

Elodie DUCRETTET & Mireille EGGER KESSLER

Volée Bachelor automne 2007

PROGRAMME DE FORMATION D'INFIRMIÈRES, INFIRMIERS HES

L'accueil des familles en psychiatrie



Au fil des pages, galerie de Scrapbooking d'Angélique.
Main dans la main.

Travail de Bachelor présenté à la

Haute Ecole de la Santé La Source

LAUSANNE

Juillet 2010

Travail dirigé par M. Gilles Bangerter

REMERCIEMENTS

Nous remercions chaleureusement, notre directeur de travail de Bachelor, M. Gilles Bangerter, pour tous les moments d'échanges, les conseils que nous avons partagés en sa compagnie ainsi que son soutien au fil de ce travail.

Nous souhaitons également adressé nos vifs remerciements à Madame Sophie Guerry de la Haute Ecole Fribourgeoise de travail social pour l'entretien qu'elle nous accordé sur la recherche qu'elle a menée avec sa collègue Madame Dolores Angela Castelli Dransart sur :

Le vécu, besoins et démarches de recherche d'aide de l'entourage de personnes suicidaires ou suicidantes.

Enfin, à M. J.-C. Hoisne, nous adressons nos sincères remerciements pour sa disponibilité et son engagement en tant qu'expert de terrain.

Elodie, je désire aussi te dire combien j'ai apprécié tous ces instants précieux que nous avons passés ensemble à la réalisation de notre travail de Bachelor. Nous avons eu des moments de creux, de doutes, mais nous avons su y faire face en se soutenant mutuellement. Ton dynamisme a contribué à favoriser l'échange, à apporter des idées pertinentes et à rendre gais les moments un peu sombre de ce parcours.

Je te remercie vivement Mireille pour ta discipline, ta motivation et ton entrain dont tu as fait preuve tout au long de ce travail commun. Tu m'as transmis ta volonté et j'ai trouvé très agréable de construire ce travail ensemble. Malgré des difficultés, nos échanges ont permis de faire évoluer nos idées et ta maturité nous a apporté beaucoup de bénéfice dans le cheminement de nos pensées.

A nos conjoints, nous sommes reconnaissantes pour votre patience, vos encouragements au cours de toute cette formation. Nous avons pu en tout temps nous appuyer sur vos épaules et ce fut une source de réconfort qui nous a permis d'aller de l'avant.

Enfin, nous remercions toutes les personnes ayant participées à la relecture de ce travail.

RESUMÉ

De notre expérience dans le domaine de la psychiatrie, nous avons tiré beaucoup de richesses en termes de compétences professionnelles. Il s'agit d'un milieu complexe qui a, malgré tout, suscité de nombreuses interrogations chez chacune de nous.

Nous nous sommes particulièrement questionnées sur la relation avec les familles et notamment l'accueil des familles dont un membre a attenté à ses jours. Le but est d'imaginer comment cet accueil peut permettre la création du lien, autrement dit l'alliance thérapeutique, afin de préserver la santé de tous les membres de la famille (patient y compris). En d'autre terme nous nous demandons comment l'accueil pourrait être la première pierre ou la fondation d'une tour qui symboliserait le partenariat et qui protégerait la santé de la famille.

Pour tenter de comprendre et trouver des pistes de réflexion, nous avons établi une revue de littérature comprenant des articles de recherche. Ceux-ci traitent, notamment, des difficultés rencontrées par la famille et par les soignants dans leur relation respective ainsi que du soin au patient suicidaire.

Les résultats de recherche montrent qu'il existe réellement un malaise dans la relation famille/professionnels de santé en plusieurs points et que chacun d'eux rencontre des difficultés dans l'approche à l'autre. Nous retrouvons également dans les résultats, l'importance de la création d'un partenariat avec les familles dans le soin.

Ainsi, nous postulons qu'il serait nécessaire et facilitant que chacun prenne conscience des difficultés de l'autre, et collabore autour du soin afin d'assurer la continuité de celui-ci et de permettre le maintien de la santé de tous les membres de la famille.

La rédaction et les conclusions de ce travail n'engagent que la responsabilité de ses auteurs et en aucun cas celle de la Haute Ecole de la Santé La Source

TABLE DES MATIÈRES

1	Introduction	1
2	Problématique	1
3	Concepts	2
3.1	La famille	3
3.2	Alliance thérapeutique	3
3.3	L'accueil	4
3.4	Santé	5
4	Méthodologie	5
5	Résultats	7
6	Analyse critique des articles	9
7	Comparaison	13
8	Discussion et perspectives	19
9	Limites	21
10	Conclusion	21
11	Bibliographie	23

1 Introduction

Les différents stages effectués au cours de notre formation nous ont donné l'opportunité de partir à la rencontre des bénéficiaires de soins dans différents contextes. Rencontrer les bénéficiaires de soins c'est aussi rencontrer leur famille, leur entourage.

Le contexte de la santé mentale a suscité passablement de questions quant à la famille et comment la situation du membre de famille hospitalisé est vécue. Ceci d'autant plus lorsque la famille est confrontée à une tentative de suicide d'un proche adulte.

Dans notre approche de soin, donc, nous avons porté une attention particulière sur les familles pendant les rencontres afin de comprendre leur ressenti face à la maladie de leur proche, saisir aussi leurs difficultés à être plus présentes auprès d'eux.

Certaines familles évoquaient leurs difficultés à contenir la situation vécue, se sentaient démunies face aux symptômes de la pathologie ne sachant, parfois, plus comment se comporter. Une certaine souffrance se dégageait de ces paroles avec un sentiment d'impuissance, mais aussi des visages empreints de peine, de tristesse.

A ce constat, nous nous devons d'accueillir cette souffrance des familles pour leur témoigner d'une part, notre soutien et d'autre part, notre présence pour les accompagner, discuter avec elles pour tenter de trouver, ensemble, des stratégies pour leur donner de l'espoir, du répit ; ceci dans le but de maintenir un équilibre dans leur santé.

2 Problématique

Le suicide est une cause majeure de mortalité chez les jeunes adultes. « Pour le canton de Vaud, l'on détermine en moyenne, 100 à 120 suicides par année. [...] le risque de décès par suicide est quarante fois plus élevé chez les personnes qui ont déjà fait une tentative de suicide que dans la population générale.» (Site officiel du canton de Vaud, Politique de santé mentale, 2008, p. 15)

En tant que professionnelles de la santé, prendre connaissance de cette information nous fait réfléchir sur les stratégies préventives à élaborer avec la famille afin de prévenir tout nouveau risque de suicide au moment où leur proche quittera l'environnement hospitalier.

« La santé mentale est influencée par de multiples conditions interdépendantes comme, par exemple, les conditions économiques, sociales, culturelles environnementales et politiques. » (Site officiel du canton de Vaud, Politique de santé mentale, 2008, p.7)

Le périmètre de la santé mentale est très vaste et les acteurs qui interviennent relèvent aussi de la sphère extérieure au domaine de la santé. En effet, sous la composante, condition sociale, nous percevons notamment les relations avec la famille. Nous considérons la famille comme une ressource indispensable pour la personne atteinte dans sa santé mentale. Cependant, cette ressource, la famille, peut se sentir à un moment donné aux abois face à l'accompagnement que nécessite son membre de famille. La famille, elle-même, doit pouvoir compter sur des ressources externes afin d'assurer la continuité du soutien qu'elle offre à son proche sans mettre en danger sa propre santé.

Dans notre question clinique nous ne mettons pas en toile de fond du suicide une pathologie.

De cette manière, nous ne faisons pas de différence entre la souffrance qu'engendre cet acte qu'il soit perpétré par une personne souffrant d'une maladie psychiatrie connue ou non, ou bien d'une personne qui n'en souffre pas.

« Les tentatives de suicide sont des actes intentionnels faits par une personne dans le but de se tuer ; ces actes n'aboutissent pas toujours à la mort. » (Laflame, 2007, p. 6)

La tentative de suicide a un impact certain sur la famille car c'est un acte brutal et souvent inattendu. Selon l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, les tentatives de suicide génèrent une source de stress et font vivre une charge émotive importante aux familles. Les familles des personnes à risque de se suicider ressentent le besoin d'exprimer leurs inquiétudes et de se sentir entendues. En effet, la famille confrontée à ce phénomène peut se voir fragilisée psychologiquement, physiquement et socialement. Par conséquent, nous pensons que nous devons répondre à leurs besoins de soutien afin de préserver la relation familiale et la santé de chacun des membres.

