commissariat aux plaintes et à la qualité des services du Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux du Nord-de-l'Île-Montréal (CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal) au (514) 384-2000 poste 3316 ou au commissaire.plaintes.cnmtl@ssss.gouv.qc.ca

CONSENTEMENT

Titre de l'étude :

Existe-t-il des indices de comportements de stigmatisation de la part d'infirmiers.ères en service d'urgence envers leurs patients, basée sur leur diagnostic psychiatrique ?

SIGNATURE

Signature du participant

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. On m'a expliqué le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement. On a répondu à mes questions et on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Après réflexion, je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées, incluant l'utilisation de mes données personnelles.

Nom du participant

Signature

Date

Signature de la personne qui obtient le consentement

J'ai expliqué au participant le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

Nom de la personne qui obtient le consentement

Signature

Date

Engagement du chercheur responsable

Je certifie qu'on a expliqué au participant le présent formulaire d'information et de consentement et que l'on a répondu aux questions qu'il avait. Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée et datée au participant.

Nom du chercheur responsable

Signature

Date

ANNEXE E

CERTIFICATION D'APPROBATION ÉTHIQUE CIUSSS

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Nord-de-
l'Île-de-Montréal

Québec 

Direction de la recherche

Le 24 novembre 2023

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Julien Prud'homme, Ph.D.
Professeur, Département des sciences humaines
Université du Québec à Trois-Rivières

N Réf CIUSSS NIM : 2023-2660

Objet : Autorisation de réaliser la recherche suivante :
Titre du projet « Existe-t-il des indices de comportements de stigmatisation de la part d'infirmières en service d'urgence envers leurs patients, basée sur leur diagnostic psychiatrique ? »

Monsieur,

Il nous fait plaisir de vous autoriser à réaliser la recherche identifiée en titre sous les auspices du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal.

Cette autorisation vous permet de réaliser la recherche dans le lieu suivant :

- Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

Pour vous donner cette autorisation, notre établissement a procédé au triple examen du projet en confirmant le résultat positif des évaluations scientifique, éthique et de convenance institutionnelle.

Notre établissement reconnaît l'examen éthique qui a été effectué par le CER du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal qui a confirmé dans sa lettre du 24 novembre 2023 le résultat positif de l'examen scientifique et de l'examen éthique du projet.

Si ce CER vous informe, pendant le déroulement de cette recherche, d'une décision négative portant sur l'acceptabilité éthique de cette recherche, vous devez considérer que la présente autorisation de réaliser la recherche sous les auspices de notre établissement est, de ce fait, révoquée à la date que porte l'avis du CER.

Cette autorisation vous est donnée à condition que vous vous engagiez à :

- respecter les dispositions du Cadre de référence se rapportant à votre recherche ;
- respecter le cadre réglementaire de notre établissement sur les activités de recherche, notamment pour l'identification des participants à la recherche ;
- utiliser la version des documents se rapportant à la recherche approuvée par le CER ;
- respecter les exigences fixées par le CER pour le suivi éthique continu de la recherche.

5400, boul. Gouin Ouest
Montréal (Québec) H4J 1C5
Téléphone : 514 338-2222

ANNEXE F
CERTIFICATION D'APPROBATION ÉTHIQUE UQÀM



No. de certificat : 2023-5466
Date : 2023-11-01

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE FSH) a examiné le projet de recherche suivant et le juge conforme aux pratiques habituelles ainsi qu'aux normes établies par la *Politique No 54 sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains* (avril 2020) de l'UQAM.

Titre du projet : Existe-t-il des indices de comportements de stigmatisation de la part d'infirmières en service d'urgence envers leurs patients, basée sur leur diagnostic psychiatrique ?

Nom de l'étudiant : Alice Fortin

Programme d'études : Maîtrise en science, technologie et société (avec mémoire)

Direction(s) de recherche : Julien Prud'Homme

Modalités d'application

Toute modification au protocole de recherche en cours de même que tout événement ou renseignement pouvant affecter l'intégrité de la recherche doivent être communiqués rapidement au comité.

