

L'intervention auprès des personnes ayant une problématique de santé mentale : une réflexion sur les défis à relever dans la pratique infirmière

Claire Page ^a, inf., Ph. D. et Frédéric Banville ^a, Ph. D., psychologue

^a Professeur, département des sciences infirmières, Université du Québec à Rimouski

Le système de santé québécois a fait un grand pas en intégrant la majorité des services de santé mentale dans les services de santé généraux. Ainsi, la vulnérabilité des personnes aux prises avec des troubles mentaux interpelle quotidiennement l'infirmière¹ quel que soit son milieu de pratique. Ceci force l'ensemble des infirmières à mieux positionner leur rôle auprès de cette clientèle et à changer leurs pratiques. La nature et l'ampleur des besoins en santé mentale présentent des défis cliniques majeurs. Il va de soi que les demandes d'aide variées que présentent les personnes ayant des problèmes de santé mentale et celles leurs proches requièrent des connaissances de base ainsi que des habiletés d'évaluation et d'intervention. Mais, fondamentalement, il demeure qu'un accueil attentif et respectueux de la personne en toutes circonstances, et particulièrement en situation de crise, s'avère absolument essentiel. Les auteurs sont d'avis qu'un engagement accru de la part des infirmières au plan de l'intervention psychologique pourrait avoir un impact important sur la santé mentale de milliers de personnes. Ceci se justifie, entre autres, par le nombre et la présence importante des infirmières, tant dans les services de la santé que dans les milieux de vie de la population. En ce sens, ils souhaitent partager leurs réflexions sur les défis qui s'adressent à l'ensemble des infirmières et infirmiers en considérant les besoins et la vulnérabilité des personnes présentant une problématique de santé mentale.

Mots-clés : Santé mentale, besoins, vulnérabilité psychologique, soins infirmiers.

Au Québec, dans la population en général, le nombre élevé de personnes touchées par les troubles mentaux, de même que la réorganisation des services de santé mentale font en sorte que les infirmières, quel que soit leur milieu de pratique, interviennent régulièrement auprès de personnes présentant des problèmes de santé mentale et de leurs proches. La nature et l'ampleur des besoins en santé mentale de la population les obligent à mieux positionner leur rôle auprès de cette clientèle. La grande vulnérabilité des personnes touchées par les problèmes de santé mentale et de leurs proches requiert un accueil attentif et respectueux en toutes circonstances, de même qu'un engagement accru de la part des infirmières au plan de l'intervention psychologique. Cet article présente une réflexion sur les défis qui

s'adressent à l'ensemble des infirmières, considérant l'impact qu'elles pourraient avoir sur la santé mentale de la population en raison de leur nombre et de leur présence tant dans les services de santé que dans les milieux de vie des personnes. Pour mieux cerner ces défis, nous rappellerons tout d'abord les nouveaux paramètres relatifs aux besoins en santé mentale. Deuxièmement, nous énoncerons les difficultés rencontrées par plusieurs infirmières lorsqu'elles ont à faire face à la vulnérabilité des personnes présentant divers problèmes de santé mentale. Troisièmement, nous ferons ressortir l'importance de l'engagement individuel et collectif de toutes les infirmières en vue d'améliorer la réponse apportée aux besoins de santé mentale de la population.

Toute correspondance concernant cet article doit être adressée à Claire Page, département des sciences infirmières, Université du Québec à Rimouski, 300 allée des Ursulines, C. P. 3300, succ. A, Rimouski (Québec) G5L 3A1. Courrier électronique : claire_page@uqar.ca

¹ Le terme infirmière est utilisé ici pour alléger le texte et il inclut d'emblée les infirmiers et les infirmières.

Les défis adressés par les nouveaux paramètres relatifs aux besoins en santé mentale

Les résultats de l'Enquête sur la santé mentale et le bien-être, réalisée au Canada en 2002, indiquent qu'une personne sur cinq répondait aux critères d'un trouble de l'humeur, d'un trouble anxieux ou d'une dépendance à une substance, à un moment donné de sa vie (Statistique Canada, 2002). La prévalence de ces troubles, sur 12 mois, est estimée à 11 %. Quant aux troubles graves (schizophrénie, maladie bipolaire, trouble schizoaffectif, etc.), ceux-ci touchent environ 1 à 2 % de la population québécoise (MSSS, 2005). Selon des données empiriques rapportées par les gestionnaires du réseau de la santé, 20 % des adultes s'adressant à des services généraux de première ligne (médicaux et psychosociaux) présenteraient un trouble mental diagnostiqué ou pouvant l'être (MSSS, 2005). Au Canada, 147 642 personnes ont fréquenté une urgence pour un problème de santé mentale en 2004-2005 (Institut canadien d'information sur la santé, 2007).

