



Université du Québec
à Rimouski

**EFFET D'UNE INTERVENTION EN SANTÉ MENTALE SUR
LES CONNAISSANCES, LES ATTITUDES ET LES
INTENTIONS COMPORTEMENTALES DES INFIRMIÈRES
ET INFIRMIERS D'URGENCE**

Mémoire présenté

dans le cadre du programme de maîtrise en sciences infirmières

en vue de l'obtention du grade de maître ès sciences

PAR

© **HÉLÈNE OUELLET**

Avril 2019

Composition du jury :

Frédéric Banville, Ph. D, président du jury, UQAR

Claire Page, Ph. D, directrice de recherche, UQAR

Nicole Ouellet, Ph. D, codirectrice de recherche, UQAR

Hélène Rioux, M. Sc. inf. examinatrice externe, CISSS du Bas-St-Laurent

Dépôt initial le 18 décembre 2018

Dépôt final le 30 avril 2019

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À RIMOUSKI
Service de la bibliothèque

Avertissement

La diffusion de ce mémoire ou de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire « *Autorisation de reproduire et de diffuser un rapport, un mémoire ou une thèse* ». En signant ce formulaire, l'auteur concède à l'Université du Québec à Rimouski 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 Rimouski 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.

À ma chère maman Germaine
qui continue d'en haut à veiller sur moi.

À toi Lucie, ma plus grande
source de persévérance.

REMERCIEMENTS

Entreprendre des études de deuxième cycle en fin de carrière peut sembler un projet bien audacieux pour certains, voire même un peu inutile pour d'autres. En ce qui me concerne, il s'agit plutôt de la réalisation d'un projet personnel auquel j'aspirais depuis plusieurs années. Me voici finalement rendue au terme de cette grande aventure parsemée de périodes de doute, de découragement et de remises en question. En effet, combien de fois j'ai pu douter du réalisme de mener mon projet à terme. Finalement, j'y suis arrivée et j'en suis très fière. Pendant ce parcours, plusieurs personnes ont croisé ma route et m'ont été d'une aide précieuse.

Je tiens à remercier mes professeurs, monsieur Daniel Bolduc, madame Hélène Sylvain, madame Nicole Ouellet, madame Caroline Sirois, madame Claire Page et monsieur Guy Bélanger. Merci pour le partage de vos compétences et la passion pour la recherche qui vous m'avez transmise.

Je désire aussi remercier madame Claire Page à titre de directrice de recherche. Depuis le début de mes études, nous avons partagé un projet commun : la lutte contre la stigmatisation des personnes atteintes de troubles mentaux. Merci Claire de m'avoir partagé tes connaissances inestimables en santé mentale, de ton écoute, de ton respect. Merci d'avoir cru en moi. Je veux aussi remercier madame Nicole Ouellet qui a agi à titre de codirectrice dans mon étude. Merci pour tes précieux conseils.

Pendant mes études, j'ai eu le privilège d'obtenir des bourses d'excellence qui m'ont été utiles pour la poursuite de mon projet. Je désire donc remercier, la fondation de l'UQAR pour l'obtention à deux reprises de la bourse Rolande Pelletier, de la bourse d'excellence en

recherche de la ville de Rimouski. Un gros merci à l'Ordre régional des infirmières et infirmiers du Bas-Saint-Laurent de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine pour la bourse d'excellence en recherche. Finalement je tiens à remercier le syndicat de chargées et chargés de cours de l'UQAR pour m'avoir attribué une bourse de perfectionnement.

Je veux remercier madame Josianne Arsenault pour son aide précieuse pour la relecture et la mise en page de mes nombreux travaux, et ce, depuis le tout début de mes études de maîtrise. Merci à madame Geneviève Roy qui a toujours su répondre à mes nombreuses questions d'étudiante. Merci à monsieur Bruno Malenfant, à madame Maude Pelletier pour leur aide dans la construction des tableaux, et à monsieur Fulbert Mamboulu d'avoir pris le temps de me lire et me donner ses commentaires pour mes résultats statistiques. Merci à madame Pierrette Ouellet pour ses talents de traductrice. Merci à madame Sandrine Vachon bibliothécaire à l'UQAR, pour son aide dans ma recherche documentaire lors de mes nombreuses visites à son bureau. Merci à madame Élisabeth Haghebaert du centre d'aide à la réussite de l'UQAR. Merci à mes collègues de travail pour leur support et leur écoute. Vous m'avez vu dans tous mes états d'âme pendant toutes ces années. Merci à toutes les personnes qui ont accepté de participer au groupe de discussion, à la révision des scénarios et au tournage des vidéos qui ont été insérés dans la formation en ligne. Vous avez accompli un travail exceptionnel. Merci à Paul-Henri et Victor Callens pour leurs compétences cinématographiques. Que de travail nous avons abattu, mais que de plaisir nous avons eu lors des tournages. Merci aux responsables de l'urgence mineure de la Mitis à Mont-Joli et au Département des sciences infirmières de l'UQAR de m'avoir si généreusement ouvert la porte de leurs locaux pour le tournage des scénarios. Merci à toutes les infirmières et à tous les infirmiers d'urgence de partout au Québec qui ont accepté de participer à cette étude. Puisse-t-elle guider votre pratique à l'urgence envers les personnes aux prises avec des troubles mentaux.

Merci à Simon et Karine, mes deux « acolytes » des dernières années. Que de textos et d'échanges de toute sorte nous avons eus au cours de nos études de maîtrise. Nous avons développé une belle complicité et nous nous sommes continuellement soutenus jusqu'à la fin. Nos diners « préservons notre santé mentale » vont me manquer. Je vous souhaite le meilleur.

Je voudrais remercier ma famille et mes amis pour le soutien et l'écoute pour toutes les fois où je vous ai « cassé les oreilles » avec ma fameuse maîtrise. Merci d'avoir été là.

Finalement, merci à mon conjoint Yvan et mes trésors David, Justine et Maude pour vos encouragements et votre compréhension pour toutes les fois où je vous ai fait faux bond en vous disant : « Je suis désolée, je n'ai pas le temps. Je dois travailler dans mes livres. » Enfin, je suis au fil d'arrivée. N'ayez crainte, je compte bien redevenir la blonde et la maman disponible que vous avez toujours connues. Vous êtes ce que j'ai de plus précieux. Je vous aime tendrement.

RÉSUMÉ

Contexte

La stigmatisation des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale perdure malgré les nombreuses campagnes déployées. Le but de cette étude était de mesurer l'effet d'une formation en ligne en santé mentale sur les connaissances, les attitudes et les intentions comportementales des infirmières et infirmiers d'urgence.

Méthode utilisée

Un devis quasi expérimental de type prétest/posttest avec groupe témoin a été utilisé pour vérifier les hypothèses formulées, soit que les infirmières et infirmiers d'une unité d'urgence qui ont reçu la formation en ligne : 1) augmenteront leurs connaissances comparativement au groupe témoin en post-intervention et 2) démontreront de meilleures attitudes et intentions comportementales reliées à la stigmatisation des personnes aux prises avec des troubles mentaux comparativement au groupe témoin en post-intervention. Les participants, qui provenaient des différentes unités d'urgence du Québec, ont été répartis dans deux groupes, un groupe expérimental ($n = 32$) et un groupe témoin ($n = 40$). Tous les participants ont rempli le questionnaire d'évaluation des connaissances et le questionnaire intitulé: « Échelle d'évaluation à l'intention des pourvoyeurs de services de santé » de Kassam, Papish, Modgill et Patten (2012) avant la formation. Seul le groupe expérimental a suivi la formation. Les deux groupes ont ensuite rempli à nouveau les deux questionnaires.

Résultats

Un test de t de Student confirme les hypothèses à l'effet que les participants du groupe expérimental ont démontré une augmentation significative des connaissances de 22,4 % ($p < 0,05$) et une amélioration des attitudes et intentions comportementales de 4,31 % ($p < 0,05$) comparativement au groupe témoin. Un test de t -paire a démontré aussi que les membres du groupe expérimental ont augmenté leurs connaissances et amélioré leurs attitudes et intentions comportementales ($p < 0,05$).

Conclusion

La formation en ligne a augmenté les connaissances et amélioré les attitudes et intentions comportementales des infirmières et infirmiers des unités d'urgence. D'autres études sont nécessaires pour mesurer si les effets se maintiennent à long terme.

Mots-clés

Évaluation des connaissances, évaluation des attitudes et intentions comportementales liées à la stigmatisation, formation en ligne, infirmières et infirmiers d'urgence, troubles mentaux, stigmatisation.

ABSTRACT

Context

The stigmatization of people with mental health problems persists despite the many campaigns deployed. The purpose of this study was to measure the effect of online mental health training on the knowledge, attitude, and behavioural intentions of emergency room nurses.

Method used

A pre-test/post-test quasi experimental design with a control group was used to test the hypotheses that the emergency nurses unit who received the online training will: 1) increase their knowledge compared to the post-intervention control group and 2) will demonstrate a better attitude and behavioural intentions related to the stigmatization of people with mental disorders compared to the post-intervention control group. The participants, who came from different emergency units in Quebec, were divided into two groups, an experimental group ($n = 32$) and a control group ($n = 40$). All participants completed the knowledge questionnaire and the Kassam, Papish, Modgill and Patten (2012) evaluation questionnaire entitled "*The Opening Minds Scale for Health Care Providers (OMS-HC)*", before the training. Only the experimental group did the training. Both groups then completed the two questionnaires once more.

Results

A student t test confirms the hypothesis that participants in the experimental group demonstrated a significant increase of 22.4 % in knowledge ($p < 0.05$) and an improvement in attitude and behavioural intentions of 4.31 % ($p < 0.05$) compared to the control group. A paired t test also demonstrated that members from the experimental group increased their knowledge and improved their behavioural attitudes and intentions ($p < 0.05$).

Conclusion

Online training has increased knowledge and improved the attitude and behavioural intentions of nurses in emergency units. More studies are required to measure whether effects are sustained over time.

Keywords: Knowledge assessment, assessment of behavioural attitude and intentions related to stigmatization, online training, emergency unit nurses, mental disorders, stigmatization

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	v
RÉSUMÉ	viii
ABSTRACT	x
TABLE DES MATIÈRES	xii
LISTE DES TABLEAUX	xvi
LISTE DES FIGURES	xvii
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES	xviii
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 LA PROBLÉMATIQUE	3
1.1 LA STIGMATISATION	3
1.2 LES FACTEURS CONTRIBUANT À LA STIGMATISATION	5
1.3 LES CONSÉQUENCES DE LA STIGMATISATION	6
1.3.1 Les conséquences sur les usagers	6
1.3.2 Les conséquences sur les infirmières.....	7
1.4 LES STRATÉGIES POUR RÉDUIRE LA STIGMATISATION	8
1.5 LE BUT ET LES HYPOTHÈSES DE RECHERCHE	10
CHAPITRE 2 RECENSION DES ÉCRITS	11
2.1 LA STIGMATISATION	12
2.1.1 Définition.....	12

2.1.2	L'évolution de la conception de la stigmatisation	12
2.1.3	Le modèle de Link et Phalen	13
2.1.4	Le modèle de Corrigan	14
2.1.5	Le modèle de Thornicroft	14
2.2	LES GRANDES CAMPAGNES DE LUTTE CONTRE LA STIGMATISATION	15
2.3	LES STRATÉGIES EFFICACES POUR CONTRER LA STIGMATISATION.....	17
2.3.1	Les caractéristiques à privilégier dans les programmes	17
2.3.2	Les stratégies basées sur l'éducation	18
2.3.3	Les stratégies basées sur le contact.....	21
2.3.4	Les stratégies basées sur le contact indirect	28
2.4	LA FORMATION EN LIGNE.....	32
2.5	LES APPUIS THÉORIQUES	39
2.5.1	Le modèle Synergie	39
2.5.2	Les connaissances	40
2.5.3	Les attitudes	40
2.5.4	Les intentions comportementales	41
2.5.5	Cadre théorique.....	41
CHAPITRE 3 MÉTHODE		43
3.1	LE TYPE DE DEVIS	43
3.2	LA POPULATION CIBLE ET L'ÉCHANTILLON	44
3.3	LA SÉLECTION ET LE RECRUTEMENT DES PARTICIPANTS	45
3.4	LES DÉFINITIONS DES VARIABLES ET DES INSTRUMENTS DE MESURE	48
3.4.1	Les définitions des variables et des instruments de mesure	48
3.5	LE DÉROULEMENT DE LA RECHERCHE.....	55
3.6	LE PLAN DE L'ANALYSE DES DONNÉES.....	57
3.7	LES CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES.....	58

CHAPITRE 4 LES RÉSULTATS	60
4.1 LES CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON	60
4.2 LA VÉRIFICATION DES HYPOTHÈSES DE RECHERCHE	65
4.2.1 La comparaison des groupes pour le test d'évaluation des connaissances	65
4.2.2 La comparaison des groupes pour le test d'évaluation des attitudes et intentions comportementales reliées à la stigmatisation.....	68
4.3 LE SOMMAIRE DES RÉSULTATS.....	71
CHAPITRE 5 DISCUSSION DES RÉSULTATS	72
5.1 L'AUGMENTATION DES CONNAISSANCES EN SANTÉ MENTALE	72
5.2 L'AMÉLIORATION DES ATTITUDES ET DES INTENTIONS COMPORTEMENTALES	73
5.3 LES FORCES DE L'ÉTUDE	76
5.4 LES LIMITES DE L'ÉTUDE	79
5.5 LES RECOMMANDATIONS POUR L'ENSEIGNEMENT ET LA FORMATION	82
5.6 LES RECOMMANDATIONS POUR LA GESTION	83
5.7 LES RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE	83
5.8 LES RECOMMANDATIONS POUR LA RECHERCHE	85
CONCLUSION	86
RÉFÉRENCES	87
ANNEXE I CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS ET COMPÉTENCES DES INFIRMIÈRES DU MODÈLE SYNERGIE.....	100
ANNEXE II DÉFINITIONS DES DIFFÉRENTS GROUPES D'URGENCES	102
ANNEXE III QUESTIONNAIRE DU PARTICIPANT.....	104
ANNEXE IV QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DES CONNAISSANCES	111

ANNEXE V ÉCHELLE D'ÉVALUATION À L'INTENTION DES POURVOYEURS DE SERVICES DE SANTÉ (OMS-HC).....	120
ANNEXE VI CONTENU THÉORIQUE ABORDÉ DANS LE MODULE 1 DE LA FORMATION EN LIGNE.....	122
ANNEXE VII CONTENU THÉORIQUE ABORDÉ DANS LE MODULE 2 DE LA FORMATION EN LIGNE.....	124
ANNEXE VIII PLAN DE LA RENCONTRE : GROUPE DE DISCUSSION.....	127
ANNEXE IX LETTRE D'INVITATION À PARTICIPER À LA RECHERCHE	130
ANNEXE X COURRIELS ENVOYÉS PENDANT LA RECHERCHE	135
ANNEXE XI CERTIFICAT D'ÉTHIQUE.....	152
ANNEXE XII RENOUVELLEMENT DU CERTIFICAT D'ÉTHIQUE.....	154

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Séquence des prises de mesure lors de la recherche.....	44
Tableau 2 : Répartition des participants du groupe expérimental et du groupe témoin selon les groupes d'urgences	47
Tableau 3 : Données sociodémographiques du groupe expérimental et du groupe témoin au prétest.....	62
Tableau 4 : Caractéristiques des participants au prétest.....	64
Tableau 5 : Test d'évaluation des connaissances des participants pour les deux temps de mesure.....	65
Tableau 6 : Test d'évaluation des connaissances des participants (échantillons appariés)	67
Tableau 7 : Test des attitudes et intentions comportementales reliées à la stigmatisation pour les deux temps de mesure.....	68
Tableau 8 : Test des attitudes et intentions comportementales reliées à la stigmatisation des participants (échantillons appariés).....	70

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Cadre théorique	42
Figure 2 : Nombre de participants aux différentes étapes de l'étude	57

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

ACCN	Association américaine des infirmières en soins critiques
CHU	Centre hospitalier universitaire
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux.
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux.
CSMC	Commission de la santé mentale du Canada
DSI	Direction des soins infirmiers
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OMS	Organisation mondiale de la santé
PASM	Plan d'action en santé mentale
UQAR	Université du Québec à Rimouski

INTRODUCTION

Au Québec, près d'une personne sur cinq souffrira d'une maladie mentale au cours de sa vie (Lesage & Emond, 2012). Or, la stigmatisation est présente non seulement dans la population générale, mais aussi chez les professionnels de la santé. Les unités d'urgence sont particulièrement reconnues comme des milieux où les individus aux prises avec des troubles mentaux risquent de se heurter à des attitudes négatives de la part des professionnels de la santé lorsqu'ils sollicitent des soins pour des problèmes de santé physique ou mentale. Outre la dévalorisation et la perte d'estime de soi, une mauvaise expérience à l'urgence risque d'amener les personnes à éviter de faire appel à des professionnels de la santé même si leur condition le nécessite, ou à retarder la demande de soins autant que possible. Par ailleurs, plusieurs études indiquent que les infirmières¹ des unités d'urgence se sentent trop peu outillées pour intervenir avec confiance auprès des personnes qui ont des problèmes de santé mentale. Plusieurs ressentent de l'ambivalence à leur égard ou un malaise lorsqu'elles ont à intervenir auprès d'elles. Thornicroft, Rose, Kassam et Sartorius (2006) expliquent la stigmatisation par trois problèmes sous-jacents, soit un manque de connaissances, des attitudes négatives et des comportements inadéquats.

Le but de cette étude était d'évaluer l'effet d'une formation en ligne en santé mentale sur 1) l'acquisition des connaissances et 2) la diminution de la stigmatisation (attitudes et intentions comportementales) reliée aux problèmes de santé mentale par les infirmières d'urgence.

¹ Les termes « infirmière » et « étudiante infirmière » seront utilisés au féminin dans ce mémoire dans le but d'alléger la lecture.

Ce mémoire comporte cinq chapitres. Le premier soulève la problématique de la stigmatisation des personnes aux prises avec des troubles mentaux qui suscitent des soins de santé dans une unité d'urgence. Le deuxième rapporte les écrits qui se sont penchés sur le phénomène et présente le cadre théorique. Quant au troisième chapitre, il explique la méthode utilisée pour réaliser cette étude quasi expérimentale. Il décrit aussi le contenu et la structure de la formation. Le quatrième chapitre présente les données sociodémographiques, les données professionnelles des participants à l'étude ainsi que les résultats obtenus. Le cinquième et dernier chapitre présente la discussion des résultats, les forces et les limites de cette étude ainsi que les recommandations pour l'enseignement et la formation, la gestion, la pratique et la recherche.

CHAPITRE 1

LA PROBLÉMATIQUE

La stigmatisation envers les personnes atteintes de troubles mentaux perdure malgré de nombreuses campagnes menées pour la combattre. Elle est présente non seulement dans la population générale, mais aussi chez les professionnels de la santé (Commission de la santé mentale du Canada, 2013). Les unités d'urgence sont fréquemment reconnues dans les écrits comme des milieux où les personnes ayant des problèmes de santé mentale se heurtent à des attitudes négatives et à des préjugés véhiculés dans les équipes de soins. Ce chapitre expose la problématique de la stigmatisation des personnes ayant un problème de santé mentale ou un trouble mental qui consultent à l'urgence. Il présente les facteurs en cause, ainsi que les conséquences associées à la stigmatisation. Sont ensuite abordées les principales stratégies de lutte contre la stigmatisation. Finalement, le but et les hypothèses de recherche sont présentés.

1.1 LA STIGMATISATION

La stigmatisation est définie par la Commission de la santé mentale du Canada (2013) comme « un phénomène social complexe où entre en jeu de nombreux éléments qui, ensemble, concourent à mettre à l'écart de la société et à priver de leurs droits les personnes atteintes d'une maladie mentale et leur famille. » (p. 2). Elle a été qualifiée par Goffman en 1963 « d'identité abîmée » (Defleur, 1964). Elle est vécue comme une expérience profonde de discrédit et d'isolement social, associée à des sentiments de culpabilité, de honte, d'infériorité et à un désir de dissimulation (Stuart, 2003).

Thornicroft et al. (2016) expliquent le phénomène de la stigmatisation à partir de modèles cognitifs sociaux. Ils représentent la stigmatisation par trois problèmes sous-jacents, soit un manque de connaissances, des attitudes négatives et des comportements inadéquats. Premièrement, le manque de connaissances est une manifestation d'ignorance et de mauvaise information en lien avec la maladie mentale. La population en général a peu de connaissances ou entretient des connaissances erronées sur la maladie mentale (Samson & Blanchette, 2010). Croire que les personnes atteintes de troubles mentaux sont dangereuses, qu'elles ne peuvent se rétablir ou bien qu'elles manquent de volonté en sont des exemples. Deuxièmement, des attitudes négatives peuvent découler de ce manque de connaissances. Ces attitudes sont adoptées en réaction aux stéréotypes et à certains préjugés entretenus envers les personnes qui ont des troubles mentaux. Un stéréotype se définit comme une croyance négative envers un groupe particulier. Un préjugé s'explique par le fait d'être en accord avec ce stéréotype et/ou par des réactions émotionnelles négatives (Thornicroft et al., 2016). Des préjugés tels que les personnes qui ont des troubles mentaux sont violentes, qu'elles ne font pas les efforts nécessaires pour résoudre leurs problèmes de santé (Corrigan & Wassel, 2008), peuvent être présents chez certaines infirmières d'urgence. En effet, la stigmatisation présente dans la société peut contribuer au maintien des préjugés des infirmières envers les usagers atteints de troubles mentaux, menant celles-ci à les percevoir comme étant difficiles et perturbateurs (Brunero & Lamont, 2010). Troisièmement, les comportements inadéquats découlent des préjugés et conduisent à de la discrimination (Thornicroft et al., 2016). Une infirmière qui adhère à la fausse croyance que les usagers atteints de troubles mentaux sont dangereux et imprévisibles pourrait ressentir de l'insécurité et de la peur envers eux. En conséquence, elle risquerait d'adopter un comportement discriminatoire en se montrant distante, en interagissant le moins possible avec eux ou bien en leur tenant des propos hostiles.

1.2 LES FACTEURS CONTRIBUANT À LA STIGMATISATION

Rappelons que tel que le maintiennent Thornicroft et ses collègues (2016), le manque de connaissances est un problème sous-jacent à la stigmatisation. Plusieurs infirmières rapportent se sentir trop peu outillées pour soigner cette clientèle (Clarke, Dusome, & Hughes, 2007; Clarke et al. 2013; Goode, 2014; Griffiths, Carron-Arthur, Parsons, & Reid, 2014; Innes, O'Brien et Munro, 2014; Marynowski-Traczyk & Broadbent, 2011; Weiland, Mackinlay, Hill, Gerdtz, & Jelinek, 2011). Or, une formation insuffisante en santé mentale ainsi que le manque de préparation à soigner cette clientèle sont reconnus par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ, 2009). Les infirmières rapportent souvent des sentiments de malaise, d'insécurité et parfois même de peur envers cette clientèle (Ross & Goldner, 2009). Par ailleurs, la stigmatisation est souvent involontaire, non reconnue et incomprise de leur part (CSMC, 2013).

La stigmatisation peut aussi être expliquée en partie par la segmentation dans les soins. En effet, des professionnels, notamment les infirmières d'urgence, peuvent croire que les soins aux personnes atteintes de troubles mentaux ne sont pas de leur ressort (Arboleda-Flórez & Stuart, 2012; Ross & Goldner, 2009). Ainsi, ces personnes seraient vues comme n'étant pas au bon endroit à l'urgence, le rôle de ces unités n'étant perçu qu'en lien avec les problèmes physiques (Marynowski-Traczyk & Broadbent, 2011).

Certains facteurs environnementaux tels que l'organisation des services d'urgence sont également à prendre en considération pour saisir le phénomène de la stigmatisation. Le bruit, le fait que le personnel infirmier est fort occupé et la pression subie par les délais d'attente peuvent contribuer aux difficultés d'évaluation et à la capacité de répondre aux besoins des personnes aux prises avec un problème de santé mentale (Clarke et al., 2013). Les infirmières interviennent auprès d'usagers ayant des problèmes de santé variés nécessitant des interventions immédiates. Elles affirment manquer de temps pour prendre soin des usagers

qui ont des troubles mentaux, car ceux-ci ont des besoins particuliers et exigent une grande disponibilité de leur part, le tout à travers une clientèle déjà très diversifiée. Par ailleurs, les infirmières d'urgence sont des expertes du soin épisodique, c'est-à-dire qu'il n'est pas dans leur optique qu'une personne qui a consulté pour un problème de santé aigu revienne (Marynowski-Traczyk & Broadbent, 2011). Cet aspect des soins est parfois différent en ce qui concerne les personnes qui ont un trouble mental.

1.3 LES CONSÉQUENCES DE LA STIGMATISATION

1.3.1 Les conséquences sur les usagers

La stigmatisation a des conséquences importantes sur les personnes ayant un trouble mental. Notamment, elle entraîne de la dévalorisation et une perte d'estime de soi (Corrigan & Wassel, 2008; Pinto-Foltz & Logsdon, 2008). Une mauvaise expérience vécue dans le milieu de la santé peut faire en sorte qu'elles éviteront de consulter ou retarderont au maximum une demande de soins par crainte d'être stigmatisées (Arboleda-Flórez & Stuart, 2012; Shefer, Henderson, Howard, Murray, & Thornicroft, 2014). Mais encore, il s'ensuit de l'autostigmatisation, c'est-à-dire que les personnes intériorisent les préjugés et les attitudes négatives qu'entretiennent la majorité des gens à leur égard (Corrigan & Wassel, 2008; Corrigan & Rao, 2012), ce qui peut sérieusement faire obstacle à leur rétablissement.

Clarke, Dusome, & Hughes (2007) se sont pour leur part intéressées à la perspective des usagers atteints d'un trouble mental et des membres de leur famille, ayant reçu des soins à l'urgence. Des participants ont partagé leur impression de ne pas avoir été considérés comme une priorité auprès du personnel. Finalement, d'autres ont rapporté le sentiment que leurs plaintes n'étaient pas prises au sérieux. Ces expériences ont un impact sur la confiance des

personnes envers les professionnels de la santé et sur leur disposition à rechercher de l'aide ultérieurement malgré leurs besoins (Richardson, Morgenstern, Crider, & Gonzalez, 2013).

Un phénomène qui suscite de plus en plus d'intérêt est le masquage au diagnostic (*diagnostic overshadowing*) qui consiste à attribuer à tort un problème de santé physique à une maladie mentale (Jones, Howard, & Thornicroft, 2008). Ce phénomène peut être illustré par le fait, par exemple, d'associer à tort la douleur abdominale d'une personne connue du milieu pour un trouble anxieux à son anxiété plutôt qu'à une cause physique. Une étude publiée par Shefer et ses collègues (2014) mentionne que le masquage au diagnostic peut conduire à une erreur de diagnostic chez les personnes qui se présentent à l'urgence avec des symptômes physiques. Un traitement risque alors d'être retardé ou un traitement inadéquat pourrait être offert. Le masquage au diagnostic peut en partie s'expliquer par différentes causes, telles que la complexité des conditions de santé de certains usagers, la difficulté pour certains de communiquer leurs malaises, mais aussi par la stigmatisation présente chez les professionnels de la santé (Shefer et al., 2014).

1.3.2 Les conséquences sur les infirmières

La stigmatisation des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale a aussi des conséquences sur les infirmières, dont les infirmières d'urgence. Il a été observé que ces dernières retirent peu de satisfaction dans les soins prodigués à ces usagers du fait qu'elles voient rarement une amélioration de leur condition de santé. Elles ont un sentiment de frustration et de découragement lié au fait que certains usagers atteints de troubles mentaux reviennent souvent à l'urgence (Arboleda-Flórez & Stuart, 2012). D'ailleurs une étude menée auprès d'infirmières d'urgence rapporte que plusieurs se disent découragées que des usagers qui ont des troubles mentaux reviennent et reviennent à l'urgence, ce qui donne l'impression que les soins sont, somme toute, peu utiles ou inefficaces (Marynowski-Traczyk & Broadbent, 2011).

1.4 LES STRATÉGIES POUR RÉDUIRE LA STIGMATISATION

Plusieurs campagnes massives ont été déployées pour lutter contre la stigmatisation. Bien que ces campagnes contribuent à diminuer la stigmatisation et la discrimination (Samson et Blanchette, 2010), leur succès demeure mitigé. La lutte contre la stigmatisation doit donc être poursuivie. Traditionnellement, les recommandations de stratégies de lutte contre la stigmatisation sont en lien avec la protestation, l'éducation et le contact (Corrigan & Wassel, 2008; G. Thornicroft, 2010).

La protestation est une stratégie qui vise à dénoncer les représentations inadéquates et négatives des problèmes de santé mentale (Samson, 2012). Elle peut être utilisée en réaction à des déclarations erronées rapportées dans la population ou diffusées par les médias (Arboleda-Flórez & Stuart, 2012; Rüşh, Angermeyer, & Corrigan, 2005; Stuart, 2003). Elle s'attaque aux structures qui perpétuent les représentations inadéquates ou qui ont des pratiques discriminatoires (Bélangier, 2016).

L'éducation vise une meilleure compréhension des maladies mentales par des connaissances suffisantes et exactes, ce qui, habituellement, permet de diminuer la tendance à stigmatiser (CSMC, 2013). Les études visant à évaluer les effets d'interventions éducatives rapportent une amélioration à court terme des attitudes, mais malheureusement, les comportements découlant de préjugés tendent à revenir (Clarke, Usick, Sanderson, Giles-Smith, & Baker, 2013; Corrigan et al., 2001). La majorité des études rapportent également les limites de ces stratégies quant à l'ampleur et à la durée d'attitudes plus positives.

Les stratégies de contact sont, quant à elles, celles qui favorisent les interactions interpersonnelles positives entre une personne ayant ou ayant eu un problème de santé mentale et une personne du public en général (Samson, 2012). Il a été démontré que les programmes de formation à plus petites échelles ayant jumelé les stratégies de contact aux stratégies d'éducation se comparent avantageusement aux campagnes massives (Stuart,

Arboleda-Flórez, & Sartorius, 2011). Pour être efficaces, les interventions doivent être adaptées à leur auditoire cible (CSMC, 2013).

Une recension d'écrits publiée par Thornicroft et ses collègues en 2016 fait état du peu d'interventions chez les professionnels de la santé pour réduire la stigmatisation. Dans son rapport provisoire déposé en 2013, la CSMC fait part de sa préoccupation face à l'insuffisance de formation et des compétences des pourvoyeurs de services de santé dans le domaine de la santé mentale. Vu le manque de connaissances et de formation des infirmières en matière de santé mentale (OIIQ, 2009), notamment les infirmières d'urgence (Ross & Goldner, 2009), il est impératif d'améliorer la situation par des stratégies éducatives appropriées, ciblant ce groupe.

Plusieurs conditions telles que le manque de personnel dans les hôpitaux, le temps supplémentaire obligatoire, les difficultés de conciliation travail-famille ont comme conséquence qu'il est de plus en plus difficile de regrouper les infirmières pour dispenser de la formation en présentiel. Par contre, la très grande majorité de la population, dont les infirmières, ont accès et utilisent les nouvelles technologies de l'information dans leur vie personnelle et de plus en plus dans leur milieu de travail.

Plusieurs formations en ligne ont été développées dans le but de répondre aux besoins actuels dans le domaine de la santé. Cette méthode d'enseignement facilement accessible est de plus en plus utilisée par les infirmières, puisqu'elle permet de s'adapter à leur réalité. Ainsi, la formation peut être suivie à domicile ou au travail selon leur disponibilité. Aussi, puisqu'il convient de miser sur des stratégies de contact dans les programmes de lutte contre la stigmatisation, il semble que l'impact des programmes utilisant des vidéos éducatives se compare à celui des programmes qui dispensent des messages éducatifs par un contact direct avec des personnes qui ont des troubles mentaux (Stuart, 2006). Dans une recension des écrits, Thornicroft et ses collègues (2016) parviennent au même constat. Seo et Kim (2010) qui ont évalué les effets d'un programme de formation en ligne visant à réduire les attitudes

négligentes d'étudiants d'universités, recommandent l'utilisation de programmes d'éducation vidéo en ligne pour changer les attitudes négatives chez des groupes bien ciblés. Schomerus et ses collègues (2016) ont également développé une formation en ligne qui avait pour but d'examiner si les informations transmises en se basant sur un continuum santé mentale-maladie mentale réduisaient la stigmatisation. Les résultats indiquent que la formation a effectivement permis d'améliorer les attitudes envers les personnes qui ont un trouble mental.