La suspension ou la cessation du protocole, temporaire ou définitive, doit être communiquée au comité dans les meilleurs délais.

Le présent certificat est valide pour une durée d'un an à partir de la date d'émission. Au terme de ce délai, un rapport d'avancement de projet doit être soumis au comité, en guise de rapport final si le projet est réalisé en moins d'un an, et en guise de rapport annuel pour le projet se poursuivant sur plus d'une année au plus tard un mois avant la date d'échéance (**2024-11-01**) de votre certificat. Dans ce dernier cas, le rapport annuel permettra au comité de se prononcer sur le renouvellement du certificat d'approbation éthique.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "S. Lévesque".

Sylvie Lévesque
Professeure, Département de sexologie
Présidente du CERPE FSH

ANNEXE G

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE RENOUVELLEMENT UQÀM



No. de certificat : 2023-5466
Date : 2024-11-01

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE RENOUVELLEMENT

Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE FSH) a examiné le projet de recherche suivant et le juge conforme aux pratiques habituelles ainsi qu'aux normes établies par la *Politique No 54 sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains* (avril 2020) de l'UQAM.

Titre du projet : Existe-t-il des indices de comportements de stigmatisation de la part d'infirmières en service d'urgence envers leurs patients, basée sur leur diagnostic psychiatrique ?

Nom de l'étudiant : Alice Fortin
Programme d'études : Maîtrise en science, technologie et société (avec mémoire)
Direction(s) de recherche : Julien Prud'Homme

Modalités d'application

Toute modification au protocole de recherche en cours de même que tout événement ou renseignement pouvant affecter l'intégrité de la recherche doivent être communiqués rapidement au comité.

La suspension ou la cessation du protocole, temporaire ou définitive, doit être communiquée au comité dans les meilleurs délais.

Le présent certificat est valide pour une durée d'un an à partir de la date d'émission. Au terme de ce délai, un rapport d'avancement de projet doit être soumis au comité, en guise de rapport final si le projet est réalisé en moins d'un an, et en guise de rapport annuel pour le projet se poursuivant sur plus d'une année au plus tard un mois avant la date d'échéance (**2025-11-01**) de votre certificat. Dans ce dernier cas, le rapport annuel permettra au comité de se prononcer sur le renouvellement du certificat d'approbation éthique.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Sophie Gilbert".

Sophie Gilbert
Professeure, Département de psychologie
Présidente du CERPE FSH

BIBLIOGRAPHIE

- Abbey, S., Charbonneau, M., Tranulis, C., Moss, P., Baici, W., Dabby, L., Gautam, M. et Paré, M. (2011). Stigmatisation et discrimination. *La Revue canadienne de psychiatrie*, 56(10).
- Allport, G. W. (1964). Mental health: A generic attitude. *Journal of Religion and Health*, 4(1), 7-21.
- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. (2009). La transformation des services en santé mentale : Les services de crise et d'urgence psychiatrique pour adultes. *Bibliothèque et Archives nationales du Québec*. Consulté le 9 septembre 2023.
- Agence de la santé publique du Canada (2019). *Lutte contre la stigmatisation : vers un système de santé plus inclusif*. Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2019. Gouvernement du Canada. Consulté le 9 septembre 2023.
- Agrebi, I., Chaabouni, Y., Mnif, K., Guesmi, R., Kharrat, M., Jarraya, F., Hmida, M. B. et Hachicha, J. (2016). Rôle de l'infirmier dans l'éducation thérapeutique du patient hypertendu. *Néphrologie & Thérapeutique*, 12(5), 355.
- Association canadienne pour la santé mentale. (n.d.). *Faits saillants sur la santé mentale et la maladie mentale*. Association canadienne pour la santé mentale. Consulté le 24 janvier 2025, à l'adresse <https://cmha.ca/fr/trouver-de-linfo/sante-mentale/info-generale/faits-saillants/>
- Bayeck, R. Y. (2021). The intersection of cultural context and research encounter: focus on interviewing in qualitative research. *International Journal of Qualitative Methods*, 20.
- Björkman, T., Angelman, T. et Jönsson, M. (2008). Attitudes towards people with mental illness: a cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(2), 170-177.
- Boutin, G. (2018). *L'entretien de recherche qualitatif, 2e édition: Théorie et pratique*. Presses de l'Université du Québec, 216.
- Bouyssi, A., Prebois, S., Rougé-Bugat, M.-E., Dupouy, J. et Driot, D. (2023). Stigmatisation des patients atteints d'un trouble mental par les internes de médecine générale : une enquête nationale. *L'Encéphale*, 49(1), 65-71.
- Brand, G., Sheers, C., Wise, S., Seubert, L., Clifford, R., Griffiths, P. et Etherton-Beer, C. (2021). A research approach for co-designing education with healthcare consumers. *Medical Education*, 55(5), 574-581.
- Chicoine, G. (2023). *Contributions d'un programme de formation continue virtuel sur les troubles concomitants au développement des compétences des infirmières: un devis mixte*