La concomitance des problèmes de santé mentale et de santé physique doit être prise en compte dans la pratique infirmière. Les personnes ayant des problèmes de santé mentale sont plus à risque que la population en général de développer des problèmes de santé physique, souvent chroniques, tels que des troubles cardiovasculaires, le diabète, ou autres (Evans-Lacko & al., 2010; Gouvernement du Canada, 2006). Inversement, les personnes qui présentent une maladie physique chronique sont plus susceptibles de développer un trouble mental, notamment l'anxiété et la dépression (Smith, 2006). En raison d'un faible pronostic de récupération ou de changement, les problèmes de santé physique chroniques peuvent conduire au développement puis à l'entretien d'une détresse psychologique ou de désordres émotionnels cliniquement significatifs (Smith & Ruiz, 2002). Par exemple, Smith (2006) a expliqué que la dépression ou l'anxiété peuvent être à la fois la cause et la conséquence d'une problématique de santé physique. Ainsi, devant la complexité des besoins en lien avec la santé mentale, une perspective d'intervention globale, à l'interface des problèmes de santé physique et de santé mentale, fait inextricablement partie du rôle de l'infirmière.

Par ailleurs, le système de santé poursuit sa transformation dans un contexte où la réduction des dépenses publiques s'impose, alors que les besoins de la population en matière de santé mentale augmentent. L'implantation des services intégrés et hiérarchisés, mettant l'accent sur le renforcement des services de première ligne en santé mentale (MSSS, 2005), requiert des

changements importants par rapport à l'engagement des infirmières dans les efforts visant à répondre aux besoins en santé mentale. Il y a quelques années, les gens étaient beaucoup plus souvent hospitalisés pour des troubles mentaux, et la durée des séjours en institution était considérablement plus longue. Lorsque la personne était admise dans une unité de soins psychiatriques, elle recevait aussitôt la visite du psychiatre qui procédait à l'examen psychiatrique. Suivait de près la visite du médecin, donnant lieu bien souvent à une panoplie de tests sanguins, à la radiographie pulmonaire et à toute autre investigation médicale jugée utile. C'était même souvent l'occasion d'un examen de la vue, d'un renouvellement de lunettes et d'une visite chez le dentiste. Bref, les services psychiatriques s'occupaient d'offrir la majorité des soins de santé aux personnes atteintes de troubles mentaux. Certes, le système de soins concernant la santé mentale au Québec a évolué à la suite de nombreuses réformes visant le retour et le maintien de ces personnes dans la communauté.

De nos jours, les personnes atteintes de troubles mentaux se joignent donc à la population générale pour obtenir un suivi médical auprès des médecins des cliniques médicales, de groupes de médecine familiale ou des équipes de CLSC. De plus, il est attendu qu'elles puissent aussi se prévaloir, auprès des mêmes services, de la majorité des soins de santé mentale que leur état requiert. Par ailleurs, la disponibilité insuffisante des services de santé mentale ou la méconnaissance des services disponibles font en sorte que les clients et leurs proches sont de plus en plus nombreux à rechercher une réponse à leurs besoins en santé mentale dans les urgences (Clarke, Dusome, & Hughes, 2007; Kalucy, Thomas & King, 2005). D'ailleurs, le plan d'amélioration de la gestion des services d'urgence, adopté par le MSSS (2006), fait ressortir l'importance de porter une attention spéciale aux personnes souffrant d'un problème de santé mentale qui se présentent à l'urgence, considérant le caractère particulier de leurs besoins. Pour ce faire, la contribution des infirmières s'avère cruciale. Ces considérations sur les besoins en santé mentale et sur la transformation du système de santé démontrent que les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale et leurs proches font partie de la clientèle régulière de l'ensemble des infirmières, d'où l'importance de mieux définir leur rôle (Howard & Gamble, 2011).

Apparemment, il reste encore beaucoup à faire pour répondre adéquatement aux besoins des usagers qui présentent une détresse psychologique significative. Par exemple, seulement 47,3 % des cas de dépression sont

correctement identifiés par le médecin généraliste (Mitchell, Vaze & Rao, 2009). D'autres auteurs, ayant analysé les traitements offerts en première ligne, ont démontré que le diagnostic de dépression n'était pas toujours approprié en regard des symptômes présentés par la personne (Isobel, Cameron, Lawton & Reid, 2011; Lecrubier, 2008). Plusieurs interventions dont la valeur thérapeutique est scientifiquement reconnue demeurent inaccessibles dans les services de première ligne, par exemple les interventions psychoéducatives ou de soutien pour la personne atteinte et ses proches, l'entretien motivationnel ou le soutien à l'autogestion (Laflamme, 2010; Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2009).