Cette souffrance est présente dans tous les cas chez les familles comme chez la personne ayant attenté à ces jours, et en tant que professionnelles nous ne pouvons faire abstraction de celle-ci. Cela nécessite donc d'accompagner autant le patient que sa famille tout en tenant compte des droits et des devoirs de chacun.

Les personnes peuvent se sentir honteuses, coupables et il peut y avoir une remise en question des valeurs, de la culture et des repères.

Selon Bell *et al.*, (1995) :

L'apparition de la maladie mentale bouleverse chacun des membres de la famille immédiate et élargie (Terkelsen, 1987). Cette expérience modifie les attitudes vis-à-vis de soi ainsi que le sens de la vie ; elle altère la structure familiale, les rôles des membres de la famille, les valeurs individuelles et familiales ; enfin, elle menace le bien-être émotionnel des personnes en cause. (p. 170)

Issue de notre réflexion et en regard de ce qui précède, nous émettons la question clinique suivante :

Dans quelle mesure l'accueil des familles en psychiatrie, d'une personne ayant attenté à sa vie, favorise l'alliance thérapeutique dans le but de préserver la santé de tous ses membres ?

3 Concepts

Cette problématique de soin prend en compte les différents concepts centraux de la discipline infirmière, la personne, l'environnement, la santé et les soins. Le patient fait parti d'un environnement familial et nous voulons également nous préoccuper de la famille comme « personne » dont il faut préserver la santé en considérant les déterminants de leur propre santé. Il s'agit donc d'orienter les soins infirmiers à la fois sur le patient et sa famille ; ceci afin de d'influencer une dynamique familiale favorable à tous ses membres.

3.1 La famille

Selon Boudier & Tunesi (2001) la famille contient « les représentants du monde affectif ou social de la personne hospitalisée : conjoint, enfant, frères et sœurs, ou personnes vivant sous le même toit. » (p. 35)

La famille est un système vivant parce qu'elle est constituée d'éléments en relation avec une histoire et un futur en commun. Une perspective systémique signifie concevoir la famille comme un système social dont les membres entretiennent continuellement un certain équilibre et une évolution constante.

« Le but commun est de : sauvegarder l'intégrité familiale, de conserver l'homéostasie [...] familiale et de permettre le changement. » (Frenk cité par Cerrone, 2008, p. 6)

La coopération avec les familles est souvent considérée comme problématique. Celle-ci est parfois perçue comme une entrave au traitement thérapeutique du bénéficiaire donc une source de tensions. Bell *et al.* (1995) relèvent que :

Les professionnels de la santé ont été [...] très influencés par les théories du rôle étiologique de la famille dans la maladie mentale. Cette tendance a contribué à entretenir dans la famille des attitudes culpabilisantes et à l'exclure du processus thérapeutique et de réadaptation de la personne atteinte. (p. 169)

La question qui se pose, à ce stade, est de savoir si un accueil approprié a été réservé à la famille de la personne qui fait symptômes. En effet, la famille a des besoins, des besoins de comprendre ce qui se passe, quelle évolution la situation va prendre, comment elle va gérer cette situation en regard de son organisation. Mais aussi quel impact cet événement peut avoir sur la dynamique familiale et sur la santé de la famille. Il peut arriver que celle-ci se trouve à faire face à la maladie mentale de l'un de ses membres en n'ayant plus les ressources physiques et psychiques nécessaires. La famille est en souffrance. Ce déséquilibre, qui peut surgir dans une famille confrontée à la maladie d'un de ses proches, peut générer une perturbation de la dynamique de celle-ci.

Nous croyons : « [...] qu'il est indispensable d'intégrer l'entourage familial car il est le lieu où se propage une part importante de la souffrance liée à la maladie et un horizon de ressources essentiel pour le patient. » (Vannotti & Bernet, 2008, p. 2)

Pour ce faire, nous devons créer le lien avec les familles. Ce lien continue à se réaliser à travers l'alliance thérapeutique.

3.2 Alliance thérapeutique

Bantman (2002) mentionne que : « Dans l'alliance thérapeutique, plusieurs personnes se joignent afin de poursuivre le même but et d'adopter les mêmes comportements. L'alliance thérapeutique est du côté de la constitution d'un lien et d'une lecture commune d'une situation [...]. » (p. 41)

Cette alliance se constitue entre des personnes qui se situent dans une relation symétrique. Pour créer cette alliance, il est nécessaire de savoir accueillir. Nous constatons que l'accueil est une composante indispensable de l'alliance thérapeutique. Cet accueil spécifique va permettre de poser les fondements d'un partenariat réussi.

Toutefois, nous devons garder à l'esprit que l'alliance thérapeutique peut être perturbée par le problème de l'hospitalisation en psychiatrie.

Le problème de l'hospitalisation psychiatrique vient compliquer cette approche de la famille en termes d'alliance thérapeutique en faisant intervenir la loi, ainsi que la contrainte. Dans un cadre comme celui de la loi de 90, où les relations sont souvent instituées par le biais d'un tiers qui sollicite l'hospitalisation, la relation familiale est souvent vécue comme compliquant auprès du patient le recueil du consentement, ainsi que sa collaboration. (Bantman, 1999, en ligne)

Dans l'alliance thérapeutique nous retrouvons la notion principale de partenariat. Selon Alley, cité par Reymond Wolfer (2005), celui-ci doit être basé sur la confiance réciproque. Pour cela, il est indispensable de se connaître pour s'apprécier et construire cette confiance. Ceci implique une transparence dans les actions, une information mutuelle, et l'instauration d'un dialogue permanent. La reconnaissance de la complémentarité de chacun est indispensable. Chacun doit reconnaître objectivement ses propres richesses et limites, ce qu'il peut réellement apporter à l'autre en termes de compétences et de moyens. Il n'y a pas un qui sait tout et un qui ne connaît rien.

L'approche par le partenariat confère à la famille une reconnaissance, lui donne un rôle dans les soins à donner à son proche hospitalisé ; de plus, par cette relation les professionnels peuvent favoriser le renforcement de ses ressources, compétences afin de permettre un équilibre dans la santé.

Cependant, avant de pouvoir créer un partenariat, nous croyons que nous devons assurer à la famille un accueil qui favorise une ouverture empreinte de respect.

« Pour que l'interaction sociale soit symétrique, chaque personne doit faire l'effort de comprendre la logique et les attentes de l'autre, et le considérer comme un partenaire. » (Formarier, 2003, p. 16)

3.3 L'accueil

L'accueil est un processus qui permet l'ouverture du lien social et, par conséquent est un élément clé dans l'établissement d'une relation de confiance.

Pour la famille, la prise en charge psychiatrique d'un proche est l'aboutissement d'une série de souffrances qu'elle ne peut provisoirement plus supporter. Le premier travail des soignants est tout simplement d'aller à la rencontre de ces proches en détresse qui viennent chercher un peu de réconfort et d'aide. La nature de ce premier contact qui reconnaît à la famille de réelles compétences conditionne l'avenir de cette relation triangulaire patient-famille-soignants. (Friard, 2002, p. 19)

C'est lors de cette rencontre cruciale que se créent les premières impressions, lesquelles déterminent les bases de la relation entre professionnels et la famille.

L'accueil génère diverses interactions entre les partenaires. L'importance dans ces interactions c'est de s'assurer que les partenaires s'inscrivent dans une relation symétrique. Sorsana (1999) cité par Formarier (2003) : « Parle d'interactions sociales symétriques, lorsque les deux personnes se considèrent comme partenaires dans la situation, même si elles n'ont

pas le même rôle ni la même fonction et qu'elles ne mettent pas en œuvre des niveaux cognitifs semblables. » (p. 16).

Nous prenons bien conscience que pour initier une relation de confiance, nous devons en tant que professionnelles, accueillir les familles, en faisant abstraction de la représentation du « soignant tout puissant ». Il est important dans cette toute première rencontre de permettre à ces familles d'explicitier leurs besoins et d'accueillir leurs requêtes afin de leur témoigner que nous sommes également disponibles pour elles. Prendre en compte la famille, nous permet de lui donner une place dans la relation, pour qu'elle accède à la situation de partenaire. Ces conditions peuvent favoriser la relation de confiance.

Souvent, la famille demande à être écoutée et soutenue dans ses difficultés. L'alliance est du côté du lien. Accueillir, c'est proposer de lire ensemble une situation. Dans une pratique d'accueil, il importe avant tout de reconnaître cette dynamique d'ensemble afin d'évaluer la souffrance dans son contexte. (Bantman, 2000, p. 8)

3.4 Santé

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et non pas simplement l'absence de maladie ou d'infirmité. La santé est une ressource pour chaque jour de la vie, et n'est pas la finalité de la vie. C'est un concept positif, mettant en avant les ressources sociales et personnelles aussi bien que les capacités physiques. Dans notre situation, nous nous profilons vers la promotion de la santé pour la famille dans son ensemble. En effet, la santé est une ressource qui permet aux personnes de s'adapter et mener une vie individuellement, socialement et économiquement productive face à des situations en changement constant.