- convergent*. [Thèse de doctorat, Sciences infirmières, option soin et santé]. Université de Montréal.
- Clarke, D., Usick, R., Sanderson, A., Giles-Smith, L. et Baker, J. (2014). Emergency department staff attitudes towards mental health consumers: A literature review and thematic content analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(3), 273–284.
- Committee on the Science of Changing Behavioral Health Social Norms, Board on Behavioral, Cognitive, and Sensory Sciences, Division of Behavioral and Social Sciences and Education et National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2016). *Ending discrimination against people with mental and substance use disorders: The evidence for stigma change*. National Academies Press (US).
- Corrigan, P. (2018). What is the Stigma of Mental Illness? The stigma effect : Unintended consequences of mental health campaigns. *Columbia University Press*, 1-85.
- Corrigan, P. W., Larson, J. E. et Rüsch, N. (2009). Self-stigma and the “why try” effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry*, 8(2), 75 81
- Couët, P. L. (2023). *Le trouble concomitant: les barrières à l'accès aux services documentées dans la littérature*. [Mémoire de maîtrise, Travail social]. Université d'Ottawa.
- Crisp, A. H., Gelder, M. G., Rix, S., Meltzer, H. I. et Rowlands, O. J. (2000). Stigmatisation of people with mental illnesses. *British Journal of Psychiatry*, 177, 4-7.
- Dericquebourg, R. (1989). Stigmates, préjugés, discrimination dans une perspective psychosociale. *Etudes inter-ethniques*, 9, 65-74.
- Dionne, M.-A. (2021). *La mobilité interprovinciale des diplômés des sciences de l'éducation et des sciences infirmières et la pénurie de main d'œuvre au Québec*. [Mémoire de maîtrise, Économie]. Université du Québec à Montréal.
- Dubi, G. (2019). *Étude des répercussions de l'autostigmatisation et de ses dimensions sur la qualité de vie des patients psychiatriques*. [Mémoire de maîtrise, Médecine]. Université de Lausanne.
- Ebsworth, S. J., & Foster, J. L. H. (2016). Public perceptions of mental health professionals: stigma by association? *Journal of Mental Health*, 26(5), 431–441.
- Eagly, A. H. et Chaiken, S. (1993). The psychology of attitudes. *Harcourt Brace Jovanovich College Publishers*, 794.
- Ellouze, S., Jenhani, R., Bougacha, D., Turki, M., Aloulou, J. et Ghachem, R. (2023). Auto-stigmatisation et fonctionnement dans le trouble bipolaire. *L'Encéphale*, 49(1), 34-40.
- Fortier, L. et Dallaire, C. (2020). Un outil pour réduire la violence à l'urgence. *Soins d'urgence*, 1(1), 4.