Les programmes sur vidéo étant plus faciles à diffuser à grande échelle (Stuart, 2006), il est donc pertinent de vérifier si une formation en ligne adaptée aux infirmières d'urgence du Québec peut contribuer à la lutte contre la stigmatisation des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale qui ont recours aux urgences pour leurs problèmes de santé.

1.5 LE BUT ET LES HYPOTHÈSES DE RECHERCHE

Le but de cette étude est d'évaluer l'effet d'une formation en ligne en santé mentale sur 1) l'acquisition des connaissances et 2) la diminution de la stigmatisation liée aux problèmes de santé mentale par les infirmières d'urgence. Les hypothèses de recherche sont :

- Les infirmières du département d'urgence qui ont reçu la formation en ligne augmenteront leurs connaissances en post-intervention comparativement au groupe témoin.
- Les infirmières du département d'urgence qui ont reçu la formation en ligne démontreront de meilleures attitudes et intentions comportementales liées à la stigmatisation des personnes aux prises avec des troubles mentaux en post-intervention comparativement au groupe témoin.

CHAPITRE 2

RECENSION DES ÉCRITS

Ce chapitre présente la recension des écrits. Il comprend cinq parties. La première porte sur la stigmatisation en santé mentale, soit la définition et les principaux modèles de conceptualisation de ce phénomène. La deuxième partie présente les campagnes majeures menées pour lutter contre la stigmatisation. La troisième partie fait état des connaissances sur les principales stratégies reconnues en matière de lutte contre la stigmatisation. La quatrième partie aborde plus spécifiquement l'apport de la formation en ligne comme stratégie de lutte contre la stigmatisation. Cinquièmement, est présenté le modèle Synergie, un modèle adapté à la pratique infirmière dans un contexte de soins critiques. Les éléments de ce modèle ont servi de guide pour structurer le contenu de la formation en ligne construite dans le cadre cette étude. Ce chapitre se termine par la présentation du cadre théorique permettant de vérifier les hypothèses de recherche en lien avec la stigmatisation à laquelle se heurtent les individus ayant des problèmes de santé mentale lorsqu'ils consultent à l'urgence.

La recherche documentaire a été faite à partir des bases de données Cinahl, Medline, Psychology and Behavioral Sciences Collection (EBSCO) et Google Scholar. Les mots-clés qui ont été utilisés sont : stigma* et mental health* et mental disorders, stigma* et mentally ill*, stigma* et emergency department, Synergy model et Nurs*, (Nursing or nurs*) et e-learning. Globalement, la littérature sur la stigmatisation est abondante. Les articles retenus portent majoritairement sur la stigmatisation en santé mentale parmi les professionnels de la santé. Les études les plus récentes étant parues dans les cinq dernières années étaient privilégiées. Par contre, les articles présentant des études plus anciennes dont le but était très proche de celui visé dans cette étude ont aussi été retenus. Les écrits sur les concepts et

théories associés à la stigmatisation, qui sont toujours une référence pour la recherche et les interventions en santé mentale, ont été conservés même si certains datent de plusieurs années.

2.1 LA STIGMATISATION

2.1.1 Définition

L'Organisation mondiale de la santé a défini la stigmatisation comme suit :

[...] une marque de honte, de disgrâce, de désapprobation conduisant un individu à être évité et rejeté par les autres. La stigmatisation accompagne toutes les formes de maladie mentale, mais elle est en général d'autant plus marquée que le comportement de l'individu diffère davantage de ce qui est « normal ». (2001, p. 2)

Différents types de stigmatisation sont reconnus : la stigmatisation sociale, l'autostigmatisation et la stigmatisation structurelle. La stigmatisation sociale correspond aux appréhensions ou aux réactions de la population envers les individus qui ont ou qui ont déjà eu un trouble mental dans le passé (Bélanger, 2016). L'autostigmatisation signifie que la personne aux prises avec un problème de santé mentale adhère aux fausses croyances ou aux préjugés véhiculés par rapport au groupe auquel elle appartient, ce qui entraîne une perte de l'estime de soi et de la confiance en soi (CSMC, 2013). Finalement, la stigmatisation structurelle est celle qui est liée aux obstacles institutionnels et aux pratiques institutionnalisées qui nuisent à la participation sociale et au plein exercice de la citoyenneté des individus aux prises avec un trouble mental ou qui l'ont déjà été (Bélanger, 2016).

2.1.2 L'évolution de la conception de la stigmatisation

La stigmatisation est un phénomène qui a probablement toujours existé sans toutefois avoir été identifié. Dans l'antiquité grecque, la maladie mentale était associée à de la honte

et à de l'humiliation (Stuart et al., 2011). Vers la fin du seizième siècle et le début du dix-septième siècle, la maladie mentale était vue comme un péché. En 1963, Goffman a écrit un essai intitulé : « *Note of a management of a Spoiled identity* » dans lequel il définit la stigmatisation comme un attribut qui met une personne à part et qui la classe dans une catégorie sociale discréditée (Defleur, 1969). La stigmatisation tend à être définie comme un phénomène social fortement lié aux relations entre des individus et des groupes (Stuart et al., 2011). C'est sous cet angle que différents chercheurs ont conceptualisé la stigmatisation en s'inspirant de modèles sociaux (Thornicroft et al., 2016).

2.1.3 Le modèle de Link et Phalen

Link et Phalen (2001) ont conceptualisé la stigmatisation en s'inspirant de la théorie de l'étiquetage. Cette théorie, élaborée dans les années soixante par Becker, stipule que : « Sous l'espèce d'un effet d'attente comportemental, la personne devient ce qu'on a supposé et dit qu'elle était. » (Lacaze, 2008, p.185). En collaboration avec Phalen, Link a revu cette théorie, laquelle est devenue la théorie de l'étiquetage modifiée, qui suggère que les individus aux prises avec des troubles mentaux intériorisent une image négative de la maladie mentale avant même d'être étiquetés (Lacaze, 2008). Selon Link et Phalen, les composantes de la stigmatisation sont l'étiquetage, le stéréotype, la séparation et la perte de statut. La première composante est l'étiquetage de la différence par un groupe social. Ainsi, les gens ont tendance à distinguer les différences de certains individus et à leur apposer des étiquettes. La deuxième composante, le stéréotype, se présente lorsque l'on associe aux individus étiquetés des caractéristiques indésirables. Un exemple de stéréotype est que les individus vivant avec la schizophrénie sont dangereux. La troisième composante, la séparation, se développe lorsque les individus étiquetés sont placés dans des catégories distinctes, ce qui produit une séparation d'avec eux. Ce phénomène est souvent identifié dans les écrits par le « nous » et

le « eux ». La quatrième composante, la perte de statut survient lorsque les individus étiquetés font l'expérience de discrimination conduisant à des inégalités, à du rejet et à de l'exclusion. Finalement, le terme stigmatisation est utilisé lorsque l'étiquette, les stéréotypes, la perte de statut et la discrimination coexistent dans un rapport de pouvoir (Link & Phalen, 2001).

2.1.4 Le modèle de Corrigan

Au début des années 2000, Corrigan a conceptualisé la stigmatisation en référence au modèle d'attribution, s'inscrivant ainsi dans une approche sociocognitive. Pour expliquer la stigmatisation, il retient trois éléments : les stéréotypes, les préjugés et la discrimination. Les stéréotypes correspondent à la manière dont les humains catégorisent les informations sur des groupes d'individus (Corrigan, 2012; Corrigan & Rao, 2012). Les préjugés s'apparentent avec le fait d'être d'accord avec les croyances stéréotypées qui conduisent à des réponses émotionnelles négatives et hostiles (Corrigan & Wassel, 2008; Corrigan, 2012). S'ensuit la discrimination qui survient en conséquence des préjugés. La discrimination conduit à la distance sociale et à la perte d'opportunités pour la personne. Par exemple, un professionnel de la santé pourrait être d'accord avec le stéréotype à l'effet que les individus atteints de schizophrénie sont dangereux. Il peut intégrer ce stéréotype et développer de la peur envers les personnes atteintes de schizophrénie (préjugé). En réaction à ce préjugé, il peut intervenir le moins possible avec elles lorsqu'il leur prodigue des soins, faisant donc preuve de discrimination.

2.1.5 Le modèle de Thornicroft

Graham Thornicroft, un psychiatre reconnu internationalement pour ses travaux sur la stigmatisation, préconise une approche cognitivo-comportementale pour expliquer ce

phénomène (Wei, McGrath, Hayden, & Kutcher, 2017). Il soutient que la stigmatisation est composée de trois problèmes reliés entre eux : un problème de connaissances, un problème d'attitudes et un problème de comportement (Samson et Blanchette, 2010; Thornicroft, Brohan, Kassam, & Lewis-Holmes, 2008; Thornicroft, Rose, & Kassam, 2007). Le problème de connaissances correspond à des connaissances inexactes ou insuffisantes sur la maladie mentale. Il s'agit donc d'un problème d'ignorance et de mauvaise information. Il affirme que la population en général a peu de connaissances ou maintient des connaissances erronées sur la maladie mentale. Le problème d'attitudes provient des préjugés entretenus à l'égard de groupes sociaux. Les préjugés n'impliquent pas seulement des pensées négatives, mais aussi des émotions négatives comme l'anxiété, la colère, le ressentiment, l'hostilité ou le dégoût. En fait, les préjugés peuvent plus fortement prédire la discrimination que les stéréotypes (Thornicroft et al., 2008). Le problème de comportement se traduit par de la discrimination. Selon Samson et Blanchette (2010), la discrimination est le problème le plus important, car il affecte la personne dans plusieurs sphères de sa vie. L'exclusion sociale en est un exemple. Dans les soins de santé, la discrimination pourrait se traduire par une prestation de soins moins complète pour les personnes qui ont un problème de santé mentale.

La stigmatisation en santé mentale est donc un phénomène complexe. Les différentes façons de la conceptualiser, qui ont évolué au cours des dernières décennies, ont fourni des pistes conduisant au développement de grandes campagnes et de stratégies pour tenter de contrer le plus efficacement possible ce phénomène.

2.2 LES GRANDES CAMPAGNES DE LUTTE CONTRE LA STIGMATISATION

Plusieurs grandes campagnes ont été menées dans différents pays pour lutter contre la stigmatisation en santé mentale. En 1996, la campagne « Open the doors » « Ouvrir les portes » a été lancée par l'Association Mondiale de Psychiatrie pour lutter contre la

stigmatisation et la discrimination reliées à la schizophrénie. Le but premier de la campagne était d'enrayer les mythes et les incompréhensions envers cette maladie. Elle a débuté en Europe et a été déployée dans plusieurs pays, dont le Canada et les États-Unis (Lamboy & Saïas, 2013; OMS, 2005). En 1997, en Nouvelle-Zélande, la campagne nationale « Like Minds, Like Mind » a combiné des messages nationaux et locaux pour changer les attitudes et les comportements discriminatoires à l'endroit des personnes atteintes d'un trouble mental et favoriser l'inclusion sociale de celles-ci (Thornicroft, Wyllie, Thornicroft, & Metha, 2014; Thornicroft et al., 2016). Des progrès modestes, mais positifs, ont été rapportés par cette campagne en ce qui concerne l'amélioration des attitudes et la diminution de la discrimination. En 2009, deux grandes campagnes « Time to change » et « Opening minds (Changer les mentalités) » ont été lancées simultanément. La campagne « Time to change », déployée en Angleterre, est une campagne médiatique massive comportant des messages positifs à l'effet que les individus aux prises avec la maladie mentale peuvent mener une vie significative (Stuart, Arboleda-Flórez, & Sartorius, 2012). Quant à la campagne « Changer les mentalités », elle a été entreprise par la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC, 2013) qui s'est inspirée des leçons apprises des programmes mis de l'avant par l'Association Mondiale de Psychiatrie. L'objectif était d'implanter et d'évaluer des programmes d'éducation qui reposent sur des interventions basées sur le contact avec des personnes ayant un trouble mental et adaptées à des auditoires bien ciblés : les jeunes, les pourvoyeurs de services de santé, les médias d'information et la main d'œuvre.

Il semble que les études qui ont évalué les effets des campagnes de communication visant à lutter contre la stigmatisation sont peu nombreuses et qu'elles ne sont pas parvenues à démontrer clairement des résultats significatifs (Lamboy et Saïas, 2013 ; Samson et al., 2012 et Stuart, 2003). Les principaux problèmes sont le fait que les objectifs des campagnes n'étaient pas clairs, que les motivations des porteurs des actions étaient ambivalentes et que la définition opérationnelle de la stigmatisation était absente. La CSMC (2013) abonde dans

le même sens en mentionnant que les résultats escomptés des campagnes n'ont pas été atteints.

2.3 LES STRATÉGIES EFFICACES POUR CONTRER LA STIGMATISATION

Les interventions pour la lutte contre la stigmatisation sont habituellement déployées sous forme de stratégies basées sur l'éducation ou sur des formations d'éducation jumelées avec le contact.

2.3.1 Les caractéristiques à privilégier dans les programmes

Corrigan et ses collègues (2013, 2014) ont animé des groupes de discussion avec des experts reconnus en matière de lutte contre la stigmatisation. De ces rencontres, 32 éléments-clés sont ressortis et ont été regroupés sous forme de cinq critères devenant des indicateurs de succès à inclure dans les programmes de lutte contre la stigmatisation. Les cinq critères sont : 1) que les programmes soient dispensés en personne par un formateur dont les caractéristiques se rapprochent de celles du groupe cible, 2) que les groupes cibles soient homogènes (ex. : professionnels de la santé) plutôt qu'hétérogènes, 3) que les formateurs aient déjà vécu une expérience reliée à la stigmatisation, 4) que la formation véhicule un message axé sur le rétablissement, et 5) que des rappels soient faits après la formation afin que les changements soient maintenus. Cette dernière pratique demeure peu appliquée jusqu'à maintenant.

En collaboration avec la CSMC, Knaak, Modgill et Patten (2014) ont réalisé une synthèse des programmes offerts aux pourvoyeurs de services de santé qui ont été les plus efficaces. Six éléments-clés ont été identifiés. Ainsi, un programme devrait 1) inclure le

contact social sous forme de témoignages d'individus touchés par la maladie mentale, 2) employer des formes variées de contact social, 3) mettre l'accent sur le changement de comportement par l'enseignement d'outils guidant les interventions, 4) briser les mythes et rétablir les fausses croyances, 5) transmettre le message clé avec enthousiasme et utiliser une approche centrée sur la personne plutôt que sur la maladie, et 6) mettre l'accent sur le rétablissement. En effet, les programmes qui avaient intégré ces ingrédients étaient significativement plus efficaces que ceux qui ne l'avaient pas fait.

2.3.2 Les stratégies basées sur l'éducation

Les stratégies principalement basées sur l'éducation découlent du principe selon lequel les individus ont moins tendance à stigmatiser et à discriminer les personnes qui souffrent de troubles mentaux lorsqu'ils détiennent des connaissances suffisantes et justes sur ces désordres (Bélanger, 2016). Les composantes à la base de ces stratégies sont la sensibilisation, l'information et la confrontation des mythes reliés à la maladie mentale. Outre l'éducation, elles ont comme objectif la promotion d'attitudes positives envers les personnes qui ont un trouble mental (Stuart, 2003). Ce sont des stratégies plutôt faciles d'utilisation qui peuvent être adaptées à plusieurs groupes cibles ou contextes.

Dans une revue systématique, Gronholm, Henderson, Deb, et Thornicroft (2017) ont constaté que la majorité des interventions de lutte contre la stigmatisation qui s'adressent aux professionnels de la santé étaient des stratégies éducatives ou informatives. La plupart ont démontré une amélioration des attitudes des groupes visés envers les personnes touchées par la maladie mentale. De plus, certaines études indiquent que les améliorations se maintiennent dans le temps. Gronholm et ses collègues (2017) recommandent néanmoins l'évaluation d'interventions à plus long terme.

Brunero, Jeon et Foster (2012) ont mené une revue systématique sur les programmes d'éducation en santé mentale pour les professionnels de soins généraux. Ils ont observé que plusieurs des formations portaient sur l'automutilation, le trouble de personnalité limite et la dépression. Les principales stratégies d'évaluation des interventions répertoriées sont les tests d'évaluation des connaissances, des échelles d'évaluation des attitudes, des autoévaluations du changement de comportement. La majorité des études démontrent la perception d'avoir de meilleures connaissances ainsi qu'une amélioration des attitudes. L'une de leurs recommandations est que les futures études précisent les outils utilisés. Plusieurs études reposent sur des questionnaires créés par les chercheurs sans que les mesures de validation de ces outils aient été rapportées. Ils recommandent aussi d'utiliser des tests d'évaluation mesurant les connaissances plutôt que des tests mesurant la perception de l'acquisition des connaissances par les participants, ceci dans le but d'éviter un biais d'auto-évaluation.

Des études comme celles de Commons, Troleat et Lewis ainsi que McAllister, Billett, Moyle, & Zimmer-Gembeck ont utilisé cette stratégie conventionnelle. Commons, Treloar et Lewis (2008) ont mené une étude dans le but de mesurer l'impact d'une intervention éducative sur les attitudes de professionnels de la santé ($n = 99$) du domaine des soins d'urgence et de la santé mentale qui interviennent auprès des personnes atteintes d'un trouble de personnalité limite. Le contenu de la formation portait entre autres sur l'interprétation des comportements d'automutilation chez ces personnes et des lignes directrices pour intervenir avec elles. Tous les participants ont reçu la même formation. Les résultats ont démontré une amélioration significative des attitudes chez les intervenants des deux domaines de soins ($p = 0,002$, $p = 0,000$). Les participants qui travaillaient dans une unité d'urgence ont augmenté la moyenne de leurs résultats de 3,09/132 ($M = 88,33$ vs $91,42$ en posttest). Les participants qui travaillaient dans le domaine de la santé mentale ont eux aussi augmenté la moyenne de leurs résultats de 2,48/132 ($M = 93,99$ vs $96,47$ en posttest). Les intervenants des unités d'urgence ont donc amélioré leurs attitudes

de 2,3 % et ceux du domaine de la santé mentale de 1,9 %, ce que les auteurs considèrent comme une amélioration cliniquement significative. Les dimensions sur lesquelles l'impact a été le plus positif sont la confiance des participants pour évaluer et référer les usagers, ainsi que leur habileté à intervenir efficacement auprès d'eux. Les auteurs ont conclu que l'accès à de la formation sur le trouble de personnalité limite peut améliorer les attitudes des intervenants des unités d'urgence et du domaine de la santé mentale. La petite taille de l'échantillon ainsi que l'absence d'évaluation du maintien des attitudes à long terme après la formation sont des limites de l'étude rapportées.

McAllister, Billett, Moyle, & Zimmer-Gembeck (2009) ont évalué les effets d'une intervention éducative centrée sur les solutions, offerte au personnel infirmier d'urgence ($n = 29$) intervenant auprès d'individus qui s'automutilent. La formation consistait à deux heures de discussion en groupe en vue de mieux comprendre l'automutilation et de se sentir mieux outillé pour intervenir auprès de cette clientèle. Les résultats indiquent une augmentation des connaissances et de la compréhension de l'automutilation à la suite de la formation. Aussi, les infirmières ont rapporté une plus grande confiance dans leur capacité à répondre aux besoins des usagers, plus d'empathie et de tolérance à leur égard. Les résultats des mesures du jugement et des intentions comportementales reliées à l'automutilation ont démontré des changements positifs. En effets, les résultats en prétest étaient de 13,3/30 contre 15,4/30 en posttest, ce qui démontre une augmentation de 7 % ($p < 0,05$). L'étude a comme limite son petit échantillon, ce qui limite la généralisation des résultats. De plus, les mesures ont été prises très tôt après l'intervention. Toutefois, elle est pertinente pour la pratique clinique. Les infirmières qui ont participé à l'étude ont mentionné se sentir plus empathiques et tolérantes envers ces usagers et davantage portées à prodiguer des soins centrés sur la personne. Elles se disaient plus en mesure d'aider et plus conscientes de leur rôle.

En conclusion, les stratégies d'éducation sont efficaces, mais plusieurs études rapportent que la durée des effets dans le temps est limitée (Clarke et al., 2013; Stubbs, 2014).

Les effets de l'éducation sont minces et disparaissent rapidement après l'intervention (Corrigan, 2004; Corrigan, & O'Shaughnessy, 2007; Corrigan & Wassel (2008). Les interventions basées sur l'éducation auraient un moins large impact que celles basées sur le contact (Dalky, 2012).

2.3.3 Les stratégies basées sur le contact

L'utilisation des interventions de contact, selon Bélanger (2016), se justifie par la reconnaissance et la valorisation du savoir expérientiel et favorise les interactions entre le groupe cible et la personne touchée par la maladie mentale. Les stratégies basées sur le contact favorisent les occasions d'interagir personnellement, de manière positive, avec des individus atteints d'un trouble mental, ce qui contribue à renverser les stéréotypes. Entrer en relation avec des personnes qui représentent un modèle positif de rétablissement permet de diminuer l'anxiété, la peur et la distance sociale (Bélanger, 2016), et d'augmenter l'empathie et la sympathie à l'égard des personnes atteintes d'un trouble mental (Bélanger, 2016; Knaak, Mantler, & Szeto, 2017; Marynowski-Traczyk & Broadbent, 2011). De plus, les stratégies de contact favorisent le pouvoir d'agir de la personne aux prises avec un trouble mental (Corrigan & Rao, 2012).

Griffiths, Carron-Arthur et Reid (2014) ont effectué une méta-analyse dans le but d'identifier les effets des interventions visant à réduire différents types de stigmatisation en santé mentale (stigmatisation personnelle des individus à l'égard des personnes atteintes d'un trouble mental, la stigmatisation perçue, c'est-à-dire les croyances des individus sur les attitudes des autres envers les personnes atteintes de troubles mentaux et l'autostigmatisation). La majorité des interventions qui ont été retenues sont des formations éducatives et des formations basées sur le contact. Peu d'études ont évalué l'efficacité des interventions pour contrer la stigmatisation perçue et l'autostigmatisation. Les résultats n'ont

pu démontrer clairement leur efficacité. Par contre, les interventions s'avèrent efficaces pour réduire la stigmatisation personnelle, et ce, particulièrement pour certains troubles mentaux, dont la dépression, la psychose et la schizophrénie. L'analyse de Griffiths et ses collaborateurs a permis de confirmer que les interventions éducatives et celles basées sur le contact sont efficaces pour diminuer la stigmatisation. Aucune différence significative n'a été identifiée en ce qui concerne l'efficacité des formations visant à diminuer la stigmatisation personnelle, qu'elles soient dispensées sur Internet ou non.

Une revue systématique menée par Stubbs (2014) a examiné l'efficacité des interventions de lutte contre la stigmatisation chez les étudiants et les professionnels de la santé. Le constat est que les interventions impliquant le contact direct et le contact filmé indirect ou par courriel réduisent la stigmatisation à court terme. Cependant il n'y a aucune évidence que les bénéfices sont maintenus à long terme pour les deux types de contact. Le même constat a été établi pour les interventions éducatives et celles qui ont utilisé une stratégie mixte.

Friedrich, Evans-Lacko, London, Rhydderch, Henderson et Thornicroft (2013) ont évalué l'impact d'un programme de lutte contre la stigmatisation auprès de 1 452 étudiants en médecine. Quatre universités ont participé à la recherche. Ce programme intitulé « L'éducation et non la discrimination » faisait partie de la campagne « Time to change » et était inséré sur une base volontaire dans le programme de formation des étudiants. Le groupe témoin a suivi le cours habituel prévu dans le curriculum et n'a pas participé au programme de formation. Le groupe expérimental a reçu le programme de formation composé d'une conférence sur la stigmatisation, de témoignages d'individus aux prises avec des troubles mentaux qui avaient vécu de la stigmatisation, ainsi que de jeux de rôle. Les changements relatifs aux connaissances, aux attitudes, aux intentions comportementales et à la démonstration d'empathie ont été mesurés à deux moments, soit immédiatement et six mois après l'intervention. Une analyse de régression multivariée a démontré une amélioration

significative des connaissances (β 0,11, $p < 0,01$) immédiatement après la formation. Relativement aux attitudes, deux des trois questions ont démontré une amélioration significative après la formation (β 0,87, $p = 0,02$ et β 0,11, $p < 0,01$). L'amélioration a été maintenue six mois plus tard pour une seule question qui évaluait la facilité de différencier une personne normale d'une personne qui a un problème de santé mentale ($\beta = 0,12$, $p = 0,01$). Pour ce qui est de l'empathie, on note une augmentation significative ($\beta = 0,07$, $p \leq 0,04$) qui ne s'est pas maintenue six mois après. Finalement, les résultats pour les intentions comportementales rapportent une amélioration ($\beta = 0,13$ et $p < 0,01$) qui ne s'est pas maintenue six mois après l'intervention. Les chercheurs ont conclu que le programme enrichi par des stratégies de contact présente des avantages à court terme pour tous les résultats liés à la stigmatisation : les connaissances, les attitudes, les intentions comportementales et l'empathie, mais que ceux-ci ne perdurent pas dans le temps. Ils recommandent d'offrir des sessions de rappel afin de maintenir les gains obtenus et de mener d'autres recherches qui permettront d'identifier les ingrédients efficaces à inclure dans les programmes de lutte contre la stigmatisation. L'utilisation d'items et non de l'ensemble des questions d'un des instruments de mesure constitue une limite de l'étude. Ainsi donc, certains énoncés pertinents peuvent être absents des résultats.

Patten et ses collègues (2012) ont évalué l'efficacité d'une formation basée sur le contact menée auprès de 131 étudiants en pharmacie de troisième et quatrième année. Ces étudiants provenaient de trois universités canadiennes. Depuis quelques années, une formation basée sur le contact était offerte dans chacune de ces universités pendant le trimestre portant sur l'enseignement du domaine de la santé mentale. Le but de la recherche était de déterminer dans quelle mesure la formation basée sur le contact pendant le parcours universitaire des étudiants est efficace pour diminuer la stigmatisation. Cette formation était composée de lectures, de discussions de cas et de séances de contact qui duraient entre 60 à 90 minutes. Tous les participants ont reçu la formation, mais à des temps différents, soit au début de la session d'étude pour le groupe expérimental et à la fin de la session pour le groupe

témoin. Trois mesures ont été prises. Les deux groupes ont rempli le questionnaire d'évaluation « Échelle d'évaluation à l'intention des pourvoyeurs de services de santé » au tout début de la session d'études et après que les participants du groupe expérimental aient reçu la formation. Une troisième mesure a été prise à la fin de la session d'étude, le groupe témoin ayant à son tour reçu la formation. Une diminution significative de la stigmatisation a été observée dans le groupe expérimental après l'intervention (diminution de 4,3 %, $p < 0,0001$). Une diminution significative de la stigmatisation a aussi été observée pour le groupe témoin après avoir reçu à son tour l'intervention (diminution de 4,3 %, $p < 0,0001$). Une légère amélioration non significative des attitudes (diminution de la moyenne de 1.5 %) a été observée pour le groupe témoin au temps 2 de mesure. À ce moment, ce groupe suivait la session normale et n'avait pas encore reçu la formation basée sur le contact. Les auteurs affirment que la formation basée sur le contact a un plus grand effet sur la réduction de la stigmatisation que le mode d'enseignement régulier. Cependant des limites ont été rapportées pour cette étude. Le taux de participation était différent selon les universités. Il y a eu un taux élevé d'attrition pendant la recherche. Une possibilité de contamination entre les groupes a été identifiée, ce qui a pu influencer les résultats. L'intervalle de temps entre les prises de mesure n'a pas été le même pour les deux groupes. Un biais de désirabilité sociale a été identifié en lien avec l'outil d'évaluation utilisé.

Nguyen, Chen et O'Reilly (2012) ont comparé l'efficacité d'une intervention de contact direct et d'une intervention filmée de contact indirect sur la réduction de la stigmatisation chez les étudiants en pharmacie. Une étude comparative avec deux groupes non randomisés a été effectuée ($n = 476$). La formation basée sur le contact direct comprenait un atelier de deux heures présentant des témoignages d'éducateurs qui avaient reçu des soins de santé mentale. La formation basée sur le contact indirect était composée d'entrevues avec des éducateurs provenant de la même association que ceux de la formation basée sur le contact direct. Le contenu a été développé à partir des échanges qui avaient eu lieu dans l'atelier du groupe qui avait reçu la formation basée sur le contact direct. Des scénarios

simulés démontrant des interactions entre un pharmacien et un usager ont été inclus dans la formation. Finalement, une discussion et une réflexion sur les activités ont eu lieu pour chaque type de contact. Les deux types de formations ont démontré une réduction de la stigmatisation avant et immédiatement après l'intervention. Les résultats pour la stigmatisation ont été statistiquement équivalents, les deux stratégies étant efficaces pour la réduire. Les participants qui ont eu un contact direct ont démontré une amélioration significative pour 37 des 39 questions du questionnaire (94,9 %, $p < 0,05$), alors que ceux qui ont eu un contact indirect ont démontré une amélioration significative pour 27 questions sur 39 (69,2 %, $p < 0,05$). Une différence de 25,7 % entre les deux groupes a été observée, ce qui permet de conclure à une amélioration clinique des plus pertinentes. Les chercheurs ont rapporté qu'en plus d'être reliés aux deux types de contact, les résultats ont pu être influencés par les messages-clés véhiculés. La présence d'un groupe témoin et la grande taille de l'échantillon constituent une force de l'étude. Par contre, des variables telles que des lectures ou des stages en lien avec la santé mentale, le contact avec des personnes qui ont des problèmes de santé mentale n'ont pas été contrôlées, ce qui limite la généralisation des résultats.

Dans une étude menée auprès de deux groupes d'étudiantes infirmières, Sadow et Ryder (2008) ont évalué les attitudes envers les individus qui ont un problème de santé mentale et les attitudes envers les pourvoyeurs de services de santé mentale. Le jugement porté par les étudiantes pour répondre aux besoins des usagers a aussi été évalué. En plus de la formation de base offerte aux étudiantes, les participants du groupe témoin ($n = 27$) ont assisté pendant le trimestre à trois rencontres supplémentaires dispensées par un psychologue. Les participants du groupe expérimental ($n = 30$) ont aussi reçu la formation de base comme ceux du groupe témoin et ont assisté aux trois rencontres, à la différence que celles-ci étaient animées par une personne atteinte d'un trouble mental qui était en voie de rétablissement. Les participants du groupe expérimental ayant reçu la formation enrichie par la stratégie de contact ont démontré une diminution des attitudes négatives de 4,5 %,

M = 30,30 vs 27,03 en posttest, $p = 0,041$). Quant au jugement des étudiantes à répondre aux besoins des usagers dans des situations spécifiques, des différences significatives ont été observées entre les deux groupes ($p = 0,015$), les participants du groupe expérimental ayant amélioré leurs résultats comparativement à ceux du groupe témoin (M = 12,30 vs 10,63 en posttest comparativement à 9,79 vs 10,52). Les chercheurs ont conclu que les participants qui ont été en contact pendant l'intervention ont davantage amélioré leurs attitudes comparativement à ceux qui ne l'ont pas été, démontrant ainsi l'efficacité du contact direct comme stratégie de lutte contre la stigmatisation. Par contre, il est impossible d'affirmer que les effets se maintiennent dans le temps. La petite taille de l'échantillon et l'absence de répartition aléatoire des participants limitent la généralisation des résultats.