Ainsi, afin de faire face adéquatement à la vulnérabilité des personnes présentant des problèmes de santé mentale, il importe que les infirmières cernent bien l'ampleur des troubles mentaux qui touchent la population, de même que les nouveaux paramètres ministériels et organisationnels qui s'appliquent dorénavant à l'offre de soins et de services de santé mentale, afin d'être en mesure de mieux percevoir la portée de leur rôle.

Faire face à la vulnérabilité des personnes présentant des problèmes de santé mentale

La vulnérabilité des personnes présentant une problématique de santé mentale peut parfois désarmer les infirmières pour plusieurs raisons. Premièrement, la réponse attendue aux besoins de cette clientèle ne cadre pas avec le rythme de travail habituel des infirmières qui, la plupart du temps, ont à gérer plusieurs demandes simultanément, à évaluer rapidement la condition de santé physique des patients, à dispenser des soins avec empressement en évitant les risques d'erreurs, et à collaborer avec plusieurs autres professionnels de la santé (Marynowski-Traczyk & Broadbent, 2011). En fait, interagir avec une personne en détresse psychologique demande du temps et de la disponibilité, ce qui entre en conflit avec la cadence accélérée à laquelle les infirmières sont habituées. Celles-ci peuvent entrevoir les soins en santé mentale comme une composante de leur travail qui exige beaucoup plus de temps que les soins physiques, ce qui crée une impression de surcharge ou de fardeau (Scott & Wordsworth, 1998). Il est aussi logique de penser que les obligations d'efficacité et de productivité, de même que la surcharge des ressources humaines dans les organisations, jouent un rôle substantiel en regard de la méconnaissance ou de la difficulté à répondre aux besoins de la clientèle en santé mentale.

Deuxièmement, intervenir en santé mentale implique un changement de paradigmes sur le plan des méthodes d'intervention puisque l'outil

principal devient l'intervenante. Les infirmières sont nombreuses à se heurter à des lacunes considérables par rapport à leurs habiletés à établir un lien thérapeutique avec les personnes présentant des problèmes de santé mentale et leurs proches, et à se sentir trop peu outillées pour intervenir adéquatement (Commons Treloar & Lewiss, 2008; Howard & Gamble, 2011; Marynowski-Traczyk & Broadbent, 2011; Ross & Goldner, 2009; Treloar, 2009). Plusieurs ont l'impression de répondre à des besoins ponctuels, avec leur bon sens et les moyens qu'elles ont. Ainsi, le stress et l'insécurité pourraient expliquer la tendance, pour plusieurs, à centrer leurs efforts essentiellement sur les soins de santé physique en utilisant des techniques et des outils habituels, mais peu indiqués pour répondre aux besoins de cette clientèle spécifique.

Troisièmement, un conflit de rôle peut influencer la façon dont les infirmières font face à la vulnérabilité de la personne présentant un problème de santé mentale. Souvent, les infirmières ne perçoivent pas les soins de santé mentale comme faisant partie de leur rôle (Reed & Fitzgerald, 2005). Ou encore, il leur est difficile de conceptualiser leur rôle dans un contexte où le concept de rétablissement, tel que compris en santé mentale, entre en conflit avec la culture des soins de santé physique dans laquelle le rétablissement signifie le recouvrement de la santé ou la disparition des symptômes (Marynowski-Traczyk & Broadbent, 2011). Le but ultime qui consiste à donner un nouveau sens à sa vie en dépit des limites imposées par la maladie mentale peut leur être difficilement saisissable : « clients with a mental illness may not be fixed and get well » (Marynowski-Traczyk & Broadbent, 2011, p. 177). Les infirmières risquent d'éprouver une perte d'espoir face aux problèmes de santé mentale qui, de toute façon, leur apparaissent comme des conditions permanentes ne pouvant être enrayerées malgré tous les efforts possibles (Morant, 1998).