- Gaudet, S. et Robert, D. (2018). L'aventure de la recherche qualitative: Du questionnement à la rédaction scientifique. *Presses de l'Université d'Ottawa*.
- Ghuloum, S., Mahfoud, Z. R., Al-Amin, H., Marji, T. et Kehyayan, V. (2022). Healthcare professionals attitudes toward patients with mental illness: A cross-sectional study in Qatar. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 1-10.
- Gilbert, E., Ussher, J. M., Perz, J., Hobbs, K. et Kirsten, L. (2010). Positive and negative interactions with health professionals: A qualitative investigation of the experiences of informal cancer carers. *Cancer Nursing*, 33(6), E1-E9.
- Gouvernement du Québec. (2021a). *À propos des troubles mentaux*. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Consulté le 24 janvier 2025, à l'adresse <https://www.quebec.ca/sante/sante-mentale/s-informer-sur-sante-mentale-et-troubles-mentaux/mieux-comprendre-troubles-mentaux/a-propos-troubles-mentaux#c121337>
- Gouvernement du Québec. (2021b). *Combattre les préjugés liés aux troubles mentaux*. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Consulté le 24 janvier 2025, à l'adresse <https://www.quebec.ca/sante/sante-mentale/s-informer-sur-sante-mentale-et-troubles-mentaux/combattre-prejuges-troubles-mentaux>
- Gouvernement du Québec. (2023a). *Combattre les préjugés sur les troubles mentaux. S'informer sur les troubles mentaux*. Consulté le 24 janvier 2025, à l'adresse <https://www.quebec.ca/sante/sante-mentale/s-informer-sur-sante-mentale-et-troubles-mentaux/combattre-prejuges-troubles-mentaux>
- Gouvernement du Québec. (2023b). *Définition des stéréotypes. Conséquences des stéréotypes sur le développement*. Consulté le 24 janvier 2025, à l'adresse <https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/enfance/developpement-des-enfants/consequences-stereotypes-developpement/definition-stereotypes>
- Graf, S. et Paolini, S. (2016). Investigating positive and negative intergroup contact. Vezzali, L. et Stathi, S. (dirs.), *Intergroup Contact Theory : Recent Developments and Future Directions*. Routledge, 92-113.
- Groupe en éthique de la recherche. (2018). Processus de consentement. *Énoncé de politique des trois conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains EPTC 2*. Groupe consultatif interagences en éthique de la recherche.
- Guest, G., Bunce, A. et Johnson, L. (2006). How many interviews are enough?: An experiment with data saturation and variability. *Field Methods*, 18(1), 59-82.
- Günüşen, N. P., Duman, Z. Ç., İnan, F. Ş., İnce, S. Ç., Sari, A., & Aksoy, B. (2017). Exploration of the factors affecting the choices of nursing students who choose psychiatric nursing as the first and last choice. *Issues in Mental Health Nursing*, 38(10), 837–844.
- Happell, B. (2005). Mental health nursing: challenging stigma and discrimination towards people experiencing a mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 14(1).

- Happell, B. et Gaskin, C. J. (2012). The attitudes of undergraduate nursing students towards mental health nursing: a systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 22 (1-2), 148-158.
- Knaak, S., Livingston, J., Stuart, H. et Ungar, T. (2020). Lutter contre la stigmatisation structurelle entourant les problèmes de santé mentale et de consommation de substances dans les établissements de soins de santé. *Commission de la santé mentale du Canada*.
- Kostenko, A.-O. (2020). *Stigmatisation des personnes atteintes de psychose par les professionnels soignants en fonction du milieu de soin*. [Mémoire de maîtrise, Sciences de la santé publique]. Université catholique de Louvain.
- Major, B. et O'Brien, L. T. (2005). The social psychology of stigma. *Annual Review of Psychology*, 56(1), 393-421.
- Mazeh, D., Melamed, Y., & Barak, Y. (2003). Emergency psychiatry: Treatment of referred psychiatric patients by general hospital emergency department physicians. *Psychiatric Services*, 54, 1221-1223.
- Meltzer, E. C., Suppes, A., Burns, S., Shuman, A., Orfanos, A., Sturiano, C. V., Charney, P. et Fins, J. J. (2013). Stigmatization of substance use disorders among internal medicine residents. *Substance Abuse*, 34(4), 356-362.
- Millerand, F., (2022). *Le recueil des données*. STS8110 [Notes de cours et illustrations]. Université du Québec à Montréal.
- Molloy, R., Brand, G., Munro, I. et Pope, N. (2023). Seeing the complete picture: A systematic review of mental health consumer and health professional experiences of diagnostic overshadowing. *Journal of Clinical Nursing*, 32(9-10), 1662-1673.
- Muhire, L., Larocque, S. et Lavoie, A. M. (2023). *Les interventions infirmières pour la prise en soin des clients agressifs atteints du trouble de personnalité limite*. Revue de la Diversité de la Recherche en Santé. Mémoire de maîtrise (École des sciences infirmières), Université Laurentienne.
- National Occupational Classification. (2023). Connaissances. *Taxonomie des compétences et des capacités*. (Version 1.0). Service Canada. Consulté le 24 janvier 2025, à l'adresse <https://noc.esdc.gc.ca/SkillsTaxonomy/SkillsTaxonomyWelcome?GoCTemplateCulture=fr-CA>
- Ladouceur, A. (2021). *Mieux comprendre la stigmatisation des infirmières exerçant en milieu de psychiatrie légale*. [Thèse de doctorat, Sciences infirmières]. Université d'Ottawa.
- Link, B. G., Phelan, J. C., Bresnahan, M., Stueve, A. et Pescosolido, B. A. (1999). Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. *American Journal of Public Health*, 89(9), 1328-1333.