Dans notre réflexion, nous souhaitons préserver la santé de la famille qui peut être altérée à la fois, par le contexte de l'hospitalisation en psychiatrie, et par l'acte de la tentative de suicide. Face à ce phénomène, la famille peut vivre une crise qui déstabilise l'équilibre familiale et qui, à long terme, peut péjorer l'état de santé des membres de celle-ci.

« L'infirmière intervient auprès des familles pour les aider à franchir l'évènement de la maladie tout en tenant compte des déterminants de la santé qui leur sont propre. » (Biro, Dervaux & Pegon, 2005, p. 31)

Par conséquent, si la famille se sent soutenue, entendue et qu'elle bénéficie d'un accompagnement adéquat des infirmières en psychiatrie, elle sera plus encline à utiliser ses ressources afin de gérer la crise et de se maintenir en santé.

4 Méthodologie

Le processus de recherche est complexe et suscite sans cesse des interrogations et une remise en question du travail effectué. C'est un travail rigoureux qui demande l'exploitation de nombreuses et diverses ressources. Ainsi, nous avons consulté le catalogue du centre de documentation (CEDOC) à plusieurs reprises afin de nous familiariser avec la méthodologie de recherche. Nous avons également consulté le mode d'emploi de Medline pour faciliter nos recherches avec cette base de données. L'ouvrage « méthode de recherche en sciences infirmières » s'est révélé une excellente ressource pour se familiariser avec la recherche et les

différents articles trouvés. En plus de Medline, nous avons utilisé diverses bases de données informatisées telles que, CINAHL, British Nursing Index (EBSCO), ainsi que des moteurs de recherche.

Pour initier nos premières recherches, nous sommes allées sur le MeSH (Medical subject headings) afin d'avoir les traductions adéquates de mots-clés. Nous avons aussi lancé des recherches avec des mots-clés traduits par nous-mêmes.

Mots-clés en français	Mots-clés en anglais
Famille	Family
Soins infirmiers en psychiatrie	Psychiatric nursing
Soins infirmiers	Nursing
Infirmière	Nurse
Tentative de suicide	Suicide attempt
Soins	Care
Collaboration	collaboration
Relation / accueil	Relationship / welcome - welcoming
Relation professionnelle	Professional relationship avec synonyme professional-family relations
Santé mentale	Mental health
Aidant naturel	Caregiver synonyme family caregiver
Promotion de la santé	Health promotion
Alliance thérapeutique	Therapeutic alliance

Combinaisons de mots-clés :

Combinaisons	Pertinence : textes intéressants/résultat
family - suicide - psychiatric nursing	2/19
care and family and suicide attempt and nursing	Non, nous trouvons les mêmes textes dans la 1 ^{ère} combinaison.
family - collaboration - psychiatric nursing	4/52
mental health nursing - family – relationship	2/289
family – psychiatric nursing – caring	2/7
health promotion – family –psychiatric nursing	0/6
family - relationship - psychiatric nursing - quantitative analysis	0/0
family relationships - psychiatric nursing - quantitative analysis	1/5
Therapeutic alliance – psychiatric nursing - family	0/4
Working alliance – nursing – family	1/12 mais c'est un article
Alliance – psychiatric nursing – family	1/1
Personnes suicidaires – entourage	Une recherche non publiée trouvée sur google

Ceci est un échantillon de nos multiples recherches. Nous les avons orientées spécifiquement selon que nous cherchions une recherche infirmière ou selon que nous préférions compléter le panel des textes avec des articles quantitatifs ou qualitatifs afin de diversifier notre revue de littérature.

De plus, lorsque nous trouvons une recherche pertinente en lien avec notre thématique, nous relevons les mots-clés de l'article et nous effectuons de nouvelles recherches.

Outre les bases de données informatisées, nous avons souvent utilisé les revues scientifiques en ligne afin de compléter nos recherches ainsi que d'autres revues professionnelles.

Les revues en lignes les plus sollicitées ont été : Journal of Family Nursing – Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing – Recherche en soins infirmiers – Advanced in Nursing Science – Journal of Advanced Nursing.

En parallèle, nous avons consulté les périodiques suivants : santé mentale – soins en psychiatrie et les ouvrages suivants : soins infirmiers en psychiatrie et santé mentale, les nouveaux cahiers de l'infirmière, psychopathologie, la santé et la famille, l'infirmière et la famille.

Nous avons donc établi une liste conséquente de textes scientifiques en tout genre mais également de textes non scientifiques mais très pertinents dans notre réflexion et notre orientation sur la problématique.

5 Résultats

Au final, nous avons répertorié de nombreux articles dont 7 ont retenu notre attention. Les autres articles ont été exclus dans la mesure où ils ne répondaient pas à certains de nos critères. En effet, un article fait référence à un outil de mesure du programme familial, un autre est une recherche à Hongkong qui est distante de notre culture. Quant aux autres, ils ne sont pas des articles de recherche scientifique ou ne répondent pas ou insuffisamment à notre problématique.

Les critères de choix qui nous ont permis de garder certains articles sont les suivants:

Être en priorité un article de recherche, récent, en lien et pertinent avec la thématique abordée. De même, nous voulions qu'ils évoquent les causes, les problèmes ou des pistes de solution en lien avec notre sujet, qu'ils donnent de multiples et divers éléments nécessaires à la construction de notre réflexion et de notre pratique professionnelle. Enfin, nous souhaitons qu'ils ouvrent notre thématique et qu'ils élargissent notre champ de réflexion.

Il est à relever que tous les articles sous-mentionnés sont des articles de recherche qualitative. Malgré nos nombreuses recherches, nous n'avons pas trouvé d'études quantitatives. Nous faisons l'hypothèse que cette thématique, d'une part est basée sur le ressenti et le vécu des individus ce qui est difficile à quantifier. D'autre part, nous sommes probablement aux prémices de recherches et de prise de conscience sur cette problématique.

Ci-après, nous mentionnons les articles retenus et leur objet de recherche :

1. The impact of a family system nursing educational program on the practice of psychiatric nurses. *Journal of Family Nursing*, 2006, volume 12, 299-306.

Le but de cette étude est d'examiner l'impact d'un programme éducationnel d'un système familial en soins infirmiers dans la pratique d'infirmières en psychiatrie et d'explorer la perception des infirmières sur le programme éducationnel.

2. Perception of the relationship between mental health professionals and family caregivers. Has there been any change ? *Mental Health Nursing*, 2009, 30, 474-481.

Le but dans ce cas est d'explorer la relation entre les deux perspectives des professionnels de santé mentale et les familles (aidants naturels).

3. Mental health professional support in families with a member suffering from severe mental illness: a grounded theory model. *Nordic College of Caring Science, Scandinavian Journal Caring Science* 2006, 20, 102-109.

Le but de cette étude est de développer un modèle de support issu des professionnels de santé mentale basé sur les besoins des familles comprenant un membre souffrant d'une maladie mentale sévère.

4. The experience of caring for a person with a mental illness: A grounded theory study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 2007, 16, 381-389.

Le but de cette recherche a été de développer une méthodologie de théorie ancrée en lien avec l'expérience de prendre soin d'une personne qui souffre d'une maladie mentale.

5. Patient and family perspective: a theory to guide families and carers of people who are at risk of suicide. *Journal of clinical nursing*, 2008, 17, issue 14, 1939-1948.

Le but de cette recherche est d'explorer la perception des familles et des ex-patients sur les soins pour les personnes qui ont attenté à leur vie et ceci à Taiwan.

6. Parents' experience of collaboration with community healthcare professional. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 2006, 13, 498-505.

Le but de cette recherche est d'explorer comment les parents de personnes adultes en psychiatrie expérimentent la collaboration avec les professionnels de la santé dans les services de santé communautaire.

7. A modified grounded theory study of how psychiatric nurses work with suicidal people. *International Journal of Nursing Studies*, 2006, 43, 791-802.

Les objectifs de cette recherche sont de déterminer si les infirmières en psychiatrie fournissent des soins adéquats aux personnes à risque suicidaire et si c'est le cas, comment.

6 Analyse critique des articles

- Goudreau, J., Duhamel, F. & Ricard, N. (2006). The impact of a family system nursing educational program on the practice of psychiatric nurses, *Journal of Family Nursing*.