King, Kalucy, De Crespigny, Stuhlmiller et Thomas (2004) ont évalué l'efficacité d'une formation offerte au personnel d'urgence, dont le personnel infirmier, les médecins, les ambulanciers ($n = 144$). La formation avait pour but d'augmenter les connaissances et de fournir des outils permettant de mieux intervenir auprès des personnes qui ont des problèmes de santé mentale et de consommation d'alcool et de drogues. La formation a duré trois jours. Des usagers ont été invités à partager leur expérience et à discuter des impacts de la stigmatisation vécue lorsqu'ils ont eu recours à des soins de santé. Les stratégies d'enseignement retenues sont la remise d'un manuel, des jeux de rôle, des démonstrations, des discussions de cas qui englobaient tous les aspects des problèmes de drogues et d'alcool présents aux unités d'urgence, ainsi que le contact avec des usagers qui ont des problèmes de santé mentale. Des questionnaires d'autoévaluation avant et après la formation ont évalué les attitudes, les connaissances et les compétences. Les résultats ont démontré des attitudes plus positives, une plus grande confiance et plus de tolérance envers cette clientèle. Dans le questionnaire d'évaluation des attitudes, sept des 13 questions (53,8 %) se rapportant aux problèmes d'alcool et de drogues ont démontré une amélioration significative ($p < 0,01$). Un questionnaire d'autoévaluation des compétences et des connaissances nécessaires pour intervenir auprès d'usagers aux prises avec des problèmes de santé mentale et de

consommation de drogues et d'alcool a démontré une amélioration significative pour chaque question ($p < 0,001$). Le fait que les participants aient mentionné que la formation a été utile dans leur pratique quotidienne, qu'ils se sentaient plus confiants dans l'évaluation lors du triage infirmier, qu'ils avaient une meilleure communication avec les usagers, qu'ils se sentaient plus tolérants envers les usagers sont des effets cliniques bénéfiques. Cependant, comme les outils de mesure comportent une autoévaluation des participants, les résultats doivent être interprétés avec discernement.

À la lumière des études, il ressort que les interventions basées sur le contact avec une personne aux prises avec un problème de santé mentale sont les plus efficaces (Rush et al., 2005; White, 2004) pour améliorer les connaissances sur la maladie mentale et réduire les attitudes reliées à la stigmatisation. Leur efficacité est d'ailleurs largement reconnue (Corrigan & O'Shaughnessy, 2007; Thornicroft et al., 2008; Thornicroft et al., 2016). Il est recommandé que les interventions présentent des personnes rétablies, que les programmes d'éducation et de contact jumelés soient de petite envergure, adaptés à un groupe cible et axés sur une maladie en particulier, et qu'ils impliquent des formateurs de statut relativement égal aux participants (Arboleda-Flórez et Stuart, 2012; Bélanger, 2016; CSMC, 2013; Samson et Blanchette, 2010). Aussi, il est préférable que le contact soit continu, c'est-à-dire qu'il se produise à plusieurs reprises (Corrigan, 2012). L'utilisation d'un amalgame de stratégies serait donc à privilégier (Knaak et al., 2014). Les stratégies basées sur le contact permettent de diminuer la peur et la distance sociale (Bélanger, 2016).

Malgré ces résultats encourageants, il y a peu d'évidence que les améliorations observées se maintiennent dans le temps (Friedrich et al., 2013; Noblette & Henderson, 2015; Thornicroft et al., 2016), la plupart des études ayant évalué les résultats immédiatement après l'intervention. Il est donc recommandé que les programmes de lutte contre la stigmatisation prévoient des sessions de rappel pour s'assurer du maintien des progrès (Knaak et al., 2014) et qu'un plus grand nombre d'études évaluent les modifications à long terme. De plus, les

interventions basées sur le contact n'ont pas été largement utilisées dans les formations aux professionnels de la santé (Arboleda-Flórez, & Stuart, 2012).

2.3.4 Les stratégies basées sur le contact indirect

Des études, dont celles de Corrigan et ses collègues, de Ng, Rashid et O'Brien et plusieurs autres, ont évalué les effets des stratégies de contact indirect sur la stigmatisation. En effet, l'étude randomisée menée par Corrigan, Larson, Sells, Niessen, & Watson, (2007) a analysé l'impact de deux versions d'un programme de lutte contre la stigmatisation présentées sous forme de vidéo à 244 participants d'un collège communautaire américain. La formation basée sur le contact présentait une personne vivant avec la schizophrénie qui raconte son histoire et ses expériences. Celle basée sur l'éducation était narrée par cette même personne qui présentait une revue des constats et des mythes reliés la maladie mentale, mais sans divulguer sa maladie. Dix dimensions reliées à la stigmatisation ont été mesurées. Les participants ont rempli un prétest, ont suivi une des deux formations et ont rempli deux posttests, dont un immédiatement après la formation et l'autre une semaine plus tard. Les résultats rapportent une amélioration de la dimension responsabilité pour les participants qui ont reçu la formation basée sur l'éducation ($p < 0,05$), la moyenne des résultats ayant diminué de 7,56 à 5,11 en posttest et à 5,71 une semaine plus tard. La formation basée sur le contact rapporte des améliorations pour quatre dimensions de la stigmatisation : la pitié, l'évitement la ségrégation et l'*empowerment* ($p < 0,05$). Une amélioration significative pour la dimension pitié a été identifiée en posttest et une semaine après la formation, les moyennes ayant diminué de 19,52 à 17,96 au posttest et à 17,32 une semaine après la formation. Pour l'évitement, la moyenne en prétest de 14,04 a diminué à 10,87 en posttest et à 11,59 une semaine après la formation. Une diminution significative a aussi été observée pour la dimension ségrégation. La moyenne au prétest de 9,01 a diminué à 6,90 au posttest et à 7,65

une semaine après la formation. Une diminution des moyennes est associée à l'amélioration des attitudes. Finalement pour la dimension de pouvoir associé à l'*empowerment*, la moyenne a augmenté de 10,83 à 13,01 au posttest et a légèrement diminué à 12,56 une semaine après la formation. Contrairement aux autres dimensions, l'augmentation de la moyenne pour l'*empowerment* correspond à une meilleure attitude. Une des conclusions des chercheurs est que la version filmée basée sur le contact permet de réduire davantage la stigmatisation comparativement à la formation basée sur l'éducation. Un élément intéressant de cette étude est que les améliorations se maintiennent dans le temps. Cependant comme le délai est d'une semaine, il s'agit d'un délai assez court pour la mesure du maintien des attitudes. Des mesures à plus long terme sont souhaitables.

Galley et Burton (2011) ont développé et évalué une formation s'adressant à des étudiants finissants en médecine ($n = 87$). La formation avait pour but de diminuer la stigmatisation des individus aux prises avec la schizophrénie. Elle comprenait un atelier d'une durée de trois heures. Cet atelier incluait un élément de contact, soit un DVD impliquant un jeune étudiant vivant avec la schizophrénie, ainsi qu'un enregistrement audio présentant une simulation des hallucinations auditives. Les étudiants devaient répondre à un questionnaire qui comportait cinq items sur une échelle de Likert. Les résultats pouvaient varier entre -10 et +10. Les plus faibles résultats indiquaient des attitudes plus négatives. Une amélioration significative des attitudes après la participation à l'atelier ($p < 0,001$) a été observée. En effet, les résultats obtenus étaient de -1,7 avant l'intervention comparativement à 0,62 après la formation. Ce sont les étudiants qui avaient les plus mauvaises attitudes qui ont démontré l'amélioration la plus significative. Les chercheurs ont conclu que cet atelier combiné s'avère une méthode d'enseignement efficace pour améliorer les attitudes des étudiants envers les individus aux prises avec la schizophrénie. Le fait de ne pas avoir de groupe témoin constitue une limite de l'étude. De plus, le fait d'avoir retenu un outil de mesure basé sur une autoévaluation pourrait constituer un biais de désirabilité sociale empêchant d'attribuer entièrement le changement de comportement à la formation.

Une étude menée par Hawke, Michalak, Maxwell, & Parikh, (2014) a mesuré si une formation présentée sous forme théâtrale filmée et basée sur un récit personnel réduisait la stigmatisation et la distance sociale. Cent-trente-sept participants, dont des professionnels de la santé, des étudiants universitaires de différents domaines de la santé, des individus aux prises avec une maladie bipolaire, leurs amis et la famille, ainsi que des personnes du public en général, ont participé à l'étude. Un prétest en ligne était envoyé aux participants. Ensuite, les groupes étaient rassemblés pour visionner le film en DVD. Le film durait 50 minutes. Un groupe de discussion animé par le premier chercheur avait lieu après le visionnement. Un mois après la vue du film, les participants ont été contactés à nouveau pour remplir le posttest. Les résultats ont démontré une diminution significative de plusieurs catégories d'attitudes stigmatisantes observées chez les pourvoyeurs de services de santé. Notamment, cette amélioration est observée pour l'anxiété à interagir auprès de ces personnes ($p = 0,006$), pour un résultat de 2,36 points au prétest, qui a diminué à 1,85 au posttest et 1,78 un mois après la formation. Pour le sentiment d'efficacité professionnelle à prodiguer des soins ($p = 0,010$), le résultat de 3,03 points au prétest a diminué à 2,25 au posttest et à 2,06 un mois après la formation. En ce qui concerne la perturbation de la relation ($p = 0,011$), le résultat de 2,92 points au prétest a diminué à 2,53 au posttest et à 2,30 un mois après la formation. Finalement, en ce qui concerne la croyance en l'existence d'un traitement efficace ($p = < 0,001$), le résultat au prétest de 2,17 a diminué à 1,57 au posttest, mais a augmenté à 1,89 un mois après la formation. Des améliorations plus faibles ont été observées pour les autres groupes de participants. Les chercheurs concluent qu'une intervention filmée basée sur l'expérience vécue d'une personne aux prises avec la maladie bipolaire a des impacts significatifs et durables chez les pourvoyeurs de services de santé. La taille de l'échantillon et l'absence de groupe témoin sont des limites pour cette étude.

Dans une étude randomisée, Clément et ses collègues (2012) ont comparé les effets d'une formation qui avait pour but de diminuer la stigmatisation. Cette formation dispensée sous trois formes, par DVD, en personne ou en mode lecture ($n = 216$), s'adressait à des

étudiantes infirmières. Le DVD présentait deux utilisateurs de services et deux soignants qui relataient leurs expériences par rapport à la santé mentale et à la stigmatisation. Le visionnement de la vidéo était suivi d'une discussion animée par un des chercheurs. Le contenu de la présentation dispensée en personne était identique au témoignage sur DVD. La troisième méthode comprenait une lecture faite par une infirmière chercheuse en santé mentale, reconnue comme une conférencière d'expérience, mais ne possédant pas de connaissances spécifiques sur phénomène de la stigmatisation. Cette formule ne contenait aucun élément de contact direct. Aucune différence n'a été établie entre le groupe ayant reçu la formation sur DVD et celui l'ayant reçue en direct pour les attitudes, les réactions émotionnelles et les intentions comportementales. Le groupe qui a suivi la formation sur DVD a obtenu de meilleurs résultats pour les connaissances. Les résultats de mesure des attitudes pour le groupe de contact social en personne et en DVD ($p = 0,020$, $p = 0,05$) ont été meilleurs que pour le groupe ayant reçu la formation en mode lecture. La moyenne des résultats concernant les attitudes était de 37,28 vs 31,71 vs 33,53 (prétest, posttest, quatre mois plus tard) pour le groupe ayant reçu la formation en DVD. Pour le groupe qui a suivi la formation en personne, la moyenne respective était de 34,81 vs 30,44 vs 33,15. Pour le groupe qui a reçu la formation sous la forme d'une lecture, une moyenne de 35,62 vs 33,38 vs 34,00 a été observée. Cette différence s'est maintenue quatre mois après la formation. La moyenne pour les intentions comportementales pour le groupe qui a reçu la formation en DVD était respectivement de 16,76 vs 17,94 vs 17,44. Pour le groupe qui a reçu la formation en personne la moyenne de 17,49 vs 18,01 vs 17,59 a été observée. Pour ceux qui ont reçu la formation sous forme d'une lecture, la moyenne de 17,27 vs 17,71 vs 16,78 a été rapportée. La formation dispensée en DVD serait la plus rentable. Les auteurs recommandent l'utilisation de l'un ou l'autre type de contact social pour les étudiantes infirmières, soit la formule en DVD ou en direct. Les forces de cette étude sont d'avoir effectué des mesures à plus long terme ainsi que des analyses de coûts des formations.

L'étude de Ng, Rashid, & O'Brien (2017) a déterminé l'efficacité d'une intervention basée sur la vidéo pour améliorer les attitudes du personnel infirmier ($n = 206$) qui travaille aux soins intensifs de Penang. Ce personnel intervient auprès d'individus aux prises avec un problème de santé mentale. Une courte vidéo de 4 minutes 30 secondes composée d'enseignement et d'entrevues d'individus aux prises avec un problème de santé mentale relatant leurs expériences avec la maladie et leur rétablissement compose cette intervention. Les chercheurs ont mesuré les attitudes en prétest et en posttest. Les résultats indiquent que 30 % des participants ont démontré une amélioration significative des attitudes. Les résultats observés en prétest étaient de 40/75 comparativement à 34/75 en posttest, la baisse de six points sur 75 étant associée à une amélioration des attitudes ($p < 0,001$). Les chercheurs recommandent que d'autres études soient effectuées afin de vérifier si les résultats sont maintenus à long terme et s'ils peuvent être généralisés à d'autres professionnels. La courte durée de la vidéo fait en sorte que les résultats de l'étude doivent être interprétés avec discernement compte tenu de la complexité du phénomène de la stigmatisation.

Thornicroft et ses collègues (2016) ont soulevé que les versions filmées de contact peuvent être aussi efficaces à court terme qu'un contact direct, mais que leur efficacité à long terme n'a pas été démontrée. Dans une revue systématique, Dalky (2012) rapporte également que cette stratégie peut être efficace pour réduire la stigmatisation auprès des étudiants et à d'autres groupes cibles. Cependant, même si elles sont efficaces, le fait de participer en présentiel à un témoignage personnel serait préférable au contact par une vidéo (Gaebel, Rössler, & Sartorius, 2017).

2.4 LA FORMATION EN LIGNE

Ghirardini, Landriscina et Shapiro (2012) définissent l'apprentissage en ligne comme l'utilisation des technologies informatiques et de l'Internet pour fournir un large éventail de

solutions permettant de faciliter l'apprentissage et d'améliorer les performances. L'Office québécois de la langue française, le définit comme un mode d'apprentissage basé sur l'utilisation des nouvelles technologies qui permet l'accès à des formations en ligne interactives, parfois personnalisées, diffusées par l'intermédiaire d'Internet, afin de développer les compétences indépendamment de l'heure et de l'endroit.

Les formations en ligne ont l'avantage d'être disponibles à l'heure qui convient à l'apprenant (McCutcheon, Lohan, Traynor, & Martin, 2015). Aucun local n'est nécessaire, car la personne a la possibilité de faire ses apprentissages à partir de son domicile ou dans tout autre endroit où l'accès à Internet est disponible. Cette forme d'enseignement est productive, diminue les coûts de formation (Berke & Wiseman, 2004) et permet de rejoindre un grand nombre de participants à la fois (Ghirardini, 2012). L'apprentissage en ligne est une option attrayante et flexible, qui permet de délivrer des programmes de qualité (Farrell, 2006). La pénurie de main-d'œuvre, la difficulté de libérer les travailleurs pendant leur temps de travail, le fait d'habiter en région éloignée, les conflits horaires sont tous des facteurs faisant en sorte que cette stratégie d'enseignement devienne une alternative pour faciliter l'accès à la formation pour le personnel infirmier. Les formations en ligne ont aussi l'avantage de pouvoir inclure une plus grande diversité de présentateurs contrairement à une intervention en direct (Clement et al., 2012). L'approche en ligne constitue une méthode prometteuse pour les programmes de lutte contre la stigmatisation et la formation par Internet a un potentiel de rentabilité pour mettre en œuvre les interventions actuelles (Dalky, 2012; Griffiths et al., 2014).

Plusieurs caractéristiques favorables pour des formations en ligne sont identifiées dans les écrits. Une formation en ligne doit être conviviale, interactive, concise et flexible, et permettre aux personnes apprenantes de progresser à leur propre rythme (Charest, Huard, Huard, & Perreault, 2011; Pawlyn, 2012). Elle doit être accessible partout, dans leur milieu de travail comme à domicile (Charest et al., 2011). Elle doit aussi contenir des scénarios

réalistes, être adaptée aux besoins des membres du groupe visé, à leur pratique, à leur réalité et à leur contexte organisationnel (Bloomfield, Fordham-Clarke, Pegram, & Cunningham, 2010; Brunero & Lamont, 2010; Charest et al., 2011). Les apprenants s'attendent à pouvoir juger de leur progression par des évaluations formatives. Les aspects techniques tels que la rapidité de la connexion, l'accès facile et le choix de la bonne plateforme pédagogique sont aussi des éléments importants (Charest et al., 2011).

L'apprentissage en ligne n'a pas que des avantages. La difficulté à utiliser les technologies de l'information peut être un obstacle pour certaines personnes (Farrell, 2006). Un niveau de motivation et de discipline considérable est nécessaire pour terminer la formation. De plus, les individus qui préfèrent un contact plus direct avec un formateur peuvent se sentir isolés lorsqu'ils suivent une formation en ligne.

Dans une revue systématique, McCutcheon et al. (2015) ont évalué l'impact de l'apprentissage en ligne ou de l'apprentissage mixte par rapport à l'enseignement en personne dans la formation infirmière. Ils ont vérifié si l'utilisation de la formule en ligne ou une formule mixte pouvaient améliorer les compétences cliniques des étudiantes infirmières. Ce sont 19 articles publiés, dont 17 faisant mention d'une approche en ligne et deux ayant rapporté une approche mixte, qui ont été retenues. Les chercheurs sont parvenus à la conclusion que l'utilisation de l'apprentissage en ligne n'était pas moins efficace que les stratégies traditionnelles. Ils ont constaté un manque de données probantes en matière d'apprentissage mixte pour évaluer l'efficacité de cette méthode d'enseignement. Ils ont constaté aussi que parmi les études ayant évalué les impacts des formations sur le niveau de compétences cliniques ou de performances cliniques des étudiants, celles dont les participants avaient suivi une formation en ligne ou un apprentissage mixte ont démontré un niveau plus haut ou semblable de compétences comparativement à ceux qui avaient utilisé une méthode d'apprentissage traditionnelle.

Seo et Kim (2010) ont mené une étude auprès d'étudiants de deux universités ($n = 143$) dans le but d'évaluer l'efficacité d'une formation en ligne qui visait à réduire les attitudes envers les individus qui ont un problème de santé mentale. Un prétest et deux posttests ont été réalisés. Les trois variables à l'étude étaient les connaissances, les attitudes et la distance sociale. Le contenu du programme portait sur les troubles anxieux, les troubles de l'humeur et la schizophrénie. Après la formation les résultats n'ont pas démontré une augmentation significative des connaissances pour les deux groupes, ni après la formation, ni au fil du temps. L'augmentation des connaissances du groupe expérimental est de 11,2 % contre 8,75 % pour le groupe témoin. Pour ce qui est des attitudes, quatre domaines ont été mesurés : l'autoritarisme, la bienveillance, la restriction sociale et l'idéologie communautaire en santé mentale. Pour l'autoritarisme, aucune amélioration significative n'a pu être notée dans l'un ou l'autre des deux groupes. Les améliorations pour le groupe expérimental sont de 2,1 % contre 1 % pour le groupe témoin. Pour la bienveillance et la restriction sociale, des améliorations respectives de 3,7 % et de 6,6 % dans le groupe expérimental ont été notées, mais elles n'étaient pas significatives. Pour le groupe témoin, il n'y a pas eu d'amélioration en ce qui concerne la bienveillance, mais une amélioration de 1,4% a été observée pour la restriction sociale. Finalement, pour l'idéologie communautaire en santé mentale, une amélioration significative de 2,7 % a été observée pour le groupe expérimental ($p = 0,000$). Les attitudes du groupe témoin ne se sont pas améliorées. Les participants du groupe expérimental ont amélioré leurs attitudes de distance sociale de 7,1 % et les participants du groupe ont aussi amélioré leurs attitudes de distance sociale de 4,1 % en posttest. L'amélioration est cependant non statistiquement significative. Les chercheurs maintiennent que malgré des résultats partiellement efficaces, ils ont pu démontrer que les programmes dispensés en ligne sont prometteurs pour combattre les attitudes négatives. Les auteurs expliquent le manque de différence significative entre les groupes par le peu de temps pour les sessions de cours comparativement à un cours traditionnel, et par le peu d'interaction entre les participants et l'éducateur.

Une recherche quasi expérimentale avec devis prétest/posttest a été menée par Irvine, Billow, Bourgeois, & Seeley (2012) dans le but de mesurer les effets d'une formation dispensée sur Internet à des aides-infirmières et des professionnels de la santé dont des infirmières et des travailleurs sociaux ($n = 86$), appelés à intervenir auprès d'individus demeurant dans des résidences pour personnes âgées qui ont des problèmes de santé mentale. La recherche a été menée en deux essais. Les aides-infirmières ($n = 70$) ont été aléatoirement réparties dans un groupe expérimental et un groupe témoin, alors que les professionnels de la santé dont des infirmières ($n = 16$) ont été assignés dans le même groupe. La formation dispensée sur Internet était composée de cinq modules portant sur les troubles mentaux communs, les mythes en lien avec la maladie mentale, des témoignages et des vignettes contextuelles, ainsi que des stratégies et approches recommandées pour intervenir auprès de cette clientèle. Les résultats pour les aides-infirmières qui ont suivi la formation ont démontré des résultats significatifs comparativement au groupe témoin ($p = 0,003$). Un test de t-pairé a démontré que les professionnels de la santé ont amélioré de manière significative leurs résultats dans cinq des six dimensions évaluées : vignette auto-efficacité VST ($p < 0,001$, $M = 3,69$ vs $4,18$ en posttest pour une amélioration de 9,8 %), les mythes ($p = 0,046$, $M = 9,44$ vs $10,06$ en posttest), les attitudes ($p < 0,001$, $M = 5,13$ vs $5,80$ en posttest), l'auto-efficacité (générale) ($p < 0,001$, $M = 5,65$ vs $6,17$ en posttest pour une amélioration de 7,6 %) et les intentions comportementales ($p = 0,018$, $M = 6,10$ à $6,35$ en posttest pour une amélioration de 3,6 %). Les auteurs ont conclu que la formation par Internet peut être efficace pour aider le personnel à mieux intervenir auprès des résidents. Les effets à long terme n'ont pas été mesurés et d'autres recherches sont recommandées pour vérifier si les gains obtenus dans la formation perdurent dans le temps. Le faible nombre de participants limite la généralisation des résultats obtenus.

Imperio (2016) a évalué si une formation en ligne basée sur le contact pouvait contribuer à réduire la stigmatisation chez des étudiantes infirmières ($n = 37$). Celles-ci devaient visionner une vidéo d'une durée de 14 minutes qui présentait le témoignage d'une

professeure d'université qui avait reçu un diagnostic de schizophrénie et parlait des exacerbations de sa maladie, incluant les hospitalisations et son rétablissement. Le but de la vidéo était d'interpeller les étudiantes de manière à ce qu'elles développent de la compassion envers les individus aux prises avec un problème de santé mentale. Les étudiantes ont participé à un groupe de discussion afin de pouvoir échanger sur l'efficacité du type d'intervention reçu. Un test d'Anova à mesures répétées a permis d'identifier une diminution significative du score de la stigmatisation dans les trois temps de mesure ($p < 0,05$). Le score de stigmatisation a diminué de 3 % immédiatement après la formation et de seulement 0,33 % deux semaines après la formation. En préintervention, la moyenne obtenue était de 33,84/75, comparativement à 31,57/75 (amélioration de 2,27 points) en post-intervention immédiate et à 33,59/75 (faible amélioration de 0,25 point) deux semaines après l'intervention. Finalement, aucune différence statistiquement significative n'a été identifiée entre le score préintervention et le score obtenu deux semaines après l'intervention. Le chercheur a constaté qu'une stratégie basée sur le contact utilisant une vidéo peut améliorer les attitudes des étudiants en sciences infirmières, mais que le maintien des améliorations ne peut être affirmé. En effet, deux semaines après l'intervention, les résultats des scores de stigmatisation étaient revenus à un niveau presque similaire à ceux obtenus lors de la préintervention. La signification clinique de cette étude rapportée par les auteurs est qu'elle peut promouvoir les comportements reliés à la recherche d'une bonne santé, améliorer l'estime de soi, diminuer les délais dans les traitements et améliorer la qualité de vie des personnes qui ont des problèmes de santé mentale. Par contre, certaines limites doivent être mentionnées dont un possible biais de contamination entre les étudiants. La petite taille de l'échantillon limite la généralisation des résultats. Finalement, il serait préférable de pouvoir effectuer des études longitudinales afin de vérifier si les améliorations se maintiennent à long terme.

Brunero et Lamont (2010) ont développé une approche éducationnelle dans le cadre d'une recherche-action. Le but était d'engager le personnel infirmier dans une expérience d'apprentissage expérientiel au sujet des relations difficiles avec les usagers. Les stratégies à

privilégier pour mieux répondre aux besoins de ces usagers faisaient partie intégrante de la formation. Celle-ci a été créée dans le but de susciter la réflexion et la capacité d'observer les émotions et le comportement envers les usagers considérés « difficiles ». L'étude quasi expérimentale de type prétest posttest a été menée auprès de 23 participants. La formation était disponible par CD-ROM, intranet ou Internet. La stratégie d'apprentissage par scénarios a été privilégiée. Les participants ont rempli le questionnaire « Échelle de mesure du stress pour usager difficile » (DPSS) après avoir suivi le cours en ligne. Dans un but de comparaison, 23 autres participants ont rempli le même questionnaire sans avoir suivi la formation. Les résultats ont démontré une diminution du stress de 22,7 % ($p = 0,001$), d'une augmentation du niveau de confiance de 16 % ($p = 0,006$), d'une augmentation des connaissances de 14 % ($p = 0,003$), ainsi que d'une augmentation des outils pour intervenir de 18 % ($p = 0,023$). Même si la petite taille de l'échantillon peut limiter la généralisation des résultats, les améliorations observées ont une valeur clinique importante et peuvent contribuer à une prestation de soins de qualité de la part des infirmières. Les chercheurs ont rapporté la pertinence des formations en ligne dans l'éducation en sciences infirmières et recommandé fortement l'utilisation de scénarios basés sur des situations réelles. Le fait de ne pas avoir utilisé un échantillon de contrôle apparié et la disponibilité limitée d'outils de mesure validés sont des limites de l'étude. Aussi, le fait de ne pas avoir considéré le niveau de formation préalable du personnel infirmier a été considéré comme une limite.

À la lumière de ces précédentes études, nous pouvons constater que l'utilisation de l'apprentissage en ligne est prometteuse pour lutter contre la stigmatisation. Les stratégies éducatives basées sur le contact qui sont dispensées en ligne ont démontré leur efficacité et méritent davantage l'attention des chercheurs lors des interventions pour la lutte contre la stigmatisation en sciences infirmières.

2.5 LES APPUIS THÉORIQUES

2.5.1 Le modèle Synergie

Le modèle Synergie a été développé au milieu des années 1990 par un groupe d'infirmières de l'Association américaine des infirmières en soins critiques (AACN) sous la gouvernance de Martha A.Q. Curley (Curley, 2007). Il situe l'excellence des soins infirmiers dans la rencontre entre les besoins ou les caractéristiques des usagers et de leurs proches et les compétences du personnel infirmier. Cette rencontre crée la synergie par laquelle les résultats optimaux pour l'utilisateur, le personnel infirmier et le système de santé peuvent être atteints. Les résultats pour l'utilisateur sont entre autres les changements fonctionnels, les changements de comportement, la confiance, la satisfaction, le confort et la qualité de vie (Kaplow, 2003). Les résultats pour le système de santé sont évalués en fonction de la récurrence, des coûts et de l'utilisation des ressources. Le modèle Synergie identifie huit besoins ou caractéristiques qui qualifient les usagers et huit compétences nécessaires au personnel infirmier (McEwen & Wills, 2011). Chaque usager apporte ses propres caractéristiques à la situation de soins. Les caractéristiques associées aux usagers sont la stabilité, la prévisibilité, la complexité, la vulnérabilité, la résilience, la participation aux soins, la participation à la prise de décision et la disponibilité des ressources. Ces caractéristiques sont interreliées. Les huit compétences des infirmières représentent leur profil. Ce sont le jugement clinique, le plaidoyer et l'action morale, les pratiques du *caring*, la facilitation de l'apprentissage, la collaboration, la pensée systémique, la réponse à la diversité et la remise en question des pratiques (Curley, 2007). Les descriptions détaillées de chaque caractéristique et de chaque compétence sont présentées à l'annexe 1.

Le modèle Synergie apporte une vision des soins infirmiers qui, au-delà des tâches techniques, fonde une approche holistique sur la rencontre entre l'infirmière et l'utilisateur, sur les besoins de l'utilisateur et sur l'optimisation des résultats. Les hypothèses du modèle

stipulent que l'utilisateur, la famille et la communauté contribuent tous à fournir un contexte pour une relation infirmière-usager. Le but des soins infirmiers est que l'utilisateur se situe à un niveau optimal de bien-être tel qu'il le définit lui-même (Curley, 2007).

2.5.2 Les connaissances

Les connaissances peuvent se définir comme l'ensemble des notions et des principes transmis à l'élève faisant appel à ses capacités de compréhension et de mémorisation, mais qu'il peut également acquérir par l'étude, l'observation ou l'expérience (Office québécois de la langue française, 2017). Dans le cadre de cette recherche, les connaissances portent sur les caractéristiques et les besoins des personnes qui consultent à l'urgence pour des problèmes de santé mentale, de même que des personnes atteintes d'un trouble mental qui consultent à l'urgence pour des problèmes de santé mentale ou physique. Les connaissances évaluées dans cette étude portent également sur les interventions cliniques à privilégier sur des unités de soins d'urgence auprès de ces usagers. Chaque élément du modèle Synergie a été précisé en lien avec des connaissances spécifiques au domaine de la santé mentale.

2.5.3 Les attitudes

Les attitudes peuvent se définir comme un état d'esprit d'une personne à l'égard de l'univers qui l'entoure, ayant des composantes émotionnelles, cognitives et comportementales (Townsend, 2010). Dans le cadre de cette recherche, les attitudes des infirmières sont définies par la présence de stéréotypes communs et de préjugés associés aux personnes qui ont des problèmes de santé mentale, lesquels entraînent des réactions émotionnelles comme, entre autres, de l'impuissance, de la frustration, de la colère ou de la peur.

2.5.4 Les intentions comportementales

Le modèle de Thornicroft relie la stigmatisation à un problème de connaissances, d'attitudes et de comportements. Ces éléments peuvent être vus comme un continuum. Ainsi un manque de connaissances peut mener à des attitudes négatives et à la discrimination. Pour que le comportement change, il doit y avoir une augmentation des connaissances et une modification des attitudes (Stuart, et al., 2012). Le cadre théorique de cette étude suggère que la création d'une formation en ligne basée sur un modèle appliqué spécifiquement aux soins infirmiers visant à augmenter les connaissances et à diminuer les attitudes négatives peut avoir un impact positif sur le comportement du personnel infirmier d'urgence.

2.5.5 Cadre théorique

L'approche pédagogique au cœur de la formation créée dans le cadre de cette étude fournit de nombreuses informations sur les caractéristiques des individus aux prises avec des troubles mentaux et brise de nombreux mythes liés à la maladie mentale. Le choix d'intégrer des témoignages d'infirmières d'urgence et d'individus aux prises avec un trouble mental qui se sont rétablis fournit des exemples concrets de rétablissement aux infirmières. Les vignettes contextuelles dans la formation démontrent et justifient les interventions à adopter envers les individus tout en favorisant une prise de conscience de la part du personnel infirmier des impacts de leur comportement. Le cadre théorique de la figure 1 illustre les liens entre les concepts et permettra de vérifier les hypothèses de recherche.

