

**Travail de Bachelor**

**Stigmatisation infirmière des personnes adultes atteintes de  
troubles mentaux**

Revue de la littérature

Réalisé par : Isaura Barras

Promotion : Bachelor 18

Sous la direction de : Salamat Aziz

Sion, le 7 juillet 2021

## Résumé

Le contexte pandémique actuel occasionne une augmentation des troubles mentaux. Par ailleurs, la dépression est le trouble psychiatrique le plus répandu à travers le monde. Les hospitalisations au sein de milieux non psychiatriques concernant des patients ayant comme codiagnostic une pathologie mentale sont en augmentation. Cependant, certains infirmiers travaillant en milieu somatique stigmatisent les patients atteints de troubles mentaux, dont la dépression.

Une sélection d'articles a été effectuée dans le but de comprendre l'impact de la stigmatisation de certains infirmiers envers les patients atteints de troubles psychiatriques, dont la dépression. De ce fait, une recherche minutieuse basée sur des critères d'inclusion (infirmiers, établissement non psychiatrique, patients atteints de troubles mentaux, patients atteints de dépression, patient adulte) et des critères d'exclusion (établissement de soins psychiatriques, infirmier en psychiatrie, patient enfant-âge adolescent) a été réalisée au sein des bases de données CINHALL Complete, PubMed (Medline)\*, et PsychInfo. De ce fait, six recherches ont été sélectionnées puis analysées méthodologiquement.

L'analyse de ces six études a mis en évidence la présence de stigmatisation infirmière au sein de contextes de soins non psychiatriques. La stigmatisation de certaines infirmières affecte notamment la prise en soins, la communication et la relation patient-soignant. Un déficit de connaissances en matière de santé mentale chez les infirmiers travaillant en milieu somatique en serait la cause.

Pour conclure, il s'avérerait nécessaire de réduire l'impact de la stigmatisation infirmière envers les patients atteints de troubles mentaux, dont la dépression, en améliorant les connaissances infirmières en matière de santé mentale.

Mots-clés : stigmatisation, infirmiers, troubles psychiatriques, troubles dépressifs, établissements de soins non psychiatriques, prise en charge infirmière

## **Remerciements**

Je remercie infiniment monsieur Salamat Aziz pour son soutien tout au long de la réalisation de cette revue systématique.

Je suis également reconnaissante envers ma famille et mes amis, pour leurs encouragements et leur soutien durant la réalisation de ce travail.

Enfin, je remercie également l'association Synapsespoir, l'association du réseau d'entraide valaisan, l'association d'entraide psychiatrique pour m'avoir apporté les réponses essentielles pour clôturer de cette revue systématique.

## Déclaration

*Cette revue de la littérature a été réalisée dans le cadre de la formation Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers à la Haute École de Santé Valais-Wallis (HEdS).*

*L'utilisation des résultats ainsi que les propositions pour la pratique et la recherche n'engagent que la responsabilité de son auteure et nullement les membres du jury ou la HES.*

*De plus, l'auteure certifie avoir réalisé seule cette revue de la littérature.*

*L'auteure déclare également ne pas avoir plagié ou utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la bibliographie et référencées selon les normes APA 7.0.*

Lieu et date : Sion, le 7 juillet 2021

---

Signature

## Table des matières

|           |   |           |
|-----------|---|-----------|
| <b>1.</b> | <b>Introduction .....</b>   | <b>1</b>  |
| 1.1       | Problématique .....   | 1         |
| 1.2       | Question de recherche.....  | 3         |
| 1.3       | But de la recherche .....   | 4         |
| <b>2.</b> | <b>Cadre théorique.....</b>   | <b>4</b>  |
| 2.1       | Généralités sur les troubles mentaux et le trouble dépressif .....    | 4         |
| 2.1.1     | Les troubles mentaux.....   | 4         |
| 2.1.2     | Le trouble dépressif.....   | 5         |
| 2.2       | La stigmatisation .....   | 8         |
| 2.2.1     | Définition de la stigmatisation et ces généralités .....              | 8         |
| 2.2.2     | L'impact de la stigmatisation .....                                   | 9         |
| 2.3       | La théorie infirmière d'Hildegard Peplau .....                        | 11        |
| <b>3.</b> | <b>Méthode .....</b>  | <b>13</b> |
| 3.1       | Devis de recherche .....  | 13        |
| 3.2       | Collecte des données.....   | 14        |
| 3.3       | Sélection des données.....  | 17        |
| 3.4       | Considérations éthiques.....  | 18        |
| 3.5       | Analyse des données.....  | 18        |
| <b>4.</b> | <b>Résultats .....</b>  | <b>20</b> |
| 4.1       | Description de l'étude 1.....   | 20        |
| 4.1.1     | Validité méthodologique.....  | 21        |
| 4.1.2     | Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle ..... | 22        |
| 4.2       | Description de l'étude 2.....   | 23        |
| 4.2.1     | Validité méthodologique.....  | 24        |
| 4.2.2     | Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle ..... | 24        |
| 4.3       | Description de l'étude 3.....   | 26        |
| 4.3.1     | Validité méthodologique.....  | 27        |
| 4.3.2     | Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle ..... | 28        |
| 4.4       | Description de l'étude 4.....   | 29        |
| 4.4.1     | Validité méthodologique.....  | 31        |
| 4.4.2     | Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle ..... | 32        |
| 4.5       | Description de l'étude 5.....   | 33        |

|           |   |           |
|-----------|---|-----------|
| 4.5.1     | Validité méthodologique.....  | 35        |
| 4.5.2     | Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle ..... | 36        |
| 4.6       | Description de l'étude 6.....   | 37        |
| 4.6.1     | Validité méthodologique.....  | 39        |
| 4.6.2     | Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle ..... | 40        |
| 4.7       | Synthèse des principaux résultats .....                               | 40        |
| <b>5.</b> | <b>Discussion .....</b>   | <b>42</b> |
| 5.1       | Discussion des résultats .....  | 42        |
| 5.2       | Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences .....     | 45        |
| 5.3       | Limites et critiques de la revue de la littérature.....               | 46        |
| <b>6.</b> | <b>Conclusions.....</b>   | <b>47</b> |
| 6.1       | Propositions pour la pratique .....                                   | 47        |
| 6.2       | Propositions pour la formation .....                                  | 48        |
| 6.3       | Propositions pour la recherche .....                                  | 48        |
| <b>7.</b> | <b>Références bibliographiques.....</b>                               | <b>50</b> |
| <b>8.</b> | <b>Annexes .....</b>  | <b>I</b>  |
| 8.1       | Annexe I : Diagramme du flux PRISMA 2009 .....                        | I         |
| 8.2       | Annexe II : Tableaux de recension des études.....                     | II        |
| 8.3       | Annexe III : Pyramide des preuves .....                               | VIII      |
| 8.4       | Annexe IV : Glossaires.....   | IX        |
| 8.4.1     | Glossaire méthodologique .....  | IX        |
| 8.4.2     | Glossaire général .....   | XV        |

## Liste des tableaux

|  |    |
|--|----|
| Tableau 1 : Mots-clés et descripteurs.....               | 15 |
| Tableau 2 : Équation de recherche CINAHL .....           | 16 |
| Tableau 3 : Équation de recherche Medline (PubMed) ..... | 16 |
| Tableau 4 : Équation de recherche PsychInfo.....         | 17 |
| Tableau 5 : Liste des articles retenus.....              | 19 |

## Liste des abréviations

|        |   |
|--------|---|
| ANOVA  | Analyse de la variance                                  |
| CIM    | Classification internationale des maladies              |
| DSM    | Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux |
| HAS    | Haute autorité de santé                                 |
| HES-SO | Haute école spécialisée de Suisse occidentale           |
| OBSAN  | Observatoire suisse de la santé                         |
| OFS    | Office fédéral de la statistique                        |
| OMS    | Organisation mondiale de la santé                       |
| RL     | Revue de la littérature                                 |
| RMS    | Revue médicale suisse                                   |
| SSPT   | Syndrome de stress post-traumatique                     |
| TAG    | Trouble anxieux généralisé                              |
| VD     | Variable dépendante                                     |
| VI     | Variable indépendante                                   |



## **1. Introduction**

Cette revue de la littérature a pour but de répondre à une question de recherche\* ultérieurement formulée, sur la thématique de la stigmatisation de certains infirmiers dans les établissements de soins non psychiatriques.

Cette revue de la littérature sera composée de plusieurs sections. Une introduction sera développée. Celle-ci exposera la problématique, l'importance de ce thème pour les soins infirmiers ainsi que les buts de la présente recherche.

Cette revue de la littérature se poursuivra avec un cadre théorique qui exposera les différents concepts\* de ce travail. Le cadre théorique sera suivi d'une analyse méthodologique de six articles de recherche, provenant de bases de données\*. Puis, une section discussion permettra de traiter les résultats obtenus.

Cette revue de la littérature s'achèvera par une conclusion mettant en évidence des propositions pour la formation, la pratique infirmière et la recherche contribuant à la diminution de la stigmatisation infirmière des troubles mentaux, dont la dépression, au sein des milieux de soins non psychiatriques.

### **1.1 Problématique**

Selon le rapport sur la santé dans le monde rédigé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), plus de 450 millions de personnes seraient atteintes de troubles mentaux à travers le monde. De ce fait, un individu sur quatre serait atteint d'un trouble mental au cours de sa vie (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2001). En outre, en 2019, 45 millions de personnes étaient touchées par les troubles affectifs bipolaires, 20 millions de personnes étaient atteintes de schizophrénie et autres psychoses, et 50 millions de personnes étaient impactées par la démence (OMS, 2019). En Suisse, en 2015, plus de 17% de la population serait atteinte d'un ou plusieurs troubles mentaux. Économiquement, le coût était estimé à 7 milliards de francs par an (Bürli et al., 2015). Les principaux faits évoqués par l'OMS en 2019 mettent en évidence que plus de 35 à 50% des personnes atteintes des pathologies mentales provenant de pays à revenu élevé ne seraient pas prises en charge (OMS, 2019). Néanmoins selon l'Observatoire suisse de la santé (OBSAN,) en 2014, 91 297 séjours d'hospitalisations d'ordre psychiatrique ont pu être relevés. Ainsi, 26% des troubles psychiques diagnostiqués ont été traités dans un service aigu ou dans des hôpitaux généraux. Aussi, les patients atteints de pathologies psychiatriques ont bénéficié de quinze fois plus de soin dans des cabinets généralistes qu'au sein de cabinets ambulatoires

spécialisés en psychiatrie (Schuler et al., 2020). De plus, 71% des personnes souffrant de troubles psychiques graves et 73% souffrant de symptômes dépressifs sévères sont impactées par des pathologies somatiques (OMS, 2019), majorant les hospitalisations au sein de milieux non spécialisés. Les faits précédemment cités mettent en évidence que les pathologies psychiatriques sont de plus en plus présentes au sein de la population mondiale et suisse. De ce fait, celles-ci sont traitées en surcroît au sein de milieux de soins non psychiatriques. La présence d'individus atteints de maladie mentale au sein de milieux de soins non spécialisés en santé mentale engendre un phénomène de stigmatisation chez certains infirmiers. Deux études, notamment, confirment cette observation (Kohrt et al., 2020 ; Vistorte et al., 2018).

Toutefois, selon l'OMS, l'un des troubles psychiatriques le plus répandus est la dépression, avec plus de 264 millions de personnes atteintes à travers le monde. Cette maladie psychique est également la première cause d'incapacité au niveau mondial (Organisation mondiale de la santé, 2020). En Europe, plus de 25% de la population est atteinte de dépression ou d'anxiété en 2020. Pourtant, uniquement 50% des personnes atteintes de troubles dépressifs majeurs sont traitées (Organisation mondiale de la santé Europe, s. d.). En Suisse, la dépression est considérée comme la maladie mentale la plus fréquente en 2017, selon l'OFS (Office fédéral de la statistique [OFS], 2020). L'Observatoire suisse de la santé déclare que la population helvétique la plus touchée par le trouble dépressif serait les jeunes adultes de quinze à 34 ans avec une atteinte de 11,3%. La population âgée de 35 à 49 ans serait affectée à plus de 9% par la dépression. La population âgée de plus de 65 ans serait la moins touchée, avec 4,2% d'atteinte (Schuler et al., 2020).

La dépression peut engendrer une conséquence gravissime à long terme : le suicide. 800 000 personnes se suicident dans le monde chaque année. En 2012, le suicide représentait 1,4% des décès et constituait la quinzième cause de mortalité à l'échelle mondiale. De plus, pour la population âgée de 15-29 ans, le suicide est la deuxième cause de mortalité dans le monde (OMS, 2021b). En 2016, en Suisse, 1016 personnes se sont donné la mort (Office fédéral de la santé publique [OFSP], 2019).

La pandémie de COVID-19 accroît les symptômes de la dépression et d'anxiété dans de nombreux pays. Selon l'OMS, la prévalence des symptômes de la dépression en Éthiopie pendant la pandémie de COVID-19 aurait été multipliée par trois. En Chine, plus de 50% de la population serait actuellement atteinte de dépression à la suite de la pandémie COVID-19 (Organisation mondiale de la santé, 2020). Cette pathologie psychiatrique est l'objet de stéréotypes, de préjugés et du phénomène de stigmatisation.

Selon Giordana et Angermeyer (2010, p. 56), 84% des internautes estiment que la personne dépressive est consciente de son état. 87% de la population interrogée considèrent les personnes dépressives comme « tristes » et 80% comme des personnes qui veulent se suicider. De plus, la stigmatisation des maladies mentales a une répercussion sur l'économie. En effet, l'Europe est confrontée à une perte économique estimée à plus de 170 milliards d'euros par an pour la dépression (Organisation mondiale de la santé Europe, s.d.). Comme l'évoquent les chiffres précédemment cités, la dépression est une maladie psychiatrique qui affecte le monde entier. Les infirmiers généralistes voient la prise en charge de patients atteints de troubles dépressifs augmenter. « Avec 2,5 cas pour 1000 habitants, la dépression – surtout chez les femmes – est le diagnostic psychiatrique le plus souvent traité dans les hôpitaux » (Schuler & Burla, 2012, p. 25). Le trouble dépressif représente la majeure partie des jours d'hospitalisation. La dépression engendre également une charge de morbidité importante (Schuler & Burla, 2012). De cette manière, la demande en soins de patients atteints de troubles dépressifs au sein de milieux non psychiatriques engendre une stigmatisation de la part de certains infirmiers de milieu somatique. Plusieurs articles de recherches confirment cette constatation (Haddad et al., 2012 ; Lee et al., 2020 ; Magliano et al., 2020).

## **1.2 Question de recherche**

Cette revue de la littérature se base sur la thématique de la stigmatisation de certains infirmiers envers les patients atteints de troubles mentaux, dont le trouble dépressif. En effet, les chiffres cités précédemment mettent en évidence la présence importante d'individus atteints de troubles mentaux à l'échelle\* mondiale et helvétique, ainsi que leur présence dans des établissements de soins non spécialistes. Le trouble dépressif est considéré comme la première cause d'incapacité au niveau mondial et est l'un des troubles psychiatriques les plus répandus au monde (Organisation mondiale de la santé, 2020). La population de jeunes adultes est la plus touchée par le trouble dépressif (OMS, 2021b). De cette manière, de nombreux infirmiers en soins généralistes prennent en charge des patients ayant comme codiagnostic un trouble psychiatrique, particulièrement le trouble dépressif. Néanmoins, d'après de nombreuses études préalablement citées, la stigmatisation de pathologies mentales, dont la dépression, de la part de certains infirmiers au sein d'établissements de soins non psychiatriques a pu être relevée. C'est pourquoi la question de cette revue de la littérature est la suivante : « *Quel est l'impact de la stigmatisation par certains infirmiers de personnes adultes atteintes de troubles mentaux, dont la dépression, au sein des établissements non psychiatriques ?* »

### **1.3 But de la recherche**

Cette revue de la littérature a pour objectif principal de distinguer et d'analyser les conséquences de la stigmatisation de certains infirmiers envers les patients atteints de troubles mentaux, dont la dépression, dans les milieux de soins généraux. Cette recherche permettra également de sensibiliser le personnel infirmier généraliste à cette thématique. Aussi, ce travail examinera les moyens disponibles visant la réduction de la stigmatisation des troubles mentaux dans les milieux de soins somatiques, de façon à optimiser et améliorer la qualité de la prise en charge infirmière de cette population de patients.

## **2. Cadre théorique**

La présente section développera trois concepts en lien avec la problématique : les généralités sur les troubles mentaux et le trouble dépressif ; la stigmatisation et les moyens permettant de pallier celle-ci présentés au travers de la théorie « les relations interpersonnelles en soins infirmiers » d'Hildegard Peplau (Peplau, 1995).

### **2.1 Généralités sur les troubles mentaux et le trouble dépressif**

Dans la section méthodologie, le contenu des articles analysés sera divers. Pour cause, certains auteurs ont traité l'impact de la stigmatisation des troubles mentaux en général par certains infirmiers en regroupant plusieurs pathologies psychiatriques au sein d'une même étude. Les pathologies psychiatriques rencontrées seront le trouble anxieux généralisé, le trouble alcoolique sévère ou encore la schizophrénie. Néanmoins, quatre articles sur six traitent le trouble dépressif. C'est pourquoi ce concept est ainsi développé.

#### **2.1.1 Les troubles mentaux**

Deux classifications définissent et répertorient les troubles mentaux : le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, cinquième édition (DSM-V) et la classification internationale des maladies, onzième version (CIM-11).

Selon le DSM cinquième édition, le trouble mental se définit comme étant :

un syndrome caractérisé par une perturbation cliniquement significative de la cognition, de la régulation des émotions ou du comportement d'un individu, qui reflète un dysfonctionnement des processus psychologiques, biologiques ou développementaux à la base du fonctionnement mental. Les troubles mentaux sont généralement associés à une détresse ou une incapacité significative dans

les activités sociales, professionnelles ou autres activités importantes (American Psychiatric Association, 2013, p. 20).