Nous avons retenu cet article car les auteurs utilisent le modèle de Calgary comme moyen pour améliorer la relation entre les infirmier(e)s en santé mentale et les familles de proches hospitalisés. Ce modèle a été élaboré par des infirmier(e)s et les chercheuses sont des personnalités reconnues dans le domaine de la santé à la famille. D'autre part, elles ont cherché à évaluer l'impact d'un programme éducationnel basé sur le système familial en soins infirmiers tiré des travaux de Wright & Leahey (2000).

Cette recherche a été approuvée par le comité éthique de l'hôpital où la recherche a été menée.

La revue de littérature est importante ; elle relève le manque d'accompagnement des professionnels en santé mentale pour l'amélioration de la relation avec les familles.

Il s'agit d'une recherche pilote pour pré-tester le programme éducatif basé sur le modèle de Calgary. Toute la méthodologie est complète, pertinente et élaborée, excepté un échantillonnage qui nous semble petit. La date de parution est récente.

L'étude est basée sur les besoins concrets des professionnels, et ceci pour améliorer leurs interventions auprès des familles.

Le programme éducatif susnommé permet d'offrir aux professionnels de la santé mentale un outil pour favoriser la relation avec les familles et d'améliorer le niveau de confort des professionnels face à celles-ci. Il s'agit d'un modèle simple accessible et interactif.

Cet outil peut permettre aux soignants d'accueillir de manière chaleureuse et plus aisée les familles.

- Nicholls, E. & Pernice, R. (2009). Perception of the Relationship Between Mental Health Professionals and Family Caregivers: Has there been any Change? *Journal of Mental Health Nursing*.

Cet article a retenu notre attention car il explore clairement la relation entre les professionnels de santé mentale et les familles soignantes. Celui-ci se base sur plusieurs recherches antérieures qui avaient déjà relevé les difficultés dans la relation soignants/familles. Il s'intéresse à la fois au point de vue des familles des patients et du point de vue des soignants. Les chercheurs relèvent que les soignants ont également des besoins pour accompagner les familles, et que ceux-ci n'ont pas été pris en considération jusqu'à présent.

Les auteurs critiquent eux-mêmes leur recherche en s'appuyant sur d'autres recherches pour comparer leurs résultats et les mettre en évidence.

Au niveau éthique, il est clairement stipulé que les participants ont donné leur consentement mais la soumission de l'étude à une commission éthique n'est pas mentionnée.

La méthode est bien structurée, en revanche la sélection des membres de famille a eu lieu par le biais d'une association ; ceci peut remettre en cause la réalité des situations des familles de manière générale. De plus, nous ne savons pas si les chercheurs ont été jusqu'à saturation des données.

Dans la clinique, on pourrait, par cet article, prendre conscience de la nécessité d'une formation continue sur « comment accompagner les familles, quels outils, quels modèles etc. » et sur l'importance d'une collaboration interdisciplinaire.

- Gavois, H., Paulsson, G. & Fridlund, B. (2006). Mental health professional support in families with a member suffering from severe mental illness: a grounded theory model, *Scandinavia Journal Caring science*.

Cette recherche nous intéresse particulièrement car elle reconnaît que la famille soignante est une ressource et un support considérable pour un proche atteint dans sa santé mentale. La responsabilité de ces familles, tout au long de la vie, leur cause de la souffrance, du stress et de la crainte. De plus, celle-ci mentionne que les familles sont en souci pour leur proche, sur les risques de tentative de suicide qui peuvent affecter la vie des familles ainsi que la santé mentale de ses membres. Cette recherche veut élaborer un modèle théorique de support basé sur les besoins des familles comportant un membre de la famille souffrant d'une maladie mentale sévère.

La méthodologie est structurée, l'échantillonnage est large et divers. Les auteurs sont conscients des limites de la recherche et ils nomment la nécessité d'établir d'autres recherches pour développer ce modèle comme evidence based care.

La recherche a été soumise au comité éthique de l'université de Lund et le consentement des participants a été demandé. Il n'est pas fait mention si un soutien psychologique a été offert aux participants.

Pour la clinique, il s'agit de développer les compétences des professionnels de santé mentale en regard de la relation et de la communication avec les familles. En revanche, cet article ne donne pas d'outils ou de stratégies concrètes pour développer ces compétences.

- Wynaden, D. (2007). The experience of caring for a person with a mental illness: A grounded theory study, *International Journal of Mental Health Nursing*.

Nous trouvons cet article intéressant car il évoque l'expérience de soin des familles dont un membre souffre de maladie mentale. L'auteure (professeur associé dans le domaine de la santé mentale, infirmière) démontre que les familles sont en souffrance. Cette souffrance est augmentée lorsque les familles ne bénéficient pas de soutien de la part des professionnels de santé ; une telle situation peut les amener à un stade d'épuisement (being consumed). L'auteur élabore un modèle théorique de soin en santé mentale afin de permettre aux familles de rentrer dans un processus psycho-social pour retrouver un équilibre (seeking balance).

La théorie est très explicite notamment à travers un schéma. En revanche, les résultats ne sont pas clairement intégrés dans un paragraphe spécifique ; ils sont intégrés dans le développement de la théorie. La recherche a été soumise à la commission éthique, et le consentement écrit des participants a été obtenu avant chaque interview.

Cette recherche relève un fondement théorique intéressant pour la pratique. Toutefois, d'autres recherches seraient nécessaires pour venir étayer celui-ci.

- Fan-Ko, S. & Long, A. (2008). Patient and family perspective: a theory to guide families and carers of people who are at risk of suicide, *Journal of Clinical Nursing*.

Cette étude nous intéresse car elle explore les perceptions des familles et des ex-patients sur les soins aux personnes qui ont tenté à leur vie. C'est la première recherche que nous avons trouvée sur le suicide en lien avec la famille et celle-ci illustre bien l'expérience vécue des familles dans le soin à un proche ayant tenté à ces jours.

La méthode est structurée. L'article comporte un schéma qui reprend l'analyse des données et qui rend plus explicite la théorie pour guider les familles et les aidants naturels de personnes à risque de suicide. Nous retrouvons ici clairement la structure d'une théorie ancrée.

L'article est soumis à une commission éthique. Au vu du sujet délicat abordé avec les familles, nous relevons qu'il n'est pas fait mention qu'un soutien psychologique leur a été offert.

Les auteurs démontrent que nous avons un rôle prépondérant auprès des familles. En effet, il s'agit d'établir, avec elles, une relation de confiance afin d'élaborer ensemble des stratégies préventives pour prévenir le suicide.

Nous relevons que l'étude a été menée à Taïwan où la culture diffère de la nôtre. Toutefois, la théorie développée reste pertinente pour notre pratique et, elle être transférable.

- Jakobsen, E. S. & Severinsson, E. (2006). Parents' experience of collaboration with community healthcare professionals, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*.

Cette recherche nous apparaît comme pertinente car elle traite de la perception des parents de jeunes adultes souffrant de troubles psychiatriques avec les professionnels de santé communautaire. Cela nous fournit une approche sur la continuité des soins dans le domaine de la santé communautaire.

La méthode nous questionne en ce sens que l'échantillonnage est petit et qu'il y a une certaine homogénéité dans le groupe car les participants ont été choisis par l'intermédiaire de l'association nationale des proches en psychiatrie en Norvège. Les chercheurs ne font pas mention d'éventuelles recherches à entreprendre pour ouvrir la problématique à l'ensemble des parents qui ne font pas partis d'association.

Les auteurs ont fait une vérification de leurs résultats en référence à d'autres auteurs.

La revue de littérature est fournie et pertinente. Les chercheurs ont pris en considération l'aspect émotionnel de la recherche et ont prévu un soutien psychologique pour les participants. De plus, ils ont également soumis le projet de recherche à la commission éthique norvégienne et recueilli les consentements des participants.

L'important pour la clinique est de prendre conscience que les familles ont besoin de soutien et nous, professionnelles, devons assurer la continuité des soins et établir une relation de confiance avec la famille. Toutefois, nous relevons que le problème de la confidentialité, évoqué par les chercheurs, peut générer des tensions et des difficultés dans la relation avec les familles.

- Cutcliffe, J. R., Stevenson, C., Jackson, S. & Smith, P. (2006). Modified grounded theory study of how psychiatric nurses work with suicidal people, *International Journal of Nursing Studies*.