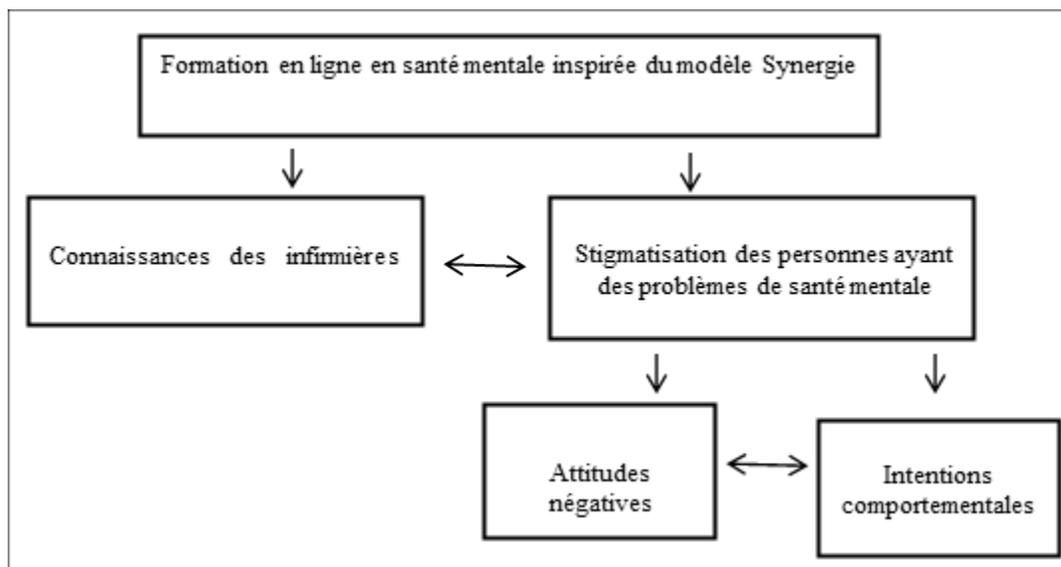


Figure 1 : Cadre théorique

Ce chapitre a présenté la recension des écrits portant sur la stigmatisation et les stratégies efficaces pour la contrer. En continuité avec les résultats de recherche obtenus à ce jour, la création d'une formation en ligne et la mesure de ses effets a été retenue comme solution au problème de la stigmatisation.

CHAPITRE 3

MÉTHODE

Ce chapitre présente la méthode utilisée pour la réalisation de cette étude. Il détaille en premier lieu le type de devis, la population cible et l'échantillon, la sélection et le recrutement des participants. Sont présentées ensuite les définitions des variables et des outils de mesure, ainsi que les étapes de préparation de la formation en ligne. Le déroulement de la recherche, le plan de l'analyse des données et les considérations éthiques terminent ce chapitre.

3.1 LE TYPE DE DEVIS

Un devis quasi expérimental de type prétest/posttest avec groupe témoin a été utilisé dans le cadre de cette étude (Grove, Burns, & Gray, 2013; Simpson, Beaucage, & Viger, 2017). Cette méthode a permis de vérifier si les infirmières d'un département d'urgence qui ont reçu la formation ont amélioré leurs connaissances sur les caractéristiques et les besoins des personnes qui consultent pour des problèmes de santé mentale ou des personnes qui ont un trouble mental et consultent pour des problèmes de santé physique ou mentale. Elle a aussi permis de vérifier si ces infirmières démontraient moins d'attitudes et d'intentions comportementales marquées de stigmatisation à l'égard de ces personnes. Pour l'étude, les variables dépendantes ont été mesurées à deux reprises pour chaque groupe, avant et après la formation, tel que démontré au tableau 1.

Tableau 1 : Séquence des prises de mesure lors de la recherche

Groupes	Temps 1	Formation	Temps 2
Groupe expérimental	O ₁	X	O ₂
Groupe témoin	O ₃		O ₄

3.2 LA POPULATION CIBLE ET L'ÉCHANTILLON

Pour l'année 2016-2017, 74 469 infirmières se sont inscrites au Tableau de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Sur ce nombre, 70 038 exerçaient leur emploi principal au Québec dans des domaines variés. La population cible pour cette recherche comportait 5 843 infirmières qui travaillent dans les différentes urgences au Québec, ce qui représente 8,3 % de l'ensemble des membres de l'OIIQ (Marleau, 2017). L'échantillon de la population à l'étude était composé d'infirmières d'urgence qui ont accepté au préalable que leurs coordonnées soient transmises à un tiers à des fins de recherche, de sondages ou de statistiques. Pour constituer l'échantillon, la chercheuse s'est appuyée sur la répartition des urgences établie en 2016 par le Commissaire à la santé et au bien-être, dans le cadre d'une étude comparative des urgences au Québec (Salois, 2016). Quatre groupes d'urgences sont reconnus, lesquels se distinguent en fonction du volume d'usagers et de la mission de chacune. Ce sont les urgences sans hospitalisation, les urgences primaires, les urgences secondaires et les urgences tertiaires. Globalement, le terme « département d'urgence » se définit comme une unité de soins qui offre des services de santé urgents à une clientèle variée, sur des périodes pouvant aller jusqu'à 24 heures par jour, sept jours par semaine. L'objectif de ce département est de fournir aux usagers dont l'état le requiert les services d'accueil, de

triage, d'évaluation, de stabilisation, d'investigation et de traitement (Gouvernement du Québec, 2009). L'annexe 2 présente une définition de chacun des groupes d'urgences.

Le calcul de l'analyse de puissance effectué avec le logiciel G-Power 3.1 a déterminé qu'un échantillon de 34 participants dans chaque groupe pour un total de 68 participants était nécessaire pour détecter une différence significative ($p = 0,05$, puissance = 0,80, large effet de taille = 0,7).

3.3 LA SÉLECTION ET LE RECRUTEMENT DES PARTICIPANTS

Les infirmières invitées à participer à la recherche devaient exercer leur profession dans une unité d'urgence au Québec, détenir un permis d'exercice de l'OIIQ, comprendre le français parlé et écrit et être en mesure d'utiliser un ordinateur. Les infirmières unilingues anglophones ont été exclues de la recherche, puisque la formation n'est disponible qu'en français.

Une demande a été acheminée au secrétariat général de l'OIIQ, en août 2016, afin d'obtenir la liste comprenant le nom et l'adresse courriel des infirmières d'urgence qui en avaient donné l'autorisation. Une seconde demande a dû être acheminée en mai 2017, étant donné qu'une inscription au Tableau avait eu lieu depuis la parution de la liste fournie en 2016. En août 2017, l'OIIQ a fourni une liste contenant 1720 infirmières d'urgence déclarant exercer dans un CISSS, un CIUSSS ou un CHU.

Une invitation par courriel a été acheminée aux 1720 infirmières d'urgence. Au total, 1718 courriels ont été délivrés. En raison d'un problème technique et d'une adresse erronée, deux courriels n'ont pu être acheminés. Après une semaine, une relance a été effectuée afin d'augmenter le nombre de participants. Pour ce faire, deux courriels de rappel ont été envoyés aux infirmières, dont un s'adressant à celles qui n'avaient pas ouvert le courriel, et l'autre à

celles qui avaient ouvert le courriel, mais n'avaient pas encore rempli le questionnaire des données sociodémographiques et des renseignements généraux. Finalement, 128 infirmières ont accepté l'invitation, ce qui correspond à 7,45 % de la liste fournie par l'OIIQ.

Lors de la réception des questionnaires sociodémographiques, la chercheuse identifiait à quelle unité d'urgence travaillait l'infirmière, et assignait celle-ci à un groupe en s'assurant que toutes les infirmières d'une même urgence se retrouvent dans le même groupe pour éviter un biais de contamination (Simpson et al., 2017). C'est ainsi qu'un échantillon non probabiliste de convenance a été constitué (Fortin, 2016; Portney & Watkins, 2015). Toutefois, les sous-groupes d'urgences qui ont constitué le groupe expérimental et le groupe témoin ont été répartis par la chercheuse de façon à ce que les deux groupes comprennent les différents groupes d'urgences et un nombre presque équivalent d'infirmières. Soixante-sept urgences différentes ont été répertoriées pour l'ensemble des deux groupes. Au total, 64 infirmières ont été regroupées dans le groupe expérimental et 64 dans le groupe témoin. Tous les types d'urgences (sans hospitalisation, primaires, secondaires et tertiaires) ont été représentés dans le groupe expérimental et le groupe témoin. La répartition des participants selon les groupes d'urgences est présentée au tableau 2.

Tableau 2 : Répartition des participants du groupe expérimental et du groupe témoin selon les groupes d'urgences

Répartition des 128 participants selon les groupes		
GROUPE EXPÉRIMENTAL	GROUPE TÉMOIN	Total
URGENCES SANS HOSPITALISATION A		
1 participant	1 participant	2
URGENCES SANS HOSPITALISATION B		
4 participants	3 participants	7
URGENCES PRIMAIRES A		
4 participants	3 participants	7
URGENCES PRIMAIRES B		
3 participants	3 participants	6
URGENCES SECONDAIRES A		
12 participants	13 participants	25
URGENCES SECONDAIRES B		
18 participants	18 participants	36
URGENCES TERTIAIRES		
21 participants	21 participants	42
Autres types d'urgences		
1 participant	2 participants	3
Nombre total dans chaque groupe		
64	64	128

Note. Les trois unités d'urgence « autres types d'urgences » sont réparties ainsi : urgence pédiatrique : 2 participants; urgence non répertoriée dans le document du MSSS (2016) : 1 participant.

3.4 LES DÉFINITIONS DES VARIABLES ET DES INSTRUMENTS DE MESURE

Les variables dépendantes pour cette étude sont 1) les connaissances à propos des caractéristiques et besoins des personnes atteintes d'un trouble mental, 2) les attitudes et intentions comportementales reliées à la stigmatisation à l'égard des personnes ayant un trouble mental. La variable indépendante est la formation en ligne offerte.

3.4.1 Les définitions des variables et des instruments de mesure

3.4.1.1 Les variables sociodémographiques et caractéristiques des participants

Un questionnaire intitulé « *Questionnaire du participant* » comportant 19 questions, a été construit afin de recueillir les données suivantes :

- Variables sociodémographiques : l'âge, le sexe, le CISSS, CIUSSS ou CHU d'appartenance, le niveau de formation, le nombre d'années d'expérience de travail comme infirmière, le nombre d'années d'expérience de travail à l'urgence et en santé mentale.
- Autres caractéristiques professionnelles et renseignements généraux : le nom de l'urgence et groupe d'urgence, le quart de travail, la durée des quarts de travail, le statut de travail (temps plein ou temps partiel), si la personne a participé ou participe actuellement à de la formation en santé mentale, si elle côtoie dans sa vie personnelle des personnes qui ont des problèmes de santé mentale et finalement, si elle a déjà consulté un professionnel de la santé pour un problème de santé mentale. Le fait que la personne qui suit la formation côtoie une personne qui a un problème de santé mentale ou qu'elle ait déjà consulté pour un problème de santé

mentale peut être un biais influençant les résultats. Le questionnaire est disponible à l'annexe III.

3.4.1.2 Les connaissances

Le modèle Synergie, présenté dans le chapitre précédent, a servi de cadre pour guider la construction d'un test permettant d'évaluer des connaissances. Ainsi, chacune des huit caractéristiques ou besoins « universels » des usagers se retrouvant dans un contexte de soins critiques (stabilité, prévisibilité, etc.), décrits dans la formation en fonction des particularités des personnes ayant un problème de santé mentale ou un trouble mental, fait l'objet d'une question. Toujours découlant du modèle Synergie, les huit compétences de l'infirmière en soins critiques (jugement clinique, pratiques de *caring*, etc.), sous lesquelles plusieurs stratégies d'intervention susceptibles d'optimiser les résultats de soins prodigués à des personnes qui ont des problèmes de santé mentale, font également l'objet d'une question. Ce test comporte 16 questions à choix de réponses multiples. Le score total du test est sur 16. Son contenu comporte différents énoncés ou situations cliniques de soins du domaine de la santé mentale pouvant être rencontrés à l'urgence. Plusieurs situations de soins ou types de clientèle telles que le trouble de personnalité limite, les tentatives suicidaires par intoxication ou automutilation ainsi que la schizophrénie et la dépression ont servi de référence pour l'élaboration des questions. Les connaissances sur les mythes liés à la maladie mentale tels que la faiblesse, la dangerosité, la capacité de rétablissement ont aussi été évaluées. Le test est intitulé « Questionnaire d'évaluation des connaissances ». Il est présenté à l'annexe IV.

Entre décembre 2016 et janvier 2017, dix infirmières provenant d'urgences primaires, secondaires et tertiaires de différentes régions du Québec ont prétesté le questionnaire d'évaluation des connaissances. Cette démarche a été effectuée dans le but de s'assurer que les questions étaient bien formulées et claires pour les participants. Les infirmières ont été

invitées à répondre aux questions et à cocher à côté de leurs réponses si elles avaient trouvé facile ou difficile d'y répondre. Elles devaient mentionner combien de temps elles avaient pris pour remplir le questionnaire et étaient invitées à émettre, si elles le jugeaient nécessaire, des commentaires à la fin du questionnaire. Les principaux commentaires formulés concernaient quelques questions jugées trop faciles ou trop difficiles. Certaines formulations de questions étaient considérées ambiguës parce qu'elles donnaient l'impression qu'il y avait « une partie de vraie » dans chaque réponse. D'autres commentaires faisaient part de la difficulté à répondre à la question par un manque de connaissances sur le sujet évalué. Tenant compte des commentaires et résultats obtenus par ce prétest, cinq questions ont été reformulées.

3.4.1.3 Les attitudes et intentions comportementales reliées à la stigmatisation

Dans le cadre de cette étude, la stigmatisation a été mesurée à partir du questionnaire « Échelle d'évaluation à l'intention des pourvoyeurs de services de santé – OMS-HC » (Kassam, Papish, Modgill, & Patten, 2012). Cet outil a été développé pour évaluer l'efficacité des programmes de lutte contre la stigmatisation s'adressant aux pourvoyeurs de services de santé, dont les infirmières, lors de la campagne massive de lutte contre la stigmatisation *Changer les mentalités*, menée par la CSMC en 2009. Il a été testé auprès de 787 pourvoyeurs de la santé canadiens dans le but de déterminer ses propriétés psychométriques. Une version française de l'outil était disponible. La CSMC a autorisé la chercheuse à utiliser ce questionnaire pour cette étude. L'évaluation initiale de cette échelle a démontré une bonne consistance interne avec un alpha de 0,82 pour le test de Cronbach, une fiabilité test-retest satisfaisante et une corrélation intra-classe de 0,66 (CSMC, 2013; Kassam et al., 2012). De plus, les analyses ont permis de constater que le biais de désirabilité sociale n'était pas un facteur déterminant du score de cet outil. Ce questionnaire mesure les attitudes et les intentions comportementales à travers un choix d'énoncés concernant des stéréotypes

reconnus et des réactions émotionnelles envers les personnes vivant avec une maladie mentale. Il permet aussi de connaître entre autres la perception qu'ont les professionnels de la santé de leur propre compétence, de même que leur opinion de leur responsabilité ou de leur rôle dans la promotion de cette compétence (CSMC, 2013). Aussi, le fait de divulguer ou non être atteint d'une maladie mentale est mesuré dans le questionnaire, étant donné que la divulgation peut être associée à de l'autostigmatisation ou à de la stigmatisation reliée à la maladie mentale. L'échelle d'évaluation à l'intention des pourvoyeurs de services de santé est composée de 20 questions à choix de réponses sur une échelle de Likert variant de 1 (fortement en désaccord) à 5 (tout à fait d'accord). Les résultats peuvent s'étendre entre 20 à 100, 20 équivalant à un faible taux de stigmatisation et 100 indiquant le taux le plus élevé. Les items 3, 8, 9, 10, 11, 15 et 19 du questionnaire sont inversés (CSMC, 2013).

La révision de la version anglaise du questionnaire à 20 questions a conduit à un nouveau questionnaire comportant 15 questions pour mesurer les attitudes et intentions comportementales. Ce changement découle du fait que 15 des 20 questions du questionnaire se répartissent sous trois dimensions de la stigmatisation. Les questions 1-2-13-14-18 et 20 évaluent les attitudes des pourvoyeurs de services de santé envers les personnes qui ont un problème de santé mentale. Les questions 4-6-7 et 10 évaluent la dimension divulgation et recherche d'aide. Finalement, les questions 3-8-9-17 évaluent la dimension distance sociale. Les questions 2-5-11-15 et 16 évaluent des thèmes tels que l'ombrage au diagnostic, la dangerosité des personnes qui ont un problème de santé mentale et le traitement de la maladie. Au moment où la recherche a débuté, ce questionnaire n'était pas disponible en français. Le questionnaire est présenté à l'annexe V.

3.4.1.4 La formation en ligne

Dans le cadre de cette étude, la formation, intitulée « Intervenir auprès des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale dans les services d'urgence » comprend deux modules. Le premier module vise l'acquisition de meilleures connaissances sur les besoins des personnes qui consultent à l'urgence pour des problèmes de santé mentale et de celles qui atteintes de troubles mentaux, consultent pour des besoins de santé physique ou mentale. Il permet aux infirmières de mieux comprendre le vécu des personnes. Le deuxième module vise l'intégration dans la pratique clinique de stratégies d'intervention susceptibles de produire des résultats de soins optimaux dans ces situations. Le contenu, élaboré à partir des éléments du modèle « Synergie » et basé sur des données probantes, est présenté de façon à promouvoir des attitudes positives envers les personnes qui ont des problèmes de santé mentale et de leurs proches et, conséquemment, à diminuer la stigmatisation reliée aux problèmes de santé mentale. La formation se déroule en mode asynchrone, c'est-à-dire que les participants ne peuvent pas interagir directement avec les personnes impliquées dans la création de la formation, mise à part la chercheuse.

Le contenu scientifique est présenté sous forme de narration sur vidéos par une infirmière experte en santé mentale. Dans le premier module, la narration est entrecoupée par de nombreux témoignages d'infirmières d'urgence, de professionnels en santé mentale, d'une représentante d'un organisme communautaire, d'un pair aidant et d'anciens utilisateurs des services d'urgence. Outre la vidéo d'introduction, ce module comprend huit vidéos d'une durée variant entre 2 minutes 32 secondes et 14 minutes 38 secondes. Pour ce qui est du deuxième module, le contenu scientifique narré est entrecoupé de situations fréquemment rencontrées par les infirmières d'urgence, toujours sous forme de vidéos. Ces situations sont des simulations découlant de trois grands scénarios : 1) une dame amenée par les ambulanciers pour une intoxication médicamenteuse, 2) une jeune fille atteinte d'un trouble de la personnalité limite bien connue du département d'urgence, qui consulte pour une

douleur abdominale et 3) un homme atteint de schizophrénie amené par sa famille qui soupçonne une décompensation de sa maladie, alors que le problème est causé par une décompensation cardiaque. En tout, 12 vignettes comportent des contre-exemples et des exemples qui illustrent les stratégies d'intervention non optimales et celles à privilégier. Deux vignettes présentent le contenu sous forme de dialogue entre deux infirmières ou infirmiers. La durée des vignettes varie entre 2 minutes 56 secondes et 11 minutes 49 secondes. L'ensemble des vidéos contenues dans la formation est d'une durée de 2 heures, 37 minutes. L'esprit de la formation est de fournir aux infirmières des outils pour améliorer leurs interventions et développer leurs compétences en santé mentale. Les différents thèmes abordés dans la formation sont présentés aux annexes VI et VII. Les stratégies d'évaluation retenues tout au long de la formation sont des questions ouvertes favorisant la pratique réflexive, et des posttests d'évaluation des connaissances comportant des questions à choix de réponses multiples. Des questions sont posées à la suite de chacune des huit sections structurées conformément au cadre du modèle Synergie, soit les huit caractéristiques ou besoins des usagers et les huit compétences des infirmières. Pour terminer la formation, les participants doivent avoir réussi tous les tests suivants chacune des sections. Une démarche linéaire est proposée mais les participants peuvent avancer et revenir dans selon leur gré dans la formation. Les participants peuvent faire la formation au rythme de leur choix selon leurs disponibilités. Un document identifié « Repères théoriques », pouvant être téléchargé est disponible dans la formation. Le participant est libre y référer pendant et après la formation.

La recension des écrits qui a servi à élaborer le contenu de la formation a été effectuée à partir de l'été 2015. En mars 2016, un groupe de discussion, animé par la chercheuse, a été tenu en vue d'explorer les opinions de personnes connaissant bien les soins d'urgence, quant aux éléments les plus pertinents à inclure dans la formation. Sept personnes, dont un psychiatre-conseil, un pair aidant, un infirmier coordonnateur d'unités appelé à intervenir sur une base régulière à l'urgence, deux infirmières d'urgence, une infirmière étudiante finissante au baccalauréat ayant fait son projet de fin d'études sur la stigmatisation, ainsi qu'une

représentante de l'organisme communautaire Santé mentale Québec - Bas-Saint-Laurent, ont accepté de participer à cette activité. Quatre personnes ont participé à la discussion qui s'est déroulée à l'UQAR, tandis que deux personnes n'ayant pu se libérer pour la rencontre ont été rencontrées individuellement. Le plan détaillé du déroulement de la rencontre est fourni à l'annexe VIII. La formation en ligne a été créée par la chercheuse et la directrice de recherche.

Cinq infirmières de différentes régions du Québec exerçant leur profession dans des urgences primaires, secondaires et tertiaires ont été sollicitées pour faire la lecture des trois scénarios qui seraient insérés et pour émettre leurs commentaires à savoir si les situations étaient contextualisées aux pratiques infirmières et reflétaient la réalité des unités d'urgence. Parmi les cinq infirmières, quatre ont finalement accompli la tâche demandée et soumis leurs recommandations à la chercheuse. Ces infirmières possédaient une expérience clinique à l'urgence variant entre 2 ans et demi et 25 années. Leurs commentaires et recommandations ont été pris en compte pour rendre le plus réalistes possible les scénarios. Les vidéos insérées dans la formation ont été filmées entre septembre 2016 et février 2017 à l'urgence mineure de la Mitis à Mont-Joli et dans le laboratoire de soins critiques de l'UQAR.

La formation mise en ligne a été prétestée par neuf autres infirmières d'urgence. Les personnes qui ont prétesté la formation ont été réparties dans un groupe expérimental et un groupe témoin fictif et ont franchi toutes les étapes de la formation telles que planifiées pour l'étude. Ce processus a été fait dans le but de s'assurer du bon déroulement de chaque étape de la formation et de prévenir d'éventuels problèmes techniques pendant l'étude.

3.5 LE DÉROULEMENT DE LA RECHERCHE

Le 28 août 2017, une lettre d'invitation à participer à la recherche a été acheminée aux 1720 infirmières d'urgence par le biais du courrier électronique (voir annexe IX). Le formulaire de consentement éthique rédigé sous forme de lettre faisait partie intégrante du courriel d'invitation. Les infirmières intéressées à participer à la recherche étaient invitées à remplir le Questionnaire des données sociodémographiques, des caractéristiques professionnelles et des renseignements généraux inséré dans le courriel d'invitation et à le retourner à la chercheuse. Deux rappels ont été effectués les 31 août et 4 septembre 2017 afin d'augmenter le nombre de participants. Le 11 septembre 2017, les 128 participants du groupe expérimental et du groupe témoin ont reçu par courriel, le « Prétest » qui comprenait le « Questionnaire d'évaluation des connaissances et le questionnaire « Échelle d'évaluation à l'intention des pourvoyeurs de services de santé ». Les participants avaient jusqu'au 17 septembre pour remplir le prétest. Un délai supplémentaire d'une journée a été accordé dans le but d'obtenir le plus grand nombre de participants possible. Finalement, 97 infirmières sur 128, dont 51 dans le groupe expérimental et 46 dans le groupe témoin ont retourné le prétest rempli. Ce sont 31 participants qui se sont désistés de l'étude.

Le 18 septembre, après que les répondants du groupe expérimental aient rempli et retourné à la chercheuse le prétest, la formation a été mise en ligne pour ce groupe. Chaque participant a reçu un courriel l'informant que la formation était maintenant disponible. Un lien était inséré directement dans le courriel et donnait accès à la formation. Chaque participant devait se créer un compte lui donnant accès à la formation. Cette étape avait été simplifiée le plus possible pour le participant. Les participants ont complété la formation dans un délai de trois à cinq semaines. Un premier courriel de rappel a été envoyé le 28 septembre. Le 5 octobre, un dernier rappel a été effectué à ceux qui n'avaient pas encore débuté la formation ou qui ne l'avaient pas terminée. Quatre participants ont demandé un délai, ce qui leur a été accordé. Les délais accordés n'ont pas dépassé 2 semaines. Quant aux participants

du groupe témoin, ils ont reçu un courriel eux aussi le 18 septembre les informant de leur groupe d'appartenance et des étapes futures de la recherche.

Dès que la formation était complétée par un participant du groupe expérimental, le posttest lui était acheminé par courriel. Lorsque le délai de la remise le posttest par le groupe expérimental est venu à échéance, les participants du groupe témoin ont reçu l'information leur demandant de compléter le posttest 1, nommé ainsi pour ce groupe. Les principaux courriels qui ont été envoyés pendant la recherche sont présentés à l'annexe X.

Le 18 octobre, après la réception de tous les questionnaires posttest et posttest 1 dûment remplis, le groupe témoin a été invité à débiter la formation dans les mêmes délais. Un rappel lui a aussi été envoyé en date du 26 octobre et du 2 novembre assurant ainsi une similitude dans la méthode pour les deux groupes. Les participants pouvaient faire la formation selon leur rythme et leur disponibilité. Une fois, la formation terminée, les participants du groupe témoin ont été invités à répondre pour une dernière fois au questionnaire sur les connaissances et sur les attitudes et intentions comportementales, nommé cette fois-ci posttest 2. Cette dernière mesure n'a pas été considérée dans le cadre de l'étude considérant le devis de recherche retenu (prétest/posttest) dans le cadre d'un projet de maîtrise. Il est prévu de le faire ultérieurement.

La collecte des données a pris fin en novembre 2017. Finalement, 32 infirmières dans le groupe expérimental et 40 dans le groupe témoin ont complété toutes les étapes de la recherche tel que le démontre la figure 2. Ceci correspond à 56,25 % de l'ensemble de tous les participants qui avaient manifesté au départ l'intérêt de participer à la recherche. En tout, 28 participants du groupe témoin ont complété le posttest 2. En collaboration avec le Service de formation continue de l'UQAR, 23 infirmières qui en avaient fait la demande ont reçu une attestation d'accréditation de cinq heures de formation continue.

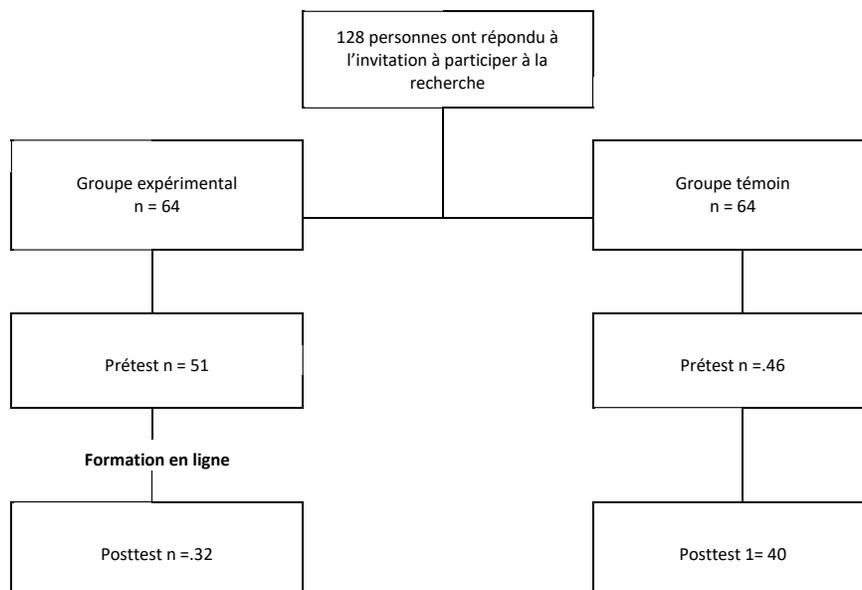


Figure 2 : Nombre de participants aux différentes étapes de l'étude

3.6 LE PLAN DE L'ANALYSE DES DONNÉES

Les résultats de tous les questionnaires ont été transférés dans un fichier *Excel* pour être finalement transférés à nouveau dans SPSS. À toutes les étapes de transfert des données, la chercheuse a vérifié à deux reprises les résultats afin d'éviter toute erreur. Les calculs statistiques ont été effectués avec la version 24 du logiciel SPSS.

Les données sociodémographiques, les caractéristiques professionnelles et renseignements généraux du groupe expérimental et du groupe témoin ont été calculées à l'aide d'analyses descriptives telles que la moyenne, l'écart-type, la fréquence et le pourcentage. Les groupes ont été comparés au prétest avec le test *t* de Student, le test de Fischer et le test du Khi^2 , selon la nature des variables.

Pour comparer les moyennes des groupes, le test de t de Student a été utilisé pour les variables continues : connaissances, attitudes et intentions comportementales reliées à la stigmatisation au posttest. Un test de t apparié a été effectué pour vérifier si les participants du groupe expérimental ont augmenté leurs connaissances et amélioré leurs attitudes et intentions comportementales reliées à la stigmatisation des personnes aux prises avec des troubles mentaux au temps deux de mesure. Les données étaient distribuées normalement.

3.7 LES CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Le courriel d'envoi qu'ont reçu les infirmières expliquait le but de la recherche et ce qu'impliquait leur participation. Les informations concernant le déroulement de la recherche étaient fournies. Les infirmières ont été avisées qu'elles devaient répondre en premier lieu au « Questionnaire du participant », composé de questions d'ordre sociodémographique et qu'elles auraient à deux reprises pendant la recherche à répondre à un questionnaire d'évaluation des connaissances et à un autre questionnaire mesurant les attitudes et intentions comportementales intitulé « Échelle d'évaluation à l'intention des pourvoyeurs de services de santé ».

Dans le but d'assurer la confidentialité des données, chaque participant a reçu un code numérique. Les questionnaires remplis ont été retournés par les participants à la chercheuse par le biais de la plateforme *Google Formulaires*. Les données ont été conservées de manière confidentielle dans l'ordinateur personnel de la chercheuse. Aucun renseignement personnel n'a été transmis en dehors du projet de recherche.

Les infirmières ont été informées des avantages et inconvénients potentiels associés à leur participation. Elles ont eu comme avantage la possibilité de faire reconnaître cinq heures de formation continue à un prix concurrentiel en guise de remerciements pour avoir complété

la formation. Elles pouvaient aussi retirer la satisfaction personnelle à participer à une recherche qui pourrait démontrer l'utilité d'un outil pour améliorer les soins prodigués à des personnes ayant des problèmes de santé mentale dans leur milieu de travail. Elles n'ont pas eu d'inconvénients en particulier, excepté deux participantes qui ont eu de la difficulté à retourner électroniquement les prétests ou posttests. Les infirmières ont aussi été avisées de la possibilité de se retirer en tout temps de la recherche sans préjudice et sans devoir justifier leur décision.

Les infirmières ont été avisées que le fait de compléter et de retourner le « Questionnaire du participant » serait considéré comme leur consentement à participer à la recherche. La chercheuse a été disponible tout au long de la recherche et a répondu aux questions communiquées par courriels ou téléphone. Quelques participants ont communiqué avec la chercheuse afin de lui transmettre leurs commentaires sur la formation.

Un certificat d'éthique portant le numéro CÉR-92-663 a été délivré le 23 septembre 2016 par le comité d'éthique de la recherche sur des êtres humains de l'UQAR. Une demande de renouvellement a été complétée en août 2017, compte tenu des échéanciers serrés pour terminer la collecte des données et du fait qu'une légère modification avait dû être apportée aux modalités de la lettre d'invitation à faire parvenir aux infirmières. Le certificat CÉR-92-663 (R1) fut délivré le 24 août 2017. Les deux certificats sont présentés aux annexes XI et XII.