- Link, B. G. et Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385.
- Liu, L. X., Goldszmidt, M., Calvert, S., Burm, S., Torti, J., Cristancho, S. et Sukhera, J. (2022). From distress to detachment: exploring how providing care for stigmatized patients influences the moral development of medical trainees. *Advances in Health Sciences Education*, 27(4), 1003-1019.
- Oermann, M. H. et Sperling, S. L. (1999). Stress and challenge of psychiatric nursing clinical experiences. *Archives of Psychiatric Nursing*, 13(2), 74-79.
- Ouellet, H. (2019). *Effet d'une intervention en santé mentale sur les connaissances, les attitudes et les intentions comportementales des infirmières et infirmiers d'urgence*. [Mémoire de maîtrise, Sciences infirmières]. Université du Québec à Rimouski.
- Office québécois de la langue française. (2004). Apprentissage. *Grand dictionnaire terminologique*, Consulté le 24 janvier 2025, à l'adresse <https://vitrinelinguistique.oqlf.gouv.qc.ca/fiche-gdt/fiche/1299724/apprentissage>
- Office de la langue française. (2008). Connaissance. *Grand dictionnaire terminologique* ; Vitrine linguistique. Gouvernement du Québec. Consulté le 24 janvier 2025, à l'adresse <https://vitrinelinguistique.oqlf.gouv.qc.ca/fiche-gdt/fiche/8366772/connaissance>
- Office de la langue française. (2020). Formation. *Grand dictionnaire terminologique* ; Vitrine linguistique. Gouvernement du Québec. Consulté le 24 janvier 2025, à l'adresse <https://vitrinelinguistique.oqlf.gouv.qc.ca/fiche-gdt/fiche/8363739/formation>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2025). Norme de formation continue. *Formation continue*. Consulté le 28 septembre 2025, à l'adresse <https://www.oiiq.org/formation/norme-de-formation-continue>
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2021). L'analyse thématique. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, 5e éd.. Armand Colin, 269-357.
- Paroz, S. (2022). « Oh non, pas lui, pas elle » Une exploration de la clinique des addictions et de ses difficultés en milieu hospitalier. [Thèse de doctorat, Sciences de la vie]. Université de Lausanne.
- Payne, B.K (2001). Prejudice and perception: the role of automatic and controlled processes in misperceiving a weapon, *Journal of Personality and Social Psychology*, 81(2), 181-192.
- Pescosolido, B. A., Medina, T. R., Martin, J. K. et Long, J. S. (2013). The “backbone” of stigma: identifying the global core of public prejudice associated with mental illness. *American Journal of Public Health*, 103(5), 853-860.
- Plumauzille, C. et Rossigneux-Méheust, M. (2014). Le stigmate ou « la différence comme catégorie utile d'analyse historique ». *Hypothèses*, 17(1), 215-228.