Cet article ne traite pas directement de la famille mais il nous intéresse car il nous apporte des éléments sur comment accompagner les personnes qui ont fait une tentative de suicide. Nous adhérons au postulat des chercheurs qui mentionnent que la meilleure route pour comprendre le suicide n'est pas à travers l'étude de la structure du cerveau ou l'étude de statistiques sociales, ou l'étude des maladies mentales, mais directement à travers l'étude des émotions de l'être humain décrites par les mots des personnes suicidaires.

De plus, à travers la recherche, les auteurs mettent en évidence que la variable principale est de « reconnecter la personne à l'humanité ». Ce qui nous importe c'est que l'humanité évoque l'environnement social qui intègre, entre autres, la famille.

La méthodologie est claire, pertinente et illustrée par un schéma. Les auteurs ne prétendent pas à une généralisation des résultats.

La recherche a été soumise à une commission éthique. Les auteurs ont obtenus le consentement des participants et un soutien psychologique a été mis en place.

Au vu de notre pratique et de notre question, il nous apparaît comme nécessaire de comprendre la dimension du soin pour la personne ayant attenté à ces jours, afin de pouvoir accompagner au mieux sa famille. Les chercheurs relèvent que toute infirmière qui souhaite travailler avec des personnes suicidaires a besoin d'être à l'aise avec la co-présence, d'être capable de se retenir d'être trop instrumentale ; elle doit également être à l'aise pour aborder les sujets délicats de la mort et du suicide afin d'en parler avec les patients.

7 Comparaison

Titre et question de recherche	Principaux résultats de l'article	Intérêts pour la pratique
<p>The impact of a family system nursing educational program on the practice of psychiatric nurses, Journal of Family Nursing.</p> <p>Dans quelle mesure un programme éducationnel basé sur le modèle de Calgary peut-il avoir un impact sur les soins infirmiers en psychiatrie?</p>	<p>Il est à relever que les résultats s'échelonnent sur des périodes avant, après le programme éducatif et l'évaluation de celui-ci.</p> <p>Les résultats démontrent que les infirmières qui ont bénéficié du programme d'éducatif se sentent plus à l'aise dans l'accompagnement des familles. « One year after the program, the six nurses left in the study felt more confident about performing family interventions and were offering them to families more frequently and systematically. » (p. 300)</p> <p>Elles disposent d'un outil qui leur permet de mieux évaluer la structure familiale, l'environnement des familles grâce notamment au génogramme et à l'écocarte.</p> <p>Paradoxalement, « Nurses still felt their primary responsibility lay with the individual patient. » (p. 302) Les infirmières relèvent aussi qu'elles disposent de peu de temps pour collaborer avec les familles et que les rencontres avec les familles sont de la responsabilité des psychiatres et des assistants sociaux.</p>	<p>Cet article de recherche relève la complexité de la relation avec la famille et du rôle infirmier en psychiatrie. Il nous apporte des éléments pertinents quant à l'utilisation d'un modèle qui nous permet d'accueillir de manière optimale les familles en psychiatrie. Nous nous rendons compte que dans la pratique, nous avons besoin de support pour construire les prémices de la relation avec la famille. Le modèle de Calgary, cité dans la recherche, offre ce support nécessaire pour mieux comprendre qui sont ces familles, leurs besoins, attentes et comment nous allons cheminer ensemble. Par l'intermédiaire de ce modèle, nous pouvons être davantage attentives à la famille et, ceci dès les premiers contacts.</p> <p>De part ces éléments, nous faisons le constat que disposant d'éléments importants sur les familles, nous nous devons de collaborer avec l'équipe interdisciplinaire et défendre notre rôle professionnel. Pour cela, l'organisation au sein du service doit comprendre l'interdisciplinarité pour mieux gérer l'ensemble des informations en lien avec les familles et les patients.</p>

Titre et question de recherche	Principaux résultats de l'article	Intérêts pour la pratique
<p>Perception of the Relationship Between Mental Health Professionals and Family Caregivers: Has there been any Change? Journal of Mental Health Nursing</p> <p>Cette étude se préoccupe de comment les familles et les professionnels de santé mentale perçoivent leurs relations réciproques dans le soin.</p>	<p>Cette recherche relève quatre thématiques chez les professionnels de santé mentale qui sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prendre conscience du besoin d'impliquer les familles dans le soin et, de comment la maladie mentale affecte celles-ci. • Problèmes au sein des services de santé mentale. (Manque de temps, problème de collaboration, besoin de formation continue pour accompagner les familles.) • Problèmes avec certaines familles qui engendrent des conflits stressants et qui génèrent des difficultés pour tenter de rencontrer les familles. « Professionals have tried really hard to provide a good service and when the client's prognosis is poor the response of the family is to blame somebody. » (p. 477) • Problèmes de confidentialité <p>En ce qui concerne la perception des familles :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Méfiance grandissante lors d'une péjoration de l'état de santé mentale du patient. • Le maintien dans l'ignorance par les professionnels. • Ceci génère la colère, la frustration, la peur et le désespoir face à la situation globale. • Sentiment d'être ignorées et blâmées à cause de l'état de santé du patient. • Sentiment d'abandon et d'impuissance en lien avec la confidentialité 	<p>Cet article reflète que dans la pratique, il existe un réel problème de relation entre les soignants et les familles. Les professionnels font ressortir qu'ils rencontrent un manque de collaboration interdisciplinaire et qu'ils souhaitent une formation continue pour mieux accompagner les familles en psychiatrie. De plus, il est fait mention du problème de la confidentialité qui interfère dans la relation entre les familles et les soignants. Ceci entraîne une frustration et des émotions tant du côté des professionnels que des familles. Celles-ci ne se sentent pas prises en considération et pas impliquées dans le soin à leur proche. Les professionnels se sentent inconfortables et les familles se sentent démunies et abandonnées. Cette situation de stress et d'inconfort forme un cercle vicieux qui fait qu'amplifier le malaise. Cette étude est intéressante pour la pratique car elle prend en compte les deux points de vue (professionnels et familles). En revanche, cette recherche fait des constats mais ne donne pas de pistes concrètes pour améliorer la pratique. Ces constats sont importants car il relève le malaise qui existe et qui nécessite d'en prendre conscience.</p>

Titre et question de recherche	Principaux résultats de l'article	Intérêts pour la pratique
<p>Mental health professional support in families with a member suffering from severe mental illness: a grounded theory model, Scandinavia Journal Caring science</p> <p>Sur la base des besoins des familles / aidants naturels de proche souffrant de maladie mentale sévère, comment peut-on développer un modèle de support pour les professionnels de santé?</p>	<p>Dans les premiers éléments des résultats, la recherche fait ressortir les difficultés et les besoins des familles confrontées à la crise et à la relation soignant-famille. Les familles qui ont des contacts réguliers avec les professionnels de la santé mentale surmontent mieux la crise que celles qui en sont dépourvues.</p> <p>« The process from crisis to recovery was found to be related to the interaction with MHP, and vice versa. The family members who did not have ongoing contact with the MHP remained in crisis over the years, while those who had ongoing contact with the MHP seemed to recover from crisis and cope with the situation. » (p. 104)</p> <p>Les résultats font mention de quatre stratégies pouvant aider les professionnels pour accompagner les familles dans le processus de crise vers le rétablissement.</p> <p>Ces stratégies sont : being present, listening, sharing, empowering.</p>	<p>Cet article fait, lui aussi, le constat du malaise des familles en psychiatrie. De même, les auteurs tentent d'élaborer une théorie qui permettrait aux professionnels de la santé mentale de mieux accompagner les familles en crise. Cela démontre que les professionnels de la santé mentale sont amenés à développer des compétences dans l'accueil des familles.</p> <p>Nous évoquons l'accueil car la stratégie du « being present » est basée sur le contact, l'information et la protection précoces avec les familles. Cette stratégie, qui intervient dans la crise en santé mentale, peut permettre l'alliance thérapeutique avec la famille afin de la soutenir dans le processus d'adaptation à la situation. Cette stratégie découle de compétences professionnelles nécessaires, et sans celles-ci, l'accompagnement des familles sera inadéquat.</p>
<p>The experience of caring for a person with a mental illness</p> <p>Dans quelle mesure un processus psycho-social « seeking balance » peut permettre aux familles de retrouver un équilibre lorsqu'elles sont « being consumed » ?</p> <p>Il s'agit de développer une méthodologie basée sur la théorie ancrée pour les professionnels de la santé mentale.</p>	<p>Le texte ne dispose pas d'un paragraphe spécifique aux résultats. En revanche, les résultats apparaissent à travers le développement de la théorie.</p> <p>Les résultats soulèvent que les familles qui sont sans soutien, contacts avec des professionnels de la santé mentale se trouvent dans un processus de « being consumed ». Alors que les familles qui bénéficient d'un soutien des professionnels de la santé mentale en plus de leur réseau primaire peuvent cheminer vers un équilibre qui s'appelle « seeking balance ».</p> <p>« The movement to a state of balance was greatly affected by carers' interactions and communication with health professionals along with the level of support they experienced from friends and neighbours. Obtaining knowledge and understanding of mental disorders also facilitated the movement towards balance in their lives. » (p. 386)</p>	<p>Cet article nous fait prendre conscience que les familles ont besoin d'être reconnues et valorisées par les professionnels de la santé mentale ainsi que d'être reconnues comme partenaires dans le soin. Les familles ont besoin de la disponibilité et du support des professionnels de la santé dans l'accompagnement de leur proche sans quoi, il y a un fort risque qu'elles se retrouvent dans le processus du « being consumed ».</p> <p>Pour la pratique, cet élément demeure important car dès l'accueil nous devons être disponibles et anticiper sur la continuité des soins. De part cette disponibilité et le support offert nous pouvons créer une alliance thérapeutique avec la famille qui peut nous permettre d'initier avec elle un processus de « seeking balance ».</p>