Quatrièmement, la vulnérabilité des personnes aux prises avec une problématique de santé mentale suscite souvent des sentiments d'ambivalence ou de réticence chez de nombreuses infirmières (Zantinge, Verhaak, de Bakker, van der Meer, & Bensing, 2006). Bien que celles-ci adhèrent d'emblée à des valeurs professionnelles de respect de leurs patients, quelle que soit leur condition de santé, il n'en demeure pas moins que plusieurs entretiennent des attitudes négatives à l'égard des troubles mentaux ou des personnes qui en souffrent (Björkman, Angelman, & Jönsson, 2008; Commons Treloar, 2009; Kululu & Ergün, 2007; Liggins & Hatcher, 2005; Patterson, Whittington, & Bogg, 2007; Rao, Mahadevappa, Pillay, Sessay, Abraham & Luty, 2009; Reed & Fitzgerald, 2005;

Ross & Goldner, 2009). Les personnes atteintes de troubles mentaux attirent souvent moins de sympathie que celles qui présentent un problème de santé physique, car leur problématique est moins visible et moins tangible. En effet, étant donné que la santé mentale est un concept abstrait, plusieurs peuvent penser qu'il en va de la volonté de la personne pour s'en sortir (Tognazzini, Davis, Kean, Osborne & Wong, 2008). Ainsi, pour certaines problématiques psychiatriques telles que les idéations suicidaires, la toxicomanie ou les comportements autodestructeurs, les cliniciens pourraient être tentés de croire que la personne cherche plutôt à se soustraire de ses responsabilités et à obtenir des bénéfices. Cette pensée entre en contradiction avec les attentes des professionnels de la santé, selon lesquelles les clients fournissent des efforts honnêtes pour lutter contre leur maladie. Autrement, ils risquent de glisser dans une évaluation morale des clients et d'éprouver du ressentiment ou de la colère à leur endroit (Scheurich, 2002).

Les attitudes négatives des infirmières peuvent se traduire de différentes façons. Elles pourraient, par exemple, être portées à maintenir une distance entre elles et la personne présentant un problème de santé mentale, se concentrer sur les soins physiques ou faire le strict minimum. Pour éviter d'avoir à faire face à des propos ou à des comportements dérangeants, elles pourraient être tentées d'agir comme si le trouble mental n'existait pas, ignorant ainsi les besoins émotionnels de la personne et de ses proches. Un autre type d'évitement, lequel se justifierait aisément par la lourdeur de la charge de travail, serait de remettre la responsabilité d'intervenir entre les mains d'autres professionnels de la santé ou de chercher à transférer la personne le plus rapidement possible à l'unité de soins psychiatriques ou à l'équipe de santé mentale, et ce, même lorsqu'une aide relativement simple ou un soutien minimal serait suffisant (Page & Ricard, 2006). À la lumière de ce qui précède, il serait facile de croire que les infirmières délèguent la fonction du lien thérapeutique sans vraiment réaliser le risque encouru de se cantonner dans des fonctions concrètes et plutôt mécaniques des soins. Dans ce cas, une fonction importante de l'infirmière serait vraisemblablement occultée, soit la responsabilité de développer une relation d'empathie permettant à la personne de rebondir afin de poursuivre, au besoin, sa recherche d'aide psychologique vers d'autres ressources spécialisées. Ne pas endosser son rôle d'aidant interfère à coup sûr avec la qualité des soins infirmiers dispensés à la clientèle en santé mentale.

Cinquièmement, plusieurs infirmières ont tendance à considérer la personne atteinte d'un trouble mental comme étant incapable de prendre

soin d'elle-même, de prendre des décisions pour sa vie (Blais & Mulligan-Roy, 1998). De ce fait, elles peuvent être portées à accorder peu d'attention ou de crédit au point de vue de la personne et de ses proches. Elles risquent ainsi d'adopter une attitude autoritaire ou encore de surprotéger la personne. D'ailleurs, il est reconnu qu'une fois le diagnostic tombé, les moindres gestes ou paroles sont souvent interprétés et décodés selon une grille de la pathologie, du risque ou de l'écart à la norme (Blais & Mulligan-Roy, 1998). En sommes, faire face à la vulnérabilité des personnes souffrant de troubles mentaux peut entraîner différentes réactions chez les infirmières. La rencontre réelle avec ces personnes présente une opportunité précieuse de croissance sur les plans personnel et professionnel. Par contre, le dépassement des réticences ou des craintes que plusieurs infirmières ressentent à l'endroit de cette clientèle implique d'abord que celles-ci soient reconnues et nommées. De cette manière, il sera certainement plus facile de relever le défi qui consiste à offrir aux personnes présentant des problèmes de santé mentale et à leurs proches un ensemble de soins de nature psychologique répondant à leurs besoins. Ceci permettrait de contribuer davantage à réduire leur vulnérabilité et, ainsi, à prévenir les rechutes ou les aggravations en regard de leur condition de santé mentale.