Poupart, J., (1997), La recherche qualitative. *Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, 173-206.

Rao, H., Mahadevappa, H., Pillay, P., Sessay, M., Abraham, A. et Luty, J. (2009). A study of stigmatized attitudes towards people with mental health problems among health professionals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(3), 279-284.

Ross, C. A. et Goldner, E. M. (2009). Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession: a review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(6), 558-567.

Salès-Wuillemin, E. (2006). *La catégorisation et les stéréotypes en psychologie sociale*. Dunod.

Santé Canada (2022). La stigmatisation : Pourquoi les mots comptent. *Éducation et sensibilisation*. Gouvernement du Canada. Consulté le 25 janvier 2025, à l'adresse <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/vie-saine/stigmatisation-pourquoi-les-mots-comptent-fiche-information.html>

Santé Canada (2023). *Plan ministériel 2023-2024 : Santé Canada*. Gouvernement du Canada. Consulté le 25 janvier 2025, à l'adresse <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/transparence/rapports-gestion/rapport-plans-priorites/2023-2024-plan-ministeriel.html>

Schulze, B. (2007). Stigma and mental health professionals: A review of the evidence on an intricate relationship. *International Review of Psychiatry*, 19(2), 137-155.

Schulze, B. et Angermeyer, M. C. (2003). Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social Science & Medicine*, 56(2), 299-312.

Simon, N. et Verdoux, H. (2018). Impact de la formation théorique et clinique sur les attitudes de stigmatisation des étudiants en médecine envers la psychiatrie et la pathologie psychiatrique. *L'Encéphale*, 44(4), 329-336.

Smith, J. M., Knaak, S., Smith, J., Horn, S., Mustapha, W., Hilton, E., Brudnyi, S. et Sass, S. C. (2024). An exploration of mental health-related stigma in an emergency setting. *International Journal of Mental Health and Addiction*.

Stephenson, E. (2023). Troubles mentaux et accès aux soins de santé mentale. *Regards sur la société canadienne*. Statistique Canada. Consulté le 25 janvier, à l'adresse <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-006-x/2023001/article/00011-fra.htm>

Swanson, J. W., McGinty, E. E., Fazel, S. et Mays, V. M. (2015). Mental illness and reduction of gun violence and suicide: bringing epidemiologic research to policy. *Annals of Epidemiology*, 25(5), 366-376.

- Thongpriwan, V., Leuck, S.E., Powell, R.L., Young, S., Schuler, S.G. et Hughes, R.G. (2015). Undergraduate nursing students' attitudes toward mental health nursing. *Nurse Education Today*, 35(8), 948-953.
- Thornicroft, G., Rose, D. et Kassam, A. (2007). Discrimination in health care against people with mental illness. *International Review of Psychiatry*, 19(2), 113-122.
- Trudel, L., Simard, C. et Vonarx, N. (2007). La recherche qualitative est-elle nécessairement exploratoire ? *Recherches qualitatives*, hors série (5), 38-45.
- Van Boekel, L. C., Brouwers, E. P. M., van Weeghel, J. et Garretsen, H. F. L. (2013). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 131(1-2), 23-35.
- Wedgeworth, M.L., Ford, C.D. et Tice, J.R. (2020). "I'm scared": Journaling uncovers student perceptions prior to a psychiatric clinical rotation. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 26(2), 189-195.
- Yap, M. B. H., Mackinnon, A., Reavley, N. et Jorm, A. F. (2014). The measurement properties of stigmatizing attitudes towards mental disorders: results from two community surveys. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 23(1), 49-61.
- Zennaki, A., Touhami, M., Hachelaf, W., Boukrelda, M., Moussaoui, K., Belaidi, T., Bouziane-Nedjadi, K. et Belkacem-Maatalah, R. (2015). Effet d'un accompagnement infirmier codifié sur l'équilibre du DT1 de l'adolescent en déséquilibre métabolique persistant. *Diabetes and Metabolism*, 41(Supplement 1), A23-A24.