Titre et question de recherche	Principaux résultats de l'article	Intérêts pour la pratique
<p>Patient and family perspective: a theory to guide families and carers of people who are at risk of suicide Comment les familles et les ex-patients perçoivent les soins aux personnes ayant fait une tentative de suicide ?</p>	<p>La recherche fait émerger douze catégories dont le concept clé pour la famille est : « impending burn out » que nous traduisons par épuisement imminent.</p> <p>Les résultats relèvent que les familles ont un rôle pivot dans les soins aux personnes suicidaires. Cependant les familles expriment aussi un épuisement physique et émotionnel, qui peut les amener vers un burnout imminent si elles continuent de garder leur proche jour et nuit. Ce phénomène apparent peut amener les ex-patients à commettre à nouveau une tentative de suicide.</p> <p>« [...] the family members perceived that they were both physically and emotionally exhausted. » (p. 1946)</p> <p>A travers les résultats, les chercheurs mentionnent que la théorie développée pourrait être utilisée comme le fondement pour établir un programme psycho-éducatif, pour les familles, sur les soins aux personnes qui ont un risque de suicide.</p>	<p>Cette recherche traite du problème du suicide et de l'impact de celui-ci sur la famille sur le long terme.</p> <p>En lien avec les précédents articles, nous retrouvons la souffrance des familles confrontées à l'accompagnement d'un proche atteint dans sa santé mentale.</p> <p>Les familles ont besoin de bénéficier du soutien des infirmières par l'apport de connaissances (éducation à la santé) sur le suicide et comment le prévenir. Elles ont besoin d'établir une relation de confiance avec ces mêmes infirmières afin de se sentir entendues mais pour oser poser des questions et oser dire leurs difficultés.</p> <p>Nous percevons dans notre rôle professionnel l'importance, de l'alliance thérapeutique, afin d'établir avec les familles un travail sur les stratégies préventives.</p> <p>En effet, cela permet de les soutenir dans leur quotidien face au stress induit par le risque d'une tentative de suicide.</p> <p>Cette recherche ne donne pas de base pratique. Toutefois, elle met en évidence, par la tentative de suicide, les difficultés que rencontrent les familles.</p>

Titre et question de recherche	Principaux résultats de l'article	Intérêts pour la pratique
<p>Parents' experience of collaboration with community healthcare professionals</p> <p>Comment les parents de personnes adultes, en psychiatrie, perçoivent la collaboration avec les professionnels de la santé mentale dans les services de santé communautaire?</p>	<p>Les recherches de cette étude mentionnent quatre thèmes principaux : la communication, la relation entre les parents et les professionnels de la santé mentale, le manque d'information et la participation des parents dans le traitement de leur fille ou fils ainsi que le besoin de guidance et de support.</p> <p>Les parents expriment : « [...] a great need for support and guidance. They clearly stated that they would appreciate such services from their community. Even if they were given the opportunity to ask questions, they usually did not know what to ask, as everything was new and unfamiliar to them ». (p. 502)</p> <p>De plus, les familles se sentent pas reconnues pour leurs opinions et qu'elles ont peu de pouvoir.</p> <p>« The findings of this study show that the parents rarely received acknowledgement of their opinions, thus they felt that they had very little power. » (p. 502).</p> <p>Dans les résultats, il est également fait mention du pouvoir des soignants et le problème de la confidentialité.</p>	<p>Cette recherche nous fait prendre conscience que nous accueillons et accompagnons aussi des familles de proche ayant fait une tentative de suicide dans le contexte de la santé communautaire. L'étude nous rappelle que dans la pratique, nous ne devons pas avoir un regard jugeant ou stigmatisant envers les parents. Un tel comportement peut être un obstacle à la collaboration avec les familles. Au contraire, nous devons accueillir les familles comme des partenaires afin d'établir une relation symétrique et constante sur le long terme.</p> <p>De plus, nous avons comme rôle de créer des liens avec les différents professionnels de la santé mentale mais aussi avec le réseau socio-sanitaire et familial, notamment. Ceci a pour but, comme dans les précédents textes, d'anticiper, dans la continuité des soins, les rechutes et/ou une péjoration de la santé de la famille.</p>

Titre et question de recherche	Principaux résultats de l'article	Intérêts pour la pratique
<p>Modified grounded theory study of how psychiatric nurses work with suicidal people Comment les infirmières en psychiatrie fournissent-elles des soins adéquats aux personnes à risque suicidaire.</p>	<p>Les chercheurs soulignent que la meilleure route pour comprendre le suicide n'est pas à travers l'étude de la structure du cerveau ou l'étude de statistiques sociales, ou l'étude des maladies mentales, mais directement à travers l'étude des émotions de l'être humain décrites par les mots des personnes suicidaires. La variable principale des résultats est la reconnexion de la personne avec l'humanité. D'autres sous variables importantes sont mentionnées comme :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Refléter une image d'humanité • Guider la personne vers l'humanité • Apprendre à vivre <p>Les chercheurs relèvent que toute infirmière qui souhaite travailler avec des personnes suicidaires a besoin d'être à l'aise avec la co-présence, d'être capable de se retenir d'être trop instrumentale, doit être confortable avec la mort et de pouvoir parler du suicide. Ils relèvent aussi que plusieurs infirmières sont inconfortables avec la charge émotionnelle dans les relations interpersonnelles et certaines construisent des mécanismes de défenses élaborés afin d'éviter cela.</p>	<p>A la différence des autres recherches, celle-ci place au centre la difficulté, pour les infirmières, de gérer leurs émotions en lien avec la tentative de suicide.</p> <p>Dans la pratique, en psychiatrie, nous travaillons avec les émotions, celles des autres et les nôtres.</p> <p>La façon d'être de l'infirmière va construire la relation autant avec le patient qu'avec la famille. Cette relation devrait être basée sur le non-jugement, le respect, l'authenticité et devrait faire abstraction de la stigmatisation.</p> <p>Même si nous nous concentrons sur l'accueil de la famille, nous n'ocultons pas qu'il est nécessaire de créer un lien, de la confiance avec le patient dès le début de son hospitalisation ; ceci dans le but de minimiser les problèmes de confidentialité envers la famille.</p>

Nous constatons, d'une part, qu'une seule recherche nous offre une approche pratique pour accompagner les familles. En effet, le modèle de Calgary est pertinent dans cette approche et nous aide à favoriser un accueil chaleureux. D'autre part, les textes démontrent, de manière assez uniforme, la difficulté de la relation entre les professionnels de santé mentale et les familles, patients compris. Nous relevons que nous autres professionnelles, sommes des humains avec nos émotions. Selon les situations et les familles, la relation peut être compliquée. Pour accueillir de manière adéquate les familles en psychiatrie, il est nécessaire que les professionnels se connaissent, acceptent d'avoir la connaissance théorique mais pas la connaissance de la personne qui fait symptômes. Pour cela, la relation symétrique avec les familles doit permettre la création d'une alliance thérapeutique contribuant à préserver la santé de tous les membres de la famille. En phase de crise, bien souvent, les familles sont démunies, dans l'émotion et sont vulnérables. Cette vulnérabilité doit être prise en compte par les infirmières de manière à favoriser la rencontre là où les familles se trouvent émotionnellement. Une recherche nous montre qu'il est possible de créer un modèle de soutien pour aider les professionnels à accompagner les familles comprenant les stratégies suivantes : being present, listening, sharing, empowering... . Une autre étude relève qu'un processus pour les familles peut être introduit dans les soins afin de les aider à faire face à l'expérience vécue en développant des stratégies adaptatives.