CHAPITRE 4

LES RÉSULTATS

Ce chapitre présente les résultats obtenus dans cette étude. Dans la première partie, sont présentées les différentes caractéristiques de l'échantillon. Les résultats qui rapportent les effets de la formation sur les connaissances, les attitudes et intentions comportementales reliées à la stigmatisation suivent. Finalement est présenté le sommaire des différentes analyses statistiques qui ont permis de valider ou non les hypothèses avancées.

4.1 LES CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON

Cent-vingt-huit infirmières et infirmiers ont répondu à l'invitation à participer à la recherche. Sur ce nombre, aucun participant n'a été exclu. Parmi les 128 participants, 64 ont été répartis dans le groupe expérimental et 64 dans le groupe témoin. Deux personnes se sont désistées en début de recherche avant même avoir complété le prétest, l'une pour des raisons de surcroit de travail et l'autre pour des motifs personnels. Sur les 51 participants du groupe expérimental qui ont rempli le prétest, 33 ont débuté la formation et 32 l'ont terminée. Finalement, 32 participants ont rempli le posttest. Pour le groupe témoin, 46 participants ont rempli le prétest et 40 ont rempli le posttest nommé posttest 1.

Le test de t de Student démontre qu'il n'y a pas de différence significative entre le groupe expérimental et le groupe témoin pour les données sociodémographiques, dont l'âge, le niveau de formation, le nombre d'années de pratique, le nombre d'années d'expérience à l'urgence, le nombre d'années d'expérience en santé mentale. Aussi, il n'y a pas de différence

significative pour ce qui est des résultats du test d'évaluation des connaissances ($t = 0,104$, $p = 0,917$) et de celui des attitudes et intentions comportementales ($t = -0,074$, $p = 0,941$) reliées à la stigmatisation au temps 1 de l'étude, les valeurs p étant toutes supérieures à 0,05.

La moyenne d'âge pour le groupe expérimental est de ($M = 36,91$; ÉT 11,1) ans, alors que celle pour le groupe témoin est de 36,70 (ÉT 12,13). Ce nombre correspond sensiblement à la moyenne d'âge des infirmières d'urgence du Québec qui est de 36,7 ans, tel que documenté dans le rapport statistique sur l'effectif infirmier 2016-2017 (Marleau, 2017). En ce qui concerne le niveau de formation, le plus grand nombre de participants se retrouve dans la catégorie formation universitaire de niveau baccalauréat, c'est-à-dire 65,6 % pour le groupe expérimental et 55 % pour le groupe témoin. Cette proportion est supérieure à l'ensemble des infirmières inscrites au tableau de l'OIIQ, puisqu'en 2016-2017, 37,3 % d'entre elles ont rapporté avoir une formation de niveau baccalauréat dans le rapport sur l'effectif infirmier (Marleau, Communication personnelle, le 25 septembre 2017). La grande majorité des participants des deux groupes n'a pas d'expérience en santé mentale soit 90,6 % dans le groupe expérimental et 82,5 % dans le groupe témoin (voir tableau 3).

Tableau 3 : Données sociodémographiques du groupe expérimental et du groupe témoin au prétest

Caractéristiques	Groupe expérimental (n = 32)			Groupe témoin (n = 40)			Valeur <i>p</i>
	N	%	M (ÉT)	N	%	M (ÉT)	
Âge			36,91 (11,12)			36,70 (12,13)	0,941 ¹
Sexe							0,722 ²
Hommes	3	9,4		6	15		
Femmes	29	90,6		34	85		
Niveau de formation							0,730 ¹
DEC	10	31,3		13	32,5		
Certificat	0	0		3	7,5		
Baccalauréat	21	65,5		22	55		
Maîtrise	1	3,1		2	5		
Nombre d'années de pratique							0,594 ¹
Moins de 10 ans	15	46,9		23	57,5		
Entre 10 et 19 ans	10	31,3		9	22,5		
Plus de 19 ans	7	21,9		8	20		
Nombre d'années à l'urgence							0,567 ¹
5 ans et moins	15	46,9		22	55		
Entre 6 et 10 ans	7	21,9		9	22,5		
Plus de 10 ans	10	31,3		9	22,5		

Note. Test de *t* de Student¹, Test de Fischer²

**p* < 0,05

Le test de Fischer a été utilisé pour comparer les groupes en ce qui concerne le genre, le fait d'avoir suivi une formation récemment ou de suivre actuellement une formation en santé mentale. Ce test a été retenu étant donné le faible nombre d'effectifs dans certaines catégories. En effet, il est recommandé d'utiliser le test de Fischer plutôt que le test de Khi²

dans cette situation (Plichta, Kelvin, & Munro, 2013). Seulement 9,4 % des participants du groupe expérimental et 17,5 % dans le groupe témoin ont une expérience de travail en santé mentale ($p = 0,152$). Un pourcentage de 31,2 % des participants du groupe expérimental et de 22,5 % du groupe témoin a déclaré avoir participé à une formation en lien avec la santé mentale au cours des trois dernières années, comparativement à 68,8 % et 77,5 % pour chaque groupe respectif ayant répondu ne pas l'avoir eu ($p = 0,432$). Les principaux thèmes tels que rapportés par les participants du groupe expérimental sont : *la prévention du suicide* $n = 8$, *la formation Oméga* $n = 6$, *le triage* $n = 1$, *la première psychose* $n = 1$, *l'intervention avec la clientèle de santé mentale à l'urgence* $n = 1$. Quant aux principaux thèmes rapportés par les participants du groupe témoin, il s'agit de *la formation Oméga* $n = 6$, *la mise sous contention* $n = 1$ et *la prévention du suicide* $n = 3$ (voir tableau 4).

Le test de Khi² a été utilisé pour évaluer la répartition des participants dans les catégories d'urgence ($\chi^2 = 3,184$, $dl = 7$, $p = 0,867$), pour le fait de côtoyer dans sa vie personnelle des personnes qui ont des problèmes de santé mentale ($\chi^2 = 1,234$, $dl = 1$, $p = 0,267$) et finalement pour le fait d'avoir déjà consulté un professionnel de la santé pour un problème de santé mentale ($\chi^2 = 0,096$, $dl = 1$, $p = 0,756$). Pour l'ensemble de ces caractéristiques, aucune différence statistiquement significative entre les groupes n'a été démontrée, les valeurs p étant toutes supérieures à 0,05. On retrouve la grande majorité des participants dans les urgences secondaires et tertiaires pour chaque groupe, dont 81,4 % dans le groupe expérimental et 72,5 % pour le groupe témoin. Pour les données relatives au fait de côtoyer dans sa vie personnelle des personnes qui ont des problèmes de santé mentale, un taux de 53,1 % des participants du groupe expérimental et de 40 % du groupe témoin a répondu par l'affirmative. Finalement, 21,9 % des participants du groupe expérimental ont répondu avoir déjà consulté un professionnel de la santé pour un problème de santé mentale comparativement à 25 % dans le groupe témoin.

Tableau 4 : Caractéristiques des participants au prétest

Caractéristiques	Groupe expérimental (n = 32)			Groupe témoin (n = 40)			Valeur <i>p</i>
	N	%	M (ÉT)	N	%	M (ÉT)	
Catégorie d'urgence	(n = 32)			(n = 40)			0,867 ³
Sans hospitalisation A	1	3,1		1	2,5		
Sans hospitalisation B	1	3,1		3	7,5		
Primaire A	3	9,4		3	7,5		
Primaire B	0	0		2	5		
Secondaire A	6	18,8		9	22,5		
Secondaire B	10	31,3		9	22,5		
Tertiaire	10	31,3		11	27,5		
Autres	1	3,1		2	5		
Nombre d'années d'expérience en santé mentale							0,152 ¹
Pas d'expérience	29	90,6		33	82,5		
Peu d'expérience	3	9,4		7	17,5		
Formation récente en santé mentale							0,432 ²
Oui	10	31,2		9	22,5		
Non	22	68,8		31	77,5		
Formation actuelle en santé mentale							1,000 ²
Oui	1	3,1		1	2,5		
Non	31	96,9		39	97,5		
Côtoie dans sa vie des personnes qui ont des problèmes de santé mentale							0,267 ³
Oui	17	53,1		16	40		
Non	15	46,9		24	60		
A déjà consulté un professionnel pour un problème de santé mentale							0,756 ³
Oui	7	21,9		10	25		
Non	25	78,1		30	75		
Test de connaissances (sur 16 points Temps1)			9,47 (2,89)			9,40 (2,68)	0,917 ¹
Test sur les attitudes (sur 100 points Temps1)			47,75 (7,56)			47,88 (6,75)	0,941 ¹

Note. Test de *t* de Student¹, Test de Fischer², Khi²³

**p* < 0,05

4.2 LA VÉRIFICATION DES HYPOTHÈSES DE RECHERCHE

4.2.1 La comparaison des groupes pour le test d'évaluation des connaissances

Rappelons l'hypothèse de recherche 1 qui stipule que les infirmières du département d'urgence qui ont reçu la formation en ligne augmenteront leurs connaissances comparativement au groupe témoin en post intervention. Un test de t de Student a été utilisé pour déterminer si l'intervention confirme cette hypothèse (voir tableau 5). Les résultats démontrent une différence significative des connaissances pour les groupes ($t = 5,599$, IC = 1,874 - 3,951, $p = 0,000$) au temps 2 de l'étude. En effet, le résultat pour le groupe expérimental est de 13,06/16 comparativement à 10,15/16 pour le groupe témoin, pour une différence de 2,91/16.

Tableau 5 : Test d'évaluation des connaissances des participants pour les deux temps de mesure

Connaissances (sur 16 points)	<u>Groupe expérimental</u> n = 32		<u>Groupe témoin</u> n = 40		t	p
	M	ÉT	M	ÉT		
Temps 1	9,47	2,89	9,40	2,68	0,104	0,917
Temps 2	13,06	1,66	10,15	2,71	5,599	0,000*

Un test de t -paire a comparé les résultats obtenus dans chaque groupe aux temps 1 et 2 de l'étude. La moyenne des résultats obtenus en prétest pour le groupe expérimental est de 9,47/16, comparativement à un résultat de 13,06/16 pour le posttest, ce qui correspond à une augmentation significative des connaissances de 3,59/16 ($p = 0,000$). Quant à la moyenne des résultats pour le groupe témoin, les résultats obtenus rapportent également une

augmentation significative des connaissances. En effet les résultats obtenus sont de 9,40/16 en prétest et de 10,15/16 en posttest pour une légère différence de 0,75/16 ($p = 0,019$). Ces résultats sont présentés au tableau 6.

Tableau 6 : Test d'évaluation des connaissances des participants (échantillons appariés)

Variable	<u>Groupe expérimental</u>				<u>Groupe témoin</u>			
	n = 32				n = 40			
	PrétestT1	Posttest T2	<i>t</i>	<i>p</i>	Prétest T1	Posttest T2	<i>t</i>	<i>p</i>
Test de connaissances	M (ÉT)	M (ÉT)			M (ÉT)	M (ÉT)		
(sur 16 points)	9,47 (2,89)	13,06 (1,66)	-8,90	0,000*	9,40 (2,68)	10,15 (2,71)	-2,43	0,019*

4.2.2 La comparaison des groupes pour le test d'évaluation des attitudes et intentions comportementales reliées à la stigmatisation

Rappelons l'hypothèse de recherche 2 qui stipule que les infirmières du département d'urgence qui ont reçu la formation en ligne démontreront de meilleures attitudes et intentions comportementales reliées à la stigmatisation des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale ou des troubles mentaux comparativement au groupe témoin en post intervention. Un test de t de Student a été utilisé pour vérifier si l'intervention confirme cette hypothèse (voir tableau 7). Les résultats démontrent une différence significative des attitudes et intentions comportementales reliées à la stigmatisation au temps 2 de l'étude ($t = -2,689$, IC = $-8,600 - -1,275$, $p = 0,009$). En effet, le résultat pour le groupe expérimental est de 43,44/100 comparativement à 48,38/100 pour le groupe témoin, pour une différence de 4,94/100.

Tableau 7 : Test des attitudes et intentions comportementales reliées à la stigmatisation pour les deux temps de mesure

Attitudes et intentions comportementales (sur 100 points)	<u>Groupe expérimental</u> n = 32		<u>Groupe témoin</u> n = 40		t	p
	M	ÉT	M	ÉT		
Temps 1	47,75	7,56	47,88	6,75	-0,074	0,941
Temps 2	43,44	8,20	48,38	7,35	-2,68	0,009*

Un test de *t*-paire a été effectué pour comparer les résultats obtenus dans chaque groupe au temps 1 et 2 de l'étude. Rappelons que les résultats peuvent s'étendre entre 20 à 100 pour ce test, 20 équivalant à un faible taux de stigmatisation et 100 indiquant le taux le plus élevé pour ce test. La moyenne des résultats obtenus en prétest pour le groupe expérimental a diminué de 47,75 à 43,44/100 en posttest, pour une différence significative de 4,31/100 ($p = 0,001$). Pour le groupe témoin, les résultats du tableau 8 démontrent qu'il n'y a pas d'amélioration significative des attitudes et intentions comportementales ($p = 0,480$).

Tableau 8 : Test des attitudes et intentions comportementales reliées à la stigmatisation des participants (échantillons appariés)

Variable	<u>Groupe expérimental</u>				<u>Groupe témoin</u>			
	n = 32				n = 40			
	Prétest T1	Prétest T2	<i>t</i>	<i>p</i>	Prétest T1	Prétest T2	<i>t</i>	<i>p</i>
Test sur les attitudes	M (ÉT)	M (ÉT)			M (ÉT)	M (ÉT)		
(sur 100 points)	47,75 (7,56)	43,44 (8,20)	3,77	0,001*	47,88 (6,75)	48,38 (7,35)	-0,714	0,480

4.3 LE SOMMAIRE DES RÉSULTATS

Les résultats démontrent qu'il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes quant aux données sociodémographiques et aux autres caractéristiques au temps 1 pour les tests d'évaluation des connaissances et sur les attitudes et les intentions comportementales reliées à la stigmatisation. On peut donc affirmer que les groupes sont comparables.

Le test de t de Student a démontré que les infirmières du groupe expérimental ont augmenté leurs connaissances concernant les caractéristiques et les besoins des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale qui consultent à l'urgence, ce qui permet de confirmer l'hypothèse 1. Nous pouvons aussi confirmer l'hypothèse 2 qui stipule que la formation améliore les attitudes et les intentions comportementales reliées à la stigmatisation des infirmières d'urgence envers les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale qui consultent à l'urgence.

CHAPITRE 5

DISCUSSION DES RÉSULTATS

Ce dernier chapitre présente la discussion des résultats obtenus dans cette étude dont le but était de mesurer l'effet d'une formation en ligne en santé mentale offerte aux infirmières d'urgence sur l'acquisition des connaissances et la diminution des attitudes et intentions comportementales reliées à la stigmatisation des personnes atteintes de troubles mentaux. Premièrement, nous discutons de chacune des deux hypothèses retenues. Deuxièmement, les forces et les limites de l'étude sont présentées. Les recommandations pour l'enseignement, la gestion, la pratique et la recherche terminent le chapitre.

5.1 L'AUGMENTATION DES CONNAISSANCES EN SANTÉ MENTALE

La première hypothèse suggérait que les infirmières du département d'urgence qui ont reçu la formation en ligne augmenteraient leurs connaissances comparativement au groupe témoin en post-intervention. Pour vérifier cette hypothèse, le questionnaire d'évaluation des connaissances créé par la chercheuse et la directrice de recherche a été utilisé à deux temps de mesure. La première mesure a été effectuée avant l'intervention et la deuxième immédiatement après pour les deux groupes. Rappelons que le groupe témoin a rempli le posttest sans toutefois avoir suivi la formation.

Cette première hypothèse a été confirmée. Un test de *t* de Student a démontré que les infirmières ont augmenté leurs connaissances comparativement au groupe témoin ($p = 0,000$). Les infirmières d'urgence ont ainsi augmenté leurs connaissances sur les

caractéristiques et besoins des personnes qui ont un trouble mental et qui nécessitent des soins de santé mentale ou de santé physique à l'urgence.

Des résultats similaires ont été obtenus dans plusieurs autres études, dont celle réalisée par Brunero et Lamont (2010). Cette étude a démontré la capacité de la formation en ligne d'augmenter les connaissances du personnel infirmier pour les usagers considérés difficiles. Une augmentation des connaissances de 14 % ($p = 0,003$) a été observée. Cette formation avait également présenté des scénarios basés sur des situations réelles.

Étonnamment, le résultat d'un test de *t*-paire a démontré que les participants du groupe témoin ont eux aussi augmenté de manière significative leurs connaissances sans avoir reçu la formation ($p = 0,019$). Cependant, l'augmentation est négligeable de 0,75 point sur un total de 16 (4,7 %) pour le groupe témoin comparativement à une augmentation de 3,59 points sur 16 (22,4 %) pour le groupe expérimental. Cette augmentation pour le groupe témoin peut être attribuée au fait d'avoir rempli le même questionnaire une deuxième fois et se souvenir des réponses au prétest ou par le fait que le questionnaire était formatif en soi. De plus, le simple fait d'avoir été exposé au thème de la stigmatisation a pu suffire à augmenter les connaissances. En fait, le fait de participer à une étude a pu causer un éveil, voire plus de vigilance sur le thème à l'étude chez les participants du groupe témoin.

5.2 L'AMÉLIORATION DES ATTITUDES ET DES INTENTIONS COMPORTEMENTALES

La deuxième hypothèse suggérait que les infirmières du département d'urgence qui ont reçu la formation en ligne démontreraient de meilleures attitudes et intentions comportementales liées à la stigmatisation des personnes aux prises avec des troubles mentaux comparativement au groupe témoin après l'intervention. Pour vérifier cette hypothèse, l'« Échelle d'évaluation à l'intention des pourvoyeurs de services de santé (OMS-

HC) » a été utilisée en deux temps de mesure soit en préintervention et après l'intervention pour le groupe expérimental et pour le groupe témoin. Cette deuxième hypothèse a aussi été confirmée. Un test de t a démontré que les infirmières du groupe expérimental ont amélioré leurs attitudes et intentions comportementales reliées à la stigmatisation de 4,31 % comparativement au groupe témoin ($p = 0,009$).

Dans le rapport final de la CSMC, on rapporte les résultats des effets d'un programme d'éducation le CBIS (Cognitive Behavioural interpersonal Skills training). Ce programme destiné à des intervenants en santé a été évalué avec le même outil que celui de notre étude, soit l'« Échelle d'évaluation à l'intention des pourvoyeurs de services de santé ». Les résultats en prétest ont été de 43,04 (ÉT = 7,72) comparativement à 42,11 (ÉT = 7,97) en posttest, ce qui a été considéré comme un faible effet. La moyenne des attitudes négatives a diminué de 0,93 % en posttest. La moyenne obtenue dans notre étude est de 47,75 (ÉT = 7,56) en prétest, pour 43,44 (ÉT = 8,20) en posttest. La moyenne des attitudes négatives a donc diminué de 4,31 %, ce qui correspond à une différence de 3,38 % avec celle de l'étude de la CSMC. Cette différence de moyenne dans notre étude peut s'expliquer par le fait que la formation a utilisé des stratégies de contact, que le groupe était bien ciblé et que les vignettes contextuelles étaient adaptées à la réalité des infirmières d'urgence. Elle peut s'expliquer aussi par le fait que notre étude n'évaluait pas les mêmes concepts que la leur. De plus, la moyenne en prétest dans l'étude de la CSMC était déjà plus basse comparativement à celle obtenue dans notre étude. Malgré la mince amélioration des attitudes, les résultats de notre étude ont une valeur clinique importante pour les infirmières d'urgence qui disposent de peu d'outils de référence pour mieux intervenir auprès des personnes qui ont des problèmes de santé mentale.

Dans son étude, la CSMC a identifié et considéré trois dimensions de la stigmatisation à partir des 20 questions de l'outil qui a été utilisé. Ce sont les attitudes des pourvoyeurs de services de santé envers les personnes qui ont un problème de santé mentale, la divulgation

et la recherche d'aide et la distance sociale. Dans leur étude, aucune amélioration significative en fonction de ces trois dimensions n'a été observée, les moyennes en prétest étant déjà basses. Notre étude a démontré une amélioration significative ($p = 0,001$) pour la dimension divulgation et recherche d'aide. La moyenne obtenue en prétest pour le groupe expérimental est de 14,78, ÉT = 3,4, comparativement à une moyenne de 12,69, ÉT = 2,8, en posttest. Cette amélioration mérite notre attention car elle fournit une indication sur la propension des dispensateurs de soins à chercher de l'aide s'ils avaient un problème de santé mentale. Par ailleurs, un test de t -paire a mesuré si une amélioration significative pouvait être démontrée pour les 20 questions du questionnaire sur une base d'analyse individuelle. Cinq questions ont démontré une amélioration significative. Ce sont les suivantes :

- Question 1 : Je suis plus à mon aise de soigner quelqu'un qui a une maladie physique que quelqu'un qui a une maladie mentale ($p = 0,021$);
- Question 11 : Les professionnels de la santé se doivent d'instiller de l'espoir aux personnes atteintes d'une maladie mentale ($p = 0,018$);
- Question 13 : Il n'y a pas grand-chose que je peux faire pour aider quelqu'un qui a une maladie mentale ($p = 0,028$);
- Question 14 : Plus de la moitié des personnes aux prises avec une maladie mentale ne font pas tout ce qu'il faut pour s'en sortir ($p = 0,000$);
- Question 15 : Il est rare qu'une personne qui a une maladie mentale pose un risque pour le public ($p = 0,000$).

Le contenu de ces questions est relié à des notions théoriques présentées dans la formation faisant l'objet de cette recherche.

Ces résultats sont en accord avec d'autres études qui ont évalué les attitudes en lien avec la stigmatisation (Clément et al., 2012; Imperio, 2016; Irvine, 2012; Ng et al., 2017).

En effet, l'étude d'Irvine a démontré une amélioration pour les attitudes des aides-infirmières et des professionnels de la santé dont le personnel infirmier. Les professionnels de la santé ont amélioré de manière significative leurs résultats dans les dimensions auto-efficacité, mythes, attitudes et intentions comportementales. L'étude de Clément et al. (2012) a comparé trois différentes manières de dispenser une formation pour réduire la stigmatisation : DVD, contact direct et lecture. Les auteurs ont souligné l'apport avantageux de la formation basée sur le contact pour l'amélioration des attitudes des étudiantes infirmières.

L'utilisation de l'apprentissage en ligne dans la formation des infirmières est de plus en plus pertinente. Les résultats obtenus dans notre étude sont très encourageants et confirment la pertinence de cette tendance en formation continue pour l'amélioration des connaissances et des attitudes des apprenants.

5.3 LES FORCES DE L'ÉTUDE

La répartition des participants dans des sous-groupes selon les unités d'urgence est une force de l'étude, cette répartition ayant permis de prévenir la contamination entre les participants. Toutes les infirmières d'une même urgence se sont retrouvées dans le même groupe. Ainsi, un participant du groupe témoin qui n'avait pas suivi la formation ne pouvait pas être renseigné sur son contenu par un collègue de travail qui aurait été assigné au groupe expérimental. L'utilisation d'un groupe témoin a permis de confirmer que la formation augmente les connaissances et diminue les attitudes et les intentions comportementales reliées à la stigmatisation. Cette stratégie a l'avantage d'augmenter la possibilité de détecter une différence entre les groupes qui proviennent d'une même population (Fortin, 2016, Portney et Watkins, 2015).

La recherche s'est déroulée sans problèmes techniques. Tous les participants ont suivi la formation selon le protocole établi. Il était impossible pour eux de faire les posttests s'il n'avait pas visualisé les différentes parties dans la formation. La chercheuse pouvait suivre en ligne le cheminement de chacun. Beaucoup de participants ont suivi la formation sur une tablette et leur cellulaire, la plateforme retenue pour l'étude supportant cette technologie. Il était donc possible pour les participants de suivre la formation durant le temps prévu pour leur pause ou leur dîner, mettant à profit la grande accessibilité du cyber apprentissage. Le fait de mener une étude en ligne a permis de rejoindre le personnel infirmier de toutes les régions du Québec, ce qui aurait été plus difficile et onéreux si la formation s'était donnée en présentiel dans différents centres hospitaliers. Cette étude ouvre la porte pour d'autres formations en ligne dans le domaine de la santé mentale pour le personnel infirmier d'urgence dans la francophonie et confirme que l'apprentissage en ligne est efficace utile et pertinente pour répondre aux besoins de formation des infirmières.

Il nous apparaît que la qualité de la formation qui a été créée constitue un avantage appréciable dans cette étude. D'ailleurs, une des forces a été de développer la formation en s'appuyant d'un modèle adapté aux soins critiques. Khalifehzadeh, Jahromi, et Yazdannik (2012) ont appliqué le modèle Synergie comme modèle de base pour la prestation de soins infirmiers et sont parvenus à la conclusion que celui-ci contribue à augmenter la satisfaction de l'utilisateur et les compétences du personnel infirmier dans des unités de soins intensifs. La pertinence de la formation repose sur une démarche de validation rigoureuse par le biais d'un groupe de discussion à son origine et de soumissions à divers moments à des infirmières d'urgence. Le contenu a été bâti à partir des données probantes et de recommandations issues des écrits, en vue d'insérer le plus possible les éléments-clés dans les interventions pour contrer la stigmatisation chez les pourvoyeurs de services de santé (Knaak et al., 2014). La formation répond aux caractéristiques reconnues dans les écrits comme étant à privilégier, notamment un groupe bien ciblé, une intervention adaptée au groupe cible et des stratégies éducatives basées sur le contact. La formation a permis aux participants d'être en contact

indirect avec trois personnes qui représentent des modèles positifs de rétablissement. Ces trois personnes sont venues témoigner de leur vécu. L'une d'elles est une infirmière qui a déjà reçu des soins à l'urgence, ce qui répond au critère d'inclure un témoignage d'une personne dont les caractéristiques se rapprochent de celles de l'auditoire. Aussi, le témoignage d'un pair aidant a permis de présenter un exemple significatif et convaincant de rétablissement, une autre caractéristique reconnue comme souhaitable dans une stratégie de lutte contre la stigmatisation. En effet, le personnel de l'urgence est plus souvent confronté aux individus lorsqu'ils se trouvent dans un état d'instabilité. Le plan d'action actuel en santé mentale au Québec (Bélanger, 2015) recommande l'intégration des pairs aidants dans les équipes soignantes, ces derniers pouvant devenir des leviers importants pour la lutte contre la stigmatisation pour le personnel du réseau de la santé. Un pair aidant est une personne qui présente ou qui a présenté un trouble mental et dont les aptitudes personnelles et professionnelles, ainsi qu'une formation de pair aidant, en font un modèle de rétablissement positif pour l'équipe soignante et pour les individus utilisateurs de services.

La formation a permis l'acquisition de connaissances et d'outils qui guident le personnel infirmier dans la pratique. Rappelons que le manque d'outils a été démontré dans plusieurs études (Clarke et al., 2007; Marynowski-Traczyk & Broadbent, 2011). Le choix d'inclure des contre-exemples suivis d'interventions exemplaires sous forme de vignettes cliniques fournit des outils au personnel infirmier de l'urgence, ce qui fait également partie des stratégies efficaces à inclure dans les programmes d'éducation pour contrer la stigmatisation. Les thèmes choisis sont des situations régulièrement rencontrées dans les urgences. Les vignettes fournissent des exemples concrets contextualisés qui peuvent augmenter la confiance des infirmières lorsqu'elles interviennent auprès de personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale ou des troubles mentaux. Nash (2013) soutient que lorsque les infirmières se sentent plus compétentes et confiantes, elles sont portées à avoir des attitudes plus positives envers les personnes aux prises avec des troubles mentaux. De plus, le questionnaire qui a été utilisé pour mesurer les connaissances offre l'avantage

d'évaluer les connaissances des participants et non leur perception par rapport à l'augmentation de leurs connaissances.

5.4 LES LIMITES DE L'ÉTUDE

Une limite de l'étude tient du fait que seules les infirmières qui avaient accepté que leur nom soit transmis par l'OIIQ à des fins de recherche ont été invitées à participer à notre étude. Ce sont 1 720 noms qui ont été transmis sur une possibilité de 5 843. Notre échantillon n'est donc pas représentatif de l'ensemble des infirmières d'urgence du Québec. De plus, le personnel infirmier qui a accepté de paraître sur la liste de l'OIIQ était probablement déjà intéressé par la recherche en sciences infirmières et enclines à vouloir contribuer à l'évolution de leur profession. Par surcroît, celles qui ont accepté de participer à notre étude pourraient avoir un intérêt particulier pour les soins de santé mentale. Leur participation sur une base volontaire a pu créer un biais de volontariat. Ce type de biais réduit la généralisation des résultats à l'ensemble de la population (Simpson et al., 2017).

Le faible taux de participation peut limiter la généralisation des résultats obtenus à l'ensemble de la population des infirmières d'urgence du Québec. En effet, seulement 7,45 % des personnes sollicitées ont répondu à l'invitation de participer à l'étude. Peut-être aurait-il été préférable de recruter les participants en s'adressant directement aux directions des CISSS, CIUSSS et CHU de toute la province pour obtenir un plus grand échantillon. Dans cette lancée, une rencontre d'information avait été effectuée avant d'entreprendre la recherche afin de vérifier l'éventuelle possibilité de faire parvenir une lettre d'invitation à tout le personnel infirmier des urgences du Québec par l'entremise des directions des soins infirmiers (DSI) de tous les hôpitaux. À cette étape du projet, la réorganisation dans les CISSS les CIUSSS et les CHU qui battait son plein un peu partout au Québec, annonçait des difficultés majeures à rejoindre les participants éventuels. Dans ce contexte de lourdeur

administrative, il nous a paru préférable de recruter les participants à partir de la banque des données de l'OIIQ.

Le faible taux de participation de la part du personnel infirmier d'urgence a aussi été observé par Clarke, Brown, Hughes, & Motluk (2006) lors d'une étude portant sur l'amélioration du triage des personnes aux prises avec des troubles mentaux. En effet 35 % du personnel éligible a participé. Les chercheuses ont associé le faible taux de participation au fait que la formation ait eu lieu à une période située près des vacances, qu'il y avait une autre formation en cours dans le département et qu'une situation particulière présente dans l'organisation occasionnait beaucoup de stress. Nous avons lancé notre étude au début du mois de septembre. Il est possible que plusieurs infirmières aient été en vacances. Le fait que les participants n'avaient pas de libération pendant leur temps de travail pour faire la formation et les conditions de travail telles que le fardeau de la tâche et le temps de travail supplémentaire sont autant de facteurs qui ont pu contribuer au faible taux de participation. De plus, il est possible d'associer un manque d'intérêt du personnel infirmier d'urgence envers les usagers présentant des besoins en santé mentale au faible taux de participation à cette étude. D'ailleurs, dans leurs écrits, Brunero, Jeon et Foster (2012), ainsi que Ross et Goldner (2009), rapportent que le personnel infirmier est moins enclin à suivre de la formation pour les soins reliés à la psychiatrie. Les soins de santé mentale ont une plus faible cote de popularité (Gouthro, 2009), les soins de santé physique étant considérés comme plus gratifiants par plusieurs.

Le fait que les caractéristiques des participants à l'étude diffèrent de celles de l'ensemble des infirmières québécoises (Marleau, 2017) peut limiter la généralisation des résultats. Les participants à l'étude sont composés de 87,5 % de femmes et de 12,5 % d'hommes comparativement à 84 % de femmes et 16 % d'hommes dans le rapport sur l'effectif infirmier fourni par l'OIIQ. Quant au niveau de formation, 59,7 % des participants à l'étude ont un baccalauréat comparativement à 37,3 % pour l'ensemble des infirmières.