Conformément au DSM-V, les pathologies psychiatriques sont classées en différentes catégories et sous-catégories en raison de leur spécificité symptomatologique et de leurs diverses manières de les traiter : le trouble neurodéveloppemental, la schizophrénie et autres troubles psychotiques, le trouble bipolaire et apparenté, le trouble anxieux, le trouble obsessionnel compulsif et trouble connexe, les troubles liés aux traumatismes et aux stressseurs, les troubles dissociatifs, les symptômes somatiques et troubles connexes, les troubles de l'alimentation et des conduites alimentaires, les troubles de l'élimination, les troubles du sommeil et de l'éveil, les dysfonctionnements sexuels, les dysphories de genre, les troubles perturbateurs du contrôle des impulsions et des conduites, les troubles liés à la substance ou à une dépendance, les troubles neurocognitifs, les troubles de la personnalité, les troubles paraphiliques, et finalement, les troubles du mouvement induits par les médicaments et autres effets indésirables des médicaments. Deux autres catégories sont mentionnées dans le DSM-V, les « autres troubles mentaux » et les « autres affections pouvant faire l'objet d'attention clinique » (American Psychiatric Association, 2013).

### **2.1.2 Le trouble dépressif**

Au sujet du trouble dépressif, les articles suivants analyseront spécifiquement cette pathologie psychiatrique et l'impact de la stigmatisation de certains infirmiers sur celle-ci. C'est pourquoi le trouble dépressif est spécialement décrit au sein de cette section.

L'OMS définit la dépression comme étant :

un trouble mental courant, caractérisé par la tristesse, la perte d'intérêt ou de plaisir, des sentiments de culpabilité ou de faible estime de soi, des troubles du sommeil ou de l'appétit, une sensation de fatigue et un manque de concentration (OMS, 2021a).

Conformément au DSM-V, les troubles dépressifs peuvent se produire à tout âge. Cependant, une différence peut être relevée entre les différents groupes d'âge. En effet, la prévalence du trouble dépressif est trois fois plus élevée au sein de la population adulte âgée de 18 à 29 ans que dans la population âgée de 60 ans et plus (Baer et al., 2013). C'est pourquoi cette revue de la littérature se base sur les personnes adultes atteintes de troubles mentaux et de troubles dépressifs. Les troubles dépressifs sont composés de multiples formes cliniques : le trouble dépressif persistant (dysthymie), le trouble dysphorique prémenstruel, le trouble perturbateur de la régulation de l'humeur, le trouble dépressif majeur comprenant l'épisode dépressif majeur, le trouble dépressif induit par une

substance ou un médicament, le trouble dépressif dû à une autre affection médicale et le trouble dépressif non spécifié composé (American Psychiatric Association, 2013). La catégorie des troubles dépressifs spécifiques inclut le trouble anxio-dépressif, le trouble dépressif saisonnier, la dépression avec psychose, la mélancolie ou encore la dépression « mixte » contenue dans le trouble bipolaire. Les éléments différenciant ces divers types de troubles dépressifs sont l'étiologie, le moment durant lequel le trouble est diagnostiqué et l'évolution de celui-ci. Le trouble peut être prémenstruel, récurrent, isolé ou persistant. D'après le DSM-V, le trouble dépressif majeur représente le tableau clinique traditionnel des troubles dépressifs (American Psychiatric Association, 2013).

L'humeur dépressive, la diminution de l'intérêt ou du plaisir, la perte ou prise de poids, les troubles du sommeil (insomnie, hypersomnie), l'agitation ou le ralentissement psychomoteur, la fatigue ou une perte d'énergie, un sentiment culpabilité ou de dévalorisation excessive, une diminution de la concentration, une incapacité à prendre des décisions et des pensées de mort ou idées suicidaires sont les symptômes représentants un trouble dépressifs selon le DSM-V (American Psychiatric Association, 2013).

Pour qu'un trouble dépressif soit diagnostiqué, cinq ou plus des symptômes cités précédemment doivent être apparus durant une même période d'au moins deux semaines. De plus, soit la perte d'intérêt ou de plaisir soit l'humeur dépressive doivent faire partie intégrante du tableau clinique. De plus, les symptômes doivent être à l'origine d'une détresse ou une altération du fonctionnement de domaines importants, dont le professionnel et le social. En outre, le trouble dépressif n'est pas dû aux effets d'une substance ou d'une circonstance médicale. Il ne doit pas non plus être expliqué par des troubles de type schizophrénique ou d'autres troubles psychotiques (American Psychiatric Association, 2013). Enfin, l'individu n'a jamais été confronté à des épisodes maniaques ou hypomaniaques.

De par ces symptômes subjectifs et hétérogènes, la dépression est une pathologie psychiatrique au tableau clinique complexe. Son diagnostic se base sur l'interprétation de ces symptômes et des dires du patient (Fondacci, 2009). Le diagnostic du trouble dépressif est établi au travers de divers techniques. La première se base sur deux classifications mentionnées dans cette section : le DSM-V et le CIM-11. En outre, des échelles d'auto et d'hétéroévaluation existent dans le but de déterminer la gravité et l'évolution de ce trouble psychiatrique. L'échelle Hamilton (HRSD), l'inventaire de Beck ou BDI, la Wechsler Depression Rating Scale, le PHQ-neuf ou encore le Montgomery and Asberg Depression Rating Scale (MADRS) peuvent être employés (Keller, 2016).

La dépression est un phénomène complexe et multicausal. L'origine de cette pathologie psychiatrique émane du milieu sociétal/environnemental, psychologique et somatique/biologique (Fondacci, 2009).

Les facteurs environnementaux se traduisent par une difficulté relationnelle telle qu'une rupture ou un deuil. Des complications au sein du milieu professionnel peuvent être à l'origine du trouble dépressif : perte d'emploi, chômage, métier stressant ou encore métier dit « difficile » (les ouvriers, les professionnels exerçant dans le milieu de la santé). Au niveau psychologique, la personne dépressive peut être confrontée à une enfance difficile, des idées négatives chroniques ou une vulnérabilité de la personnalité. Des facteurs biologiques ont également pu être identifiés. Ceux-ci mettent en évidence un certain nombre de déséquilibres et modifications au sein du système nerveux, notamment un déséquilibre de certains neurotransmetteurs (sérotonine, noradrénaline, dopamine) et hormones (cortisol, hormones thyroïdiennes, hormones de croissance...). Le stress, la prise de certains médicaments, l'abus de substances toxiques, la présence de maladie chronique, de troubles cognitifs ou encore d'un trouble psychiatrique peuvent également en être la cause (Fondacci, 2009 ; Granger, 2019 ; Keller, 2020 ; Nicloaïdis, 2003).

Finalement, globalement, le trouble dépressif se rétablit trois mois après le début de la pathologie chez deux personnes sur cinq souffrant de dépression majeure, et dans l'année suivante chez quatre personnes sur cinq (American Psychiatric Association, 2013). Les traitements destinés à soigner cette pathologie psychiatrique se basent sur les symptômes physiques et psychiques de la dépression. La spécificité et la complexité symptomatologique de la dépression nécessitent, de ce fait, diverses modalités thérapeutiques (Keller, 2016).

Plusieurs approches corporelles sont utilisées dans le but de pallier la dépression. Au niveau pharmacologique, cinq sortes d'antidépresseurs, classés selon leur mode d'action, sont distingués : IMAO, ATC, NaSSA, ISRS, IRSNa. L'électroconvulsivothérapie (ECT), la stimulation magnétique transcrânienne (rTMS) ainsi que la stimulation cérébrale profonde (SCP) sont également utilisés pour lutter contre la symptomatologie physique de la dépression. Enfin, une alimentation adéquate, la réalisation d'une activité physique ou encore la luminothérapie peuvent être utilisées.

La psychothérapie, la thérapie cognitivo-comportementale, le Mindfulness ou encore l'hypnose sont des approches psychologiques utilisées pour se rétablir du trouble dépressif (Keller, 2016).

## **2.2 La stigmatisation**

### **2.2.1 Définition de la stigmatisation et ses généralités**

La stigmatisation est un concept complexe incluant des domaines multidisciplinaires (Link & Phelan, 2001). Ainsi, de nombreuses définitions ont été apportées à ce terme.

De nos jours, l'OMS définit la stigmatisation comme étant « une marque de honte, de disgrâce ou de désapprobation qui fait qu'une personne est rejetée par les autres » (OMS, 1999).

Giordana et Angermeyer appuient la définition donnée par l'OMS en qualifiant la stigmatisation comme

une attitude générale, de l'ordre du préjudice, induite par la méconnaissance ou d'une situation ou d'un état, et cette méconnaissance ou ignorance va générer des conduites et des comportements de discrimination. Il s'agit ainsi de toute parole ou toute action qui viserait à transformer le diagnostic d'une maladie, par exemple, en une marque négative pour la personne ayant une affection (Giordana & Angermeyer, 2010, p. 7).

Selon Link et Phelan (2001), la stigmatisation est un phénomène englobant quatre éléments convergeant et se liant entre eux : l'étiquetage\*, le stéréotype\*, la séparation, la perte de statut et la discrimination\*. L'étiquetage peut être décrit comme l'identification de différences humaines. Selon Link et Phelan (2001), c'est une classification « allant de soi » une fois les différences identifiées. Le stéréotype est formé par « une étiquette liant une personne à un ensemble de caractéristiques indésirables » (Link & Phelan, 2001, p. 369). En d'autres termes, le stéréotype définit des caractéristiques générales d'individus ayant des particularités identifiables.

La séparation se définit comme le fait de différencier un groupe faisant partie de la société générale d'un autre groupe sur la base de spécificités identifiées au travers du phénomène d'étiquetage et de stéréotype.

La discrimination peut-être définie « comme une distinction injuste dans la façon de traiter différentes catégories de personnes. Certains individus, en raison d'une caractéristique parmi d'autres, vont être traités différemment des autres et le plus souvent à leur désavantage » (Giordana & Angermeyer, 2010, p. 11). Dans la perte de pouvoir, « la personne est liée à des caractéristiques indésirables qui réduisent son statut aux yeux du



stigmatisateur » (Link & Phelan, 2001, p. 371). De ce fait, le stigmatisé peut être mené à une privation de son pouvoir social ou de son statut social.

Comme l'exprime la définition de la stigmatisation proposée par Giordana et Angermeyer, ce phénomène complexe et multidimensionnel est induit soit par des idées reçues négatives soit par des préjugés résultant d'un manque de connaissance concernant une situation ou un état (Giordana & Angermeyer, 2010). De plus, la *Revue Médicale Suisse* (RMS) énonce que la stigmatisation « est un phénomène sociétal universel, qui a une origine psychologique "naturelle" en partie inconsciente, exercée par une population dominante sur des populations vulnérables » (Bonsack et al., 2013, p. 592). Giordana décrit le phénomène de stigmatisation comme étant « ancré dans les habitudes sociales et peu susceptible de changement » (Giordana & Angermeyer, 2010, p. 11). Pour sa part, Erving Goffman appuie les dires précédemment cités en énonçant que généralement, la stigmatisation est un phénomène inconscient (Goffman, 2007). Les acteurs de la stigmatisation peuvent être divers. Selon la RMS, la stigmatisation est considérée comme l'« affaire de tous » (Bichsel & Conus, 2017, p. 478). Les auteurs de la stigmatisation, selon cet article, sont la société, les médias, les proches, les professionnels de la santé, mais également les patients eux-mêmes. Selon Goffman, trois stigmates distincts peuvent être identifiés comme n'entrant pas dans les normes sociales : les monstruosité physiques, les tares de caractère, et les stigmates tribaux incluant l'ethnicité, la nationalité ou encore la religion (Goffman, 2007, p. 14). En d'autres termes, la stigmatisation touche également les maladies psychiques, les maladies sexuellement transmissibles, la toxicomanie, les douleurs chroniques ou encore l'obésité (Bichsel & Conus, 2017).

### **2.2.2 L'impact de la stigmatisation**

La stigmatisation des patients atteints de maladie mentale dans les milieux de soins primaires a été le sujet de nombreux ouvrages et articles. Ces écrits s'accordent sur le fait que la stigmatisation affecte des domaines distincts tels que le patient, l'entourage, l'environnement social, la prise en charge, les professionnels de la santé, l'institution elle-même ou encore l'économie. Aussi, un article souligne que la stigmatisation de certains infirmiers influence les attitudes de ceux-ci (Tyerman et al., 2021). Une incapacité à créer une relation thérapeutique, une détresse émotionnelle se traduisant par une attitude péjorative face au rétablissement des patients, un phénomène d'étiquetage poussant le personnel infirmier à ne pas prendre au sérieux les dires du patient, une difficulté de communication ou encore un sentiment de malaise : les attitudes infirmières stigmatisantes des patients atteints de maladies mentales dans les milieux de soins primaires sont à l'origine d'une prise en charge divergente. Ces attitudes infirmières stigmatisantes verraient

leurs origines dans un manque de connaissance et de formations au niveau tertiaire (Tyerman et al., 2021 ; Vistorte et al., 2018).

Subséquemment, la prise en charge de ces patients se voit modifiée : limitation d'accès aux ressources, occultation du diagnostic ou encore obstacle au suivi médical (Tyerman et al., 2021). Les pathologies physiques seraient également minimisées, sous-diagnostiquées et fondées sur des hypothèses\* injustes (Tyerman et al., 2021 ; Vistorte et al., 2018). L'ouvrage de Giordana et Angermeyer énonce que la stigmatisation de certains infirmiers provoquerait un retard de demande de consultations et une mauvaise compliance aux soins. Le patient victime de stigmatisation risque une mauvaise observance médicamenteuse (Giordana & Angermeyer, 2010). Selon la RMS, la stigmatisation limiterait également le recours aux stratégies préventives (Bichsel & Conus, 2017). La stigmatisation influence le patient lui-même. Des sentiments négatifs (colère, frustration, désespoir, sentiment d'incompétence et de vulnérabilité...), un manque d'autodétermination, une non-divulgaration du diagnostic du trouble mental, une autocensure des dires partagée avec les soignants, un manque d'autonomie, une aggravation des symptômes physiques et un risque de développer des affections chroniques en raison du sous-diagnostic ainsi que du sous-traitement de pathologies physiques ont été mis en évidence (Tyerman et al., 2021). L'ouvrage de Giordana et Angermeyer renforce ces dires en notifiant que le patient stigmatisé aurait des difficultés à divulguer ses diagnostics et à identifier son état de santé péjoré. Une diminution de l'estime de soi et de la qualité de vie pousserait les patients stigmatisés à l'autostigmatisation (Bichsel & Conus, 2017).

Il faut une législation sur la santé mentale pour protéger les droits des personnes atteintes de troubles mentaux qui constituent un groupe vulnérable de la société. Elles sont confrontées à la stigmatisation, à la discrimination et à la marginalisation dans toutes les sociétés, ce qui accroît les risques de violation de leurs droits humains. » (OMS, 2005, p. 2).

Les personnes atteintes de troubles mentaux peuvent voir leur prise de décisions affectée, connaître un risque de violence et de marginalisation économique, une absence de protection juridique, une contestation du droit à l'éducation et à l'emploi ou encore une diminution de l'accès des services publics (OMS, 2005). La stigmatisation affecte non seulement le patient, mais également sa qualité de vie. Celle-ci se voit métamorphosée au travers de nombreuses complications au niveau professionnel ou encore social. La stigmatisation peut de plus aggraver la maladie. « La stigmatisation peut desservir la maladie elle-même. Les investissements dans la recherche et la priorisation des troubles dans les agendas politiques sont en effet influencés par la stigmatisation. » (Bichsel &

Conus, 2017, p. 479). L'impact de la stigmatisation toucherait également l'institution en affectant les politiques ou encore les procédures. Ceci trouverait son origine dans un manque de coordination d'équipe ou un manque d'installation appropriée dans les soins (Tyerman et al., 2021). Pour conclure, l'impact de stigmatisation de certains infirmiers dans les milieux de soins généraux a été exposé par divers articles et ouvrages cités précédemment dans cette section. En effet, les éléments touchant le phénomène de stigmatisation de certains infirmiers peuvent se résumer en six items : la communication (autocensure), les émotions et sentiments, la sollicitation d'aide et de services de prévention, la reconnaissance du diagnostic et de la symptomatologie, l'observance médicamenteuse et la qualité de vie.