Le défi à relever : individuellement et collectivement

Fondamentalement, les soins infirmiers se veulent de nature humaine et relationnelle. Ils concernent essentiellement des activités de soutien, d'accompagnement et de facilitation (Pépin, Kérouac & Ducharme, 2010). Ceci dit, comment l'infirmière pourra-t-elle apporter une contribution significative dans la réponse aux besoins des personnes présentant une problématique de santé mentale et à ceux de leurs proches?

Avant tout, il importe que « toutes » les infirmières saisissent leur rôle par rapport à la santé mentale de la population. Quel que soit son milieu de travail, chacune doit se sentir concernée par les moyens à mettre en œuvre pour prévenir et traiter les troubles mentaux. Bien entendu, il ne s'agit pas de se lancer dans l'application d'approches psychothérapeutiques spécialisées sans égard au milieu de pratique. Par contre, puisque la maladie mentale touche l'humain dans son essence même, il appartient à l'infirmière d'aller à la rencontre de la personne et de l'accueillir avec humanité. Le défi à relever tient de la capacité des infirmières à entrevoir la portée de l'accueil et de l'accompagnement qu'elles sont en mesure d'offrir à la personne et à ses proches qui

doivent s'en remettre aux professionnels de la santé. La qualité de la relation ressort très clairement dans les écrits scientifiques et cliniques comme étant l'aspect le plus important dans le traitement des problématiques de santé mentale (Rodriguez, Bourgeois, Landry, Guay & Pinard, 2006). Une infirmière, de par sa formation, sait établir une relation de qualité avec les clients. L'écoute et l'empathie sont des compétences enseignées dès le tout début de sa formation et le développement des qualités de présence se poursuit à tous les niveaux, du collégial jusqu'aux études de cycles supérieurs. La relation d'aide est considérée comme la condition *sine qua non* de l'efficacité des soins infirmiers, quel que soit le cadre de référence utilisé (Adam, 1991). La relation entre l'infirmière et le client se situe essentiellement dans le partenariat (Gottfried & Feeley, 2007) et favorise l'autodétermination. Ces assises de la discipline infirmière font de ces professionnelles de la santé une ressource incontournable relativement au soutien et aux traitements dispensés aux personnes ayant des troubles mentaux.

L'intervention dans le domaine de la santé mentale repose fondamentalement sur une pensée réflexive. Les infirmières doivent accepter le fait que l'intervention psychothérapeutique appartient à un domaine meublé de zones d'incertitudes, de paramètres plus ou moins bien définis, soit un domaine qui cherche à objectiver le subjectif (Godart, 2010). Alors qu'il existe des moyens concrets et spécifiques pour soigner ou traiter des problèmes de santé physique, par exemple abaisser la fièvre, soulager la douleur ou prévenir l'infection, les soins et les traitements en santé mentale donnent des résultats variables et difficilement prévisibles. L'efficacité de l'intervention dépend en bonne partie de la personnalité et de l'expertise du soignant ou de la soignante. La méthode d'intervention psychothérapeutique se fonde moins sur ses compétences techniques spécifiques que sur sa capacité d'implication (Jodelet, 1991). Intervenir en santé mentale exige donc une capacité de tolérer l'ambiguïté et de s'interroger constamment sur la justesse ou la pertinence de ses interventions.

Il est crucial que les infirmières possèdent des connaissances et des compétences cliniques suffisantes afin d'optimiser leur investissement dans la relation thérapeutique et d'accroître leur aisance dans l'intervention. Elles doivent maîtriser les impératifs d'une intervention mettant à profit leurs forces et leur implication. Connaître les modèles explicatifs des troubles mentaux, les facteurs biologiques et aussi les facteurs psychosociaux permet d'identifier les différentes cibles sur lesquelles l'aide peut porter. Une meilleure compréhension des troubles mentaux