Aussi, 4,2 % des participants à l'étude ont complété une maîtrise comparative à 2 % pour l'ensemble des infirmières et des infirmiers. Malgré ces limites, nous pensons que ces résultats pourraient tout de même être appliqués à d'autres populations similaires.

L'« Échelle d'évaluation à l'intention des pourvoyeurs de services de santé » à 20 questions qui a été utilisée pour mesurer les attitudes et intentions comportementales est maintenant disponible en version de 15 questions et démontrerait plus de cohérence interne et permettrait de mesurer la stigmatisation à travers trois dimensions : la divulgation, la distance sociale et les attitudes (Knaak & Patten, 2013). Au moment de mener l'étude, l'« Échelle de mesure à l'intention des pourvoyeurs de services de santé (OMS-HC 15) » n'était pas disponible en français. Dans des recherches ultérieures, il serait recommandé d'utiliser ce nouvel outil de mesure.

Certaines études ont rapporté que les attitudes peuvent différer selon l'âge, le sexe ou le fait de côtoyer des personnes qui ont des problèmes de santé mentale ou qui sont atteintes de troubles mentaux (Clarke et al., 2013). Stuart (2006) a constaté que les femmes ont démontré une plus grande augmentation des connaissances et plus de distance sociale que les hommes. Conlon et O'Tuathail (2012) ont observé dans une étude portant sur les attitudes du personnel infirmier d'urgence envers les personnes qui s'automutilent, que les participants plus jeunes démontraient de manière significative plus d'antipathie comparativement à leurs collègues plus âgés ($p < 0,02$). Pour notre étude, la taille de l'échantillon ne permet pas de tirer des conclusions significatives à ce sujet. Il serait pertinent d'évaluer ces éléments dans des futures recherches.

5.5 LES RECOMMANDATIONS POUR L'ENSEIGNEMENT ET LA FORMATION

Comme plusieurs autres études, la nôtre a démontré l'efficacité de la formation en ligne comme stratégie d'intervention pour augmenter les connaissances et améliorer les attitudes des professionnels de la santé. Des études ont démontré que des formations qui ont pour but de réduire la stigmatisation peuvent être efficaces chez les étudiants. Il serait donc bénéfique que les étudiantes dans le domaine des sciences infirmières soient sensibilisées sur le phénomène de la stigmatisation dès leur formation collégiale ou leur formation initiale à l'université. Les impacts négatifs de la stigmatisation sur la santé des usagers et leur famille ont largement été rapportés et justifient cette recommandation. La chercheuse recommande que le phénomène de la stigmatisation et ses impacts fasse partie des éléments essentiels à inclure dans le plan-cadre du programme d'enseignement des soins infirmiers au Québec ou dans le cursus universitaire. Il est nécessaire de s'assurer de former les professionnels de la santé afin de prévenir la stigmatisation et de leur fournir les outils leur permettant de reconnaître le risque accru de comorbidité qui menace les personnes aux prises avec des troubles mentaux. Le personnel infirmier d'urgence doit être incité à connaître les ressources disponibles dans la communauté et à informer les usagers de leur existence. Il est impératif de développer plus de formations continues sur les différentes pathologies et les problématiques en lien avec la santé mentale les plus rencontrées par le personnel infirmier dans les urgences afin de mieux le préparer à intervenir avec confiance auprès des personnes ayant des problèmes de santé mentale. Dans son cadre de référence sur la formation continue, l'OIIQ (Ouellet, Maillé, & Durand, 2011) mentionne d'ailleurs que la formation continue doit devenir une priorité, et ce, dans un souci d'améliorer la qualité des soins et d'assurer une pratique sécuritaire.

5.6 LES RECOMMANDATIONS POUR LA GESTION

À la lumière de la problématique reliée à la stigmatisation et à ses effets néfastes sur les personnes aux prises avec des troubles mentaux, les gestionnaires du réseau de la santé doivent s'assurer que le personnel infirmier d'urgence possède les connaissances nécessaires pour répondre aux besoins de ces personnes. Ils doivent veiller à ce que la qualité des soins de santé mentale obtienne la même attention que la qualité des soins de santé physique. Cette recommandation va dans le sens du plan d'action en santé mentale en vigueur au Québec, qui préconise des activités de lutte contre la stigmatisation déployées par les établissements de santé (Bélanger, 2015).

5.7 LES RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE

La problématique en lien avec le domaine de l'étude a démontré que le personnel infirmier de l'urgence manque de connaissances, d'outils et de confiance dans le domaine de la santé mentale (Clarke et al., 2013 ; Griffiths et al., 2014 ; Kerrison & Chapmans, 2007). Bien que les infirmières d'urgence aient le souci de fournir des soins de qualité à tous leurs usagers, elles se trouvent parmi les professionnels de la santé chez qui des attitudes de stigmatisation ont été rapportées (Stuart et al., 2011; Stuart et al., 2012). Il a été démontré que les troubles mentaux touchent en moyenne annuellement 12 % de la population au Québec (Lesage & Émond, 2012). L'urgence sert régulièrement de porte d'entrée dans le système de la santé pour les personnes aux prises avec un trouble mental. Donc, le personnel infirmier d'urgence est régulièrement appelé à intervenir auprès de cette clientèle. De plus, l'évaluation clinique de la condition mentale et physique d'une personne symptomatique est une assise de la profession infirmière (Laflamme, 2016).

Une expérience de stigmatisation vécue lors d'une demande de soins peut avoir un impact négatif sur la personne et faire en sorte qu'elle évitera de solliciter des soins de santé ultérieurement (Lesage & Emond, 2015). Conséquemment, le personnel infirmier doit être conscient qu'une visite à l'urgence est déterminante pour l'utilisateur. Il est important que les infirmières soient formées de façon à répondre adéquatement, et ce, même si la visite à l'urgence est brève ou répétitive. Il faut donc encourager le personnel infirmier à suivre des formations dans le domaine de la santé mentale au même titre que des formations en lien avec les soins de santé physique. Notamment, les infirmières doivent connaître les dangers du masquage au diagnostic qui peut avoir des impacts très graves chez les usagers.

Le personnel infirmier de l'urgence évolue dans un environnement de soins particulier où les motifs de consultations sont très variés (Clarke et al., 2013 ; Marynowski-Traczyk, et Broadbent, 2011). Le domaine de la santé mentale en fait partie. Il est important que l'ensemble des infirmières reconnaissent le rôle qu'elles sont appelées à jouer pour favoriser une trajectoire de soins cohérente pour les personnes aux prises avec un trouble mental. Dès leur orientation à l'urgence, les besoins et les caractéristiques des usagers, les stratégies d'interventions efficaces en fonction du problème de santé présenté ainsi que l'approche de la personne aux prises avec un trouble mental et sa famille en contexte d'urgence doivent être enseignés afin de pouvoir fournir un environnement optimal de soins. Des rappels sont nécessaires pour s'assurer que les comportements se maintiennent dans le temps.

Il est souhaitable de fournir des efforts dans le but que les infirmières deviennent des agents de changement en matière de lutte contre la stigmatisation. Ces professionnels de la santé jouissent d'une forte crédibilité auprès de la population et occupent une place privilégiée auprès de l'utilisateur. Ils jouent un rôle déterminant en défendant les intérêts de l'utilisateur. Cette composante est d'ailleurs intimement liée avec une des huit compétences des infirmières de soins critiques tels que présentées antérieurement dans le modèle Synergie (Cypress, 2013).

5.8 LES RECOMMANDATIONS POUR LA RECHERCHE

Jusqu'à ce jour, il n'y a pas eu à notre connaissance d'étude portant sur la stigmatisation qui a été menée auprès des infirmières dans les urgences francophones. Peu d'études ont évalué les effets de formations en ligne s'adressant spécifiquement au personnel infirmier d'urgence. D'autres études doivent être menées pour en évaluer l'apport pour la formation continue des infirmières.

Le fait de s'être inspiré d'un modèle théorique comme le modèle Synergie mériterait une attention particulière lors d'études ultérieures. La revue des écrits rapporte peu de descriptions des appuis théoriques utilisés dans la création des interventions évaluées. Il s'agit là d'une piste à considérer dans l'identification des éléments-clés à insérer pour assurer le succès des interventions futures.

D'autres recherches portant sur des interventions ciblées tels que celles pratiquées auprès des personnes présentant un trouble de la personnalité limite, un trouble lié à l'utilisation d'une substance, ou un trouble anxieux, pourraient être développées ultérieurement et être offertes spécifiquement au personnel infirmier d'urgence. Ces interventions sont trop peu nombreuses chez les professionnels de la santé et celles ciblant le personnel infirmier sont encore plus rares.

Il serait pertinent de considérer dans de futures études les données relatives à la satisfaction des apprenants en vue de bâtir des formations faisant appel aux meilleures stratégies pédagogiques possibles.

CONCLUSION

Cette étude a démontré l'efficacité d'une formation en ligne pour l'augmentation des connaissances, l'amélioration des attitudes et des intentions comportementales des infirmières d'urgence, reliées à la stigmatisation des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. Comme il a été constaté dans d'autres études, elle confirme des améliorations à court terme. D'une part, elle comble le manque actuel d'études portant sur la stigmatisation dans les unités d'urgence en commun accord avec de nombreuses autres qui ont soulevé la nécessité de fournir au personnel d'urgence les connaissances et les outils nécessaires à de bonnes prestations de soins. D'autre part, elle contribue à la formation en sciences infirmières par l'entremise de l'apprentissage en ligne. La formation qui a fait l'objet dans cette étude répond aux besoins des personnes qui ont des problèmes de santé mentale et qui sollicitent des soins à l'urgence. Elle offre aux infirmières d'urgence l'opportunité de remplir leur rôle dans la trajectoire de soins des personnes qui ont un problème de santé mentale.

Cette étude ouvre la porte à la réalisation d'études similaires qui pourraient contribuer à l'amélioration des soins dans les unités d'urgence. L'expérience de soins d'une personne aux prises avec des problèmes de santé mentale qui sollicite des soins au département d'urgence est déterminante pour son rétablissement. Le personnel infirmier doit être impliqué dans le processus de soins de santé mentale au même titre qu'il l'est pour les soins d'ordre physique pour créer une synergie entre les deux parties et offrir une prestation de soins optimaux afin de diminuer la stigmatisation.

RÉFÉRENCES

- Arboleda-Flórez, J., & Stuart, H. (2012). From Sin to Science: Fighting the Stigmatization of Mental Illnesses. *Canadian Journal of Psychiatry*, 57(8), 457-463. Repéré à <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=78854969&lang=fr&site=ehost-live>
- Bélangier, S. (2016). *Faire ensemble et autrement: La lutte contre la stigmatisation et la discrimination dans le réseau de la santé et des services sociaux*. Québec: Gouvernement du Québec. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-914-06W.pdf>
- Berke, W. J., & Wiseman, T. L. (2004). The e-Learning Answer Secure this education solution by setting a vision for its usage and building a sound business plan for its purchase. *Critical care nurse*, 24(2), 80-84. Repéré à <http://ccn.aacnjournals.org/content/24/2/80.full.pdf+html>
- Bloomfield, J., Fordham-Clarke, C., Pegram, A., & Cunningham, B. (2010). The development and evaluation of a computer-based resource to assist pre-registration nursing students with their preparation for objective structured clinical examinations (OSCEs). *Nurse Education Today*, 30(2), 113-117. doi: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2009.06.004>
- Brunero, S., Jeon, Y. H., & Foster, K. (2012). Mental health education programmes for generalist health professionals: An integrative review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(5), 428-444. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2011.00802.x>
- Brunero, S., & Lamont, S. (2010). The "difficult" nurse-patient relationship: Development and evaluation of an e-learning package. *Contemporary Nurse*, 35(2), 136-146.
- Charest, S., Huard, C. A., Huard, M. C., & Perreault, L. (2011). *Favoriser le développement des compétences chez les infirmières à l'aide de l'apprentissage en ligne (e-learning)*. Synthèse de recherche. : Université de Sherbrooke.

- Clarke, D., Dusome, D., & Hughes, L. (2007). Emergency department from the mental health client's perspective. *International Journal of Mental Health Nursing, 16*, 126-131.
- Clarke, D., Usick, R., Sanderson, A., Giles-Smith, L., & Baker, J. (2013). Emergency department staff attitudes towards mental health consumers: A literature review and thematic content analysis. *Australian College of Mental Health Nurses INC., 23*, 273-284. doi: 10.1111/inm.12040
- Clarke, D. E., Brown, A.-M., Hughes, L., & Motluk, L. (2006). Education to improve the triage of mental health patients in general hospital emergency departments. *Accident and Emergency Nursing, 14*(4), 210-218. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aen.2006.08.005>
- Clement, S., van Nieuwenhuizen, A., Kassam, A., Flach, C., Lazarus, A., De Castro, M., .. Thornicroft, G. (2012). Filmed v. live social contact interventions to reduce stigma: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry, 201*(1), 57-64. doi: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.093120>
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological bulletin, 112*(1), 155. doi:10.1037/0033-2909.112.1.155
- Commission de la santé mentale du Canada (2013). Changer les mentalités: Rapport provisoire. Calgary.
- 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 and New Zealand Journal of Psychiatry, 42*(11), 981-988. Repéré à <https://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=05e48a04-5f43-4669-bdef-c3181414e496%40sdc-v-sessmgr0>
- Conlon, M., & O'Tuathail, C. (2012). Measuring emergency department nurses' attitudes towards deliberate self-harm using the Self-Harm Antipathy Scale. *International emergency nursing, 20*(1), 3-13.
- Corporation d'hébergement Québec (2009). *Répertoire des guides de planification immobilière(document de travail)*. Gouvernement du Québec. QC.
- Corrigan, P. W. (2000). Mental health stigma as social attribution: Implications for research methods and attitude change. *Clinical Psychology: Science and Practice, 7*(1), 48-67.

- Corrigan, P. W. (2012). Research and the elimination of the stigma of mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 201(1), 7-8.
- Corrigan, P. W., Larson, J., Sells, M., Niessen, N., & Watson, A. C. (2007). Will filmed presentations of education and contact diminish mental illness stigma? *Community mental health journal*, 43(2), 171-181.
- Corrigan, P. W., Michaels, P. J., Vega, E., Gause, M., Larson, J., Krzyzanowski, R., & Botcheva, L. (2014). Key ingredients to contact-based stigma change: A cross-validation. *Psychiatric rehabilitation journal*, 37(1), 62. doi: DOI:10.1037/prj000003862
- Corrigan, P. W., & R., O. S. J. (2007). Changing mental illness stigma as it exists in the real world. *Australian Psychologist*, 42(2), 90-97. doi: 10.1080/00050060701280573
- Corrigan, P. W., & Rao, D. (2012). On the self-stigma of mental illness: Stages, disclosure, and strategies for change. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 57(8), 464.
- Corrigan, P. W., River, L. P., Lundin, R. K., Penn, D. L., Uphoff-Wasowski, K., Champion, J., .. Goldstein, H. (2001). Three strategies for changing attributions about severe mental illness. *Schizophrenia bulletin*, 27(2), 187-195.
- Corrigan, P. W., Vega, E., Larson, J., Michaels, P. J., McClintock, G., Krzyzanowski, R., .. Buchholz, B. (2013). The California schedule of key ingredients for contact-based antistigma programs. *Psychiatric rehabilitation journal*, 36(3), 173. doi: doi:10.1037/prj0000006
- Corrigan, P. W., & Wassel, A. (2008). Understanding and influencing the Stigma of Mental Illness. *journal of psychosocial nursing*, 46 No.1, 42-48.
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2004). At issue: Stop the stigma: Call mental illness a brain disease. *Schizophrenia Bulletin*, 30(3), 477. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007095>
- Curley, M. A. (2007). *Synergy: the unique relationship between nurses and patients, the AACN Synergy model for patient care*. Sigma Theta Tau.

- Cypress, B. S. (2013). Using the Synergy Model of Patient Care in Understanding the Lived Emergency Department Experiences of Patients, Family Members and Their Nurses During Critical Illness: A Phenomenological Study. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 32(6), 310-321. doi: 10.1097/DCC.0000000000000005
- Dalky, H. F. (2012). Mental illness stigma reduction interventions: Review of intervention trials. *Western Journal of Nursing Research*, 34(4), 520-547. Repéré à <https://doi.org/10.1177/0193945911400638>
- Defleur, M. (1964). Compte-rendu du livre: Stigma: note of the management of a spoiled identity de Erving Goffman. *Postgrad. med. J.*, 45, 642. Repéré à <https://pmj.bmj.com/content/postgradmedj/45/527/642.full.pdf?gathStatIcon=true>
- Farrell, M. (2006). Learning differently: e-learning in nurse education. *Nursing Management - UK*, 13(6), 14-17. Repéré à <http://proxy.uqar.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=106369216&lang=fr&site=ehost-live&scope=site>
- Fortin, M. F. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche-méthodes quantitatives* (3e). Montréal.
- Friedrich, B., Evans-Lacko, S., London, J., Rhydderch, D., Henderson, C., & Thornicroft, G. (2013). Anti-stigma training for medical students: the Education Not Discrimination project. *The British Journal of Psychiatry*, 202(s55), s89-s94. doi: 10.1192/bjp.bp.112.114017
- Gaebel, W., Rössler, W., & Sartorius, N. (2017). *The Stigma of Mental Illness-End of the Story?* Springer. Repéré à <https://link.springer.com/book/10.1007%2F978-3-319-27839-1>
- Galletly, C., & Burton, C. (2011). Improving medical student attitudes towards people with schizophrenia. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(6), 473-476. doi: <https://doi.org/10.3109/00048674.2011.541419>
- Ghirardini, B. (2012). *Méthodologies pour le développement de cours e-learning: Un guide pour concevoir et élaborer des cours d'apprentissage numérique*. (pp. 152). Italie. Repéré à <http://www.fao.org/docrep/015/i2516f/i2516f.pdf>

- Goode, D., Melby, V., & Ryan, A. (2014). Management of patients with mental health needs. *Emergency Nurse*, 22(5). Repéré à <https://content.ebscohost.com/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=97901395&S=R&D=a9h&EbscoContent=dGJyMNLe80Sep7E4wtvhOLCmr1CeprVSsq64SLSWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGptlC2prdOuePfgeyx44Dt6fIA>
- Gouthro, T. J. (2009). Recognizing and addressing the stigma associated with mental health nursing: a critical perspective. *Issues in Mental Health Nursing*, 30(11), 669-676. Repéré à <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2010457317&lang=fr&site=ehost-live>
- Griffiths, K. M., Carron-Arthur, B., Parsons, A., & Reid, R. (2014). Effectiveness of programs for reducing the stigma associated with mental disorders. A meta-analysis of randomized controlled trials. *World psychiatry*, 13(2), 161-175. doi: <https://doi.org/10.1002/wps.20129>
- Gronholm, P. C., Henderson, C., Deb, T., & Thornicroft, G. (2017). Interventions to reduce discrimination and stigma: the state of the art. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(3), 249-258. doi: DOI 10.1007/s00127-017-1341-9
- Grove, S. K., Burns, N., & Gray, J. (2013). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence*. Elsevier Health Sciences.
- Hawke, L. D., Michalak, E. E., Maxwell, V., & Parikh, S. V. (2014). Reducing stigma toward people with bipolar disorder: impact of a filmed theatrical intervention based on a personal narrative. *International Journal of Social Psychiatry*, 60(8), 741-750. doi: <https://doi.org/10.1177/0020764013513443>
- Imperio, S. M. (2016). *A Filmed-Contact Intervention to Reduce Mental Illness Stigma in Pre-Licensure Nursing Students*. Brandman University. Repéré à <http://proxy.uqar.ca/login?url=https://search.proquest.com/docview/1861666908?accountid=14720>
- Innes, K., Morphet, J., O'Brien, A. P., & Munro, I. (2014). Caring for the mental illness patient in emergency departments - an exploration of the issues from a healthcare provider perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 23(13/14), 2003-2011 2009p. doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.12437>

- Irvine, A. B., Billow, M. B., Bourgeois, M., & Seeley, J. R. (2012). Mental illness training for long term care staff. *Journal of the American Medical Directors Association, 13*(1), 81. e87-81. e13. doi: <https://doi.org/10.3109/01612840.2011.639482>
- Jones, S., Howard, L., & Thornicroft, G. (2008). 'Diagnostic overshadowing': worse physical health care for people with mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 118*(3), 169-171.
- Kaplow, R. (2003). AACN Synergy Model for Patient Care: a framework to optimize outcomes. *Critical Care Nurse, Suppl*, 27-30. Repéré à <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=12640968&lang=fr&site=ehost-live>
- Kassam, A., Papish, A., Modgill, G., & Patten, S. (2012). The development and psychometric properties of a new scale to measure mental illness related stigma by health care providers: The Opening Minds Scale for Health Care Providers (OMS-HC). *BMC psychiatry, 12*(1), 62.
- Kerrison, S. A., & Chapman, R. (2007). What general emergency nurses want to know about health patients presenting to their emergency department. *Accident and Emergency Nursing, 15*, 48-55.
- Khalifehzadeh, A., Jahromi, M. K., & Yazdannik, A. (2012). The impact of Synergy Model on nurses' performance and the satisfaction of patients with acute coronary syndrome. *Iranian Journal Of Nursing And Midwifery Research, 17*(1), 16-20. Repéré à <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=23492835&lang=fr&site=ehost-live>
- King, D. L., Kalucy, R. S., De Crespigny, C. F., Stuhlmiller, C. M., & Thomas, L. J. (2004). Mental health and alcohol and other drug training for emergency department workers: one solution to help manage increasing demand. *Emergency Medicine, 16*(2), 155-160.
- Knaak, S., Mantler, E., & Szeto, A. (2017). *Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions*. Communication présentée au Healthcare management forum, Repéré à <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0840470416679413>
- Knaak, S., Modgill, G., & Patten, S. B. (2014). Key ingredients of anti-stigma programs for health care providers: a data synthesis of evaluative studies. *The Canadian Journal of Psychiatry, 59*(1_suppl), 19-26.

- Knaak, S., & Patten, S. (2013). CBIS program: Final evaluation report. *Calgary: Commission de la santé mentale du Canada*. Paraît à www.mentalhealthcommission.ca/English/node/22351. Repéré à https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/stigma_cbis_evaluation_final_report_dec_2013_0_0.pdf
- Lacaze, L. (2008). La théorie de l'étiquetage modifiée, ou l'«analyse stigmatique» revisitée. *Nouvelle revue de psychosociologie*, (1), 183-199. Repéré à <https://www.cairn.info/revue-nouvelle-revue-de-psychosociologie-2008-1-page-183.html>
- Laflamme, F. (2016). *Standards de pratique de l'infirmière dans le domaine de la santé mentale*. Montréal: QC: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- Lamboy, B., & Saias, T. (2013). Réduire la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques par une campagne de communication ? Une synthèse de la littérature. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 171(2), 77-82. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2010.11.022>
- Lesage, A., & Émond, V. (2012). *Surveillance des troubles mentaux au Québec: prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services*. Institut national de santé publique du Québec.
- Link, B. G., & Phelan, J. O. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385.
- Loiselle, C. G., Profetto-McGrath, J., Polit, D. F., & Beck, C., T. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières, Approches quantitatives et qualitatives*. Saint-Laurent.
- Marleau, D. (2017). *Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2016-2017- Le Québec et ses régions*. (pp. 62). Montréal. Repéré à https://www.oiiq.org/documents/20147/1456160/Rapport_statistique_2016-2017.pdf
- 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, 172-179. doi: <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2011.05.003>

- McAllister, M., Billett, S., Moyle, W., & Zimmer-Gembeck, M. (2009). Use of a think-aloud procedure to explore the relationship between clinical reasoning and solution-focused training in self-harm for emergency nurses. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing, 16*(2), 121-128. doi: 10.1111/j.1365-2850.2008.01339.x
- McAllister, M., Billett, S., Moyle, W., & ZIMMER-GEMBECK, M. (2009). Use of a think-aloud procedure to explore the relationship between clinical reasoning and solution-focused training in self-harm for emergency nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 16*(2), 121-128.
- McCutcheon, K., Lohan, M., Traynor, M., & Martin, D. (2015). A systematic review evaluating the impact of online or blended learning vs. face-to-face learning of clinical skills in undergraduate nurse education. *Journal of Advanced Nursing, 71*(2), 255-270. doi: <https://doi.org/10.1111/jan.12509>
- McEwen, M., & Wills, E. M. (Éds.). (2011). *Theoretical Basis for Nursing* (3e). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Mehta, N., Clement, S., Marcus, E., Stona, A.-C., Bezborodovs, N., Evans-Lacko, S., . Rose, D. (2015). Evidence for effective interventions to reduce mental health-related stigma and discrimination in the medium and long term: systematic review. *The British Journal of Psychiatry, 207*(5), 377-384. doi: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.151944>
- Mehta, N., Kassam, A., Leese, M., Butler, G., & Thornicroft, G. (2009). Public attitudes towards people with mental illness in England and Scotland, 1994–2003. *The British Journal of Psychiatry, 194*(3), 278-284. doi: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.052654>
- Nash, M. (2013). Diagnostic overshadowing: a potential barrier to physical health care for mental health service users. *Mental Health Practice (through 2013), 17*(4), 22.
- Ng, Y. P., Rashid, A., & O'Brien, F. (2017). Determining the effectiveness of a video-based contact intervention in improving attitudes of Penang primary care nurses towards people with mental illness. *PloS one, 12*(11), e0187861. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0187861>

- Nguyen, E., Chen, T. F., & O'Reilly, C. L. (2012). Evaluating the impact of direct and indirect contact on the mental health stigma of pharmacy students. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 47(7), 1087-1098. doi: DOI 10.1007/s00127-011-0413-5
- Noblett, J., & Henderson, C. (2015). Attitudes and stigma held by healthcare and mental health care professionals towards people with mental illness. *Mental health today (Brighton, England)*, 24.
- Office québécois de la langue française Repéré à <https://www.oqlf.gouv.qc.ca/ressources/bibliotheque/dictionnaires/Internet/fiches/8872865.html>
- OIIQ. (2009). *La pratique infirmière en santé mentale Une contribution essentielle à consolider.* (pp. 73). Repéré à http://www.oiiq.org/sites/default/files/251_rapport_octobre2009_vf.pdf
- OMS. (2001). *La charge "cachée et indéterminée" des problèmes de santé mentale, aide-mémoire no 218, révisé novembre 2001.* Repéré à <https://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs218/fr/>
- OMS. (2005). *Relever les défis, trouver des solutions.* Communication présentée au Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale, Helsinki.
- Ouellet, J., Maillé, M., & Durand, S. (2011). *La formation continue pour la profession infirmière- Norme professionnelle.* Montréal: QC. Repéré à <https://www.oiiq.org/documents/20147/1306047/270NS-Norme-professionnelle-WEB.pdf>
- Papish, A., Kassam, A., Modgill, G., Vaz, G., Zanussi, L., & Patten, S. (2013). Reducing the stigma of mental illness in undergraduate medical education: a randomized controlled trial. *BMC Medical Education*, 13(1), 141.
- Patten, S. B., Remillard, A., Phillips, L., Modgill, G., Szeto, A. C., Kassam, A., & Gardner, D. M. (2012). Effectiveness of contact-based education for reducing mental illness-related stigma in pharmacy students. *BMC medical education*, 12(1), 120.
- Pawlyn, J. (2012). The use of e-learning in continuing professional development. *Learning Disability Practice*, 15(1), 33-37. Repéré à <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2011456584&lang=fr&site=ehost-live>

- Pinto-Foltz, M. D., & Logsdon, M. C. (2008). Stigma towards mental illness: a concept analysis using postpartum depression as an exemplar. *Issues in Mental Health Nursing*, 29(1), 21-36. Repéré à <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2009771392&lang=fr&site=ehost-live>
- Plichta, S. B., Kelvin, E. A., & Munro, B. H. (2013). *Munro's statistical methods for health care research*. Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Portney, L. G., & Watkins, M. P. (2015). *Foundations of Clinical Research: Applications to Practice 3th (third) Edition*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Rankin, J. A., Then, K. L., & Atack, L. (2013). Can emergency nurses' triage skills be improved by online learning? Results of an experiment. *Journal of Emergency Nursing*, 39(1), 20-26. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jen.2011.07.004>
- Richardson, J., Morgenstern, H., Crider, R., & Gonzalez, O. (2013). The influence of state mental health perceptions and spending on an individual's use of mental health services. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 48(4), 673-683. doi: DOI 10.1007/s00127-012-0520-y
- 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 & Mental Health Nursing*, 16(6), 558-567. doi: 10.1111/j.1365-2850.2009.01399.x
- Rüsh, N., Angermeyer, M., & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20, 529-539. doi: <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2005.04.004>
- Sadow, D., & Ryder, M. (2008). Reducing stigmatizing attitudes held by future health professionals: The person is the message. *Psychological Services*, 5(4), 362. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/1541-1559.5.4.362>
- Salois, R. (2016). *Apprendre des meilleurs: Étude comparative des urgences du Québec*. (pp. 107). Québec. Repéré à https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2016/Urgences/CSBE_Rapport_Urgences_2016.pdf

- Samson, E., & Blanchette, Y. (2010). *Evidence of how reduce stigma and discrimination. Stratégies éprouvées pour réduire la stigmatisation et la discrimination*. Communication présentée au Résumé de la conférence du Dr Graham Thornicroft, Montréal. Repéré à <https://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2013/10/ouverture-xve-thornicroft-resume-fr.pdf>
- Samson, E., d'Auteuil, S., & Harvey, D. (2012). *La lutte contre la stigmatisation: constats et orientations*. (pp. 20).
- Schomerus, G., Angermeyer, M., Baumeister, S., Stolzenburg, S., Link, B., & Phelan, J. (2016). An online intervention using information on the mental health-mental illness continuum to reduce stigma. *European Psychiatry*, 32, 21-27. doi: <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.11.006>
- Seo, M., & Kim, H. L. (2010). Effectiveness of an education program to reduce negative attitudes toward persons with mental illness using online media. *Asian Nursing Research*, 4(2), 90-101. doi: <https://doi.org/10.1016/j.foodcont.2011.01.001>
- Shefer, G., Henderson, C., Howard, L. M., Murray, J., & Thornicroft, G. (2014). Diagnostic Overshadowing and Other Challenges Involved in the Diagnostic Process of Patients with Mental Illness Who Present in Emergency Departments with Physical Symptoms – A Qualitative Study. *PLoS ONE*, 9(11), 1-8. doi: 10.1371/journal.pone.0111682
- Simpson, A., Beaucage, C., & Viger, Y. B. (2017). *Épidémiologie appliquée: Une initiation à la lecture critique en sciences de la santé* (3). Montréal: Québec: Chenelière éducation.
- Stuart, H. (2003). Stigmatisation. Leçons tirées des programmes visant sa diminution. *Santé mentale au Québec*, 28(1), 54-72.
- Stuart, H. (2006). Reaching out to high school youth: the effectiveness of a video-based antistigma program. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 51(10), 647-653. Repéré à <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/070674370605101004>
- Stuart, H., Arboleda-Flórez, J., & Sartorius, N. (2011). *Paradigms lost: fighting stigma and the lessons learned*. Oxford University Press.