### **2.3 La théorie infirmière d'Hildegard Peplau**

Comme exposé dans le précédent concept, cette relation soignant-soigné se verrait modifiée par le phénomène de stigmatisation (Magliano et al., 2020 ; Scheerder et al., 2011 ; Tyerman et al., 2021). Néanmoins, il est « impossible de concevoir les soins infirmiers en dehors de l'existence d'une relation entre l'infirmier et le patient » (Peplau, 1995, p. 4). La théorie infirmière d'Hildegard Peplau « relations interpersonnelles en soins infirmiers », publiée en 1952, explicite le bénéfice d'une relation interpersonnelle soignant-soigné. En soins infirmiers, une relation se crée entre patient et infirmier. Cette relation unique « permet à deux personnes de se connaître suffisamment bien pour coopérer face à un problème » (Peplau, 1995, p. 10). Selon Peplau, « quatre étapes interreliées se chevauchent dans la relation infirmier-patient : l'orientation, l'identification, l'explication et la résolution. Chacune est caractérisée par une imbrication de rôles et de tâches relatives aux problèmes de santé posés » (Peplau, 1995, p. 17). La phase d'orientation se caractérise par le fait que « le patient doit connaître et comprendre son problème ainsi que l'étendue de son besoin d'aide » (Peplau, 1995, p. 22). Lors du phénomène de stigmatisation, la sollicitation et l'accès aux ressources d'aides préventives sont limités, des complications au niveau de la détection du diagnostic ainsi que de l'identification des symptômes ont pu être identifiées précédemment (Scheerder et al., 2011 ; Tyerman et al., 2021 ; Vistorte et al., 2018). Par conséquent, le rôle de l'infirmier sera principalement d'être une personne-ressource (Peplau, 1995, p. 45). C'est-à-dire que l'infirmier jouera un rôle dans l'orientation du patient vers des sources d'aide adéquate, la reconnaissance, l'éducation de la pathologie mentale et la symptomatologie (Burnett Sanderson, 2020 ; Scheerder et al., 2011 ; Tyerman et al., 2021). L'infirmier encouragera également le patient à identifier et évaluer son état de santé péjoré (Scheerder et al., 2011). Deuxièmement, lors de la phase de l'identification, l'infirmier identifiera avec l'aide de la communication le mode de vie du

patient et ses besoins actuels (Giordana & Angermeyer, 2010). Cette assimilation d'information et ce début de relation infirmier-patient permettront notamment à l'infirmier de briser les stigmas concernant le patient et sa pathologie psychiatrique. Cela permettra en outre d'évaluer les plaintes du patient sans stigmatisation afin de ne pas passer outre un diagnostic physique (Magliano et al., 2020). De plus, l'infirmier aura pour objectif de permettre au patient d'exprimer ses sentiments qui peuvent être néfastes face au phénomène de stigmatisation (Giordana & Angermeyer, 2010 ; Tyerman et al., 2021). L'infirmier utilisera ses compétences afin que le patient utilise au mieux leur relation dans le but de pallier le phénomène de stigmatisation. Il le fera aussi afin de pouvoir répondre aux besoins physiques et psychologiques de celui-ci adéquatement. Lors de la phase d'exploitation, le patient « se sent parfaitement à l'aise – comme s'il appartenait, en tant que membre participant, à la famille hospitalière –, en sécurité, avec le sentiment d'être bien soigné » (Peplau, 1995, p. 37). Durant cette phase, l'infirmier palliera le phénomène d'autocensure des dires ou du diagnostic psychiatrique au travers d'une relation interpersonnelle basée sur la confiance (Tyerman et al., 2021). La phase de résolution est le moment où les soins infirmiers permettent au patient de devenir autonome dans son quotidien. De ce fait, au travers des phases précédentes, l'infirmier aura appris au patient à détecter sa symptomatologie, à solliciter les aides adéquates, à « développer un discours articulé, centré sur l'espoir et le processus de rétablissement » (Bonsack et al., 2013, p. 591), à normaliser les expériences vécues ainsi qu'à favoriser la prise de pouvoir se voyant être un facteur clé de déstigmatisation (Bonsack et al., 2013 ; Scheerder et al., 2011 ; Tyerman et al., 2021 ; Vistorte et al., 2018). Plusieurs rôles infirmiers ont également été identifiés par Hildegard Peplau, permettant entre autres de lutter contre le phénomène de stigmatisation de certains infirmiers. Le rôle de l'étranger considère que l'infirmier et le patient ne se connaissent pas. De ce fait, l'infirmier doit accepter le patient sans stigmatisation ni préjugés ou stéréotypes. Deuxièmement, l'infirmier développera le rôle de personne-ressource. Il « offre des réponses spécifiques à des questions formulées habituellement par rapport à un problème plus vaste » (Peplau, 1995, p. 45). Cela permettra à l'infirmier de ne pas déshumaniser le patient atteint de maladie mentale ainsi que de pallier sa potentielle autostigmatisation. Le rôle éducatif permettra à l'infirmier d'instruire le patient face à sa maladie mentale et de briser ses propres préjugés\* et ceux de son patient. Le rôle de leader permet à l'infirmier, en outre, d'orienter (Tyerman et al., 2021) et de connaître les besoins physiques et psychologiques du patient dans le but de remédier à ces difficultés (Giordana & Angermeyer, 2010 ; Magliano et al., 2020). Chaque patient assimile l'infirmier à une personne proche. C'est pourquoi il est important pour l'infirmier « de percevoir les rôles que le patient lui donne, identifier le problème qui doit être résolu et maintenir une relation qui développe chez le patient la conscience de ce qu'il éprouve »

(Peplau, 1995, p. 56). Ce rôle permettra de développer l'empathie et la relation thérapeutique soignant- soigné qui est affectée par la stigmatisation de certains infirmiers (Tyerman et al., 2021). Aussi, le rôle de conseiller permettra au patient de « démêler son sentiment vis-vis de ce qu'il lui arrive » (Peplau, 1995, p. 62). Au travers de ce rôle, l'infirmier permettra à nouveau la normalisation des expériences psychiatriques vécues en lui apportant un « discours articulé, centré sur l'espoir et le processus de rétablissement » (Bonsack et al., 2013, p. 591). Enfin, de nombreuses études mettent en évidence le fait que les infirmiers devraient améliorer leurs savoirs au travers d'une augmentation du contenu de la formation du personnel infirmier généraliste afin qu'il dispose de plus de connaissances au sujet des pathologies mentales, dont le trouble dépressif (Burnett Sanderson, 2020 ; Magliano et al., 2020 ; Scheerder et al., 2011).

### **3. Méthode**

#### **3.1 Devis de recherche**

Un paradigme\* peut être caractérisé comme « une vision du monde, une perspective générale sur une réalité complexe » (Loiselle et al., 2007, p. 15). Le paradigme permet de guider une recherche. La recherche en sciences infirmières inclut plusieurs types de paradigmes mixtes, dont le paradigme positiviste\* et le paradigme naturaliste utilisés au sein des études prochainement analysées. Le paradigme positiviste « sous-tend l'approche scientifique, dans laquelle on suppose l'existence d'une réalité fixe et ordonnée qui se prête à une étude objective » (Loiselle et al., 2007, p. 15). Pour sa part, le paradigme naturaliste\* « postule l'existence de multiples interprétations de la réalité ; la recherche vise à comprendre la façon dont chacun construit la réalité dans le contexte qui lui est propre » (Loiselle et al., 2007, p. 16). Le paradigme positiviste s'associe généralement à la recherche quantitative tandis que le paradigme naturaliste se relie habituellement à la recherche qualitative (Fortin & Gagnon, 2016). Au sujet de cette revue de la littérature, cinq études au paradigme positiviste ont été sélectionnées. Les études quantitatives permettront d'identifier avec précision le phénomène de stigmatisation des maladies mentales, dont la dépression, au sein de la discipline infirmière. Elles permettront également de distinguer les maladies mentales les plus touchées par la stigmatisation infirmière. Par ailleurs, une étude au paradigme naturaliste a été choisie. Cette étude qualitative apporte une vision humaniste et subjective de la stigmatisation de certains infirmiers. Elle permet la compréhension de l'expérience infirmière face à la stigmatisation des maladies mentales et de la dépression. Ces analyses permettront de découvrir une vision humaniste du phénomène de stigmatisation au travers du vécu des infirmiers. Quatre articles sont

interdisciplinaires. Ils possèdent au moins un auteur infirmier. Les deux autres articles sont non disciplinaires. De ce fait, ils apportent une vision enrichissante de cette thématique infirmière au travers d'une certaine distanciation professionnelle.

### **3.2 Collecte des données**

La phase empirique de collecte des données a débuté par la recherche et l'analyse sommaire d'articles d'avril à septembre 2020. Cette première recherche a permis de préciser la thématique et la problématique de cette revue de la littérature. Puis, une seconde partie de recherche de novembre 2020 à mars 2021 a permis de sélectionner avec précision les articles correspondants à la problématique précédemment citée. Les mots-clés de cette problématique ont été les suivants : « dépression », « maladie mentale », « stigmatisation » et « infirmier ». Ces mots-clés ont aussi été traduits en anglais : « depression », « mental illness », « stigmatization » et « nurse ». Ensuite, l'opérateur booléen « AND » a permis d'assembler ces mots-clés de manière à créer des équations de recherche complètes et précises. De plus, plusieurs synonymes de ces mots-clés principaux ont été identifiés et inclus dans l'équation de recherche par l'opérateur booléen « OR ». Deux équations de recherche par base de données\* ont dû être réalisées pour répondre à la question de cette revue de la littérature et faciliter les recherches. La première équation de recherche contenait les mots-clés « nurse », « mental illness », et la seconde, « nurse », « depression » et « stigmatization ». Des thésaurus\* ont été utilisés. Finalement, ces équations de recherches ont été employées dans les bases de données suivantes : CINAHL\* Complete, PubMed (Medline)\*, et PsychInfo.

Tableau 1 : Mots-clés et descripteurs

| Concept               | Mots-clés eng   | Mesh  | CINAHL headings   |
|-----------------------|---|---|---|
| <b>Nurse</b>          | nurse* OR nursing OR “nursing staff” OR “nursing district” OR “nurse attitude” OR “non-mental health nurse”                             | "Nurses"[Mesh] OR "Nurse's role"[Mesh] OR "Nurse patient-relation" [Mesh] OR "Nurse"[Mesh] OR "Public health"[Mesh]                           | MH "Nurses+" OR MH "Nursing Care+" OR MH “Nurses Practical” OR MH “Nurse Attitudes” |
| <b>Mental illness</b> | “mental illness” OR “mental health” OR “mental disorder” OR “psychiatric illness” OR “psychiatric disorder” OR “mental health disorder” | "Mental Disorder"[Mesh] OR "Psychiatric Illness"[Mesh] OR “Mental Illness” [Mesh] OR "Psychiatric Diagnosis"[Mesh] OR "Illness, Mental"[Mesh] | MH “Mental Disorders+” OR MH “Attitude to Mental Illness”                           |
| <b>Depression</b>     | depression OR “depressive disorder” OR “depressive symptoms”  | "Depression"[Mesh] OR "Depressive Disorder"[Mesh]   | MH “Depression+”  |
| <b>Stigmatization</b> | stigma* OR stigmatization OR stereotype OR discrimination OR prejudice OR reprimand   | "Stigmatization"[Mesh] OR “Stereotyping”[Mesh]  | MH “Stigma”   |

Tableau 2 : Équation de recherche CINAHL

| Équation de recherche  | Études trouvées | Études retenues |
|--|-----------------|-----------------|
| (TI ( "nurse*" OR "nursing" OR "nursing staff" OR "nursing district" OR "nurse attitude" OR "non-mental health nurse") AB ( nurse* OR nursing OR "nursing staff" OR "nursing district" OR "nurse attitude" OR "non-mental health nurse") OR MH "Nurses" OR MH "Nursing Care" OR MH "Nurses Practical" OR MH "Nurse Attitudes") AND (TI ("mental illness" OR "mental health" OR "mental disorder" OR "psychiatric illness" OR "psychiatric disorder") OR AB ( "mental illness" OR "mental health" OR "mental disorder" OR "psychiatric illness" OR "psychiatric disorder" OR "mental health disorder") OR MH "Mental Disorders" OR MH "Attitude to Mental Illness") AND (TI ( "stigma*" OR "stigmatization" OR "stereotype" OR "discrimination" OR "prejudice" OR "reprimand") OR AB ( "stigma*" OR "stigmatization" OR "stereotype" OR "discrimination" OR "prejudice" OR "reprimand") OR MH "Stigma")) + filtre de date 2016 à 2021 | 50              | 3               |
| (TI ( "nurse*" OR "nursing" OR "nursing staff" OR "nursing district" OR "nurse attitude" OR "non-mental health nurse") OR AB ( nurse* OR nursing OR "nursing staff" OR "nursing district" OR "nurse attitude" OR "non-mental health nurse") OR MH "Nurses" OR MH "Nursing Care" OR MH "Nurses Practical" OR MH "Nurse Attitudes") AND TI ( "stigma*" OR "stigmatization" OR "stereotype" OR "discrimination" OR "prejudice" OR "reprimand") OR AB ( "stigma*" OR "stigmatization" OR "stereotype" OR "discrimination" OR "prejudice" OR "reprimand") OR MH "Stigma") AND TI ( "depression" OR "depressive disorder" OR "depressive symptoms") OR AB ( "depression" OR "depressive disorder" OR "depressive symptoms") OR MH "Depression") + filtre de date 2016 à 2021   | 77              | 1               |

Tableau 3 : Équation de recherche Medline (PubMed)

| Équation de recherche  | Études trouvées | Études retenues |
|--|-----------------|-----------------|
| ("nurse*[Title/Abstract] OR "nursing"[Title/Abstract] OR "nursing staff"[Title/Abstract] OR "nursing district"[Title/Abstract] OR "nurse attitude"[Title/Abstract] OR "non-mental health nurse"[Title/Abstract]) OR "Nurse's role"[Mesh] OR "Nurse patient-relation"[Mesh] OR "Nurse"[Mesh] OR "Public health"[Mesh]) AND ("stigma*[Title/Abstract] OR "stigmatization"[Title/Abstract] OR "stereotype"[Title/Abstract] OR "prejudice"[Title/Abstract] OR "reprimand"[Title/Abstract] OR "Stigmatization"[Mesh] OR "Stereotyping"[Mesh]) AND "depression"[Title/Abstract] OR "depressive disorder"[Title/Abstract] OR "depressive symptoms"[Title/Abstract] OR ("Depression"[Mesh] OR "Depressive Disorder"[Mesh]) + filtre date 2016 à 2021   | 165             | 0               |
| ("nurse*[Title/Abstract] OR "nursing"[Title/Abstract] OR "nursing staff"[Title/Abstract] OR "nursing district"[Title/Abstract] OR "nurse attitude"[Title/Abstract] OR "non-mental health nurse"[Title/Abstract] OR "Nurses"[Mesh] OR "Nurse's role"[Mesh] OR "Nurse patient-relation"[Mesh] OR "Nurse"[Mesh] OR "Public health"[Mesh]) AND ("mental illness"[Title/Abstract] OR "mental health"[Title/Abstract] OR "mental disorder"[Title/Abstract] OR "psychiatric illness"[Title/Abstract] OR "psychiatric disorder"[Title/Abstract] OR "mental health disorder"[Title/Abstract] OR "Mental Disorder"[Mesh] OR "Psychiatric Illness"[Mesh] OR "Mental Illness"[Mesh] OR "Psychiatric Diagnosis"[Mesh] OR "Illness, Mental"[Mesh]) AND ("stigma*[Title/Abstract] OR "stigmatization"[Title/Abstract] OR "stereotype"[Title/Abstract] OR "prejudice"[Title/Abstract] OR "reprimand"[Title/Abstract] OR "Stigmatization"[Mesh] OR "Stereotyping"[Mesh]) + filtre de date 2016 à 2021 | 62              | 2               |



Tableau 4 : Équation de recherche PsychInfo

| Équation de recherche   | Études trouvées | Études retenues |
|---|-----------------|-----------------|
| ((“nurse*” OR “nursing” OR “nursing staff” OR “nursing district” OR “nurse attitude” OR “non-mental health nurse”).ti. OR (“nurse*” OR “nursing” OR “nursing staff” OR “nursing district” OR “nurse attitude” OR “non-mental health nurse”).ab. OR (“Nurses” OR “Nurse’s role” OR “Nurse patient-relation” OR “Nurse” OR “Public health”).mh. <b>AND</b> (“mental illness” OR “mental health” OR “mental disorder” OR “psychiatric illness” OR “psychiatric disorder” OR “mental health disorder”).ti. OR (“mental illness” OR “mental health” OR “mental disorder” OR “psychiatric illness” OR “psychiatric disorder” OR “mental health disorder”).ab. OR (“Mental Disorder” OR “Psychiatric Illness” OR “Mental Illness” OR “Psychiatric Diagnosis” OR “Illness, Mental”).mh. <b>AND</b> (“stigma*” OR “stigmatization” OR “stereotype” OR “discrimination” OR “prejudice” OR “reprimand”).ti. OR (“stigma*” OR “stigmatization” OR “stereotype” OR “discrimination” OR “prejudice” OR “reprimand”).ab. OR (“Stigmatization” OR “Stereotyping”).mh.) + filtre de date 2016 à 2021 | 114             | 0               |
| ((“nurse*” OR “nursing” OR “nursing staff” OR “nursing district” OR “nurse attitude” OR “non-mental health nurse”).ti. OR (“nurse*” OR “nursing” OR “nursing staff” OR “nursing district” OR “nurse attitude” OR “non-mental health nurse”).ab. OR (“Nurses” OR “Nurse’s role” OR “Nurse patient-relation” OR “Nurse” OR “Public health”).mh. <b>AND</b> (“stigma*” OR “stigmatization” OR “stereotype” OR “discrimination” OR “prejudice” OR “reprimand”).ti. OR (“stigma*” OR “stigmatization” OR “stereotype” OR “discrimination” OR “prejudice” OR “reprimand”).ab. OR (“Stigmatization” OR “Stereotyping”).mh. <b>AND</b> (depression OR “depressive disorder” OR “depressive symptoms”).ti. OR (depression OR “depressive disorder” OR “depressive symptoms”).ab. OR (“Depression” OR “Depressive Disorder”).mh.) + filtre de date 2016 à 2021  | 13              | 0               |

### 3.3 Sélection des données

La sélection des données s’est appuyée sur des critères d’inclusion et d’exclusion détaillés. Tout d’abord, des critères d’inclusion ont été identifiés. L’étude devait être une source primaire publiée entre 2016 et 2021. Ensuite, le phénomène de stigmatisation devait être le fait d’infirmiers travaillant au sein de domaines non psychiatriques. De plus, il était nécessaire que la stigmatisation touche des patients adultes de sexe masculin ou féminin, atteints de maladie mentale ou de dépression. Enfin, le contexte de la stigmatisation devait se situer au sein d’un établissement de soins non psychiatriques. Par ailleurs, des critères d’exclusion ont été définis. En premier lieu, les études secondaires publiées avant 2016 ont été exclues. De plus, les études traitant la stigmatisation par des infirmiers en psychiatrie ou dans un contexte psychiatrique ont également été éliminées. D’autre part, la stigmatisation engendrée par d’autres professionnels que l’infirmier a été exclue. La population « aînée » ou « adolescente » affectée par le phénomène de stigmatisation de certains infirmiers n’a pas été retenue. Finalement, les diagnostics des patients victimes de stigmatisation liée à d’autres causes que des maladies mentales ont été exclus. La hiérarchisation du niveau de preuve des études a été réalisée à l’aide de la pyramide des

preuves selon la Haute autorité de santé (HAS), qui figure en annexe III. Enfin, un tableau présentant les articles retenus se trouve à la fin de cette section méthode.