aide à voir comment les comportements problématiques sont plutôt une façon d'exprimer de la détresse, de la colère ou des réactions à un rejet anticipé ou réel. De même, savoir qu'il existe des traitements efficaces pour la majorité des troubles mentaux et adhérer à une idéologie axée sur le rétablissement aident à communiquer de l'espoir aux personnes atteintes et à leurs proches. Une étude conduite par Reed & Fitzgerald (2005) a démontré un lien significatif entre le soutien offert aux infirmières, de la formation s'accompagnant d'expériences positives, et le confort et l'enthousiasme pour les soins de santé mentale davantage vus comme faisant partie intégrante de la pratique infirmière. Selon Ross & Goldner (2009), les conclusions provenant des études réalisées sur le sujet convergent vers le besoin impératif de dispenser davantage de formation sur les troubles mentaux et les soins de santé mentale aux infirmières dès l'entrée dans la profession, et aussi en emploi, afin de bonifier leurs connaissances de base. À vrai dire, une formation adéquate ne garantit pas seulement la disponibilité des habiletés appropriées, mais permet également de soutenir la confiance qu'ont les intervenantes et les intervenants par rapport à leurs compétences. De leur côté, les gestionnaires doivent s'attendre du personnel infirmier à des soins humains et de qualité en matière de santé mentale, lesquels doivent être reconnus, encouragés et récompensés.

Les infirmières doivent également avoir l'occasion de clarifier leurs valeurs et leurs croyances par rapport aux troubles mentaux et aux personnes qui en souffrent (Tognazzini et al., 2008). Il est important de prendre conscience que les préjugés négatifs, encore trop souvent présents chez les professionnels de la santé, affectent les personnes atteintes et leurs proches et contribuent à augmenter leur vulnérabilité. En effet, il semble que la clientèle soit sensible au jugement des professionnels de la santé qui contribuent souvent à alimenter la perception négative que plusieurs clients ont développée d'eux-mêmes en acceptant l'image d'un statut inférieur que la société projette à leur endroit (Leff & Warner, 2006). À cet effet, des études indiquent que des sessions formatives abordant l'existence et les impacts des préjugés et de la discrimination, dispensées à des groupes ciblés (policiers, étudiants en médecine, etc.), permettent d'obtenir des résultats positifs au plan des connaissances, des attitudes et des comportements (Commons Treloar & Lewis, 2008; Rüschi, Angermeyer, & Corrigan, 2005; Thornicroft, Brohan, Kassam, & Lewis-Holmes, 2008). Plus spécifiquement, des études ont démontré les effets positifs d'une formation dispensée à des infirmières. En effet, une formation en santé mentale aurait permis d'améliorer de façon

significative leur confiance sur le plan des connaissances des habiletés et des attitudes (McAllister, Moyle, Billet, & Zimmer-Gembeck, 2009; Stuhlmiller, Tolchard, Thomas, de Crespigny, Kalucy, & King, 2004) lorsqu'elles doivent intervenir avec une personne présentant un problème de santé mentale. Par l'action de s'impliquer dans un processus de formation continue, au cours duquel elles s'approprient des savoirs et des savoirs-être, les infirmières peuvent davantage encourager les clients et leurs proches à participer au plan de soins ainsi qu'aux décisions qui les concernent.

Au terme de cette analyse, il ressort que le défi adressé aux infirmières confrontées à offrir des soins de santé mentale est à la fois collectif et individuel. Il se présente collectivement en raison du nombre important d'infirmières pratiquant au Québec. En effet, plus de 71 000 infirmières sont susceptibles d'avoir à offrir des soins, d'une manière ou d'une autre, à une personne qui présente un problème de santé mentale. Cette perspective fait ressortir l'importance d'éliminer les attitudes pouvant contribuer à la stigmatisation, laquelle conduit à une réponse inadéquate aux besoins des individus et de leurs proches, et au maintien de leur vulnérabilité. Le défi interpelle aussi individuellement chaque infirmière, chacune ayant la responsabilité de posséder les connaissances et les outils qui lui permettent d'offrir les meilleurs soins possible à la population. En effet, il a été démontré que par l'acquisition de connaissances et la pratique de nouvelles habiletés relationnelles, il est possible de voir diminuer les préjugés face à la maladie mentale. Un confort accru de l'infirmière face aux personnes qui présentent un problème de santé mentale est déterminant d'un accueil et d'interventions adaptés à cette clientèle.

Conclusion

L'objectif principal de cet article était de partager une réflexion sur les défis adressés à l'ensemble des infirmières par rapport aux besoins de la population en santé mentale. Force est de constater que les différents besoins de cette clientèle sont souvent méconnus et parfois occultés par une problématique de santé physique. Souvent, les façons de faire et d'être peuvent porter préjudice aux personnes qui présentent une vulnérabilité aux plans affectif et psychologique. Pourtant, la souffrance psychologique peut être aussi dommageable que la souffrance physique; seul le cadre de référence change. D'ailleurs, dans le rapport « De l'ombre à la lumière », Kirby et Keon (2004) allèguent que « même si la maladie mentale et la maladie physique sont à la fois

semblables et dissemblables, elles doivent être traitées avec le même sérieux, et il faut accorder aux personnes atteintes de maladie mentale et physique le même respect et la même considération » (p. 65).