- Stuart, H., Chen, S.-P., Christie, R., Dobson, K., Kirsh, B., Knaak, S., .. Luong, D. (2014). Opening Minds: The Mental Health Commission of Canada's Anti-Stigma Initiative: Opening Minds in Canada: Targeting Change. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 59(10 Suppl 1), S13. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4213747/>
- Stubbs, A. (2014). Reducing mental illness stigma in health care students and professionals: a review of the literature. *Australasian Psychiatry*, 22(6), 579-584. doi: <https://doi.org/10.1177/1039856214556324>
- Thornicroft, C., Wyllie, A., Thornicroft, G., & Mehta, N. (2014). Impact of the “Like Minds, Like Mine” anti-stigma and discrimination campaign in New Zealand on anticipated and experienced discrimination. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(4), 360-370. doi: <https://doi.org/10.1177/0004867413512687>
- Thornicroft, G., Brohan, E., Kassam, A., & Lewis-Holmes, E. (2008). Reducing stigma and discrimination: candidate interventions. *International Journal of Mental Health Systems*, 2, 3. doi: <https://doi.org/10.1186/1752-4458-2-3>
- Thornicroft, G., Mehta, N., Clement, S., Evans-Lacko, S., Doherty, M., Rose, D., .. Henderson, C. (2016). Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *The Lancet*, 387(10023), 1123-1132. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00298-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00298-6)
- Thornicroft, G., Rose, D., & Kassam, A. (2007). Discrimination in health care against people with mental illness. *International review of psychiatry*, 19(2), 113-122.
- Thornicroft, G., Rose, D., Kassam, A., & Sartorius, N. (2007). Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? *The British Journal of Psychiatry*, 190, 191-193. Repéré à <http://bjp.rcpsych.org/site/subscriptions>.
- Townsend, M.C. (2010). *Soins infirmiers Psychiatrie et santé mentale*. (2e éd.). Saint-Laurent Québec ERPI.
- Wei, Y., McGrath, P., Hayden, J., & Kutcher, S. (2017). The quality of mental health literacy measurement tools evaluating the stigma of mental illness: a systematic review. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 1-30. doi: <https://doi.org/10.1017/S2045796017000178>

- Weiland, T. J., Mackinlay, C., Hill, N., Gerdtz, M. F., & Jelinek, G. A. (2011). Optimal management of mental health patients in Australian emergency departments: barriers and solutions. *Emergency Medicine Australasia*, 23(6), 677-688. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1742-6723.2011.01467.x>
- White, R. (2004). How stigma interferes with mental healthcare: An expert interview with Patrick W Corrigan, PsyD. *Medscape Psychiatry & Mental Health*9, 2.

ANNEXE I
CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS ET COMPÉTENCES DES
INFIRMIÈRES DU MODÈLE SYNERGIE

Caractéristiques des patients et compétences des infirmières du modèle Synergie

Caractéristiques des patients (Curley, 2007)

Stabilité : capacité de maintenir un état d'équilibre. Il peut s'agir de stabilité aux plans physiologique, psychologique, émotionnel, familial ou social.

Prévisibilité : caractéristiques du patient qui permettent de prévoir l'évolution des événements ou de la maladie.

Complexité : enchevêtrement de plusieurs systèmes du patient/famille : états physiologiques ou émotionnels, dynamiques familiales, interactions avec le patient.

Vulnérabilité : sensibilité aux facteurs de stress potentiels ou actuels qui peuvent défavorablement affecter les résultats des soins prodigués.

Résilience : capacité de la personne de revenir à un niveau de restauration du fonctionnement par l'utilisation de mécanismes compensatoires et d'adaptation.

Participation à la prise de décision : niveau d'implication du patient et de ses proches dans la prise de décision concernant les soins.

Participation aux soins : niveau d'implication du patient et de ses proches dans les soins et les traitements.

Disponibilité des ressources : ressources personnelles physiologiques, psychologiques, techniques, sociales ou financières.

Compétences des infirmières (Curley, 2007)

Jugement clinique : prise de décision et pensée critique basée sur l'intégration des connaissances formelles et des connaissances acquises par l'expérience.

Pratiques de *caring* : activités qui tiennent compte de l'unicité du patient et de ses proches et qui assurent un environnement thérapeutique en vue de promouvoir le confort et de prévenir la souffrance.

Plaidoyer et action morale : défense des préoccupations et des intérêts de la personne/ses proches lorsqu'ils n'y arrivent pas eux-mêmes pour certaines raisons.

Collaboration : capacité de travailler avec d'autres professionnels de la santé/les intervenants dans la communauté, les collègues, le patient/famille, de manière à ce que l'apport de chacun soit mis en valeur dans le but d'obtenir des résultats optimaux pour le patient et ses proches.

Pensée systémique : connaissances et outils qui permettent de gérer un épisode de soins dans une perspective globale en tenant compte l'ensemble des systèmes ayant un impact sur la santé.

Facilitation de l'apprentissage : habileté à créer un environnement susceptible d'amener la personne, ses proches, les membres de l'équipe de soins et de la communauté à faire des apprentissages.

Remise en question des pratiques : processus connu de questionnement et d'évaluation des pratiques de façon à les améliorer constamment.

Réponse à la diversité : capacité à reconnaître et d'apprécier les différences du patient et ses proches de façon à pouvoir adapter les soins prodigués.

ANNEXE II
DÉFINITIONS DES DIFFÉRENTS GROUPES D'URGENCES

Définitions des différents groupes d'urgences

Groupes d'urgences	Définition
Urgences sans hospitalisation	Urgences qui offrent des services médicaux assurés par des médecins omnipraticiens. En général, elles n'ont pas de lits d'hospitalisation. De plus, certaines de ces urgences ne sont ouvertes qu'en journée.
Urgences primaires	Urgences qui offrent des services médicaux continus généralement assurés par des médecins omnipraticiens. Ces installations doivent posséder une technologie diagnostique et thérapeutique répandue ainsi que des lits d'hospitalisation.
Urgences secondaires	Dans ces urgences, les services médicaux continus sont généralement assurés par des omnipraticiens, que soutiennent des médecins spécialistes des disciplines chirurgicales et médicales appropriées. Elles doivent posséder une technologie diagnostique et thérapeutique spécialisée.
Urgences tertiaires	Ces urgences offrent des services médicaux continus, généralement assurés par des spécialistes en médecine d'urgence et par des omnipraticiens, que soutiennent des médecins spécialistes. Elles doivent posséder une technologie diagnostique et thérapeutique spécialisée et ultraspécialisée.

Références : Salois, R. (2016). *Apprendre des meilleurs: Étude comparative des urgences du Québec*. Québec, QC : Gouvernement du Québec.

ANNEXE III
QUESTIONNAIRE DU PARTICIPANT

Questionnaire du participant

Ce questionnaire a pour but de recueillir des données sociodémographiques ainsi que quelques renseignements généraux à des fins statistiques. Il est important d'utiliser la même adresse courriel à laquelle vous avez reçu l'invitation.

Adresse e-mail _____

1. Vous êtes :

- Un homme
- Une femme

2. Quel âge avez-vous?

- 19 ans
- 20 ans
- 21 ans
- ...
- 69 ans

3. Dans quel CISSS, CIUSSS ou CHU travaillez-vous?

- CISSS du Bas-Saint-Laurent
- CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean
- CIUSSS de la Capitale-Nationale
- CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du Québec
- CIUSSS de L'Estrie-Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
- CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

- CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal
- CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal
- CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
- CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal
- CISSS de l'Outaouais
- CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue
- CISSS de la Côte-Nord
- CISSS de la Gaspésie
- CISSS des Îles
- CISSS de Chaudière-Appalaches
- CISSS de Laval
- CISSS de Lanaudière
- CISSS des Laurentides
- CISSS de la Montérégie-Centre
- CISSS de la Montérégie-Est
- CISSS de la Montérégie-Ouest
- CHU de Québec-Université Laval
- Institut universitaire de cardiologie et de pneumonie de Québec-Université Laval
- Centre hospitalier de l'Université de Montréal
- Centre universitaire de santé McGill
- Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine
- Institut de Cardiologie de Montréal
- Institut Philippe-Pinel de Montréal

4. Dans l'urgence de quel établissement travaillez-vous? Si vous travaillez à l'urgence de plusieurs établissements, veuillez les nommer tous.
5. De quel type d'urgence s'agit-il?
- Urgence psychiatrique
 - Urgence de soins généraux
 - Autre
6. Quel est votre plus haut niveau de formation complété?
- Collégiale
 - Universitaire (Certificat)
 - Universitaire (Baccalauréat)
 - Universitaire (Maitrise)
 - Universitaire (Doctorat)
7. Vous exercez la profession infirmière depuis :
- Moins d'un an
 - 1 an
 - 2 ans
 - 3 ans
 - ...
 - 49 ans

8. Combien d'année(s) d'expérience cumulez-vous à l'urgence?

- Moins d'un an
- 1 an
- 2 ans
- ...
- 50 ans

9. Quel est votre quart de travail principal?

- Jour
- Soir
- Nuit
- Plus d'un quart de travail

10. Habituellement vos quarts de travail durent :

- 8 heures
- 12 heures
- Je travaille sur des quarts de travail variables.

11. Travaillez-vous à temps plein ou à temps partiel?

- Temps plein
- Temps partiel

12. Avez-vous déjà travaillé dans le domaine de la santé mentale?

- Oui
- Non

13. Si oui, pendant combien d'années?

- Moins d'un an
- 1 an
- 2 ans
- 3 ans
- ...
- 40 ans

14. Au cours des trois dernières années, avez-vous participé à de la formation en lien avec la santé mentale?

- Oui
- Non

15. Si oui, veuillez préciser. Par exemple : formation Oméga, prévention du suicide, etc.

16. Suivez-vous actuellement une formation en lien avec la santé mentale (formation continue, cours universitaire ou autres)?

- Oui
- Non

17. Si oui, veuillez préciser.

18. Dans votre vie personnelle, côtoyez-vous des personnes qui ont des problèmes de santé mentale ou qui sont atteintes de troubles mentaux?

Oui

Non

19. Avez-vous déjà consulté un professionnel de la santé mentale pour un trouble mental?

Oui

Non

Merci d'avoir rempli ce questionnaire.

ANNEXE IV
QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DES CONNAISSANCES

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DES CONNAISSANCES

1. Le degré d'urgence varie en fonction de la stabilité de la condition de santé de la personne. Dans les cas où il s'agit de personnes qui consultent pour un problème de santé mentale, quelle information parmi les suivantes est la plus juste?
 - a) La vie des personnes qui consultent à l'urgence pour des problèmes de santé mentale est rarement en danger, sauf en cas d'intoxication. Il convient donc, généralement, de référer ces personnes dans des services spécialisés en santé mentale le plus rapidement possible.
 - b) Souvent, ce sont des proches qui considèrent la situation intolérable et amènent la personne à l'urgence. C'est la perception de la personne elle-même qui détermine le niveau d'urgence et non celle de ses proches.
 - c) L'évaluation du niveau d'urgence d'une personne qui consulte pour des problèmes de santé mentale repose souvent sur des données subjectives, à défaut de paramètres précis comme une pression artérielle ou un dosage de troponine.
 - d) L'urgence n'est pas un endroit qui peut apporter une réponse appropriée à la douleur psychologique, le personnel n'étant pas formé pour répondre aux besoins de cet ordre.

2. À l'urgence, le personnel est formé pour agir dans des situations difficilement prévisibles. Concernant les situations où ce sont des gens atteints d'un trouble mental qui consultent, quel énoncé parmi les suivants est le plus juste?
 - a) Il importe de faire preuve de prudence lorsqu'on intervient auprès des personnes atteintes d'un trouble mental, car la plupart sont imprévisibles.
 - b) Il importe de connaître et de reconnaître les facteurs qui peuvent amener les personnes atteintes d'un trouble mental à devenir violentes, même si, en tant que groupe, elles ne sont pas plus violentes que la population en général.
 - c) En s'appuyant sur les facteurs de risque du suicide et sur l'outil *Comment/Où/Quand* (COQ), il est possible de prédire avec précision le risque de suicide des personnes.
 - d) Les personnes ayant un trouble de la personnalité limite sont connues pour leur tendance à faire des pseudosuicides en réaction à une frustration. Dans les faits, le taux de suicide dans ce groupe est comparable à celui dans la population en général.

3. Des infirmières² expliquent pourquoi, selon elles, intervenir auprès de personnes atteintes d'un trouble mental est *complexe*. Quelle affirmation, parmi les suivantes, justifie le mieux cette affirmation?
- a) « Il existe vraiment plusieurs types de troubles mentaux. Par contre, il est facile de porter un diagnostic à l'aide des critères précis et exclusifs établis dans le DSM. »
 - b) « La grande majorité des personnes atteintes d'un trouble mental ont régulièrement recours à l'urgence pour des problèmes multiples. »
 - c) « Souvent, les personnes atteintes d'un trouble mental présentent aussi un deuxième et parfois un troisième trouble mental, des problèmes d'alcool ou de toxicomanie et plus encore, des maladies physiques chroniques comme le diabète, les maladies cardiovasculaires. »
 - d) « La plupart du temps, les malaises rapportés par une personne atteinte d'un trouble mental sont reliés à ce trouble. Par exemple, une céphalée n'est probablement qu'une manifestation de l'anxiété si la personne souffre d'anxiété généralisée. »
4. Parmi les énoncés suivants, lequel décrit le mieux les différentes facettes de la *vulnérabilité* qui caractérise les personnes atteintes d'un trouble mental?
- a) La stigmatisation occasionne souvent encore plus de souffrance que le trouble mental lui-même. Elle fragilise encore plus la personne et nuit à son rétablissement.
 - b) Les gens atteints d'un trouble mental sont plus faibles émotionnellement et moins capables de soutenir la pression que la plupart des gens. Ils ont besoin de protection.
 - c) En général, les gens atteints d'un trouble mental, s'ils adhèrent à leur traitement pharmacologique et adoptent de saines habitudes de vie, ont les mêmes chances que tout le monde d'avoir un travail, un logis, des amis ou une famille.
 - d) La majorité des professionnels dans le réseau de la santé comprend la maladie mentale et dispense des soins de qualité équivalente, que la personne soit atteinte d'un trouble mental ou non.

² Le féminin (infirmières) est utilisé uniquement pour alléger la présentation.

5. Des infirmières échangent différents points de vue à propos des personnes atteintes de troubles mentaux. En lien avec la capacité de *résilience*, quel énoncé parmi les suivants est le plus juste?
- a) « Malheureusement, les personnes qui ont un trouble de la personnalité limite n'arrivent presque jamais à vivre et à se développer positivement, de manière socialement acceptable, malgré leurs efforts. »
 - b) Avec des traitements et un soutien adéquats, la majorité des personnes atteintes de troubles mentaux pourraient se rétablir, c'est-à-dire arriver à vivre une vie satisfaisante et utile en dépit des inconvénients de leur trouble mental. »
 - c) « La majorité des personnes atteintes d'un trouble de la personnalité limite pourraient changer si elles mettaient suffisamment d'efforts pour y arriver. »
 - d) « Les traitements des troubles mentaux se sont beaucoup améliorés. Les personnes atteintes pourraient se rétablir, c'est-à-dire revenir comme avant, si elles avaient accès à des traitements adéquats et si elles y adhéraient fidèlement. »
6. En général, il convient d'encourager les patients à *participer à la prise de décision* concernant leur santé et les traitements. Dans le cas des personnes atteintes d'un trouble mental, quelle affirmation parmi les suivantes est la plus juste ?
- a) Respecter la personne signifie que les professionnels de la santé doivent accepter sans discuter les décisions prises par les patients, même si celles-ci risquent de leur être nuisibles.
 - b) Puisque la majorité des personnes atteintes d'un trouble mental sont peu crédibles lorsqu'elles expliquent leurs malaises ou rapportent des événements survenus, il est particulièrement important de prendre le temps de vérifier leurs propos auprès de leurs proches.
 - c) Puisque la majorité des personnes atteintes d'un trouble mental ont le potentiel de décider de ce qu'il convient de faire, la personne doit être encouragée autant que possible à prendre les décisions qui la concernent.
 - d) Si la personne se présente à l'urgence, c'est qu'elle a perdu le contrôle de sa situation. Il est donc préférable de prendre ce contrôle le temps de lui permettre de retrouver ses esprits ou son énergie.

7. Pour les gens atteints d'un trouble mental grave, comme la schizophrénie, l'adhésion au traitement pharmacologique est un aspect de sa *participation aux soins* qui s'avère particulièrement déterminant et souvent problématique. Compte tenu de ce fait, quel énoncé parmi les suivants décrit la situation la plus probable?
- a) Même si une personne cesse un médicament en dépit du fait que les conséquences seront presque assurément malheureuses, celle-ci fait du mieux qu'elle peut.
 - b) Le fait que la personne cesse un médicament dont elle a vraiment besoin signifie que son jugement est altéré et qu'elle est incapable de vraiment participer à ses soins.
 - c) La grande majorité des personnes qui ont un trouble grave ont besoin d'un encadrement serré les empêchant de dévier de leur régime thérapeutique.
 - d) Rien ne peut expliquer qu'une personne cesse ses médicaments vu les conséquences.
8. Par rapport aux enjeux entourant la disponibilité ou *l'utilisation des ressources* par les gens qui vivent avec un trouble mental, quel énoncé parmi les suivants représente le mieux la réalité?
- a) Bien que les infirmières informent régulièrement les clients sur les nombreuses ressources communautaires en santé mentale et les encouragent incessamment à y avoir recours, la plupart des gens ayant un trouble mental refusent d'y faire appel.
 - b) Les personnes qui souffrent de troubles dépressifs ou anxieux ont régulièrement recours à l'urgence à défaut d'autres ressources mieux adaptées.
 - c) La famille est une ressource importante pour les personnes qui ont des problèmes de santé. Par contre, lorsqu'il s'agit de problèmes de santé mentale, mieux vaut éviter d'impliquer les familles parce que celles-ci font généralement partie du problème.
 - d) Les personnes qui vivent avec un trouble mental sont susceptibles d'être désavantagées sur le plan des ressources auxquelles la plupart des gens ont accès en raison d'inégalités socio-économiques, d'exclusion sociale et d'un environnement défavorable.

9. Sabrina, 28 ans, vit avec un trouble de personnalité limite. Arrivée à l'urgence, elle dit : « *J'ai jamais vu une infirmière aussi incompétente que toi. Je veux voir l'autre!* » Quelle intervention parmi les suivantes traduit un meilleur *jugement clinique*?
- Les personnes qui ont un trouble de la personnalité limite sont impulsives et colériques. Mieux vaut ignorer l'insulte car y donner suite aurait comme effet de mettre de l'huile sur le feu.
 - Les personnes qui ont un trouble de la personnalité limite doivent savoir qu'elles ne peuvent manipuler les soignants avec des propos malveillants. Mieux vaut établir rapidement et clairement les limites : « *Je vous respecte, vous allez me respecter* ».
 - Les personnes qui ont un trouble de la personnalité limite font de leur mieux. Mieux vaut inviter la cliente à exprimer ses frustrations dans un climat d'ouverture.
 - Rassurer les personnes ayant un trouble de la personnalité limite permet de désamorcer leur colère. Mieux vaut répondre chaleureusement : « *Ne vous inquiétez pas Sabrina. Nous allons très bien vous soigner.* »
10. Francine, 50 ans, dit avoir pris vingt comprimés d'acétaminophène. Pourtant, le dosage sérique s'avère négatif. La même situation s'est présentée il y a un mois. L'infirmière cherche à mieux comprendre la situation de la cliente. Quel énoncé parmi les suivants traduit le mieux une *pratique de caring* ?
- « Pourquoi dites-vous que vous avez pris des médicaments? J'aimerais comprendre. » Il faut savoir quels sont les buts visés par la cliente.
 - « Vous jouez avec le feu. Nous voulons bien vous soigner. Mais comment pourrions-nous vous croire la prochaine fois? » Il faut conscientiser la cliente sur les conséquences de son comportement pour la protéger.
 - « Vous dites que vous avez pris des médicaments et pourtant le dosage est à zéro. C'est la deuxième fois que cela arrive. J'ai de la difficulté à comprendre ce qui se passe. » Il faut parfois confronter la personne avec ses comportements.
 - « *Vous êtes chanceuse! On aurait pu vous installer un tube nasogastrique.* » Pour certains patients, des mesures dissuasives sont parfois nécessaires.

11. Robert, âgé de 56 ans, retrouvé *in extremis* par son fils alors qu'il tentait de se suicider, dit « *Laissez-moi tranquille. Laissez-moi mourir. Je ne mérite pas de vivre.* » Le client est actuellement sous enquête pour publication de pornographie juvénile. Parmi les interventions suivantes, laquelle s'avère la plus adéquate compte tenu du *défi au plan éthique* que cette situation soulève?
- S'en tenir aux soins physiques essentiels. Dans ce contexte, l'urgence n'est pas l'endroit où il convient d'aborder les problèmes qui ont conduit le patient à tenter de se suicider.
 - « Nous savons que vous êtes actuellement sous enquête. J'imagine que vous ressentez de la honte au point où cela vous semble intolérable. Est-ce que c'est un peu ça? » Comprendre la souffrance du client ne veut pas dire qu'on approuve son comportement.
 - « *Je respecte votre choix. Je vous comprends.* » Il faut éviter de porter un jugement sur la décision du client de mettre fin à ses jours.
 - « C'est vrai que vous avez des problèmes aujourd'hui! Mais vous ne pouvez pas faire ça à votre garçon, à votre famille! Ils ne méritent pas de vous perdre eux! » Les choses finiront par s'arranger! » Il faut trouver les mots pour le dissuader de se suicider.
12. Chantal, amenée par son conjoint, a accouché il y a trois semaines d'un premier bébé. Elle dort à peine 4 heures par jour, jamais plus de deux heures d'affilée, et ce, même si le bébé dort et que tout est calme dans la maison. Jour après jour, la situation ne semble pas s'améliorer. Le conjoint dit « *Faites quelque chose, elle n'en peut plus!* ». Dans cette situation faisant appel à la *collaboration* pour remédier au problème, quelle intervention parmi les suivantes est préférable?
- Rassurer le conjoint en lui disant que la situation va bientôt s'améliorer. C'est lui qui sollicite de l'aide et non Chantal. Il a besoin d'encouragement pour continuer à soutenir la nouvelle mère.
 - Faire de l'enseignement sur l'importance et l'hygiène du sommeil. Conseiller au couple de faire appel à un membre de leur famille pour les aider le temps que la situation s'améliore.
 - S'enquérir auprès du couple de ce qui a été tenté jusqu'à maintenant et des ressources disponibles. Explorer différentes options pour résoudre le problème ou obtenir du soutien.
 - Valoriser les compétences et le courage des nouveaux parents. Leur conseiller de se diviser les heures de veille pour prendre soin du bébé. La collaboration du conjoint est essentielle.

13. Mathieu, âgé de 30 ans, se présente accompagné de sa conjointe. Il est atteint d'un trouble bipolaire qui, actuellement, semble l'entraîner dans une spirale dépressive. Il a récemment entrepris des études doctorales et les délais imposés pour la remise de travaux lui occasionnent beaucoup de stress. Le médecin procède à l'ajustement de sa médication. Dans un courant de *pensée systémique*, quelle intervention parmi les suivantes est la meilleure?
- a) Conseiller au client de laisser momentanément ses études, le temps de se rétablir. Selon le modèle biopsychosocial de la santé, plusieurs systèmes sont touchés. En conséquence, les mesures d'adaptation sont complexes.
 - b) Discuter en privé avec la conjointe en vue de lui faire prendre conscience du fait que le projet doctoral du client est compromis vu l'évolution habituelle d'un trouble bipolaire. Le stress généré par les études favorise les rechutes. Le client doit se fixer des objectifs réalistes et compatibles avec sa condition et le système dans lequel il vit. Il faut éviter de donner de faux espoirs.
 - c) Discuter avec le couple des événements actuels qui ont un impact sur la santé mentale du client, des ressources disponibles dans son milieu d'études et de vie, des arrangements ou mesures d'adaptation possibles.
 - d) Informer le couple des limites inhérentes aux troubles mentaux graves. Les personnes atteintes n'ont pas la capacité d'exercer un emploi occasionnant un grand stress. Le stress augmente le risque de rechutes. Dans une approche systémique, la société doit fournir des ressources adaptées à leur condition, soit des services de santé spécifiques, des loyers à prix modique, des lieux de loisirs où elles peuvent s'actualiser entre personnes qui vivent la même situation
14. Martine vit avec un trouble de la personnalité limite. Elle s'est infligé de multiples lacérations. Au moment de poser cet acte, elle anticipait d'être abandonnée par son amoureux. Quelle intervention parmi les suivantes serait optimale pour que cette visite à l'urgence soit pour la cliente une *occasion d'apprendre*?
- a) « Dans quelle mesure votre geste vous a-t-il permis d'obtenir ce que vous cherchiez? Que pourriez-vous faire lorsque cette situation se représentera? » Avec de l'aide, il revient à la cliente de trouver ses propres moyens de gérer ses émotions et comportements.
 - b) « Vous n'utilisez pas les bons moyens pour atteindre vos buts. Vous voyez! Faire cela risque plus d'éloigner votre amoureux de vous que de le rapprocher. » Confronter la cliente sur la probabilité que ses moyens iront probablement à l'encontre de ses objectifs est la meilleure façon de l'aider à changer les comportements qui lui font du tort.

- c) « Lorsque vous craignez d'être abandonnée, écrivez les raisons pour lesquelles cela n'arrivera probablement pas. Cela diminuera vos craintes et vous serez moins portée à vous autodétruire. » Il est important d'enseigner à la cliente un moyen concret qui lui permettra de ne plus se blesser.
- d) « Pourquoi n'avez-vous pas appelé le centre de crise plutôt que de poser un tel geste? Voici les coordonnées au cas où il vous viendrait encore à l'esprit de faire cela. » Il importe d'informer la cliente sur la façon d'obtenir de l'aide rapidement lorsqu'elle sent qu'elle est sur le point de s'infliger des blessures.
15. Joé, vit avec la schizophrénie. Il suscite soudainement une remise en question des pratiques habituelles en déclarant : « Je ne prends plus ce médicament!, je fais confiance à mon groupe de soutien d'entendeurs de voix. » Quelle est la meilleure intervention?
- a) « Joé, faites attention! Souvent, ce genre de groupe est mené par des charlatans. »
- b) « Je ne connais pas ce groupe. Pouvez-vous m'en dire davantage Joé? J'aimerais bien me renseigner sur le sujet. »
- c) « Joé, je comprends que vous cherchiez d'autres moyens que les médicaments. Mais vous savez que les médicaments sont absolument nécessaires quand on souffre de schizophrénie. »
- d) « Je ne pense pas que ce soit une bonne idée et vous pourriez faire une rechute si vous cessez vos médicaments. »
16. Maxime, toxicomane, se présente pour obtenir une trousse d'injection sécuritaire. Cette situation soulève le défi de répondre à des clientèles dont les caractéristiques et les besoins sont très diversifiés. Parmi les interventions suivantes, laquelle est la meilleure?
- a) Remettre la trousse sans rien faire ni rien dire. Il faut respecter les choix du client même si ceux-ci sont extrêmement nocifs pour lui.
- b) Démontrer de l'intérêt à la personne, mais sans insister : « Comment allez-vous? Vous savez qu'on peut vous aider si vous voulez! Bonsoir! »
- c) Convaincre le client de prendre les moyens pour sortir de l'enfer de la toxicomanie : « Je pense que ce n'est pas une vie que vous avez. J'aimerais tellement vous aider. Je peux prendre rendez-vous pour vous! Vous n'avez qu'à me dire oui! »
- d) Être authentique : « Vous ne trouverez pas le bonheur en vous droguant. Au contraire, vous vous détruisez! Votre vie serait tellement plus facile si vous cessiez cette habitude! »

ANNEXE V
ÉCHELLE D'ÉVALUATION À L'INTENTION DES POURVOYEURS DE
SERVICES DE SANTÉ (OMS-HC)

Annexe B - Questionnaire, volet des professionnels de la santé

 Mental Health Commission of Canada / Commission de la santé mentale du Canada		ÉCHELLE D'ÉVALUATION À L'INTENTION DES POURVOYEURS DE SERVICES DE SANTÉ				
		Fortement en désaccord	En désaccord	Ni d'accord, ni en désaccord	D'accord	Tout à fait d'accord
1.	Je suis plus à mon aise de soigner quelqu'un qui a une maladie physique que quelqu'un qui a une maladie mentale.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	J'attribuerais probablement les symptômes physiques (nausée, dorsalgie, céphalée, par exemple) que ressent la personne qui a une maladie mentale à sa maladie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Si un collègue me disait qu'il a une maladie mentale et que son état est stable, je continuerais de travailler avec lui comme si de rien n'était.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Si j'étais traité pour une maladie mentale, je n'en parlerais à personne au travail.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Si j'avais une maladie mentale, j'aimerais mieux que le médecin qui me traite ne soit pas quelqu'un qui travaille au même lieu que moi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Ce serait un signe de faiblesse pour moi si j'avais une maladie mentale et que je n'arrivais pas à m'en sortir seul.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Si j'avais une maladie mentale, j'hésiterais à demander de l'aide.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Si la personne qui a une maladie mentale et dont l'état est stable est la meilleure candidate pour le poste, l'employeur devrait l'embaucher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Je continuerais de me faire soigner par mon médecin même si j'apprends qu'il a été traité pour une maladie mentale.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Je le dirais à mes amis si j'avais une maladie mentale.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Les professionnels de la santé se doivent d'instiller de l'espoir aux personnes atteintes d'une maladie mentale.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	En dépit de mes convictions professionnelles, j'ai une réaction négative à l'égard des personnes qui ont une maladie mentale.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Il n'y a pas grand-chose que je peux faire pour aider quelqu'un qui a une maladie mentale.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Plus de la moitié des personnes aux prises avec une maladie mentale ne font pas tout ce qu'il faut pour s'en sortir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Il est rare qu'une personne qui a une maladie mentale pose un risque pour le public.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	La médication représente le meilleur traitement de la maladie mentale.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Une personne qui a une maladie mentale ne devrait pas travailler avec des enfants, même si son état est stable.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Il n'y a pas lieu que les professionnels de la santé défendent les intérêts des personnes atteintes d'une maladie mentale.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Ça ne me dérangerait pas que mon voisin soit quelqu'un qui a une maladie mentale.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	J'ai du mal à être compatissant à l'endroit d'une personne qui a une maladie mentale.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

The development and psychometric properties of a new scale to measure mental illness related stigma by health care providers: the Opening Minds Scale for Health Care Providers (OMS-HCP). [Échelle d'évaluation à l'intention des pourvoyeurs de services de santé]
 Auteurs : Kasam A, Pappin A, Modgil G, Pallan S.
 Publication : BMC Psychiatry. Jun 2012; 12:62.
 doi: 10.1186/1471-244X-12-62.

Échelle d'évaluation à l'intention des pourvoyeurs de services de santé

Annexe B 45

ANNEXE VI
CONTENU THÉORIQUE ABORDÉ DANS LE MODULE 1
DE LA FORMATION EN LIGNE

CONTENU THÉORIQUE ABORDÉ DANS LE MODULE 1 DE LA FORMATION EN
LIGNE

Objectif du Module 1 : Reconnaître les caractéristiques des personnes qui consultent à l'urgence pour des problèmes de santé mentale et de celles qui, atteintes de troubles mentaux, consultent pour des besoins de santé mentale ou physique.