### **3.4 Considérations éthiques**

Quatre études sélectionnées ont été autorisées par un comité d'éthique\* (Arbanas et al., 2019 ; Brunero et al., 2017 ; Fontesse et al., 2021 ; Hao et al., 2020). L'étude n°5 précise que les procédures de l'étude sont conformes aux normes éthiques de la déclaration d'Helsinki\* de 1975, révisée en 2008 (Fontesse et al., 2021). Néanmoins, l'étude n°2 a reçu une autorisation éthique uniquement pour les services de médecine et d'urgence (Muga et al., 2019). Ensuite, les autorités finlandaises de l'étude ne l'ont pas trouvée nécessaire de réaliser un examen éthique. Néanmoins une approbation a été accordée par deux directeurs des services de soins de santé (Ihalainen-Tamlander et al., 2016).

Cinq études ont recueilli un consentement\* éclairé auprès des participants (Brunero et al., 2017 ; Fontesse et al., 2021 ; Hao et al., 2020 ; Ihalainen-Tamlander et al., 2016 ; Muga et al., 2019). En outre, quatre études ont présenté des formulaires d'information\* au sujet de la recherche avant le commencement de celle-ci (Brunero et al., 2017 ; Fontesse et al., 2021 ; Hao et al., 2020 ; Muga et al., 2019). De plus, quatre études ont conservé l'anonymat des questionnaires distribués aux participants (Arbanas et al., 2019 ; Fontesse et al., 2021 ; Hao et al., 2020 ; Muga et al., 2019). Enfin, l'étude n°2 a limité l'accès à l'étude à l'équipe de chercheurs (Muga et al., 2019). Finalement, concernant l'étude n°5, le questionnaire distribué auprès des participants a été anonyme de manière à favoriser la confidentialité (Fontesse et al., 2021).

### **3.5 Analyse des données**

Dans la section suivante, chacune des six études sélectionnées sera analysée et décrite individuellement. La validité méthodologique ainsi que la pertinence de chaque étude seront présentées. Enfin, l'utilité de chaque étude pour la pratique infirmière sera développée. Un tableau de recension pour chacune des études est exposé en annexe II.

Tableau 5 : Liste des articles retenus

| N° | Auteurs   | Titre   | Année de publication | Base de données | Niv. de preuve |
|----|---|---|----------------------|-----------------|----------------|
| 1. | Ihalainen-Tamlander, N., Vähäniemi, A., Löyttyniemi, E., Suominen, T., & Välimäki, M. | Stigmatizing attitudes in nurses towards people with mental illness : A cross-sectional study in primary settings in Finland    | 2016                 | Medline, CINAHL | IV             |
| 2. | Muga, T., Mbuthia, G., Gatimu, S. M., & Rossiter, R.                                  | A Pilot Study Exploring Nursing Knowledge of Depression and Suicidal Ideation in Kenya  | 2019                 | Medline, CINAHL | IV             |
| 3. | Arbanas, G., Rožman, J., & Bagarić, Š.  | The attitudes of medical doctors, nurses and lay people towards schizophrenia, depression and PTSD                              | 2019                 | Medline         | IV             |
| 4. | Brunero, S., Buus, N., & West, S.   | Categorising Patients Mental Illness by Medical Surgical Nurses in the General Hospital Ward : A Focus Group Study              | 2017                 | Medline, CINAHL | IV             |
| 5. | Fontesse, S., Rimez, X., & Maurage, P.  | Stigmatization and dehumanization perceptions towards psychiatric patients among nurses : A path-analysis approach.             | 2021                 | Medline, CINAHL | IV             |
| 6. | Hao, Y., Wu, Q., Luo, X., Chen, S., Qi, C., Long, J., Xiong, Y., Liao, Y., & Liu, T.  | Mental Health Literacy of Non-mental Health Nurses : A Mental Health Survey in Four General Hospitals in Hunan Province, China. | 2020                 | Medline         | IV             |

## 4. Résultats

### 4.1 Description de l'étude 1

Ihalainen-Tamlander, N., Vähäniemi, A., Löyttyniemi, E., Suominen, T., & Välimäki, M. (2016). Stigmatizing attitudes in nurses towards people with mental illness: A cross-sectional study in primary settings in Finland. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23(6-7), 427-437. <https://doi.org/10.1111/jpm.12319>

Cette étude au devis\* transversal\* a pour objectif premier de décrire les attitudes infirmières face aux personnes atteintes de maladies mentales séjournant dans 15 établissements de santé primaire au sein de deux villes finlandaises. Cette étude examine les facteurs occasionnant les attitudes stigmatisantes chez certains infirmiers travaillant au sein de ces établissements et détermine l'existence d'une association entre les caractéristiques infirmières et les attitudes stigmatisantes. 218 infirmiers sélectionnés au travers d'un échantillonnage\* non probabiliste\* accidentel\* ont participé à l'étude, soit 98% de femmes et 2% d'hommes. L'âge médian des participants était de 48 ans. Les données de cette étude ont été collectées au travers d'un questionnaire autoadministré d'attribution-27 basé sur la théorie de Weiner (Weiner et al., 1988). Celui-ci était composé d'une vignette présentant un patient atteint de schizophrénie. Divers stéréotypes au sujet des maladies mentales ont pu être analysés au travers de ce questionnaire tels que le blâme, la colère, la pitié, l'aide, la dangerosité, la peur, l'évitement, la ségrégation et la coercition. La réponse au questionnaire s'est réalisée au travers d'une échelle de Likert. Un délai de réponse de deux semaines a été accordé aux participants. La saisie des données a été réalisée avec le logiciel SPSS (version 22 : IBM SPSS statistics for Windows, Armonk, NY). L'analyse des données avec le logiciel SAS (version 9.3 Institute Inc., Cary, USA).

L'analyse des données quantitative a été effectuée au travers de statistiques descriptives et inférentielles. Au sujet des statistiques descriptives, des analyses univariées ont été utilisées : les écarts interquartiles (EI), le coefficient de variation (CV)\*, les extrêmes (Min-Max), et la médiane (Md). Aussi, une distribution de fréquence\* a été réalisée. Des statistiques inférentielles ont été utilisées, soit le modèle d'analyse de covariance multidirectionnelle (ACNOVA).

Selon cette étude, le score stéréotypé le plus élevé est l'aide (Md = 7,0, EI = 5,7-8,0, Min = 1,0, Max = 9,0), puis le sentiment de pitié (Md = 5,3, EI = 4,3-6,3, Min = 1,0, Max = 9,0), égalité avec la coercition (Md = 5,3, EI = 4,3-6,0, Min = 2,0, Max = 9,0). Cependant, les scores

stéréotypés les plus bas sont la dangerosité (Md = 2,0, EI = 1,6-3,1, Min = 1,0, Max = 8,7) et la colère (Md = 1,7, EI = 1,0-2,7, Min = 1,0, Max = 8,0).

Lles infirmiers sans formation supplémentaire ont été associés aux stéréotypes de l'aide ( $p = 0,031$ ), la dangerosité ( $p = 0,049$ ), la peur ( $p = 0,033$ ) et la ségrégation ( $p = 0,026$ ). Enfin, le non-contact avec la personne atteinte de maladie mentale a été statistiquement positif pour le stéréotype de pitié ( $p = 0,042$ ).

#### **4.1.1 Validité méthodologique**

Concernant la validité interne, l'utilisation de statistiques descriptives a permis de décrire les caractéristiques de l'échantillon et de renseigner sur les stéréotypes les plus fréquents auprès de la population étudiée. L'utilisation du modèle d'analyse de covariance multidirectionnelle a eu pour but d'examiner la présence d'associations entre les caractéristiques démographiques des infirmiers et les attitudes stigmatisantes de ceux-ci. Elle a permis également « d'éliminer de façon statistique l'influence des variables étrangères, appelées "covariables" sur la variable dépendante » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 173). Le choix de ce modèle statistique a permis entre autres de contrôler les facteurs intrinsèques. Les résultats statistiquement positifs ont été significatifs ( $p < 0,05$ ). Cependant, la taille de l'échantillon s'élève à 218 participants, ce qui augmente le taux de puissance statistique. Cette étude a présenté certains biais. L'échantillonnage était non-probabiliste, ne permettant pas de randomiser la sélection des participants, laissant ainsi une possibilité de biais de sélection. L'utilisation de la vignette comme méthode de collecte des données a été positive, car elle permet d'apporter des informations supplémentaires sur le comportement stigmatisant du personnel infirmier. Cependant, selon les chercheurs, elle peut comporter un risque de biais en affectant les attitudes négatives des participants. Pour pallier ce biais, une vignette neutre a été utilisée lors de cette étude. L'étude a été confrontée à un biais d'attrition à la suite de 46 questionnaires non remplis (taux de réponse à 84%). Aussi, les chercheurs ont mentionné un biais, la distribution étant asymétrique. Cependant, ce biais a été contrôlé au travers de transformations logarithmiques et en racine carrée. De plus, le questionnaire utilisé pour la première fois en Finlande n'a reçu aucune modification au cours d'une étude pilote antérieure, écartant la possibilité de biais liés à l'instrument de mesure. L'utilisation de la méthode de rétroaction a permis de réaliser une validation transculturelle. Finalement, le temps de réponse aux questionnaires étant de deux semaines, des facteurs historiques (ex. : manque de temps, stress) et des facteurs de maturation (fatigue) ont pu influencer la réponse aux questions.

La validité externe de cette étude a potentiellement été confrontée à divers obstacles. La possible présence de facteurs historiques peut influencer la généralisation des résultats. En outre, les caractéristiques spécifiques des résultats identifiés à l'aide des statistiques descriptives peuvent limiter la généralisation des résultats. Cependant, les chercheurs ont comparé l'échantillon de la présente étude aux « statistiques nationales sur la main-d'œuvre des employeurs des collectivités locales (2016) ». Finalement, l'étude se déroulant en Finlande, il se peut que les conditions hospitalières et les formations en santé mentale soient différentes qu'en Suisse.

#### **4.1.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle**

Cette étude met en évidence la présence d'attitudes infirmières principalement positives envers les patients atteints de maladies mentales au sein d'établissement de soins de santé primaire. Ce résultat est soutenu par des études antérieures réalisées à l'aide du questionnaire AQ-27 (Crespo et al., 2008 ; Lammie et al., 2010 ; Sousa et al., 2012). Des attitudes stigmatisantes ont pu être mises en évidence, notamment le sentiment de colère et d'irritation, d'évitement ou encore de peur, appuyées par des études réalisées antérieurement (Crespo et al., 2008 ; Lammie et al., 2010 ; Obonsawin et al., 2013). Cette étude permet de mettre en évidence l'importance de créer un environnement sans stigmatisation ni discrimination au sein des établissements ambulatoires. De plus, le sentiment de pitié et les attitudes coercitives des infirmiers envers les patients atteints de maladies mentales reflètent des dilemmes éthiques, résultats déjà identifiés dans de précédentes études (Cody, 2003 ; Molodynski et al., 2010). C'est pourquoi il est important que le personnel infirmier prenne conscience de ses attitudes et limites face aux maladies mentales.

Cette étude a également permis de mettre en évidence le sentiment de peur accentué chez les jeunes infirmiers. C'est pourquoi elle préconise une formation et une sensibilisation supplémentaires pour le futur personnel infirmier.

Les résultats de cette étude ne sont que partiellement transférables à la population infirmière suisse, car il se peut que les soins infirmiers finlandais diffèrent des soins infirmiers suisses.

## 4.2 Description de l'étude 2

Muga, T., Mbuthia, G., Gatimu, S. M., & Rossiter, R. (2019). A Pilot Study Exploring Nursing Knowledge of Depression and Suicidal Ideation in Kenya. *Issues in Mental Health Nursing*, 40(1), 15-20. <https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1489922>

Cette étude descriptive transversale, menée à Nairobi au Kenya, a pour objectif d'apprécier les connaissances relatives à la santé mentale, plus précisément à la dépression avec idées suicidaires, chez les infirmiers d'un hôpital de référence urbain. C'est la première fois que des connaissances en santé mentale sont testées dans un contexte kenyan. En outre, le second objectif de cette étude est de piloter un outil évaluant les connaissances en santé mentale dans un contexte kenyan (Reavley et al., 2014).

66 infirmiers travaillant dans des services d'urgences et de médecine d'un hôpital urbain kenyan ont été sélectionnés. 37 infirmiers ont rempli le questionnaire de l'étude. Le taux de réponse s'est élevé à 61,7%. La majorité des participants étaient âgés de 29 ans (n=21), diplômés en soins infirmiers (n=30), travaillant depuis cinq ans ou moins (n=18) et avaient déjà pris en charge un patient atteint de maladie mentale antérieurement (n=36).

Cette étude présentait un échantillonnage non probabiliste de cohorte\* sélectionné. Cependant la méthode d'échantillonnage ainsi que les critères d'inclusion et d'exclusion ne sont pas mentionnés par les chercheurs. La collecte des données s'est réalisée à l'aide d'un questionnaire évaluant les connaissances en santé mentale ajusté et utilisé avec la permission de l'auteur original (Reavley et al.). Une vignette mettant en situation un homme présentant des symptômes dépressifs et des idées suicidaires a permis de tester les connaissances des participants sur le diagnostic, les interventions et les traitements adéquats pour cette situation. Le questionnaire était formé de questions à choix multiples, comprenant des questions fermées, et d'échelles de Likert évaluant spécifiquement l'attitude et les croyances infirmières. La méthode d'analyse des données recueillies est quantitative. Cette étude comprend des statistiques descriptives et inférentielles. Au sujet des statistiques descriptives, des analyses variées, soit les CV, ont été utilisées. Des tableaux de fréquences ont aussi été utilisés. Concernant les statistiques inférentielles, celles-ci comprenaient le test non paramétrique\* de Fisher.

24 participants ont reconnu le diagnostic de trouble dépressif, mais ont omis les idées suicidaires. Neuf infirmiers ont identifié que la situation clinique était problématique. Trois participants ont identifié avec justesse le diagnostic (dépression avec idées suicidaires). Un sentiment de « peur » face à la situation clinique a été évoqué par 46% des participants. 45,9% considèrent le patient de la vignette comme imprévisible. Enfin 34% pensent que la

dépression peut être traitée avec de la volonté. 83,8% omettent une aggravation du trouble dépressif si celui-ci n'est pas pris en charge par un professionnel. Néanmoins, 16,2% des participants pensent que le trouble dépressif peut se guérir sans prise en charge.

#### **4.2.1 Validité méthodologique**

Au sujet de la validité interne, les chercheurs ont utilisé des statistiques descriptives et inférentielles. L'utilisation du test de Fisher a permis d'évaluer les associations entre les caractéristiques sociodémographiques des participants et le trouble mental identifié. Aucune valeur p n'a été mentionnée. Concernant l'utilisation des tests statistiques descriptifs, le CV a permis de décrire l'homogénéité de l'échantillon face à l'utilité des interventions proposées et des attitudes/perceptions face au trouble dépressif décrit dans la vignette. Les tableaux de fréquences utilisés ont permis de grouper les données recueillies par rapport aux réponses du questionnaire. Plusieurs biais ont pu être relevés. Les participants ont été sélectionnés à l'aide d'un échantillonnage non probabiliste, ce qui engendre un biais de sélection. De plus, 27 participants n'ont pas rendu le questionnaire, suscitant un biais d'attrition. Des données manquantes ont été incluses à l'analyse au vu de la petite taille de l'échantillon. À ce sujet, aucune information concernant l'échantillonnage n'a été mentionnée, affaiblissant la validité interne. En outre, les participants provenant du Kenya ont des croyances et superstitions pouvant influencer leur point de vue sur les causes ou les interventions adéquates relatives à la dépression. La collecte des données a été réalisée à l'aide d'un outil pilote. Des difficultés d'interprétation ont pu être rencontrées par les participants, provoquant un biais d'information. Néanmoins, les chercheurs considèrent que le questionnaire a le potentiel d'analyser et d'évaluer les connaissances en santé mentale.

Au sujet de la validité externe, celle-ci a été confrontée à plusieurs obstacles. Le petit échantillonnage de cette étude réduit le taux de puissance statistique de l'étude et sa généralisabilité. En effet, le comité d'éthique a réduit la sélection des participants à la médecine et aux services d'urgences. Enfin, les chercheurs mentionnent que la recherche s'est réalisée au sein d'un seul hôpital du Kenya, ce qui rend les résultats non généralisables.

#### **4.2.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle**

Les résultats de cette étude mettent en évidence le déficit de connaissances des infirmiers non psychiatriques provenant d'un hôpital urbain au Kenya. Il s'agit d'un savoir limité concernant le diagnostic et la reconnaissance des symptômes dépressifs et suicidaires, le



choix de traitements adéquats, les interventions ainsi que les causes relatives aux troubles dépressifs. Les résultats de cette étude révèlent un niveau de connaissances plus restreint qu'une étude antérieurement réalisée au Kenya (Ndetei et al., 2011). Néanmoins, les résultats de cette présente étude divergent avec ceux de deux études antérieures réalisées à l'aide du même outil, dans des contextes différents, auprès d'infirmiers en pédiatrie (Al-Yateem et al., 2017) et d'infirmiers scolaires (Al-Yateem et al., 2018) aux Émirats arabes unis. Le personnel infirmier avait su correctement identifier le diagnostic des pathologies mentales proposées. En outre, cette étude met en évidence la présence d'attitudes stigmatisantes au sein du personnel infirmier, soit de la peur, de la méfiance et un manque d'empathie envers des personnes atteintes de troubles dépressifs. Ces résultats concordent avec des travaux antérieurs (Gureje et al., 2005 ; Ndetei et al., 2011).