En fait, la nature des besoins des personnes qui présentent un problème de santé mentale, qu'elle soit ou non en concomitance avec un problème de santé physique, est souvent complexe. Le rythme de travail, ainsi que les pressions de performance et d'efficacité ne permettent pas toujours une prise en compte globale des besoins de la personne et de ses proches. Le manque de connaissances et la présence de préjugés contribuent à rendre difficiles les interactions avec la clientèle.

Afin de mieux répondre aux besoins des personnes ayant un problème de santé mentale et de les aider à compenser pour leur vulnérabilité, une solution efficace, démontrée par la recherche, consiste à acquérir des connaissances qui permettent de mieux comprendre la maladie mentale et les effets de la stigmatisation. Avant tout, il importe que l'ensemble des infirmières réalise la portée de leur rôle par rapport à la santé mentale de la population. Enfin, il est possible d'imaginer l'impact d'une transformation des pratiques adressées aux personnes présentant un problème de santé mentale par 71 000 infirmières québécoises. Il est évident qu'en prenant part individuellement et collectivement aux soins requis pour le recouvrement d'un mieux-être psychologique, chacune peut contribuer significativement aux efforts visant à répondre aux besoins de la population ayant une problématique de santé mentale.

Références

- Adam, E. (1991). *Être infirmière, un modèle conceptuel* (3e éd.). Montréal : Études vivantes.
- Björkman, T., Angelman, T., & 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.
- Blais, L., & Mulligan-Roy, L. (1998). Incapacité mentale et incapacités sociales. *Revue d'intervention sociale et communautaire*, 4(2), 87-103.
- Clarke, D. E., Dusome, D., & Hughes, L. (2007). Emergency department from the mental health client's perspective. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16(2), 126-131.

- Commons Treloar, A. J., & Lewis, A. J. (2008). Targeted clinical education for staff attitudes towards deliberate self-harm in borderline personality disorder: randomized controlled trial. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(11), 981-988.
- Commons Treloar, A. J. (2009). A qualitative investigation of the clinician experience of working with borderline personality disorder. *New Zealand Journal of Psychology*, 38(2), 30-34.
- Evans-Lacko, S., Little, K., Meltzer, H., Rose, D., Rhydderch, D., Henderson, C. & Thornicroft, G. (2010). Development and psychometric properties of the mental health knowledge schedule. *Canadian Journal of Psychiatry*, 55(7), 440-448.
- Godart, E. (2010). Quelle éthique du soin pour les pathologies mentales? *Soins. Psychiatrie*, 270, 14-17.
- Gottlied, L. N. & Feely, N. (2007). Collaboration infirmière-patient – Un partenariat complexe. Montréal: Beauchemin.
- Gouvernement du Canada (2006). Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada. Ministère de travaux publics et Services gouvernementaux. Canada.
- Howard, L., & Gamble, C. (2011). Supporting mental health nurses to address the physical health needs of people with serious mental illness in acute inpatient care settings. *Journal of Psychiatric And Mental Health Nursing*, 18(2), 105-112.
- Institut canadien d'information sur la santé (2007). Disponibilité des données sur la santé mentale en milieu hospitalier, 2004-2005. www.icis.ca
- Isobel M. Cameron, I. M., Lawton, K. & Reid, I. C. (2011). Recognition and subsequent treatment of patients with sub-threshold symptoms of depression in primary care. *Journal of Affective Disorders*, 130 (1-2), 99-105.
- Jodelet, D. (1991). *Les représentations sociales* (2e ed). Paris : Presses universitaires de France.
- Kalucy, R., Thomas, L., & King, D. (2005). Changing demand for mental health services in the emergency department of a public hospital. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(1/2), 74-80.
- Kirby, M. & Keon, W. J. (2006). De l'ombre à la lumière – La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada. Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.
- Kukulu, K., & Ergün, G. (2007). Stigmatization by nurses against schizophrenia in Turkey: a questionnaire survey. *Journal Of Psychiatric And Mental Health Nursing*, 14(3), 302-309.
- Laflamme, F. (2010). La contribution des infirmières, rôles de l'infirmier et de l'infirmière clinicienne spécialisée en santé mentale au sein des équipes multidisciplinaires de première ligne. *Perspective infirmière*, 7(3), 29-32.
- Lecrubier, Y. (2008). Refinement of diagnosis and disease classification in psychiatry. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience*, 258 (supp.1), 6-11.
- Leff, J., & Warner, R. (2006). *Social inclusion of people with mental illness*. Cambridge : University Press.
- Legendre, R. (2005). *Dictionnaire actuel de l'éducation*. (3e éd.). Montréal : Guérin.
- Liggins, J., & Hatcher, S. (2005). Stigma toward the mentally ill in the general hospital: a qualitative study. *General Hospital Psychiatry*, 27(5), 359-364.
- Marynowski-Traczyk, D., & Broadbent, M. (2011). What are the experiences of Emergency Department nurses in caring for clients with a mental illness in the Emergency Department? *Australasian Emergency Nursing Journal*, 14(3), 172-179.
- McAllister, M., Moyle, W., Billett, S., & Zimmer-Gembeck, M. (2009). 'I can actually talk to them now': qualitative results of an educational intervention for emergency nurses caring for clients who self-injure. *Journal of Clinical Nursing*, 18(20), 2838-2845.
- Mitchell, A. J., Vaze, A., & Rao, S. (2009). Clinical diagnosis of depression in primary care : A meta-analysis. *The Lancet*, 374, 609-619.
- Morant, N. (1998). The social representation of mental ill-health in communities of mental health practitioners in the UK and France. *Social Science Information*, 37, 663-685.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2006). *Guide de gestion de l'urgence*. Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010: La force des liens*. Québec.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2009). *La pratique infirmière en santé mentale – Une contribution à consolider. Rapport du comité d'experts sur la pratique infirmière en santé mentale en soins psychiatriques*.
- Page, C., Ricard, N. (2006). La compassion pour la personne atteinte de troubles mentaux : un défi pour les infirmières des services de santé généraux. *IIIe Congrès mondial des infirmières et infirmiers. Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone*. Québec.
- Patterson, P., Whittington, R., & Bogg, J. (2007). Testing the effectiveness of an educational intervention aimed at changing attitudes to self-harm. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(1), 100-105.