Compétences de l'infirmière	Principaux thèmes traités
Définitions	<ul style="list-style-type: none"> • Problème de santé mentale/trouble mental • Modèle Synergie
Prévalence des troubles mentaux	<ul style="list-style-type: none"> • Statistiques
Stabilité	<ul style="list-style-type: none"> • Facteurs qui influencent la stabilité du patient • Subjectivité des symptômes • Rôle de l'urgence dans le soulagement de la douleur psychologique
Prévisibilité	<ul style="list-style-type: none"> • Mythes sur la prévisibilité et la dangerosité des patients • Incertitude dans l'évaluation du risque suicidaire
Complexité	<ul style="list-style-type: none"> • Complexité des troubles mentaux • Évaluation complexe des symptômes • Subjectivité dans l'évaluation des troubles mentaux • Comorbidité/troubles concomitants • L'ombrage au diagnostic
Vulnérabilité	<ul style="list-style-type: none"> • Conditions défavorables • Stigmatisation/autostigmatisation • Stigmatisation par association
Résilience	<ul style="list-style-type: none"> • Potentiel de rétablissement
Participation à la prise de décisions	<ul style="list-style-type: none"> • Appropriation du pouvoir par la personne • Entretien de l'espoir
Participation aux soins	<ul style="list-style-type: none"> • Forces du patient et ressources du milieu • Collaboration avec le patient et les proches
Disponibilité des ressources	<ul style="list-style-type: none"> • Facteurs de protection et facteurs de risques • Urgence comme ressource pour la personne • Importance des ressources communautaires

ANNEXE VII
CONTENU THÉORIQUE ABORDÉ DANS LE MODULE 2
DE LA FORMATION EN LIGNE

CONTENU THÉORIQUE ABORDÉ DANS LE MODULE 2 DE LA FORMATION EN
LIGNE

Objectif du Module 2 : Intégrer dans sa pratique clinique des stratégies d'intervention susceptibles de produire des résultats de soins optimaux

Compétences de l'infirmière à déployer	Principaux thèmes traités en lien avec chaque compétence
Jugement clinique	<ul style="list-style-type: none"> • Définition et manifestations du jugement clinique • Pièges des jugements négatifs • Connaissances formelles et connaissances tirées de l'expérience • Impacts d'une expérience positive des soins reçus à l'urgence • Attitudes à développer (intérêt, authenticité et empathie) • Masquage au diagnostic • Clivage • Importance de reconnaître la véracité des plaintes • Interaction efficace avec le patient
Pratique de <i>caring</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Définition • Agressivité/hostilité/agression/violence • Réflexe de curiosité • Expertise et connaissances de la personne/famille • Unicité du patient et de ses proches • Compassion et bienveillance envers le patient
Plaidoyer et action morale	<ul style="list-style-type: none"> • Définition • Défense des droits du patient et ses proches • Attitude compréhensive • Motivation de la cliente • Espoir pour le rétablissement

Collaboration	<ul style="list-style-type: none">• Définition• Partenariat avec le patient et les autres professionnels• Cohésion dans l'équipe de soins
Pensée systémique	<ul style="list-style-type: none">• Définition• Ressources dans l'environnement du patient et de ses proches• Ressources alternatives• Stratégies pour gérer des situations complexes• Utilisation des ressources lors d'une visite à l'urgence et références
Facilitation de l'apprentissage	<ul style="list-style-type: none">• Définition• Urgence comme milieu d'apprentissage• Prévention des visites subséquentes• Utilisation des forces du patient et de ses proches• Utilisation des informations sur internet
Remise en question des pratiques	<ul style="list-style-type: none">• Définition• Connaissances formelles et connaissances tirées de l'expérience• Utilisation des données probantes• Curiosité dans la pratique
Réponse à la diversité	<ul style="list-style-type: none">• Définition• Respect des valeurs individuelles et du style de vie de la personne/mesures alternatives• Impacts de l'accueil à l'urgence

ANNEXE VIII

PLAN DE LA RENCONTRE : GROUPE DE DISCUSSION

RENCONTRE POUR LE GROUPE DE DISCUSSION : 9 MARS 2016 À L'UQAR

Salutations et mot de bienvenue (5 minutes);

Rappel de l'objectif visé par la rencontre : identifier des éléments essentiels à inclure dans la formation en ligne (5 minutes);

Présentation des participants : demander à chaque participant de se nommer, ses fonctions ainsi que l'organisation à laquelle il est rattaché (5 minutes);

Témoignages en lien avec la stigmatisation et exemples provenant des milieux respectifs : pouvez-vous nous parler des comportements de stigmatisation dont vous avez été témoins ou qui vous ont été rapportés (10 minutes);

Ampleur du problème dans les urgences : il a été démontré dans les écrits que la stigmatisation était présente dans les urgences. Qu'en pensez-vous? Pouvez-vous partager au groupe ce que vous savez sur le sujet (15 minutes);

Causes de la stigmatisation : en vous basant sur ce que vous avez observé, qu'est-ce qui fait que les infirmières qui travaillent à l'urgence adoptent ces comportements envers cette clientèle (10 minutes);

Stratégies pour contrer le problème : qu'est-ce que vous pensez qui peut être fait pour diminuer la stigmatisation dans les urgences (15 minutes);

Attitudes et comportements devant être privilégiés par les infirmières d'urgence avec cette clientèle : comment devraient se comporter les infirmières lorsqu'elles dispensent des soins à cette clientèle (15 minutes);

Stratégies à privilégier dans la formation en ligne qui sera développée. Quels éléments devraient être inclus et quelle est la manière d'aborder les infirmières d'urgence dans la formation qui pourrait devenir une formule gagnante pouvant interpeller les infirmières plutôt qu'elles se sentent menacées, ceci afin de diminuer les comportements de stigmatisation envers les patients vivant avec une problématique de santé mentale (10 minutes);

Les comportements les plus déconcertants manifestés par les patients qui risquent d'entraîner une réponse inadéquate de la part des infirmières; parlez-nous de ces comportements les plus fréquents et comment les aborder dans la formation (10 minutes);

Le point de vue des patients : comment les patients veulent être abordés lorsqu'ils consultent et que vous ont-ils dit à ce sujet, ce qu'ils ont apprécié ou comportements qui ont été blessants et dévalorisants à leur égard (10 minutes);

Varia (10 minutes) et conclusion : conclure et remercier les participants de leur précieuse collaboration, ce qu'ils retiennent de la rencontre, laisser sur une note d'espoir (10 minutes)

Éléments retenus pour insérer dans la formation.

ANNEXE IX
LETTRE D'INVITATION À PARTICIPER À LA RECHERCHE

LETTRE D'INVITATION À PARTICIPER À LA RECHERCHE

Invitation à participer à une recherche en sciences infirmières

Bonjour,

Je m'appelle Hélène Ouellet. Je suis étudiante à la maîtrise en sciences infirmières à l'Université du Québec à Rimouski (UQAR). Je vous invite à participer à mon projet de recherche ayant comme titre : « Effets d'une formation en ligne sur les connaissances, les attitudes et les intentions de comportement d'infirmières d'urgence intervenant auprès de personnes ayant des problèmes de santé mentale ». Mes directrice et codirectrice de recherche sont Claire Page, Ph. D., professeure associée et Nicole Ouellet, Ph. D., professeure au Département des sciences infirmières de l'UQAR.

Votre nom et adresse courriel m'ont été transmis par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), ce à quoi vous aviez donné votre consentement à des fins de recherche.

L'accueil des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale et de leurs proches pose souvent un défi considérable aux équipes de soins dans les urgences. L'objectif de cette étude est de vérifier dans quelle mesure une formation en ligne permettra à des infirmières et infirmiers d'urgence de 1) augmenter leurs connaissances par rapport aux caractéristiques et besoins des personnes ayant des problèmes de santé mentale et 2) modifier leurs attitudes face à ces personnes, ainsi que leurs intentions de comportement.

Votre participation consistera à suivre une formation en ligne d'une durée approximative de 5 heures. La première partie de la formation porte sur les caractéristiques et les besoins des personnes ayant des problèmes de santé mentale ou souffrant de troubles mentaux qui sollicitent les services de l'urgence pour différents problèmes de santé. La deuxième partie porte sur les stratégies susceptibles d'améliorer les interventions cliniques faites auprès de ces personnes. La formation comprend de nombreuses vidéos : vignettes cliniques (contre-exemples et exemples), explications des notions théoriques, témoignages d'experts et de personnes ayant vécu des problèmes de santé mentale. Les différentes sections sont suivies de courts tests. Un document présentant les repères théoriques pourra être téléchargé.

La recherche s'étend du mois d'août au mois de novembre 2017. Un délai de cinq semaines vous sera alloué pour effectuer la formation et remplir les questionnaires de recherche (environ 60 à 90 minutes).

Si vous acceptez de participer à ma recherche, veuillez, avant le vendredi 8 septembre 17 h :

- 1) Lire les explications détaillées qui suivent;
- 2) Remplir le questionnaire du participant (temps requis : cinq minutes) en cliquant sur le lien suivant : <https://goo.gl/forms/LVF19biizlRMoLXz1>

Participation à la recherche :

Votre contribution consistera à :

- 1) Répondre au Questionnaire du participant, composé de questions d'ordre démographique (p. ex. : âge, formation, etc.) ou portant sur votre expérience dans le domaine de la santé mentale;
- 2) Remplir un questionnaire qui servira de prétest avant la formation. Celui-ci comprend : 16 questions à choix multiples visant à évaluer vos connaissances et 20 questions visant à identifier vos attitudes et intentions de comportement lorsque vous intervenez auprès de personnes atteintes de troubles mentaux (il s'agira de choisir l'énoncé correspondant à ce que vous croyez le plus juste);
- 3) Remplir le même questionnaire en guise de posttest, après avoir suivi la formation. La moitié d'entre vous (groupe de référence) sera invitée à remplir ce questionnaire (posttest 1) un mois après avoir rempli le prétest et après avoir terminé la formation (posttest 2);
- 4) Une fois que vous aurez terminé la formation en ligne et rempli l'ensemble des questionnaires de recherche, vous pourrez demander que 5 heures de formation continue vous soient accréditées par le Service de la formation continue de l'UQAR, à un prix préférentiel de 20 \$.

Critères d'inclusion et d'exclusion :

Pour participer à la recherche, vous devez pratiquer dans une urgence, être inscrit ou inscrite au tableau de l'OIIQ pour utiliser le titre et exercer la profession infirmière, comprendre le français et avoir accès à un ordinateur.

Confidentialité, anonymat ou diffusion des informations :

En vue d'assurer la confidentialité des informations que vous transmettez, vous vous verrez attribuer un code numérique individuel qui sera inséré dans une base de données numérique. Les résultats seront conservés dans mon ordinateur personnel. Je serai la seule personne, avec ma directrice de recherche, à avoir accès aux données. Dans l'éventualité où une auxiliaire de recherche devait se joindre à nous à l'étape de l'analyse des données, la personne engagée serait assujettie à la confidentialité. Les données seront conservées jusqu'à ma diplomation et seront détruites par la suite. Aucun renseignement personnel ne sera transmis en dehors du projet de recherche.

Avantages et inconvénients :

Peu de risques et inconvénients ont été identifiés relativement à votre participation à cette recherche. Vous pourriez avoir de la difficulté à répondre aux questionnaires en ligne si vous avez très peu eu l'occasion d'utiliser des outils informatiques. La technologie pour suivre la formation et remplir les questionnaires de recherche est très simple. Si vous éprouvez de la difficulté avec l'aspect technique de la formation, vous pourrez communiquer avec moi. Mes coordonnées sont disponibles à la fin du présent courriel.

Vous pourrez retirer la satisfaction personnelle à participer à une recherche qui pourrait démontrer l'utilité d'un outil pour améliorer les soins prodigués à des personnes ayant des problèmes de santé mentale dans un contexte d'urgence. La formation, offerte gratuitement dans le cadre de l'étude, vous permettra probablement d'améliorer vos stratégies d'intervention et d'augmenter votre sentiment de compétence. De plus, le fait de pouvoir obtenir une attestation de formation continue octroyée par l'UQAR contribuera à répondre aux exigences de l'OIIQ.

CONSENTEMENT

En complétant et en retournant le Questionnaire du participant, vous transmettez votre consentement à participer à la recherche, ce qui signifie ceci :

Je déclare avoir pris connaissance des informations ci-dessus, avoir obtenu les réponses à mes questions sur ma participation à la recherche et comprendre le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de cette recherche.

Après réflexion et un délai raisonnable, je consens librement à prendre part à cette recherche. Je sais que je peux me retirer en tout temps sans préjudice et sans devoir justifier ma décision.

Par cette invitation, je déclare avoir expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de l'étude et avoir répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées.

Signature du chercheur : Date : 27 août 2017

Nom : Ouellet Prénom : Hélène

Vous devez répondre à l'invitation avant le vendredi 8 septembre, 17 h. Les groupes seront divisés immédiatement à des fins méthodologiques et l'étude débutera aussitôt. Il sera impossible par la suite d'accepter d'autres inscriptions.

ANNEXE X
COURRIELS ENVOYÉS PENDANT LA RECHERCHE

2. Invitation à remplir le prétest
envoyée au groupe de référence le 11 septembre 2017

Bonjour,

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à l'étude. Avant tout, je vous invite à faire le **PRÉTEST**. Il s'agit de répondre spontanément aux questions au meilleur de vos connaissances ou croyances. Pour assurer le bon déroulement de l'étude, ceci doit être fait avant le **dimanche 17 septembre, 17 h**. Faute d'avoir reçu vos réponses à cette date, je devrai malheureusement considérer que vous vous retirez de l'étude et détruire les données vous concernant. Vous n'auriez ainsi pas accès à la formation.

PRÉTEST

Au hasard, vous avez été placé dans le groupe de référence. Ainsi, les étapes pour vous sont les suivantes :

- 1) Remplir le *Questionnaire du participant*
- 2) **Faire le PRÉTEST (date limite : dimanche 17 septembre, 17 h)**
- 3) Pause
- 4) Faire le POSTTEST 1
- 5) Suivre la formation
- 6) Faire le POSTTEST 2
- 7) Faire une demande d'accréditation si désiré

J'espère recevoir votre PRÉTEST dûment rempli dans le délai imposé pour pouvoir vous compter parmi les participants-es de mon étude.

À très bientôt.

Hélène Ouellet, B. Sc. inf., étudiante à la maîtrise
Helene.Ouellet@uqar.ca
Téléphone : 418 723-1986 ou 1 800 511-3382 (poste 1276)

3. Invitation à remplir le prétest
envoyée au groupe expérimental le 11 septembre 2017

Bonjour,

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à l'étude. Avant tout, je vous invite à faire le **PRÉTEST**. Il s'agit de répondre spontanément aux questions au meilleur de vos connaissances ou croyances. Pour assurer le bon déroulement de l'étude, ceci doit être fait avant le **dimanche 17 septembre, 17 h**. Faute d'avoir reçu vos réponses à cette date, je devrai malheureusement considérer que vous vous retirez de l'étude et détruire les données vous concernant. Vous n'auriez ainsi pas accès à la formation.

PRÉTEST

Rappelons que les étapes de la recherche sont les suivantes :

- 1) Remplir le *Questionnaire du participant*
- 2) **Faire le PRÉTEST (date limite : dimanche 17 septembre, 17 h)**
- 3) Suivre la formation
- 4) Faire le POSTTEST
- 5) Faire une demande d'accréditation si désiré

J'espère recevoir votre PRÉTEST dûment rempli dans le délai imposé pour pouvoir vous compter parmi les participants-es de mon étude.

À très bientôt.

Hélène Ouellet, B. Sc. inf., étudiante à la maîtrise
Helene.Ouellet@uqar.ca
Téléphone : 418 723-1986 ou 1 800 511-3382 (poste 1276)

4. Rappel pour remplir le prétest
envoyé au groupe expérimental le 14 septembre 2017

Veillez ne pas tenir compte de ce courriel si vous avez déjà fait le PRÉTEST.

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à l'étude. Malheureusement, il semble que vous n'ayez pas, à ce jour, fait le **PRÉTEST**.

Votre participation est très importante. Je vous invite à faire le PRÉTEST avant le **dimanche 17 septembre, 17 h**. Faute d'avoir reçu vos réponses à cette date, je serai malheureusement dans l'obligation de considérer que vous vous retirez de l'étude et de détruire les données vous concernant. Vous n'auriez ainsi pas accès à la formation en ligne qui fait l'objet de l'étude.

PRÉTEST CLIQUEZ ICI

J'espère recevoir vos réponses dans le délai imposé, celui-ci étant nécessaire pour assurer la bonne marche de l'étude.

N'hésitez pas à communiquer avec moi pour toute question, préoccupation ou obstacle éventuel.

Hélène Ouellet, B. Sc. inf., étudiante à la maîtrise
Helene.Ouellet@uqar.ca
Téléphone : 418 723-1986 ou 1 800 511-3382 (poste 1276)

5. Information de mise en pause
envoyée au groupe de référence le 18 septembre 2017

Bonjour,

L'étude portant sur la formation en ligne sur les personnes ayant des problèmes de santé mentale, débute aujourd'hui. Au hasard, vous avez été placé-e dans le groupe de référence. Cela signifie que vous aurez accès à la formation en ligne dans environ un mois et que vous aurez à répondre au POSTTEST à deux reprises.

Voici les étapes que vous aurez à franchir :

1. Remplir le *Questionnaire du participant*
2. Faire le PRÉTEST
3. **PAUSE (jusqu'au 9 octobre)**
4. Faire le POSTTEST 1
5. Suivre la formation
6. Faire le POSTTEST 2
7. Faire une demande d'accréditation si désiré

J'espère que ce délai n'aura pas comme effet de vous dissuader de participer à l'étude. Votre participation est très importante!

N'hésitez pas à communiquer avec moi pour toute question ou préoccupation.

Hélène Ouellet, B. Sc. inf., étudiante à la maîtrise
Helene.Ouellet@uqar.ca
Téléphone : 418 723-1986 ou 1 800 511-3382 (poste 1276)

**6. Invitation à remplir le posttest au groupe expérimental
envoyée au fur et à mesure à partir du 25 septembre 2017
aux membres qui terminaient la formation**

Bonjour,

Vous avez terminé votre formation. J'espère qu'elle a été pour vous une expérience agréable et utile. L'étape suivante consiste à répondre au POSTTEST avant le **dimanche 15 octobre, 17h.**

Posttest: cliquez ici

Rappelons que les étapes sont les suivantes :

1. Remplir le *Questionnaire du participant*
2. Faire le PRÉTEST
3. Suivre la formation
4. **Faire le POSTTEST (date limite: dimanche 15 octobre, 17h)**
5. Faire une demande d'accréditation si désiré

Au plaisir,

Hélène Ouellet, B. Sc. inf., étudiante à la maîtrise

Helene.Ouellet@uqar.ca

Téléphone : 418 723-1986 ou 1 800 511-3382 (poste 1276)

**7. Courriel de rappel pour terminer la formation
envoyé au groupe expérimental le 28 septembre 2017**

Bonjour,

J'espère qu'il vous est agréable de suivre la formation! Je vous rappelle que le délai pour la terminer est le **dimanche 8 octobre, 17 h**. À la fin de la formation, vous serez invité-e à faire le POSTTEST.

Ne manquez pas cette chance unique:

- formation gratuite dans le cadre de l'étude
- occasion d'améliorer vos compétences cliniques
- heures de formation continue accréditées

Formation cliquez ici

Rappelons que les étapes de la recherche sont les suivantes :

1. Remplir le Questionnaire du participant
2. Faire le PRÉTEST
3. **Suivre la formation (date limite : dimanche 8 octobre, 17 h)**
4. Faire le POSTTEST (date limite : dimanche 15 octobre, à 17h00)
5. Faire une demande d'accréditation si désiré

Votre participation est très importante. N'hésitez pas à communiquer avec moi pour toute question ou préoccupation que vous pourriez avoir.

Hélène Ouellet, B. Sc. inf., étudiante à la maîtrise
Helene.Ouellet@uqar.ca
Téléphone : 418 723-1986 ou 1 800 511-3382 (poste 1276)

8. Courriel deuxième rappel

envoyé au groupe expérimental afin de terminer la formation le 5 octobre 2017

Veillez ne pas tenir compte de ce courriel si vous avez déjà terminé la formation ou si vous prévoyez la terminer dans les plus brefs délais.

Bonjour,

Vous travaillez à l'urgence et souhaitez améliorer vos pratiques auprès des personnes atteintes de troubles mentaux ou qui ont des problèmes de santé mentale? Vous avez jusqu'au **lundi 9 octobre, 17 h** pour compléter gratuitement la formation numérique. Vous n'avez qu'à planifier 5 heures pour terminer la formation et obtenir vos heures d'accréditation.

Je compte sur votre participation pour tirer le maximum de conclusions dans le cadre de mon étude.

Rappelons que vous profiterez de ces avantages en complétant la formation en ligne:

- formation gratuite dans le cadre de l'étude
- occasion d'améliorer vos compétences cliniques
- heures de formation continue accréditées

Débutez la formation gratuite

N'hésitez pas à communiquer avec moi pour tout problème que vous pourriez rencontrer.

Hélène Ouellet, B. Sc. inf., étudiante à la maîtrise

Helene.Ouellet@uqar.ca

Téléphone : 418 723-1986 ou 1 800 511-3382 (poste 1276)

**9. Courriel d'invitation à remplir le posttest 1
envoyé au groupe de référence le 10 octobre 2017**

Bonjour,

Dans le cadre de l'étude *Effets d'une formation en ligne sur les connaissances, les attitudes et les intentions de comportement d'infirmières d'urgence intervenant auprès de personnes ayant des problèmes de santé mentale*, je vous invite à remplir le **POSTTEST 1 avant le lundi 16 octobre, 17 h.**

Ne manquez pas cette chance unique en participant à cette étude:

- formation gratuite dans le cadre de l'étude
- occasion d'améliorer vos compétences cliniques
- heures de formation continue accréditées

[Posttest 1: cliquez ici](#)

Rappelons l'ensemble des étapes que vous avez à parcourir :

1. Remplir le Questionnaire du participant
2. Faire le PRÉTEST
3. Pause
4. **Faire le POSTTEST 1 (date limite : lundi 16 octobre, à 17h00)**
5. Suivre la formation
6. Faire le POSTTEST 2
7. Faire une demande d'accréditation si désirée

Vous aurez accès à votre formation d'ici quelques jours!

Hélène Ouellet, B. Sc. inf., étudiante à la maîtrise
Helene.Ouellet@uqar.ca
Téléphone : 418 723-1986 ou 1 800 511-3382 (poste 1276)

10. Courriel de rappel à remplir le posttest 1 envoyé au groupe référence

Bonjour,

Je vous ai fait parvenir il y a quelques jours une invitation à remplir le posttest 1. À ce jour, il me semble que vous ne l'avez pas rempli. Vous avez jusqu'au **lundi 16 octobre** pour le faire.

Je vous rappelle les avantages de participer à cette étude:

- formation gratuite dans le cadre de l'étude
- occasion d'améliorer vos compétences cliniques
- heures de formation continue accréditées

[Posttest 1: cliquez ici](#)

Rappelons l'ensemble des étapes que vous avez à parcourir :

1. Remplir le Questionnaire du participant
2. Faire le PRÉTEST
3. Pause
4. **Faire le POSTTEST 1 (date limite : lundi 16 octobre)**
5. Suivre la formation
6. Faire le POSTTEST 2
7. Faire une demande d'accréditation si désiré

Je vous remercie sincèrement de votre implication dans mon projet de recherche.

À bientôt

Hélène Ouellet, B. Sc. inf., étudiante à la maîtrise
Helene.Ouellet@uqar.ca

Téléphone : 418 723-1986 ou 1 800 511-3382 (poste 1276)

11. Courriel de remerciements
envoyé au groupe expérimental le 16 octobre 2017

Bonjour.

Vous avez accompli toutes les étapes de l'étude *Effets d'une formation en ligne sur les connaissances, les attitudes et les intentions de comportement d'infirmières d'urgence intervenant auprès de personnes ayant des problèmes de santé mentale*. Je vous en remercie chaleureusement.

Si vous désirez obtenir une accréditation de formation continue octroyée par l'UQAR, à un taux préférentiel de 20\$, veuillez communiquer avec moi. La date limite pour acheminer votre demande est le **lundi 30 octobre, 17 h**.

Dans un but d'amélioration, j'aimerais que vous remplissiez ce court sondage anonyme sur votre appréciation de la formation. Cela ne prendra que quelques minutes de votre temps.

Sondage cliquez ici

Vous souhaitant beaucoup de succès dans la poursuite de vos activités professionnelles, veuillez accepter mes salutations les plus cordiales

Hélène Ouellet, B. Sc. inf., étudiante à la maîtrise

Helene.Ouellet@uqar.ca

Téléphone : 418 723-1986 ou 1 800 511-3382 (poste 1276)

12. Courriel invitation à la formation
envoyé au groupe de référence le 18 octobre 2017

Bonjour,

C'est avec grand plaisir que je vous invite à faire votre formation en ligne sans tarder. Il est essentiel pour des raisons méthodologiques que vous ayez terminé avant le **mardi 7 novembre, 17 h**. Prenez note que vous devrez vous ouvrir un compte pour accéder à la formation. Cette procédure est simple à effectuer.

Formation: cliquez ici

À la fin de la formation, vous serez invité-e à faire le POSTTEST 2.

Rappelons que les étapes de la recherche sont les suivantes :

1. Remplir le *Questionnaire du participant*
2. Faire le PRÉTEST et le POSTTEST 1
3. **Suivre la formation (date limite : mardi 7 novembre, 17h)**
4. **Faire le POSTTEST 2 (date limite : dimanche 14 novembre, 17h)**
5. Faire une demande d'accréditation si désiré

J'espère que vous aurez du plaisir à suivre la formation! N'hésitez pas à communiquer avec moi pour toute question ou préoccupation.

Hélène Ouellet, B. Sc. inf., étudiante à la maîtrise

Helene.Ouellet@uqar.ca

Téléphone : 418 723-1986 ou 1 800 511-3382 (poste 1276)

13. Rappel envoyé au groupe référence formation le 26 octobre 2017

Formation santé mentale/urgence - Rappel

******Si vous avez déjà terminé la formation, ne tenez pas compte de ce message.***

Bonjour,

J'espère qu'il vous est agréable de suivre la formation! Je vous rappelle que le délai pour la terminer est le **mardi 7 novembre, 17 h**. À la fin de la formation, vous serez invité-e à faire le POSTTEST 2.

Pour ceux et celles qui **n'auraient pas encore débuté** la formation, ne manquez pas cette chance unique:

- formation gratuite dans le cadre de l'étude
- occasion d'améliorer vos compétences cliniques
- heures de formation continue accréditées

Formation cliquez ici

Rappelons que les étapes de la recherche sont les suivantes :

1. Remplir le Questionnaire du participant
2. Faire le PRÉTEST
3. **Suivre la formation (date limite : mardi 7 novembre, 17 h)**
4. Faire le POSTTEST 2 (date limite : mardi 14 novembre, 17h)
5. Faire une demande d'accréditation si désirée

Votre participation est très importante. N'hésitez pas à communiquer avec moi pour toute question ou préoccupation que vous pourriez avoir.

Hélène Ouellet, B. Sc. inf., étudiante à la maîtrise

Helene.Ouellet@uqar.ca

Téléphone : 418 723-1986 ou 1 800 511-3382 (poste 1276)

14. Invitation à remplir le posttest 2
envoyée aux participants qui ont terminé la formation, premier courriel 26 octobre
2017

Formation santé mentale/urgence - Invitation Posttest 2

Bonjour,

Vous avez terminé votre formation. J'espère qu'elle a été pour vous une expérience agréable et utile. L'étape suivante consiste à répondre au POSTTEST 2 avant le **mardi 14 novembre, 17h**.

Posttest 2: cliquez ici

Rappelons que les étapes sont les suivantes :

1. Remplir le *Questionnaire du participant*
2. Faire le PRÉTEST et POSTTEST 1
3. Suivre la formation
4. **Faire le POSTTEST 2 (date limite: mardi 14 novembre, 17h)**
5. Faire une demande d'accréditation si désiré

Au plaisir,

Hélène Ouellet, B. Sc. inf., étudiante à la maîtrise

Helene.Ouellet@uqar.ca

Téléphone : 418 723-1986 ou 1 800 511-3382 (poste 1276)

15. Remerciements envoyés le 1^{er} novembre 2017

Remerciements - Demande d'accréditation

Bonjour.

Vous avez accompli toutes les étapes de l'étude *Effets d'une formation en ligne sur les connaissances, les attitudes et les intentions de comportement d'infirmières d'urgence intervenant auprès de personnes ayant des problèmes de santé mentale*. Je vous en remercie chaleureusement.

Si vous désirez obtenir une accréditation de formation continue octroyée par l'UQAR, à un taux préférentiel de 20\$, veuillez communiquer avec moi. La date limite pour acheminer votre demande est le **lundi 27 novembre, 17 h**.

Dans un but d'amélioration, j'aimerais que vous remplissiez ce court sondage anonyme sur votre appréciation de la formation. Cela ne prendra que quelques minutes de votre temps.

Sondage cliquez ici

Vous souhaitant beaucoup de succès dans la poursuite de vos activités professionnelles, veuillez accepter mes salutations les plus cordiales.

Hélène Ouellet, B. Sc. inf., étudiante à la maîtrise

Helene.Ouellet@uqar.ca

Téléphone : 418 723-1986 ou 1 800 511-3382 (poste 1276)

16. Dernier rappel de terminer la formation envoyé le 2 novembre 2017

Formation santé mentale/urgence - Dernier rappel

Veillez ne pas tenir compte de ce courriel si vous avez déjà terminé la formation ou si vous prévoyez la terminer dans les plus brefs délais.

Bonjour,

Vous travaillez à l'urgence et souhaitez améliorer vos pratiques auprès des personnes atteintes de troubles mentaux ou qui ont des problèmes de santé mentale? Vous avez jusqu'au **mardi 7 novembre, 17 h** pour compléter gratuitement la formation numérique. Vous n'avez qu'à planifier 5 heures pour terminer la formation et obtenir vos heures d'accréditation.

Je compte sur votre participation pour tirer le maximum de conclusions dans le cadre de mon étude.

Rappelons que vous profiterez de ces avantages en complétant la formation en ligne:

- formation gratuite dans le cadre de l'étude
- occasion d'améliorer vos compétences cliniques
- heures de formation continue accréditées

Débutez la formation gratuite

N'hésitez pas à communiquer avec moi pour tout problème que vous pourriez rencontrer.

Hélène Ouellet, B. Sc. inf., étudiante à la maîtrise

Helene.Ouellet@uqar.ca

Téléphone : 418 723-1986 ou 1 800 511-3382 (poste 1276)

17. Rappel de cliquer sur « terminer la formation » envoyé le 9 novembre 2017

Bonjour

Vous avez terminé la formation en ligne en santé mentale et je vous en remercie. La vérification de votre dossier m'indique que vous n'avez pas cliqué sur "terminer la formation" ce qui permet de finaliser votre dossier. Serait-ce possible pour vous de retourner dans la formation dans la partie "remerciements" à la toute fin, et de cliquer sur le bouton "terminer la formation". Je pourrai ainsi terminer la mise à jour votre dossier. Je vous remercie.

Bonne fin de journée!

Hélène Ouellet, B. Sc. inf., étudiante à la maîtrise

Helene.Ouellet@uqar.ca

Téléphone : 418 723-1986 ou 1 800 511-3382 (poste 1276)

ANNEXE XI
CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

Titulaire du projet :	Hélène Ouellet
Unité de recherche :	Maîtrise en sciences infirmières
Nom du directeur :	Claire Page
Titre du projet :	Effets d'une formation en ligne sur les connaissances, les attitudes et les intentions de comportements d'infirmières et d'infirmiers d'urgence intervenant auprès de personnes atteintes de troubles mentaux.

Le CÉR de l'Université du Québec à Rimouski certifie, conjointement avec la personne titulaire de ce certificat, que le présent projet de recherche prévoit que les êtres humains qui y participent seront traités conformément aux principes de l'*Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains* ainsi qu'aux normes et principes en vigueur dans la *Politique d'éthique avec les êtres humains de l'UQAR (C2-D32)*.

Réservé au CÉR

N° de certificat :	CÉR-92-663
Période de validité du certificat :	Du 23 septembre 2016 au 22 septembre 2017


 Marc-André Villard, président par intérim du CÉR-UQAR


 Date

ANNEXE XII
RENOUVELLEMENT DU CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

Titulaire du projet :	Hélène Ouellet
Unité de recherche :	Maîtrise en sciences infirmières
Nom du directeur :	Claire Page
Titre du projet :	Effets d'une formation en ligne sur les connaissances, les attitudes et les intentions de comportements d'infirmières et d'infirmiers d'urgence intervenant auprès de personnes atteintes de troubles mentaux.

Le CÉR de l'Université du Québec à Rimouski certifie, conjointement avec la personne titulaire de ce certificat, que le présent projet de recherche prévoit que les êtres humains qui y participent seront traités conformément aux principes de l'Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains ainsi qu'aux normes et principes en vigueur dans la Politique d'éthique avec les êtres humains de l'UQAR (C2-D32).

Réservé au CÉR

N° de certificat :	CÉR-92-663 (R1)
Période de validité du certificat :	Du 23 septembre 2017 au 22 septembre 2018


 Johanne Boisjoly, présidente du CÉR-UQAR

24 août 2017
 Date