Cette étude souligne que les jeunes infirmiers diplômés identifiaient plus adéquatement le trouble dépressif présent dans la vignette. Cela laisse supposer que les jeunes infirmiers auraient potentiellement des connaissances plus vastes concernant les troubles mentaux. Par ailleurs, le comité d'éthique ayant restreint le recrutement infirmier au service d'urgence et de médecine estimait que seuls ces services entraient en contact avec des personnes atteintes de troubles mentaux. Cette décision laisse entrevoir une connaissance limitée des troubles mentaux de manière plus générale. Les résultats de ces études mettent en évidence l'impact du déficit de connaissances relatives aux troubles dépressifs. En effet, il en découle un choix de traitements inadéquats, des difficultés à reconnaître les symptômes de troubles dépressifs avec idées suicidaires, une déficience face à l'orientation des patients vers des interventions adéquates et une qualité de soins limitée. Toutefois, l'infirmier joue un rôle clé dans la prise en charge du patient. C'est pourquoi cette étude propose d'améliorer les connaissances et les compétences au sujet du trouble dépressif au travers de formations continues supplémentaires et d'améliorations du programme d'études en mettant en évidence la promotion de la santé mentale.

L'étude s'est déroulée dans un pays à faible revenu, où les formations et connaissances sont passablement plus restreintes qu'en Suisse. En outre, cette étude a permis d'analyser promptement la stigmatisation découlant du manque de connaissances. Enfin, l'étude étant réalisée dans un contexte différent de celui de la Suisse (pays à faible revenu, croyances différentes), et la petite taille de l'échantillon offrant un faible taux de puissance statistique, les résultats ne sont pas généralisables à la population helvétique.

### 4.3 Description de l'étude 3

Arbanas, G., Rožman, J., & Bagarić, Š. (2019). The attitudes of medical doctors, nurses and lay people towards schizophrenia, depression and PTSD. *Psychiatria Danubina*, 31(Suppl 1), 84-91.

Cette étude descriptive comparative\* menée en Croatie a pour objectif d'évaluer et de comparer les attitudes des infirmiers, des médecins et des profanes à l'égard du trouble de stress post-traumatique, de la schizophrénie et de la dépression. Elle détermine également si le contact avec une personne atteinte d'un trouble mental spécifique réduit la stigmatisation de celui-ci ou celle des maladies mentales en général.

Ainsi, trois populations distinctes ont été sélectionnées à l'aide d'un échantillonnage non probabiliste intentionnel. Des infirmiers et des médecins de tous les services d'un hôpital général et d'un hôpital psychiatrique de la même région ont été invités à participer à l'étude. Tous les profanes\* ayant participé à un cours obligatoire d'hygiène d'une journée ont aussi participé à la recherche. De cette manière, l'échantillon final s'est composé de 270 infirmiers, 30 médecins et 87 profanes (taux de réponse respectifs : 45,2%, 14,2%, 91,6%). L'âge moyen de la population infirmière était de 41,4 ans, celui des médecins de 42,1 ans et celui des profanes de 37,9 ans. La collecte des données a été réalisée à l'aide d'un questionnaire en la langue croate, permettant d'évaluer les attitudes stigmatisantes vis-à-vis de trois troubles mentaux spécifiques, soit la dépression (alpha de Cronbach à 0,768), la schizophrénie (alpha de Cronbach à 0,742) et le trouble de stress post-traumatique (alpha de Cronbach à 0,761). Chaque item du questionnaire a été répété trois fois pour chacun des trois troubles mentaux spécifiques. Les réponses étaient évaluées au travers d'échelles de Likert. D'autres variables ont également été recueillies telles que l'âge, le sexe, le plus haut niveau d'étude, le contact antérieur avec une personne atteinte de trouble mental et la connaissance d'une personne atteinte de dépression, de schizophrénie ou de trouble de stress post-traumatique.

Les données collectées ont ensuite été analysées à l'aide de statistiques descriptives et inférentielles. L'utilisation d'analyse variée de corrélation de Pearson, le test paramétrique\* d'analyse de variance ANOVA et le test paramétrique t Student ont été utilisés.

Les résultats de cette étude mettent en évidence que les infirmiers stigmatisent davantage la schizophrénie que le syndrome de stress post-traumatique (SSPT), et davantage le SSPT que la dépression ( $F = 220,236$ ,  $p > 0,001$ ). De plus, après une comparaison des trois groupes, les infirmiers se révélaient être plus stigmatisants envers la schizophrénie ( $p = 0,006$ ) et envers le SSPT ( $p = 0,005$ ) que les médecins. Cependant, ils étaient moins

stigmatisants qu'eux envers la dépression ( $p = 0,0057$ ). En outre, les infirmiers portaient une stigmatisation moins importante au trouble dépressif et au SSPT que les profanes ( $p < 0,001$ ), mais pas envers la schizophrénie ( $p = 0,129$ ). Une corrélation de Pearson supérieure à 0,7 met en évidence une forte corrélation des attitudes stigmatisantes infirmières à l'égard des trois troubles mentaux au sein des trois populations. Néanmoins, aucune corrélation avec l'âge ou le sexe n'a été relevée. D'ailleurs, aucune différence entre infirmiers en psychiatrie et infirmiers somatiques n'a été relevée (test  $t^* \rightarrow$  schizophrénie :  $t = -1,145$  et  $p = 0,253$  ; dépression :  $t = -0,555$  et  $p = 0,579$  ; SSPT :  $t = -0,507$  et  $p = 0,612$ ). Aussi, les personnes connaissant un individu atteint de dépression voyaient leurs attitudes changées seulement pour le trouble dépressif et pas pour les autres troubles mentaux (test  $t$ ,  $t = -2,049$ ,  $p = 0,042$ ). Quant à la schizophrénie, les réactions des participants étaient identiques à celles analysées avec le trouble dépressif (test  $t$ ,  $t = -1,994$ ,  $p = 0,048$ ). À ce sujet, aucune différence n'a été notifiée concernant le SSPT ( $p = 0,067$  ; test  $t$ ,  $t = -1,245$ ) ni en ce qui concerne les autres troubles.

#### **4.3.1 Validité méthodologique**

Au sujet de la validité interne de cette étude, l'utilisation de statistiques inférentielles et descriptives a été relevée. L'utilisation de l'analyse bivarié de corrélation de Pearson ( $r$ ) a permis de mettre en évidence une forte corrélation des attitudes de l'échantillon à l'égard des trois troubles mentaux ( $r > 0,7$ ). Néanmoins, la direction de relation n'a pas été mentionnée. L'analyse de variance ANOVA a permis de comparer le phénomène de stigmatisation au sein des trois populations d'échantillons. Le test ANOVA a relevé des réponses statistiquement significatives ( $p < 0,05$ ). Enfin, le test de  $t$  Student a comparé la stigmatisation parmi les infirmiers non psychiatriques et psychiatriques, et comparé l'influence que pouvait avoir la connaissance d'un proche atteint d'une maladie spécifique sur le phénomène de stigmatisation. Le test  $t$  a donné des résultats avec une valeur  $p < 0,05$ . De plus, les corrélations de ces variables sont majoritairement des corrélations négatives. Enfin, un alpha de Cronbach\*  $> 0,7$  pour les trois items des maladies mentales confirme la cohérence interne\* du questionnaire. Des obstacles à la validité interne ont été relevés. Les chercheurs ont souligné un facteur historique au travers de l'influence des médias croates sur la perception du trouble de stress post-traumatique. Les chercheurs soulignent également un manque de temps ayant empêché de répondre adéquatement aux questionnaires. Aussi, la maturation\* peut potentiellement influencer la validité interne au travers de la fatigue engendrée par la population des professionnels de la santé. Un biais de sélection peut également être identifié, causé par le choix d'un échantillonnage non

probabiliste. Finalement, aucune précision sur la méthode d'échantillonnage et le devis de l'étude n'a été mentionnée par les chercheurs.

Concernant la validité externe, la généralisation des résultats peut se voir compromise par l'influence des facteurs historiques précédemment cités. Le manque d'interrogation face aux questionnaires engendre un facteur de confusion qui influe négativement sur la généralisation des résultats. De plus, le taux de réponse faible de l'échantillon de médecins (n=30) limite la généralisation des résultats pour cette population. Néanmoins, le nombre de participants composant l'échantillon d'infirmier était important (n=270), offrant un taux statistique puissant. Enfin, l'étude a été réalisée dans un hôpital psychiatrique, un hôpital généraliste et dans le cadre d'un cours d'hygiène, limitant la généralisation des résultats.

#### **4.3.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle**

Les résultats de cette étude concordent avec ceux d'études antérieures quant au taux de stigmatisation plus élevé vis-à-vis du trouble dépressif et de la schizophrénie au sein des trois populations d'échantillons (Bener & Ghuloum, 2011 ; Mannarini & Boffo, 2015)

Ensuite, les médecins présentaient une stigmatisation réduite des trois troubles mentaux de cette étude par rapport à l'infirmier et au profane. Néanmoins, les infirmiers manifestaient moins de stigmatisation envers les trois troubles mentaux que les profanes. Ces résultats ont permis de conclure que la stigmatisation peut être réduite lors de contacts réguliers avec des personnes atteintes de troubles mentaux. Toutefois, la nuance de stigmatisation entre les infirmiers et les médecins conduit à penser que la stigmatisation infirmière peut être réduite non seulement par un contact étroit avec une personne atteinte de trouble mental, mais également grâce aux connaissances sur cette population (Fernando et al., 2010). Du fait de ces résultats, cette étude conclut que la stigmatisation découle aussi potentiellement de la connaissance théorique des troubles mentaux. En effet, ce résultat s'appuie sur le fait qu'aucune différence de stigmatisation n'a été trouvée entre les infirmiers en psychiatrie et les infirmiers généralistes, tous deux n'ayant pas la même formation infirmière et aucune spécialisation en plus. De plus, la différence de corrélation des stigmas entre les trois troubles mentaux montre que ceux-ci sont spécifiques à chaque trouble mental. Par conséquent, les attitudes infirmières pourraient diverger en fonction du trouble mental rencontré. Finalement, cette étude est pertinente cliniquement en mettant en évidence le fait qu'un contact étroit avec une personne atteinte de troubles mentaux diminue la stigmatisation du trouble spécifique en question et non des troubles mentaux en général. Aussi, les chercheurs ont mis en évidence l'importance d'accroître les

connaissances de la population générale, dont les infirmiers, en matière de troubles mentaux.

Plusieurs obstacles entravent la transférabilité \* des résultats de cette étude. Cette étude se déroule dans un pays caractérisé par des croyances et des valeurs divergentes de celle de la Suisse, ce qui peut limiter la généralisation des résultats à la population infirmière suisse. De plus, selon les chercheurs, l'échantillon de personnes connaissant un individu atteint de trouble mental étant restreint, les comparaisons pour cette variable n'ont pu être réalisées que pour la population infirmière.

#### **4.4 Description de l'étude 4**

Brunero, S., Buus, N., & West, S. (2017). Categorising Patients Mental Illness by Medical Surgical Nurses in the General Hospital Ward: A Focus Group Study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(6), 614-623. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.09.003>

Cette étude qualitative\* par groupe de discussion avait pour objectif de comprendre le processus de catégorisation des pathologies mentales au sein des hôpitaux généraux par des infirmiers médicochirurgicaux. Une question de recherche a été relevée : comment les participants ont établi le phénomène de catégorisation envers les pathologies psychiatriques et l'ont légitimé au sein des groupes de discussion ?

Pour cela, un échantillonnage non probabiliste intentionnel\* a été utilisé. Seize infirmiers médicochirurgicaux ont été recrutés au sein de services de chirurgie (n=10) et d'infectiologie (n=6) d'un hôpital métropolitain de Sydney, de référence tertiaire. Quatre d'entre eux étaient des infirmiers cliniciens spécialisés, et supposés, de ce fait, détenir un niveau d'expérience et d'éducation plus élevé que le reste de l'échantillon. Les infirmiers provenant du service de chirurgie avaient une expérience infirmière de deux à quinze ans dans le service. Concernant le service d'infectiologie, les infirmiers avaient une expérience professionnelle allant de deux à onze ans. L'âge des participants n'a pas été mentionné par les chercheurs. Les infirmiers étaient invités à participer à l'un des deux groupes de discussion afin de partager leur expérience concernant la thématique de l'étude. L'explication de l'objectif de la discussion a été mentionnée par l'intervieweur du groupe. En outre, l'intervieweur a employé un guide d'entrevue\* composé de questions ouvertes. Cependant, l'utilisation de celles-ci dépendait de l'évolution de la discussion et de ce qui était désigné comme prioritaire au sein des groupes. De ce fait, un entretien semi-dirigé\* a été réalisé. Le groupe de discussion, durant environ 60 minutes, a été enregistré puis transcrit de manière détaillée en plusieurs sessions par les auteurs. Les deux groupes

utilisés pour cette recherche ont été considérés comme suffisants. En effet, les données saisies du premier groupe ont atteint une saturation\* intragroupe. Pour sa part, le second groupe a atteint une saturation intergroupe.

En ce qui concerne la méthode d'analyse, une analyse de discours telle que décrite par Potter et Wetherell a été utilisée (Potter & Wetherell, 1987). Celle-ci se concentre sur la manière dont les personnes évaluent des discours émis et dont elles peuvent s'associer aux interactions avec les autres. Ce processus composé de dix étapes a été utilisé comme guide dans cette étude. D'ailleurs, la transcription des données était en accord avec la convention des données de Potter et Wetherell (Potter & Wetherell, 1987). Sinon, l'analyse de la transcription des groupes s'est penchée sur le contenu thématique, la construction spécifique de catégories et les fonctions sociales du phénomène de catégorisation. Une fois les catégories construites, les chercheurs ont réanalysé les données en lien avec chaque catégorie construite. Les chercheurs ont utilisé les quatre techniques principales de la validation d'analyse de Wetherell et Potter, soit la cohérence, l'orientation des participants, les nouveaux problèmes et la fécondité (Potter & Wetherell, 1987).

En ce qui concerne les résultats, quatre catégories informelles de pathologie mentale ont été construites au sein des groupes de discussion : malade géré, malade imprévisible, malade émotionnel et malade dangereux. Le malade géré, catégorisé comme « sûr » et « conforme », impliquait une priorisation de la maladie physique et une concentration minimale sur la maladie mentale. Les malades « imprévisibles » étaient considérés comme des personnes dont on ne peut prévoir les comportements. De ce fait découlaient des inquiétudes et des appréhensions de la part du personnel infirmier, à l'égard des prestations de soins à délivrer chez ce type de patients. Les participants ont en outre mentionné que la charge de travail et l'environnement des services étaient trop « lourds » pour permettre d'accueillir ce type de patient. En effet, un environnement inadéquat et les comportements des soignants sont en mesure de détériorer la santé mentale du patient en affectant les stratégies des soins. Par exemple, les professionnels peuvent hésiter à procurer un traitement au patient dit imprévisible. Le patient dit « émotionnel », caractérisé par un comportement mélancolique, était considéré comme émotionnellement épuisant pour les soignants. Le soutien qui lui était apporté se réduisait au moment où le patient était « en larmes ». Des raisons ont été fournies par le personnel infirmier pour ne pas prendre en charge ce type de patient, dont le manque de temps. La priorisation du soutien physique a été mentionnée. Néanmoins, les participants du groupe signalent une certaine frustration de ne pas apporter des soins adéquats aux personnes atteintes dans leur santé mentale. Enfin, les patients catégorisés comme dangereux étaient définis comme pouvant se

montrer violents avec le personnel infirmier, les autres patients et eux-mêmes. De la peur, un sentiment de menace, de la réticence, un sentiment de vulnérabilité et un manque de contrôle ont été relevés au sein de l'équipe médicale. Un manque de temps, l'évitement, de la prudence et une exclusion du processus de soins ont également été mentionnés.

#### **4.4.1 Validité méthodologique**

Au sujet de la crédibilité\* de cette recherche, l'utilisation de la théorie de l'analyse de discours selon Potter et Wetherell (Potter & Wetherell, 1987) et la transcription des données réalisées par plusieurs chercheurs a permis de réaliser une triangulation\*. Néanmoins, il n'y a pas eu d'engagement prolongé du chercheur ni d'observations soutenues sur le terrain, les données étant récoltées via des groupes de discussion d'une durée d'une heure environ. Aucune vérification externe n'a été mentionnée.

La transférabilité de l'étude est appuyée par une description complète et précise du contexte par différents auteurs (Graumann & Kallmeyer, 2002 ; Griffiths, 2001). Cela est un élément qui indique que les résultats sont généralisables. La fiabilité\* de l'étude a été assurée au travers d'une analyse de discours selon la théorie de Potter et Wetherell (Potter & Wetherell, 1987) ainsi qu'au travers du codage des transcriptions. Cependant, aucun chercheur externe à l'étude n'a approuvé les résultats de cette recherche. Aussi, l'étude n'a pas été reproduite dans des circonstances similaires avec les infirmiers identiques au présent échantillon. En vue de la fiabilité moyenne de l'étude, la crédibilité de celle-ci peut être remise en question. Au sujet de la confirmabilité de l'étude, aucun expert n'a été mentionné durant celle-ci pour vérifier la qualité des résultats obtenus. De plus, l'interviewer était une infirmière-chef, pouvant prendre part inconsciemment aux réponses des participants, engendrant ainsi un biais associé à la relation chercheur-participant. Cela peut hypothétiquement engendrer un effet Hawthorne\*.

Un biais rattaché au contexte de l'étude peut potentiellement avoir été présent, car les infirmiers interrogés se sont peut-être retenus lors de leurs réponses pour renvoyer une meilleure image d'eux au sein du groupe de discussion, engendrant un potentiel phénomène de désirabilité sociale. La méthode d'analyse a été détaillée et paraît adéquate pour répondre à la question de recherche, car elle se concentre sur le discours des participants et la manière dont ceux-ci peuvent s'associer aux interactions avec les autres. Ensuite, les deux groupes ayant participé à l'étude ont été considérés comme suffisants pour l'analyse des données. En effet, les données saisies du premier groupe ont atteint une saturation intragroupe. Le second groupe atteint une saturation intergroupe. La méthode d'enregistrement et de collecte des données n'est pas précisée, mais les chercheurs

mentionnent une mauvaise qualité audio, engendrant un biais lié au dispositif de l'enquête. Les conclusions ont été justifiées dans la section résultats. Les chercheurs évoquent également des biais. Les paroles prononcées dans les discussions de groupe peuvent ne pas refléter la pratique clinique réelle. Enfin, la spécificité de chaque service de soins au niveau du discours a pu influencer participants.