- Pépin, J., Kérouac, S., & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (3e éd.). Montréal : Chenelière.
- Rao, H., Mahadevappa, H., Pillay, P., Sessay, M., Abraham, A., & 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.
- Reed, F., & Fitzgerald, L. (2005). The mixed attitudes of nurse's to caring for people with mental illness in a rural general hospital. *International Journal of Mental Health Nursing*, 14(4), 249-257.
- Rodriguez, L., Bourgeois, L., Landry, Y., Guay, L. & Pinard, J. L. (2006). Repenser la qualité des services en santé mentale dans la communauté – changer de perspective. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Ross, C. A., & 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.
- Rüsch, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 20(8), 529-539.
- Scheurich, N. (2002). Moral attitudes & mental disorders. *The Hasting Center Report*, 32(2), 14-21.
- Scott, A. & Wordsworth, S. (1998). The effects of shifts in the balance of care on general practice workload. *Family Practice*, 16, 12-17.
- Smith, T.W., & Ruiz, J. M. (2002). Psychosocial influences on the development and course of coronary heart disease : current status and implications for research and practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 548–568.
- Smith, T. (2006). Blood, sweat, and tears : Exercise in the management of mental and physical health problems. *Clinical Psychology : Science and Practice*, 13(2), 198-202.
- Statistique Canada. (2002). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Santé mentale et bien-être – Cycle 2*.
- Stuhlmiller, C. M., Tolchard, B., Thomas, L. J., de Crespigny, C. F., Kalucy, R. S., & King, D. (2004). Increasing confidence of emergency department staff in responding to mental health issues: An educational initiative. *Australian Emergency Nursing Journal*, 7(1), 9-17.
- Thorncroft, C., Brohan, E., Kassam, A. & Lewis-Holmes, E. (2008). Reducing stigma and discrimination : candidate interventions. *International Journal Mental Health Systems*, 2 (3), 1-7.
- Tognazzini, P., Davis, C., Kean, A.M., Osborne, M., & Wong, K.K. (2008). Réduire la stigmatisation associée à la maladie mentale. *Infirmière canadienne*, 9(8), 26-29.
- Zantinge, E.M., Verhaak, P., de Bakker, D. H., van der Meer, K., & Bensing, J.M. (2006). Does the attention General Practitioners pay to their patients' mental health problems add to their workload? A cross sectional national survey. *BMC Family Practice*, 7, 1-8.