8 Discussion et perspectives

Les articles de recherche travaillés nous apportent des éléments qui nous guident dans l'accueil des familles en psychiatrie de manière générale. En effet, un seul article traite des familles confrontées au risque de tentative de suicide d'un de ces membres de famille. Nous pouvons lire dans certains articles un lien avec le risque suicidaire mais ils ne se focalisent pas que sur ce phénomène.

Nous retenons que le modèle de Calgary, utilisé dans un hôpital psychiatrique afin de favoriser et d'améliorer les relations avec les familles, est une ressource pour les infirmières en psychiatrie ; ce modèle apporte un outil dans la construction de cette alliance car il consolide les aptitudes des infirmières et les met en confiance dans cette rencontre avec les familles. Certes, ce modèle nécessite d'être appréhendé, approprié et utilisé pour mieux l'intégrer dans les prémices de l'accompagnement des familles.

Au-delà du modèle de Calgary, les infirmières en psychiatrie ont un rôle pivot pour soutenir les familles, dans ce moment de crise qu'est l'hospitalisation, pour les guider vers un équilibre. Pour ce faire, il est primordial que les familles et les infirmières soient en interaction ; ceci est souligné par Gavois & al., (2006): « The process from crisis to recovery was found to be related to the interaction with MHP, and vice versa. » (p. 104)

L'accueil, qui demeure le fondement de ces interactions sur le long terme, doit revêtir les aptitudes relationnelles de la part des infirmières en psychiatrie. Les articles de recherche susmentionnés nous offrent peu d'éléments concrets sur ce domaine. Toutefois, nous nous approprions les stratégies suivantes : being present, listening, sharing, empowering, développées par Gavois & al., (2006). Ces stratégies sont à mettre en lien avec les caractéristiques de la relation d'aide. Accueillir les familles nécessitent: « l'acquisition de connaissances, d'habiletés et d'attitudes particulières en vue d'entrer en relation avec un client et d'offrir une aide psychologique soutenue, quel que soit le contexte de l'intervention. » (Chalifour, 2003, p. 126)

L'écoute demeure une aptitude capitale.

Dans certaines situations, l'écoute permettra la mise en évidence de l'épuisement des proches aidants (aidants familiaux). Il arrive que les situations se dégradent petit à petit et que le moment d'hospitalisation ou de consultation soit le moment où la famille est débordée par les événements, où elle ne peut plus faire face, le moment où elle manifeste son épuisement [...]. (Allin, Cazes & Maufoux, 2009, p. 159)

Si lors de l'accueil nous n'accordons pas cette écoute active aux familles désemparées, alors nous pouvons émettre l'hypothèse que l'alliance thérapeutique sera grandement compromise. En plus d'aptitudes relationnelles, nous devons faire preuve d'un comportement non jugeant ou stigmatisant envers les parents. Un tel comportement peut être un obstacle à la collaboration avec les familles. Au contraire, nous devrions accueillir les familles comme des partenaires afin d'établir une relation symétrique et constante sur le long terme. Jakobsen & Severinsson (2006) relève à juste titre que: « if the health professionals have a somewhat negative attitude towards the parents, they will act in a reserved manner towards them. » (p. 503).

Toutefois, nous sommes conscientes que nous pouvons être confrontées à des familles qui ne sont pas prêtes à accepter l'aide bienveillante que nous pourrions leur offrir. Nous pouvons attribuer ce phénomène au fait que les familles sont probablement en train de rentrer dans un processus. En revanche, l'accueil demeure un fondement dans les notions de respect, disponibilité et d'attention envers les familles, en tout temps, et indépendamment de toute situation.

Un autre élément qui a été mentionné par les familles dans plusieurs études est le problème de la confidentialité. Confrontées à cet aspect des soins, les familles se sentent exclues des soins et pas considérées comme des partenaires. Pourtant, les majorités de ces familles vont avoir la responsabilité d'assurer la continuité des soins une fois que leur proche aura quitté l'hôpital. « Une recherche en France a souligné que le travail fourni par les aidants représentait l'équivalent de 500 000 postes à temps plein à raison de 37,4 heures par semaine. » (Ducharme, 2006, p. 33)

Le problème de la confidentialité génère une tension entre les familles et les infirmières en psychiatrie qui ne favorise pas l'alliance thérapeutique. Les articles de recherche qui soulèvent ce dilemme n'apportent pas de stratégies pour permettre aux infirmières en psychiatrie d'y faire face. Nous postulons que le modèle de McGill, modèle de soins élaboré par Moyra Allen, est un modèle propice à l'accompagnement des familles car celui-ci inclut les membres de la famille au processus d'élaboration des objectifs de traitement. Il fait ressortir une conception des soins infirmiers basée sur le partenariat entre les soignants, l'individu et la famille.

Ce partenariat est décrit comme une « [...] relation de collaboration où le terme « relation » signifie être en contact ou en rapport, tandis que le terme « collaboration » fait allusion à une coopération, à une participation avec d'autres à une œuvre commune. » (Gasse & Guary, 1997, 156)

En regard de notre question clinique, nous pouvons entrevoir l'accueil à travers la relation et l'alliance thérapeutique à travers la collaboration.

Le modèle de McGill a l'avantage de réunir les membres de famille, patient compris, dans le but de promouvoir la santé de chacun. Ce modèle : « [...] met en avant la valeur de promotion de santé autour des quatre concepts du métaparadigme infirmier. » (Biro *et al.* 2005, p. 31)

D'une part, le modèle de McGill place l'infirmière en psychiatrie au centre du réseau socio-sanitaire ayant pour mission de promouvoir la santé.

En regard du problème de confidentialité, nous postulons que ce cadre conceptuel infirmier nous permet un accompagnement parallèle du patient et de sa famille. Par ce biais, nous pouvons concevoir une entente entre la famille et le patient sur le délicat problème de la confidentialité.

D'autre part, nous relevons que le modèle de McGill ne fait pas mention de son application dans le domaine de la santé mentale. Toutefois, nous constatons que celui-ci pourrait être une ressource pour nous aider à « reconnecter le patient à l'humanité » (Cutcliffe, *et al.*, 2006). Cela signifie que notre rôle envers le patient comprend, entre autres, de « refléter une image

d'humanité, guider la personne vers l'humanité et lui apprendre à vivre » (Cutcliffe, *et al*, 2006).

Ce concept, reconnecter la personne à l'humanité, signifie que nous devons soutenir le patient à se reconnecter à son environnement social comprenant la famille.

En conclusion, le modèle de McGill pourrait être approprié en terme de réponse à notre questionnement. En revanche, nous ne devons pas occulter les limites de ce modèle. A notre connaissance, aucune recherche n'a fait mention, ni ne s'est penchée sur ce modèle dans le contexte de la psychiatrie.

Dans les articles non scientifiques en notre possession, ce modèle s'intéresse à de nombreux domaines mais pas à la psychiatrie.

Il pourrait être intéressant d'effectuer une recherche sur l'utilisation de ce modèle dans le domaine de la santé mentale afin d'évaluer sa pertinence dans ce contexte.

9 Limites

Les résultats de nos recherches ne nous permettent pas de donner des réponses concrètes pour la pratique infirmière. En regard de notre question clinique, le terme accueil n'est pas utilisé en tant que tel dans les pays anglo-saxons pour le domaine de la psychiatrie.

Nous émettons l'hypothèse que dans le contexte de la psychiatrie, nous sommes dans une mouvance qui permet la prise de conscience de l'importance de la relation avec la famille.

Il est à relever que ce n'est que depuis peu que la famille est prise en compte dans les soins en psychiatrie comme partenaire.

Malgré tout, l'idéal que nous avons sur l'accueil des familles en psychiatrie est également limité par des aspects organisationnels et le contexte socio-économique actuel.

10 Conclusion

Au terme de ce travail, nous faisons le constat qu'en tant que professionnelles de la santé en psychiatrie, nous nous trouvons face à deux groupes. En effet, « [...] famille et le service psychiatrique dont les buts, les centres d'intérêt, les motivations, les discours sont par essence différents. L'une et l'autre sont condamnées à cheminer ensemble. » (Friard, 2002, p. 21)

De ce fait, nous sommes amenées à collaborer ensemble, avec la famille, autour du patient hospitalisé en psychiatrie ce qui nécessitent des compétences relationnelles et communicatives afin d'éviter la souffrance de l'un ou de l'autre.