#### **4.4.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle**

Selon cette étude, les infirmiers se basent sur des processus politiques, appris et personnels dans le but de prodiguer des soins adéquats à leurs patients. De ce fait, la construction de catégories au sujet des maladies mentales servirait à une meilleure compréhension de la maladie mentale et de son contexte (Hopkins, 2002). En outre, la formation de catégories serait un moyen de gérer la charge de travail et le stress émotionnel (Giandinoto & Edward, 2014). D'autre part celle-ci serait une manière de justifier le phénomène d'exclusion et de limiter les soins à fournir aux patients atteints de maladie mentale. En bref, selon cette étude, le langage infirmier contenant des catégorisations peut engendrer une difficulté dans la prise en soins infirmière. Cependant il permet également d'encourager le personnel infirmier à prodiguer des soins de qualité auprès de patients atteints de pathologies psychiatriques (Liggins & Hatcher, 2005 ; Ross & Goldner, 2009). Selon cette étude, le phénomène de catégorisation utilisé par le personnel infirmier pourrait être utilisé par les spécialistes de la formation de soins infirmiers dans le but de recentrer l'enseignement des pathologies psychiatriques en utilisant le langage informel, soit l'imprévisible, l'émotionnel, le dangereux et le géré. Cela serait une façon divergente de reconnaître une pathologie psychiatrique et de mettre en évidence l'impact de la catégorisation sur les prestations de soins. Néanmoins, cette étude met en évidence que certaines catégories induisent des prédictions de comportement de la part du personnel infirmier. Par exemple, la catégorie « géré » engendrera une concentration minimale sur la santé mentale. De ce fait, le personnel infirmier ne prodiguera que peu, voire pas de soins visant leurs besoins en santé mentale. Cela aura pour conséquence que certains patients se trouveront sans suivi ni soins adéquats à leur pathologie mentale, majorant ainsi le risque de rechute. Enfin, comme mentionné précédemment, la catégorisation infirmière des maladies mentales peut être un élément bénéfique pour la prise en charge. Cependant, elle est soumise à certaines difficultés. Cette étude met en évidence le fait que le phénomène de catégorisation a un impact potentiel sur la stigmatisation infirmière. Les conclusions de cette étude peuvent ne pas être transférables au sein de la population infirmière suisse. En effet, comme les chercheurs l'ont mentionné durant l'étude, les services de soins ont des langages médicaux spécifiques. Enfin, l'étude provient d'un autre continent ayant



potentiellement un réseau de soins différent de celui de la Suisse. Cependant, les conclusions sur la catégorisation sont des pistes à prendre en compte pour pallier la stigmatisation infirmière.

#### **4.5 Description de l'étude 5**

Fontesse, S., Rimez, X., & Maurage, P. (2021). Stigmatization and dehumanization perceptions towards psychiatric patients among nurses : A path-analysis approach. *Archives of Psychiatric Nursing*, 35(2), 153-161. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2020.12.005>

Cette étude transversale quantitative a pour objectifs de comparer la manière dont le personnel infirmier stigmatise et déshumanise trois populations atteintes de pathologies spécifiques, soit le trouble alcoolique sévère, la schizophrénie et les maladies cardiovasculaires. De plus, cette étude parcourt la manière dont les perceptions déshumanisantes des supérieurs face aux infirmiers, la stigmatisation et la qualité du contact avec le patient sont liées au phénomène de déshumanisation. Enfin, cette étude a pour objectif de comprendre comment ces variables influent sur le bien-être des infirmiers et sur les soins prodigués aux patients. En outre, une question de recherche a été relevée : comment la perception des infirmiers d'être déshumanisés par leurs supérieurs, la qualité du contact soignant-soigné et la stigmatisation sont associées à la déshumanisation des patients par les infirmiers ?

Pour ce faire, 336 infirmiers, dont 78% de femmes, âgés en moyennes de 40,7 ans, ont été recruté entre le premier avril et le premier juillet 2018, dans des centres cliniques, des hôpitaux et des associations d'infirmiers. Les participants ont donc été sélectionnés sur la base d'un échantillon de convenance par diffusion. Ces établissements étaient localisés en Belgique, en France et au Canada. Sur 68 hôpitaux et cliniques contactées, 15 ont accepté de transférer l'enquête à leur personnel infirmier. De plus, sur 36 associations d'infirmiers contactées, dix ont autorisé la présentation de l'enquête à leur personnel infirmier. Ensuite, les participants ont été classés en fonction de la fréquence de contact avec la population cible. Celui qui n'avait pas de contacts avec l'une des trois populations cibles a été classé, comme référence, avec le trouble d'alcoolisme sévère. Ainsi, 108 participants ont été classés avec le trouble d'alcoolisme sévère, 42 avec la schizophrénie, 118 avec maladies cardiovasculaires, et 68 participants, n'ayant pas suffisamment eu de contact avec l'une des trois populations cibles, se sont vu attribuer la référence du trouble alcoolique sévère.

La collecte des données a été réalisée à l'aide de différentes méthodes. Pour évaluer la stigmatisation infirmière, les chercheurs ont utilisé l'échelle spécifique PPS de Holman

(Holman, 2015), avec un alpha de Cronbach à 0,9. Ensuite, la déshumanisation infirmière a été analysée avec une échelle basée sur le modèle de déshumanisation de Haslam (Haslam, 2006), présentant un alpha de Cronbach à 0,95. Néanmoins, la perception de la déshumanisation infirmière a été également réalisée avec l'échelle de Haslam, mais adaptée aux trois populations cliniques (alpha de Cronbach : 0,97). Puis, la qualité du contact infirmier envers les patients a été évaluée avec une échelle basée sur la théorie du contact intergroupe d'Allport (Allport, 1954) ainsi que sur les conditions de Pettigrew (Pettigrew, 1998) (alpha de Cronbach : 0,87). Quant à l'épuisement professionnel, il a été évalué à l'aide de l'inventaire de Malsach, avec un alpha de Cronbach à 0,93. La dépression, l'anxiété et le stress des infirmiers ont été évalués à l'aide de l'échelle DASS Anthony, ayant un alpha de Cronbach à 0,93. Toutes les réponses des présentes échelles ont été recueillies à l'aide d'échelles de Likert. Quant aux considérations éthiques, elles ont été évaluées à l'aide de dilemme moral créé spécifiquement pour évaluer le consentement et la douleur des patients, ainsi que l'occultation du diagnostic. Enfin, la discrimination structurelle a été évaluée au moyen d'une tâche d'allocation de ressources, basée sur un article spécifique (Beck et al., 2003).

L'analyse des données recueillies s'est réalisée à l'aide de statistiques inférentielles, soit l'utilisation d'analyses de régression linéaire avec trois variables de contrastes comme variables indépendantes. La première était une comparaison entre la perception infirmière des patients atteints de troubles psychiatriques et des patients atteints de maladies cardiovasculaires. Ensuite, la comparaison entre les infirmiers en contact avec des individus souffrant de troubles alcooliques graves et avec des personnes atteintes de schizophrénie. Enfin, une comparaison de la perception infirmière des personnes atteintes de troubles alcooliques sévères a été effectuée entre les soignants ayant un contact régulier avec celles-ci, et ceux qui n'ont pas. De plus, les chercheurs ont utilisé l'estimation par intervalle de confiance. Onze hypothèses (H)\* ont été énoncées par les chercheurs.

Les résultats de cette étude mettent en évidence que les infirmiers déshumanisent ( $p = 0,000$ , IC 95% [0,05 ; 0,13]) et stigmatisent ( $p = 0,000$ , IC 95% [0,36 ; 0,43]) davantage les personnes atteintes de troubles psychiatriques que celles atteintes de maladies cardiovasculaires. Les infirmiers stigmatisent davantage les personnes atteintes de trouble d'alcoolisme sévère ainsi que les schizophrènes ( $p < 0,000$ , IC 95% [0,09 ; 0,23]). Les infirmiers sans contact fréquent avec un individu atteint de trouble d'alcoolisme ont tendance à stigmatiser davantage cette pathologie que les infirmiers en contact régulier avec ces personnes ( $p = 0,064$  ; IC 95% [-0,01 ; 0,18]). Aussi, les effets indirects et directs de la déshumanisation des populations étudiées ont été analysés. De ce fait, le personnel

infirmier déshumanise plus les personnes souffrant de troubles psychiatriques lorsqu'il a le sentiment d'être déshumanisé par les supérieurs ( $p = 0,000$ , IC 95% [0,11 ; 0,34]). Enfin, les infirmiers stigmatisants accordent une attention moindre à la douleur de leurs patients ( $p = 0,018$ , IC 95% [-0,40 ; -0,04]). À ce sujet, la présence de stigmatisation infirmière entraîne une attention moindre au consentement des patients ( $p = 0,048$  ; IC 95% [-0,35 ; -0,00]). Au sujet de la discrimination structurelle, la qualité de contact ( $p = .000$ , IC à 95%) et la stigmatisation ( $p = .002$ , IC à 95%) ont été associées à l'allocation des ressources. Enfin, aucun effet significatif n'a été relevé sur l'occultation du diagnostic.

#### **4.5.1 Validité méthodologique**

Au sujet de la validité interne de cette étude, des statistiques inférentielles ont été utilisées. Une analyse de régression linéaire a été utilisée permettant « d'estimer la valeur d'une variable dépendante en se fondant sur la valeur de la variable indépendante » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 426). Cette analyse a été effectuée avec trois variables de contrastes comme variables indépendantes, citées précédemment. Cette méthode a permis d'étudier les comparaisons d'intérêt des trois populations cibles, comme énoncé par les chercheurs. Aussi, une analyse de cheminement a été utilisée dans le but d'étudier les associations de la déshumanisation et de la stigmatisation avec d'autres variables dans le groupe déshumanisé. Celle-ci a tenu compte des valeurs manquantes. Les valeurs  $p$  étaient, pour la plupart, statistiquement significatives en étant inférieures à 0,05, et les intervalles de confiance supérieurs à 95%. Les intervalles proposés n'étaient pas conséquents, limitant ainsi « la conviction que la vraie moyenne de la population se trouve à l'intérieur de l'intervalle » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 414). Cependant, l'étude a apporté « un niveau de confiance selon lequel une gamme de valeurs comprises entre deux normes contient la valeur du paramètre à estimer » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 414). Aussi, la validité interne à l'étude a pu être confrontée à divers obstacles. Plusieurs facteurs historiques, non énumérés par les chercheurs, ont pu se produire durant les trois mois durant lesquels s'est déroulée l'étude. Ensuite, l'épuisement des soignants est un facteur de maturation relevé par les chercheurs pouvant avoir un impact sur la validité interne de l'étude. En outre, la sélection des participants s'est réalisée avec un échantillonnage non probabiliste, n'assurant pas une répartition aléatoire des sujets, entraînant un potentiel biais de sélection. Néanmoins, la validité du construit a été assurée au travers de l'utilisation de différentes échelles de mesures, citées plus haut, pour la collecte de données. Ces échelles étaient toutes référées à un alpha de Cronbach supérieur à 0,7 ou basé sur des théories connues (modèle de déshumanisation de Haslam [2006], théorie de contact intergroupe d'Allport avec les conditions ajoutées de Pettigrew [1998], Beck et al., 2003). Les mesures

utilisées étaient auto déclarées, ce qui plaide pour un possible biais de désirabilité sociale. Celui-ci a été écarté par l'anonymat des participants conservé tout au long de l'étude. Les chercheurs ont également souligné que le devis transversal de l'étude a empêché de réaliser des interprétations causales.

Concernant la validité externe, le groupe d'infirmiers en contact avec les personnes atteintes de schizophrénie était plus limité que les deux autres groupes, diminuant ainsi la possibilité de généralisation des résultats pour ce groupe-ci. À ce propos, la généralisation des résultats serait impactée, selon les chercheurs, par des taux de réponse faibles, soit 22% pour les hôpitaux et 27% pour les associations. Néanmoins, la taille de l'échantillon s'élevait à 336 infirmiers, augmentant ainsi le taux de puissance statistique. Par ailleurs, l'étude a été réalisée au sein de plusieurs pays et hôpitaux différents, ce qui favorise la généralisation des résultats. Cependant, les lieux dans lesquels s'est déroulée l'étude sont proches de la Suisse sur le plan économique et culturel. Mais des différences au niveau du contexte hospitalier des différents pays peuvent probablement être mises en évidence. Ce qui ne permet, de ce point de vue, de généraliser que partiellement les résultats.

#### **4.5.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle**

Les résultats de cette étude mettent en évidence le fait que la population clinique psychiatrique est davantage stigmatisée que la population non psychiatrique par les infirmiers. Les résultats concordent avec ceux de précédentes études (Martinez et al., 2011 ; Peris et al., 2008). Ensuite, les résultats révèlent que les infirmiers stigmatisent davantage un individu atteint de troubles alcooliques qu'une personne atteinte de schizophrénie, résultat concordant avec une précédente étude (Schomerus et al., 2011). De plus, la stigmatisation provoque des effets néfastes sur le bien-être des patients : anxiété, dépression, faible estime de soi, voire maintien d'un mauvais diagnostic (Birtel et al., 2017). En outre, les interactions fréquentes des infirmiers avec un individu atteint de trouble d'alcoolisme sévère n'ont relevé aucune réduction de la stigmatisation. Ce résultat concorde avec ceux de précédentes études (Kolodziej & Johnson, 1996). La théorie du contact (Capozza & Falvo, 2014), révélant que la fréquence d'interaction avec un groupe aurait tendance à réduire la stigmatisation, n'a pas pu être soutenue. Ensuite, la stigmatisation s'avérerait être liée à une déshumanisation importante. De plus, la réduction de la déshumanisation infirmière serait liée à la qualité du contact soignant soigné. Ces résultats sont identiques à ceux d'une autre étude (Capozza et al., 2017). La hiérarchie jouerait un rôle essentiel dans le phénomène de déshumanisation. C'est-à-dire que la présente étude révèle pour la première fois que les infirmiers ayant une perception de

déshumanisation de la part de leurs supérieurs répercutent cette attitude auprès de leurs patients. Les chercheurs avaient formulé l'hypothèse que cette déshumanisation infirmière avait un rôle protecteur. Or cela n'est pas confirmé par l'étude. Cependant, les résultats d'études précédentes mettent en évidence le contraire (Cameron et al., 2016 ; Vaes & Muratore, 2013). De plus, la stigmatisation et la déshumanisation infirmière semblent avoir un impact négatif sur la prise de décisions concernant des dilemmes moraux, ainsi que sur la qualité des soins prodigués au patient. Ce résultat concorde avec ceux de précédentes études (Alleyne et al., 2014 ; Bruneau et al., 2018 ; Delbosc et al., 2019).

Pour conclure, les résultats de cette étude ont mis en évidence des pistes afin de lutter contre la stigmatisation et la déshumanisation infirmière envers les patients atteints de troubles mentaux. Au vu des conséquences néfastes de la stigmatisation structurelle, il serait important d'améliorer la considération des infirmières par les supérieurs afin qu'elles prennent en charge le plus bénéfiquement possible les patients. Une supervision humanisante du personnel soignant est donc nécessaire. De plus, l'humanisation de la vision au travers de la particularisation de chaque patient, la promotion de l'égalité des patients, le maintien d'un engagement moral infirmier et l'amélioration de la relation soignant-soigné permettraient de diminuer la stigmatisation et déshumanisation infirmière. Enfin, cette étude met en évidence que la qualité du contact avec le patient est plus importante que la fréquence de celui-ci. C'est pourquoi les hôpitaux devraient mettre en place les caractéristiques du contact intergroupe d'Allport (Allport, 1954).

Les résultats de cette étude sont partiellement transférables au personnel soignant infirmier suisse. L'étude s'est déroulée dans deux pays européens, la Belgique et la France, pays plus ou moins similaires à la Suisse sur le plan économique et culturel. Cependant, chaque pays a un système de santé qui diffère des autres. C'est pourquoi cette étude n'est que partiellement généralisable. Néanmoins, les pistes proposées par les chercheurs pour lutter contre la stigmatisation et la déshumanisation infirmières sont à prendre en compte.

#### 4.6 Description de l'étude 6

Health Literacy of Non-mental Health Nurses : A Mental Health Survey in Four General Hospitals in Hunan Province, China. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 507969. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.507969>

Cette enquête transversale, réalisée à Hengyang, en Chine, a pour objectif d'identifier les croyances des infirmières chinoises travaillant au sein de milieux somatiques au sujet de trois pathologies psychiatriques, soit la schizophrénie, la dépression et le trouble anxieux

généralisé (TAG). Cette étude a été réalisée sur une période d'une année, soit entre 2014 et 2015. 1600 infirmiers travaillant dans quatre hôpitaux universitaires non psychiatriques de la région de Hengyang ont été invités à participer à l'étude. Le personnel infirmier a ensuite été sélectionné à l'aide d'un échantillonnage probabiliste en grappe\*. 610 questionnaires ont été distribués. Le taux de réponse était de 98,5%. L'âge médian des participants était de 31 ans. 27,3% de la population de l'échantillon a obtenu un baccalauréat, les autres infirmiers, un diplôme de premier cycle universitaire ou un diplôme secondaire spécialisé. La durée moyenne de travail était de 9,5 ans. Enfin, la moitié des participants travaillaient dans un hôpital tertiaire.

Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire. Celui-ci, permettant d'évaluer les connaissances en santé mentale, a été développé initialement par l'Australien Jorm (Jorm et al., 1997). C'est pourquoi une autorisation de l'auteur original a dû être demandée. Une fois celle-ci obtenue, le Dr Liu Weil a traduit et modifié le questionnaire de sorte qu'il corresponde aux conditions médicales chinoises. La validité et la fiabilité ont été testées, mais non relatées dans l'article. Les informations démographiques, l'âge, le sexe, l'état civil, le niveau d'étude, la durée de travail ont également été recueillis. Puis, une assignation aléatoire auprès des trois vignettes présentant les trois pathologies psychiatriques distinctes, soit la dépression, la schizophrénie et le trouble anxieux généralisé, a été appliquée. Le nombre de réponses par vignettes s'est élevé à 198 pour la schizophrénie, 203 pour la dépression, 200 pour le trouble anxieux généralisé. Le choix de réponses a été proposé sur une échelle de Likert. Enfin, les données ont été saisies par stratégies de double entrée\* dans EpiData version 3.2 (EpiData Association, Odense, Funen, Danemark). La méthode d'analyse descriptive quantitative a été utilisée, soit la Md, l'EI, et le CV. Les chercheurs ont également utilisé des statistiques inférentielles, soit le test paramétrique de chi-deux. L'estimation par intervalle de confiance a été fixée à 95%.

Aucune différence n'a été relevée entre les participants concernant le sexe, l'état civil, le niveau d'éducation et la durée de pratique infirmière. Le taux de réponse correct relatif au diagnostic des trois vignettes s'élevait à 56,2% (n=114) pour la dépression ; 38,9% (n=77) pour la schizophrénie et 17,5% (n= 35) pour le TAG. Quant aux taux d'identification corrects comparés au sein des trois vignettes, la schizophrénie serait plus susceptible d'être identifiée correctement par rapport au TAG (OR : 3,00 ; IC [1,89 4,77] ;  $p < 0,001$ ). En revanche, la dépression serait plus simple à identifier que le TAG (OR : 6,040 ; IC : [3,82 9,55] ;  $p < 0,001$ ). Enfin, la dépression serait plus susceptible d'être identifiée que la schizophrénie (OR : 2,01 ; IC : [1,35 3,00] ;  $p < 0,001$ ). D'autre part, les infirmiers pensaient devoir requérir à une aide professionnelle pour diagnostiquer le TAG (85,5%), la dépression

(89,2%) et la schizophrénie (94,9%). Au sujet de toutes les vignettes, des interventions de la part du psychologue clinicien, du psychiatre et d'un membre de la famille proche (> 70%) seraient adéquates. Les interventions jugées les moins utilisées par les participants (< 30%) ont été la résolution par soi-même, la recherche d'aide auprès d'une conseillère et la prière de Bouddah. Les croyances infirmières face à la péjoration du patient sans accès à une aide professionnelle étaient nuancées selon les pathologies psychiatriques : 70,7% schizophrénie ; 66,0% dépression ; TAG : 56,5%.

#### **4.6.1 Validité méthodologique**

Au sujet de la validité interne, le choix des diverses méthodes statistiques a pu être justifié. La Md avec les EI, un paramètre de dispersion essentiel, a été utilisée pour les variables asymétriques. D'autre part, le CV a été employé pour les variables catégorielles, permettant également d'analyser l'homogénéité de celles-ci. De plus, l'utilisation du CV et de l'IC\*, majoritairement significative, en étant supérieure à 95%, a été faite pour les interventions utiles et les méthodes d'aides les plus bénéfiques. Les intervalles de confiance présentés se voyaient être espacés en augmentant « la conviction que la vraie moyenne de la population se trouve à l'intérieur de l'intervalle » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 414). Aussi, les CV ont pu être analysés à l'aide du test de Chi-deux. Le test de Chi-deux à l'aide du taux d'impair (OR) et de l'IC à 95% ont été réalisés dans le but d'évaluer la présence de différences significatives d'identification de diagnostics et de pathologies psychiatriques au sein des différentes vignettes. Un test du Chi-deux a été également réalisé pour évaluer la différence d'utilité de celles-ci au sein des différentes vignettes. Des valeurs p ont aussi été mentionnées. Celles-ci étaient globalement statistiquement significatives, en étant inférieures à 0,05. Le choix de l'étude transversale exclut la détermination d'une relation causale exacte. Il empêche, de ce fait, d'évaluer comment la connaissance en santé mentale des infirmiers travaillant au sein de milieux somatiques influe sur l'orientation et les traitements des patients. Finalement, le questionnaire à choix multiples peut restreindre les réponses et la réflexion des participants. La validité interne de cette étude a pu être confrontée à divers obstacles. Des facteurs historiques, les médias chinois, ont pu avoir une influence sur les réponses des participants. De plus, l'étude s'étant déroulée sur une année, cela peut avoir également donné lieu à des facteurs historiques et à la maturation. Une mortalité expérimentale limitée a pu être relevée : neuf participants n'ont pas répondu aux questionnaires, créant potentiellement un biais d'attrition. Cependant, la sélection des participants, réalisée à l'aide d'un échantillonnage probabiliste, favorise la randomisation et élimine la possibilité de biais de sélection. Néanmoins, l'utilisation de l'anonymat des questionnaires empêche le phénomène de désirabilité sociale.

Concernant la validité externe, la généralisation des résultats a pu être biaisée par l'interaction de facteurs historiques au cours de la longue durée de l'étude. En outre, les chercheurs mentionnent que la taille restreinte de l'échantillon ne lui permettait pas d'être représentatif à la population chinoise. De plus, les quatre hôpitaux dans lesquels l'étude a été réalisée se situent dans la même ville, soit Hengyang, ce qui peut réduire la généralisation des résultats au travers d'un biais d'échantillonnage « homogène ». Finalement, au sujet de la validité de conclusion statistique, les chercheurs déclarent que la petite taille de l'échantillon réduit d'une part la possibilité de généralisation des résultats, et d'autre part le taux de puissance statistique.

#### **4.6.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle**

L'identification et l'orientation précoce des troubles psychiatriques vers des spécialistes par les infirmiers diminueraient d'une part les conséquences somatiques du trouble psychique ainsi que la gravité de celles-ci (Wu et al., 2017). En outre, la dissimulation du diagnostic psychiatrique de la part des patients les empêche de requérir une aide adéquate. Ce résultat est appuyé par une étude antérieure (Phillips et al., 2009). Pour conclure, des formations supplémentaires devraient être offertes aux infirmiers non psychiatriques, visant l'amélioration des connaissances en santé mentale, l'accès aux traitements, l'orientation vers une aide adéquate et la sensibilisation face aux personnes atteintes d'un trouble mental (Rüsch et al., 2011). L'amélioration des connaissances en santé mentale permettrait de réduire la stigmatisation par le personnel infirmier et par les patients eux-mêmes ainsi que de détecter précocement les troubles mentaux afin d'éviter les conséquences d'une non-prise en charge psychiatrique.

Enfin, les résultats de cette étude ne sont potentiellement pas transférables à la population helvétique au vu des contextes divergents entre la Chine et la Suisse. Cependant, certaines conclusions énoncées plus haut peuvent constituer des pistes intéressantes à prendre en compte afin de lutter contre la stigmatisation des maladies mentales par les infirmiers suisses.

#### **4.7 Synthèse des principaux résultats**

Les précédentes études analysées ont apporté de nombreux éléments sur la stigmatisation infirmière. Certaines études relèvent que la stigmatisation infirmière serait liée à un manque de connaissances infirmières au sujet des maladies mentales et du trouble dépressif au sein des milieux non psychiatriques (Arbanas et al., 2019 ; Hao et al., 2020 ; Ihalainen-Tamlander et al., 2016 ; Muga et al., 2019). Par ailleurs, la déshumanisation et la



stigmatisation infirmière découleraient d'une stigmatisation structurelle et d'un épuisement infirmier (Fontesse et al., 2021).

Les impacts de la stigmatisation infirmière sont divers et nombreux. En effet, celle-ci provoquerait un effet néfaste sur le bien-être (Fontesse et al., 2021), ou encore une occultation du diagnostic (Hao et al., 2020). D'autre part, les infirmiers font face à des dilemmes éthiques et moraux (Fontesse et al., 2021 ; Ihalainen-Tamlander et al., 2016), ce qui affecterait la qualité des soins en l'amoindrissant (Fontesse et al., 2021). Un savoir infirmier limité engendrerait des difficultés concernant le choix des traitements et la reconnaissance symptomatologique, ainsi qu'une déficience dans l'orientation des patients vers des ressources adéquates (Muga et al., 2019). En effet, le taux d'identification diagnostique a été exposé comme moindre, selon l'une des études (Hao et al., 2020). Il en résulterait un maintien de diagnostic inadéquat (Fontesse et al., 2021). La catégorisation infirmière influencerait le développement de stigmatisation des soignants. Par conséquent, les infirmiers limiteraient les soins à prodiguer à l'individu catégorisé. Ainsi, un phénomène d'exclusion et de prédiction de comportement de la part des soignants a été mis en évidence. La prédiction des comportements engendrerait une concentration minimale sur la santé mentale (Brunero et al., 2017). Il s'en suivrait une non-satisfaction des besoins en santé mentale. En revanche, le phénomène de catégorisation a également été relevé comme étant bénéfique au sein du personnel infirmier. Celui-ci permettrait, entre autres, une réduction de stress et une meilleure compréhension de la maladie mentale (Brunero et al., 2017).

De nombreux moyens et pistes pour pallier la stigmatisation infirmière ont été énoncés dans les divers articles de recherches analysés ultérieurement. Le perfectionnement des connaissances infirmières en matière de santé mentale est le moyen annoncé au sein des précédentes études (Arbanas et al., 2019 ; Brunero et al., 2017 ; Hao et al., 2020 ; Ihalainen-Tamlander et al., 2016 ; Muga et al., 2019). Des formations supplémentaires et une amélioration des programmes d'études pour les futurs infirmiers, la promotion de la santé mentale ainsi qu'une sensibilisation aux maladies mentales ont été émises comme des moyens favorisant la diminution de la stigmatisation infirmière (Hao et al., 2020 ; Ihalainen-Tamlander et al., 2016 ; Muga et al., 2019). Un contact régulier avec le patient (Arbanas et al., 2019 ; Fontesse et al., 2021), l'amélioration de la qualité de contact soignant soigné (Fontesse et al., 2021), l'empathie, la prise de conscience des propres attitudes infirmières à l'égard des maladies mentales (Ihalainen-Tamlander et al., 2016) ainsi que la position prioritaire du patient et de ses besoins au centre des soins, diminueraient le phénomène de stigmatisation (Ihalainen-Tamlander et al., 2016). Pour conclure, des

spécificités ont été relevées par différents articles. L'humanisation, l'individualité et la promotion de l'égalité de chaque patient réduiraient la stigmatisation et la déshumanisation infirmière (Fontesse et al., 2021). L'infirmier jouerait un rôle crucial dans l'identification des troubles mentaux, permettant ainsi de diminuer les conséquences physiques découlant des pathologies psychiatriques (Hao et al., 2020). L'orientation précoce vers des sources adéquates permettrait de diminuer la gravité des troubles mentaux (Hao et al., 2020). Une étude a mis en évidence l'importance de remédier à la stigmatisation infirmière en traitant les pathologies mentales indépendamment les unes des autres (Arbanas et al., 2019). Pour conclure, un savoir inégal a été remarqué entre les jeunes infirmiers et ceux ayant de l'expérience. Les résultats des études n'étaient pas en concordance (Muga et al., 2019).

## **5. Discussion**

Cette revue de la littérature avait pour objectif d'analyser et de relever les conséquences de la stigmatisation infirmière. Cette recherche avait aussi pour objectif d'examiner les moyens disponibles en vue de diminuer la stigmatisation infirmière face à des maladies mentales, dont la dépression, au sein des établissements de soins non psychiatriques.

### **5.1 Discussion des résultats**

Selon les trois stigmates identifiés par Goffman, soit les monstruosités physiques, les tares de caractère et les stigmates tribaux, la stigmatisation infirmière des personnes atteintes de troubles psychiatriques se définirait par le stigmate de « tares de caractère » (Goffman, 2007, p. 14). La stigmatisation infirmière se traduirait par la présence de préjugés, d'idées reçues, de perceptions erronées, de perceptions négatives et d'un manque de connaissances envers les patients atteints de troubles psychiatriques (Alexander et al., 2016). Ces résultats probants sont en adéquation avec les définitions de la stigmatisation énoncées plus haut (Giordana & Angermeyer, 2010). Les éléments suivants ont pu être analysés dans les divers articles : l'étiquetage/catégorisation, le stéréotype, la séparation, la discrimination et la déshumanisation. Ces faits analysés composant le processus de stigmatisation correspondaient à la définition évoquée par Erwin Goffman (2007).

Les éléments relevés au sein des diverses études analysées mettent en évidence que la stigmatisation infirmière proviendrait essentiellement d'un déficit de connaissance (Arbanas et al., 2019 ; Hao et al., 2020 ; Ihalainen-Tamlander et al., 2016 ; Muga et al., 2019). Ce résultat probant est en adéquation avec d'autres études scientifiques (Alexander et al., 2016 ; Brunero et al., 2018). Néanmoins, divers auteurs mentionnent le fait que la stigmatisation serait un processus en partie inconscient (Bichsel & Conus, 2017 ; Giordana

& Angermeyer, 2010 ; Goffman, 2007). En revanche, des difficultés émotionnelles telles qu'un sentiment de peur ou de colère, un manque de temps, ou encore des structures non adaptées causeraient aussi la stigmatisation infirmière (Brunero et al., 2018). La stigmatisation est l'« affaire de tous » (Bichsel & Conus, 2017). Ces propos confirment les résultats de l'étude menée en Chine, affirmant que la stigmatisation est générale (Hao et al., 2020). En conséquence, l'impact de la stigmatisation infirmière a pu être relevé. Tout d'abord, le déficit de connaissances amènerait un savoir limité au sujet du diagnostic, de la symptomatologie, du choix de traitements, des interventions et de l'orientation adéquate pour les troubles mentaux (Alexander et al., 2016).

À l'heure actuelle, l'infirmier joue un rôle capital dans les éléments précédemment énoncés. C'est pourquoi un savoir limité à propos de ces sujets occasionne un maintien de diagnostic inadéquat, un choix de traitements inadaptés et une mauvaise identification de la symptomatologie. Au demeurant, les personnes souffrant de pathologies mentales sont sujettes à des taux plus élevés de maladies somatiques (Alexander et al., 2016 ; Brunero et al., 2018). En outre, la prédiction de comportements et les stéréotypes des infirmiers engendreraient, selon une étude, une concentration minimale sur leur santé mentale (Brunero et al., 2017). Toutefois, il a été mentionné que les pathologies somatiques découlant des troubles psychiques demeurent minimisées. En effet, des études antérieures ont précédemment relevé la minimisation des pathologies somatiques chez les patients atteints de troubles mentaux (Alexander et al., 2016 ; Brunero et al., 2018 ; Tyerman et al., 2021 ; Vistorte et al., 2018). Ce résultat serait intéressant à analyser de manière plus approfondie lors de futures recherches. La prise en charge des patients atteints de troubles psychiatriques jugés complexes par les infirmiers, ainsi que la stigmatisation, amèneraient les soignants à être confrontés à des dilemmes éthiques (Fontesse et al., 2021 ; Ihalainen-Tamlander et al., 2016). D'une autre part, la stigmatisation infirmière influence le soignant. Il en découle des difficultés à créer une alliance thérapeutique. Une complexité spécifique de la communication a par ailleurs été relevée, puisque les infirmiers ne sauraient pas quels mots utiliser auprès des patients atteints de pathologies psychiatriques (Alexander et al., 2016 ; Brunero et al., 2018). Concernant le patient, la stigmatisation infirmière l'empêcherait de divulguer son diagnostic auprès des soignants (Hao et al., 2020). Elle aurait également un effet néfaste sur le bien-être du patient (Fontesse et al., 2021 ; Tyerman et al., 2021). En dernier lieu, les éléments précédemment listés découlant de la stigmatisation infirmière influent négativement sur la fonction relationnelle avec le patient (Arbanas et al., 2019 ; Fontesse et al., 2021). De plus, la qualité des soins se verrait limitée (Alexander et al., 2016 ; Brunero et al., 2018).

Au sujet du trouble dépressif, trois études ont évoqué et analysé dans la section méthodologie la stigmatisation infirmière de la dépression (Arbanas et al., 2019 ; Brunero et al., 2018 ; Hao et al., 2020). Celles-ci se sont basées sur d'autres troubles psychiatriques, incluant la dépression (le trouble anxieux généralisé, le trouble sévère alcoolique, la schizophrénie et le trouble de stress post-traumatique) de façon à étudier la stigmatisation infirmière dans les milieux de soins non psychiatriques. Seule une étude s'est basée spécifiquement sur la stigmatisation infirmière du trouble dépressif (Muga et al., 2019). Cette étude aboutit aux mêmes conclusions que les recherches analysées traitant la stigmatisation infirmière des troubles mentaux en général. Toutefois, une étude met en évidence que les attitudes infirmières stigmatisantes varient selon les troubles psychiatriques rencontrés (Arbanas et al., 2019). Une autre étude confirme ce résultat. Ce qui reviendrait à conclure que la stigmatisation infirmière des pathologies psychiatriques devrait être analysée pour chaque trouble spécifique, et non de manière généralisée (Arbanas et al., 2019).