Nous avons mis en évidence que pour être accueillantes, cela nécessite de développer des aptitudes relationnelles de la part des infirmières tels que le respect et le non jugement, la disponibilité et l'attention envers les familles.

Toutefois, nous restons conscientes qu'au quotidien, il est difficile de contenir et de gérer les émotions que génèrent les diverses situations rencontrées dans le contexte de la psychiatrie.

De plus, nous relevons que la collaboration interdisciplinaire avec une circulation de l'information contribue à favoriser l'alliance thérapeutique avec les familles. Une alliance raisonnée entre l'infirmière et la famille permet d'apprendre « [...] l'une de l'autre, chacune étant une ressource, un soutien pour l'autre. » (Friard, 2002, p. 21)

A travers cette initiation à la recherche, nous comprenons l'importance de se questionner sur notre pratique pour se confronter à une problématique donnée afin de trouver des stratégies pour améliorer le quotidien des soins infirmiers.

La recherche nous permet de nous remettre en question, de trouver des réponses pour améliorer notre pratique. De plus, elle contribue à l'apport de théories, de connaissances, d'outils professionnels pour nous permettre de nous adapter en permanence à l'évolution de l'environnement social, politique et professionnel.

Le développement de la recherche en soins infirmiers demeure le meilleur moyen pour faire reconnaître et asseoir les compétences infirmières ainsi que de contribuer à l'élaboration des « evidence based nursing ».

Le fait d'avoir été sensibilisées à la recherche nous oblige, désormais, à nous remettre en question et nous ouvrir sur d'autres perspectives professionnelles. De plus, celle-ci nous fait prendre conscience que rien n'est figé mais que les soins infirmiers évoluent. Nous constatons que nous ne pouvons rester sur des acquis ou des croyances, mais nous devons rester vigilantes quant à la routine quotidienne du soin.

Par cette introspection particulière, le regard critique envers nous-mêmes permet de nous développer constamment, tant professionnellement que personnellement.

Pour conclure, les compétences développées au cours de notre formation favorisent la prise en soin des personnes, mais la recherche nous amène à réaliser que nos compétences doivent évoluer pour rester professionnelles.

11 Bibliographie

Liste de références bibliographiques

Allin, A.-C., Cazes, M. & Maufoux, R. (2009). *Situations aiguës : situations de soins*. Rueil-Malmaison : Lamarre

Au fil des pages, galerie de Scrapbooking d'Angélique. *Main dans la main*. Accès le 18 juin 2010. http://scrapangelique.canalblog.com/albums/album/photos/3556949-main_dans_la_main_2.html

Bantman, P. (1999). *Alliance thérapeutique avec la famille ? De la psychiatrie de secteur à une Psychiatrie de proximité : quelle place pour les familles ?* In Soins Etude et Recherche en PSYchiatrie. Accès le 11 décembre 2009.

http://www.serpsy.org/familles/alliance_therapeutique.html

Bantman, P. (2000). Vers une alliance thérapeutique avec la famille. *Soins psychiatrie*, 206, 7-10

Bantman, P. (2002). La famille, « partenaire thérapeutique ». *Santé mentale*, 71, 40-45

Bell, J. M., Campagna, L., Duhamel, F., Goudreau, J., Paul, D., Pelchat, D., Plante, A., Ricard, N., Roy, M., Watson, W. L. & Wright, L. M. (1995). *La santé et la famille. Une approche systémique en soins infirmiers*. Montréal : Gaëtan Morin

Biro, P., Dervaux, M. P. & Pegon, M. (2005). Méthodologie : le modèle de McGill. *Recherche en soins infirmiers*, 80, 28-38

Boudier, B. & Tunesi, T. (2001). Les entretiens de famille. *Soins Psychiatrie*, 215, 35-39

Cerrone, T. (2008) *La compétence des familles : réalité ou question de regard ?* [Présentation power point]. Lausanne : Haute Ecole de Santé La Source

Chalifour, J. (2003). *L'intervention thérapeutique : volume 1 – Les fondements existentiels-humanistes de la relation d'aide*. Montréal : Gaëtan Morin

Cutcliffe, J. R., Stevenson, C., Jackson, S. & Smith, P. (2006). A modified grounded theory study of how psychiatric nurses work with suicidal people. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 791-802

Ducharme, F. (2003). *Famille et soins aux personnes âgées : enjeux, défis et stratégies*. Montréal : Beauchemin

Fan-Ko, S. & Long, A. (2008). A theory to guide families and carers of people who are at risk of suicide. *Journal of Clinical Nursing*, 17(14), 1939-1948

Formarier, M. (2003). Approche du concept d'accueil, entre banalité et complexité. *Recherche en soins infirmiers*, 75, 15-20

Friard, D. (2002). Accueillir la famille. *Santé mentale*, 71, 19-30

Gasse, M. J. & Guary, L. (1997). *Des modèles conceptuels en soins infirmiers*. (2^{ème} éd.) Québec : Presses inter universitaires

Gavois, H., Paulsson, G. & Fridlund, B. (2006). Mental health professional support in families with a member suffering from severe mental illness : a grounded theory model. *Nordic College of Caring Science*, 20, 102-109

Goudreau, J., Duhamel, F. & Ricard, N. (2006). The impact of a family systems nursing. Educational program on the practise of psychiatric nurses. *Journal of Family Nursing*, 12(3), 292-306

Jakobsen, E. S. & Severinsson, E. (2006). Parents' experiences of collaboration with community healthcare professionals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 498-505

Laflame, F. (2007). *Prévenir le suicide pour préserver la vie. Guide de pratique clinique*. In Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Accès le 11 décembre 2009
http://www.oiiq.org/uploads/publications/autres_publications/Suicide/SuicideGuide.pdf

Nicholls, E. & Pernice, R. (2009). Perceptions of the relationship between mental health professionals and family caregivers : has there been any change ? *Mental Health Nursing*, 30, 474-481

Organisation mondiale de la Santé. (Octobre 2007). *La santé des populations autochtones*. Accès le 6 janvier 2010 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs326/fr/>

Reymond Wolfer, C. (2005). *Soignants, usagers et proches, les enjeux d'un partenariat : contribution à l'approche de santé communautaire en psychiatrie*. Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme des Hautes Etudes des Pratiques Sociales, Strasbourg, Université Marc Bloch

Site officiel du Canton de Vaud. (10 Novembre 2008). *Politique de santé mentale. Plan d'actions 2007-2012*. Accès le 6 janvier 2010

http://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/organisation/dsas/ssp/fichiers_pdf/synthese_plan_SANMT_vdef_novembre_08.pdf

Sorsana, C. (1999). *Psychologie des interactions sociaux-cognitives*. Paris : Ed. Armand Colin

Vannotti, M. & Bernet, C. (9 mai 2008). *Soigner avec les familles*. In Association Réseau de la communauté sanitaire de la région lausannoise (ARCOS). Accès le 11 décembre 2009. http://files.arcosvd.ch/arcos/arcos_palliative_flash_009.pdf

Wynaden, D. (2007). The experience of caring for a person with a mental illness : a grounded theory study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16, 381-389

Liste bibliographique

Banque de données en santé publique, glossaire multilingue. (21 décembre 2009). *Banque de données en santé publique*. Accès le 6 janvier 2010 <http://www.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/Default.asp>

Castelli Dransart, D. A. & Guerry, S. (2008). *Vécu, besoins et démarches de recherche d'aide de l'entourage de personnes suicidaires ou suicidantes*. Brève synthèse à l'intention des participants et des partenaires de terrain. Haute Ecole Fribourgeoise du Travail Social, Fribourg.

Chappuis, M. (2008). *Les méthodes de recherche qualitative, le paradigme, les stratégies*. [Polycopié]. Lausanne : Haute Ecole de la Santé La Source

Chèvre, C. & Pillonel, A. (2006). *Comment les parents vivent-ils l'hospitalisation de leur enfant en psychiatrie ?* Mémoire de fin d'étude présenté à la Haute Ecole de la Santé La Source, programme de formation d'infirmières, infirmiers HES, Lausanne

Loiselle, C. G., Profetto-McGrath, J., Polit, D. F. & Tatano Beck, C. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières : approches quantitatives et qualitatives*. Saint-Laurent (Québec) : ERPI

Wosinski, J. (2008). *Les approches quantitatives et qualitatives*. [Présentation power point]. Lausanne : Haute Ecole de la Santé La Source

Wosinski, J. (2009). *Théorie enracinée*. [Présentation power point]. Lausanne : Haute Ecole de la Santé La Source

Wright, L. M. (2007). *L'infirmière et la famille*. Saint-Laurent (Québec) : ERPI