Toutes les études ont mis en évidence des moyens pour remédier à la stigmatisation infirmière. De nombreuses études analysées convergent vers le fait que le moyen le plus efficace pour réduire l'impact de la stigmatisation infirmière serait de renforcer les connaissances en santé mentale du personnel infirmier au travers de formations supplémentaires et d'améliorations des programmes d'études infirmières sur les pathologies psychiatriques (Arbanas et al., 2019 ; Hao et al., 2020 ; Ihalainen-Tamlander et al., 2016 ; Muga et al., 2019). Ces résultats sont confirmés par ceux d'études antérieures (Alexander et al., 2016 ; Brunero et al., 2018 ; Burnett Sanderson, 2020 ; Magliano et al., 2020 ; Scheerder et al., 2011). Plusieurs études précisent en outre la manière d'apporter des connaissances supplémentaires en matière de pathologies psychiatriques au personnel infirmier. Tout d'abord, deux études évoquent l'idée d'enrichir les connaissances sur les troubles psychiatriques indépendamment les uns des autres, en individualisant chaque patient (Arbanas et al., 2019 ; Muga et al., 2019). Une étude distincte propose d'utiliser les attitudes infirmières stigmatisantes afin de pallier les manques de connaissances infirmières (Brunero et al., 2017). Deuxièmement, le fait de placer le patient au centre des soins, ainsi que l'individualisation et l'humanisation de chaque patient permettrait la réduction de la stigmatisation infirmière (Fontesse et al., 2021 ; Ihalainen-Tamlander et al., 2016). Enfin, une écoute active du patient serait d'une importance capitale pour lutter contre la stigmatisation. Cela rejoint les faits évoqués par la théorie de soins infirmiers de Peplau selon laquelle les soins infirmiers ne sont pas envisageables sans relation entre infirmier et patient (Peplau, 1995). De ce fait, l'utilisation de la théorie de soins infirmiers de Peplau permettrait, entre autres, de modérer la stigmatisation. Ces propos

sont également évoqués par une autre étude (Alexander et al., 2016). Les différents rôles infirmiers mentionnés par Peplau, personne-ressource, l'étrangère, le rôle éducatif, le rôle de leader, et le rôle de conseillère contribueraient ainsi à la diminution de la stigmatisation (Peplau, 1995).

Enfin, un état émotionnel négatif des infirmiers engendrerait un phénomène de stigmatisation, évoqué dans l'étude cinq notamment. Celui-ci pourrait être diminué en promouvant « des initiatives de meilleures pratiques, en diminuant la charge émotionnelle inutile des infirmiers et en réduisant les disparités de soins pour les patients, améliorant ainsi le rétablissement et le bien-être » (Alexander et al., 2016, p. 269).

## **5.2 Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences**

Cette revue de la littérature est composée de quatre études quantitatives transversales dont une descriptive transversale, une étude quantitative descriptive comparative, et enfin une étude qualitative de groupe de discussion. Ces études, publiées entre 2016 et 2020, se situent, sur la pyramide de preuves de la HAS, à la recommandation C avec un niveau de preuves numéro quatre (Haute Autorité de Santé [HAS], 2013, p. 8). Par conséquent, ces six études présentent un faible niveau de preuve statistique. Néanmoins, toutes les études comportent une section introduction, méthodologie, résultats, discussion et conclusion. Elles ont toutes été approuvées par un comité d'éthique. Des obstacles à la validité interne des études ont été identiques dans plusieurs études. Le manque de temps, le stress, des croyances et cultures spécifiques, ou encore les médias ont formé des facteurs historiques présents dans chacune des études analysées. La maturation a aussi pu être identifiée au travers de la potentielle fatigabilité des participants due à leur travail (Arbanas et al., 2019 ; Fontesse et al., 2021 ; Ihalainen-Tamlander et al., 2016). Le phénomène de mortalité expérimentale a été relevé lors de la distribution des questionnaires dans l'étude (Arbanas et al., 2019 ; Hao et al., 2020 ; Ihalainen-Tamlander et al., 2016 ; Muga et al., 2019). Concernant les échantillonnages, la majorité de ceux-ci étaient non probabilistes, engendrant ainsi un biais de sélection (Brunero et al., 2017 ; Fontesse et al., 2021 ; Ihalainen-Tamlander et al., 2016 ; Muga et al., 2019). En outre, la moitié des études analysées étaient composées de larges échantillons de professionnels de la santé, augmentant ainsi le taux de puissance statistique. Tous les échantillons étaient composés de personnel infirmier avec des caractéristiques distinctes sur le plan du sexe, de l'âge ou encore du niveau de formation et des années d'expérience. La moitié de ces recherches n'ont pas présenté de critères d'inclusion ou d'exclusion (Arbanas et al., 2019 ; Hao et al., 2020 ; Muga et al., 2019).

À propos de la validité externe\*, plusieurs obstacles identiques ont été identifiés au sein des six études. L'interaction des facteurs historiques durant l'étude a pu fragiliser la validité interne de plusieurs recherches (Arbanas et al., 2019 ; Brunero et al., 2017 ; Fontesse et al., 2021 ; Hao et al., 2020 ; Ihalainen-Tamlander et al., 2016 ; Muga et al., 2019). De plus, de nombreuses études étaient pourvues d'un biais de sélection (Fontesse et al., 2021 ; Ihalainen-Tamlander et al., 2016 ; Muga et al., 2019). Finalement, les études provenaient de pays distincts où les recommandations et les organisations hospitalières peuvent différer de celles de la Suisse. Certaines études ont été réalisées dans une même région (Arbanas et al., 2019 ; Brunero et al., 2017 ; Hao et al., 2020 ; Muga et al., 2019), voire dans un seul établissement de soins (Brunero et al., 2017 ; Muga et al., 2019), engendrant un biais dans la généralisation des résultats. Plusieurs autres biais communs aux études ont été identifiés : un biais de sélection (Fontesse et al., 2021 ; Ihalainen-Tamlander et al., 2016 ; Muga et al., 2019), mais contrôlé dans l'étude 1, un biais lié à l'expérimentation (Ihalainen-Tamlander et al., 2016), un biais d'information (Muga et al., 2019) et un biais d'évaluation possible (Fontesse et al., 2021). Le phénomène de désirabilité sociale a pu être exclu de toutes études, sauf de l'étude 4. Toutes les études ont utilisé un instrument de mesure en se basant sur une théorie ou un instrument déjà utilisé auparavant, induisant possiblement une fluctuation de l'instrument de mesure. Une étude a utilisé plusieurs dispositifs de collecte de données, évitant ainsi le biais de la fluctuation des données, contrairement aux autres études (Fontesse et al., 2021). Finalement, toutes les méthodes d'analyse ont été développées au sein de tous les articles.

### **5.3 Limites et critiques de la revue de la littérature**

Cette revue de la littérature a été confrontée à plusieurs limites. Géographiquement, les études analysées dans la section méthodologie se sont déroulées dans des pays éloignés de la Suisse (Finlande, Kenya, Croatie, Australie, Belgique, France, Canada, Chine). Par conséquent, les structures, les organisations, et les enseignements infirmiers diffèrent de ceux de la Suisse. Néanmoins, ces études de provenances diverses ont permis de souligner que plusieurs résultats des recherches se révélaient être identiques, si bien qu'elles apportent un regard mondial sur la problématique de la stigmatisation infirmière. Cinq études sur six étaient des études quantitatives\* (Arbanas et al., 2019 ; Fontesse et al., 2021 ; Hao et al., 2020 ; Ihalainen-Tamlander et al., 2016 ; Muga et al., 2019). Un plus grand nombre d'études qualitatives aurait permis une meilleure compréhension de la signification du vécu du personnel soignant face à la stigmatisation infirmière. Cependant, entre autres, plusieurs comparaisons et associations au sein des différentes pathologies psychiatriques ont permis de décrire le phénomène de stigmatisation infirmier. Quatre

études sur six étaient composées d'un devis transversal (Fontesse et al., 2021 ; Hao et al., 2020 ; Ihalainen-Tamlander et al., 2016 ; Muga et al., 2019). De ce fait, celui-ci écartait la possibilité de réaliser une interprétation causale. Toutefois, l'utilisation d'un tel devis a permis de rapporter la fréquence et les relations entre les diverses variables liées au phénomène de stigmatisation infirmière au travers des différents échantillons, et cela à un moment précis dans le temps.

Enfin, comme mentionné dans la précédente recherche, les études analysées ont traité différentes pathologies psychiatriques non développées dans le cadre théorique au commencement de cette section, excepté le trouble dépressif. Les résultats et conclusions de ces études ont traité les attitudes stigmatisantes de certains infirmiers au sujet des maladies mentales de manière globale. Seule une étude traitait spécifiquement la stigmatisation infirmière et le trouble dépressif. De ce fait, la question de recherche n'a pas trouvé explicitement de réponse concernant le trouble dépressif. Néanmoins, comment mentionné plus haut, trois articles sur les six analysés traitaient le trouble dépressif, tout en offrant des résultats généralisables aux maladies mentales (Arbanas et al., 2019 ; Brunero et al., 2017 ; Hao et al., 2020). De plus, un article a analysé complètement l'impact de la stigmatisation infirmière sur les individus atteints de trouble dépressif (Muga et al., 2019). Finalement cette revue de la littérature n'est pas représentative de ce qui est fait dans la pratique, car elle n'a pas analysé tous les articles concernant ce sujet.

## **6. Conclusions**

La stigmatisation infirmière est un phénomène complexe et étendu. C'est pourquoi de nombreuses suggestions, outre celles évoquées dans les études analysées dans le cadre de ce travail de bachelor, peuvent être suggérées dans l'objectif de déstigmatiser la maladie mentale auprès du personnel infirmier.

### **6.1 Propositions pour la pratique**

Des journées de prévention et de sensibilisation au sein des divers services de soins non psychiatriques concernant la stigmatisation des pathologies psychiatriques contribueraient à déstigmatiser les maladies mentales en améliorant le savoir sur les maladies psychiques et en relevant l'importance de la santé mentale. Des associations traitant la thématique des complexités psychiatriques sont à disposition des divers établissements de soins. Ces associations pourraient facilement intervenir pour traiter le thème de la stigmatisation au sein du personnel soignant. La collaboration ponctuelle ou systématique d'un infirmier référent en psychiatrie dans chaque service de soins somatique contribuerait aussi à

améliorer la situation. De cette manière, le domaine de la psychiatrie ferait partie intégrante de l'équipe interdisciplinaire dans les milieux de soins non psychiatriques, au même titre que l'ergothérapeute, le physiothérapeute, la diététicienne, le psychiatre de liaison ou encore le médecin.

## **6.2 Propositions pour la formation**

Les automatismes, les bases du métier d'infirmier ainsi que la création de l'identité professionnelle se réalisent lors de la formation en soins infirmiers. En d'autres termes, ce sont les étudiants en soins infirmiers qui sont plus à même de faire évoluer positivement le regard stigmatisant de la population soignante à l'égard des maladies mentales.

En aidant les futurs infirmiers à déterminer leurs forces et leurs faiblesses, en les sensibilisant à l'importance de réduire la stigmatisation et d'améliorer l'attitude envers les maladies mentales, on pourrait accroître la résilience des futurs infirmiers et des patients atteints de maladies mentales .... Une préparation éducative supplémentaire peut modifier positivement les perceptions des étudiants concernant la perception de la stigmatisation (Abuhammad et al., 2019, p. 7).

À l'heure actuelle, une journée complète pourrait être consacrée au phénomène de stigmatisation infirmière durant la formation Bachelor en soins infirmiers en Valais. Celle-ci comprendrait différentes méthodes de déstigmatisation. Comme cité précédemment, le cours dédié à cette thématique se baserait sur les idées reçues des étudiants dans le but de favoriser la prise de conscience du potentiel phénomène de stigmatisation. De plus, la théorie de relations interpersonnelles de Peplau pourrait être abordée. Finalement, plusieurs associations telles que l'AVEP, Synapsespoir ou encore le réseau d'entraide Valais sont sensibles à cette thématique. Elles sont disponibles sur demande pour apporter des connaissances au sujet de la stigmatisation. Au travers de ces associations, il serait enrichissant de sensibiliser les étudiants en soins infirmiers en faisant témoigner des patients et leur entourage ayant vécu le phénomène de stigmatisation. En effet, comme l'évoque un membre de l'association Synapsespoir : qui comprend mieux que quelqu'un ayant vécu la stigmatisation ?

## **6.3 Propositions pour la recherche**

Il serait enrichissant d'évaluer concrètement les bénéfices et les inconvénients de l'utilisation de la théorie de relation interpersonnelle de Peplau (Peplau, 1995) au sujet de la thématique abordée lors de cette revue de la littérature. L'utilisation d'une recherche de



type descriptif qualitatif permettrait d'évaluer de manière personnelle et individuelle les avantages, les inconvénients ainsi que l'efficacité de l'utilisation de cette théorie d'un point de vue infirmier. Enfin, cette potentielle recherche traitant les relations interpersonnelles (Peplau, 1995) permettrait de comprendre d'un autre point de vue la relation infirmier-patient affectée par le phénomène de stigmatisation. Néanmoins, l'utilisation d'une recherche de type quantitatif descriptif permettrait d'analyser et de comparer la prévalence de la stigmatisation des infirmiers ayant mis en place la théorie de relations interpersonnelles de Peplau, et ceux ne l'ayant pas appliquée. Cela serait une autre manière d'analyser l'efficacité de cette théorie au sujet de la déstigmatisation infirmière au sein des milieux de soins non psychiatriques. Une étude comparative pourrait mettre en évidence les possibles différences de stigmatisation de certains infirmiers par rapport au milieu psychiatrique et somatique. Enfin, il serait enrichissant d'analyser la dimension éthique de la stigmatisation de certains infirmiers dans le but de comprendre si les représentations personnelles du personnel infirmier influencent négativement la prise en soins.

Comme évoqué précédemment, le trouble dépressif augmente depuis l'apparition de la pandémie COVID-19. De ce fait, les infirmiers sont plus souvent en contact avec des personnes atteintes de troubles dépressifs. Il serait donc intéressant, au travers de recherches quantitatives de type descriptif corrélationnel, d'évaluer si l'augmentation de la prévalence du trouble dépressif a diminué ou augmenté sa stigmatisation au sein du personnel infirmier. En effet, une étude analysée lors de cette revue systématique a soulevé que le contact spécifique avec une personne atteinte d'un trouble psychiatrique diminuerait la stigmatisation de ce trouble (Arbanas et al., 2019). D'autres études quantitatives pourraient être réalisées, telles qu'une étude de cohorte corrélant les diverses formations de soins infirmiers et la stigmatisation de certains infirmiers. Enfin, une étude transversale pourrait être réalisée afin d'analyser la stigmatisation de certains infirmiers envers les patients atteints de troubles psychiatriques hospitalisés de manière récurrente à la suite d'un trouble somatique (par exemple le diabète).

Pour conclure, la stigmatisation des maladies mentales par certains infirmiers travaillant au sein de milieux somatiques est une problématique utile à aborder au sein des milieux de soins somatiques. Néanmoins, il ne s'agit en aucun cas de dénigrer les infirmiers concernés par ce thème. En effet, l'infirmier a comme seul outil de travail l'être humain.

« Je suis une infirmière et toi c'est quoi ton super pouvoir ? » (Collection infirmière, 2019)

## 7. Références bibliographiques

- Abuhammad, S., Hatamleh, R., Howard, K., & Ahmad, M. M. (2019). Correlates and Predictors of Stigmatization of Patients With Mental Illness Among Nursing Students. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 57(1), 43-51. <https://doi.org/10.3928/02793695-20180907-01>
- Alexander, V., Ellis, H., & Barrett, B. (2016). Medical-Surgical Nurses' Perceptions of Psychiatric Patients : A Review of the Literature With Clinical and Practice Applications. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(2), 262-270. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.06.018>
- Alleyne, E., Fernandes, I., & Pritchard, E. (2014). Denying humanness to victims : How gang members justify violent behavior. *Group Processes & Intergroup Relations*, 17(6), 750-762. <https://doi.org/10.1177/1368430214536064>
- Allport, G. W. (1954). *The nature of prejudice* (p. xviii, 537). Addison-Wesley.
- Al-Yateem, N., Rossiter, R. C., Robb, W. F., & Slewa-Younan, S. (2018). Mental health literacy of school nurses in the United Arab Emirates. *International Journal of Mental Health Systems*, 12(1), 6. <https://doi.org/10.1186/s13033-018-0184-4>
- Al-Yateem, N., Rossiter, R., Robb, W., Ahmad, A., Elhalik, M. S., Albloshi, S., & Slewa-Younan, S. (2017). Mental health literacy among pediatric hospital staff in the United Arab Emirates. *BMC Psychiatry*, 17(1), 390. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1556-z>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders fifth edition*. American psychiatric Association.
- Arbanas, G., Rožman, J., & Bagarić, Š. (2019). The attitudes of medical doctors, nurses and lay people towards schizophrenia, depression and PTSD. *Psychiatria Danubina*, 31(Suppl 1), 84-91.

- Baer, N., Schuler, D., Füglistner-Dousse, S., & Moreau-Gruet, F. (2013). *La dépression dans la population suisse : Données concernant l'épidémiologie, le traitement et l'intégration socioprofessionnelle*. Observatoire suisse de la santé.
- Beck, M., Dietrich, S., Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2003). ALCOHOLISM : LOW STANDING WITH THE PUBLIC? ATTITUDES TOWARDS SPENDING FINANCIAL RESOURCES ON MEDICAL CARE AND RESEARCH ON ALCOHOLISM. *Alcohol and Alcoholism*, 38(6), 602-605.  
<https://doi.org/10.1093/alcalc/agg120>
- Bener, A., & Ghuloum, S. (2011). Ethnic differences in the knowledge, attitude and beliefs towards mental illness in a traditional fast developing country. *Psychiatria Danubina*, 23(2), 157-164.
- Bichsel, N., & Conus, P. (2017). *La stigmatisation : Un problème fréquent aux conséquences multiples*. Rev Med Suisse.
- Birtel, M. D., Wood, L., & Kempa, N. J. (2017). Stigma and social support in substance abuse : Implications for mental health and well-being. *Psychiatry Research*, 252, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.01.097>
- Bonsack, C., Morandi, S., Favrod, J., & Conus, P. (2013). *Le stigmate de la « folie » : De la fatalité au rétablissement*.
- Bruneau, E., Kteily, N., & Laustsen, L. (2018). The unique effects of blatant dehumanization on attitudes and behavior towards Muslim refugees during the European 'refugee crisis' across four countries. *European Journal of Social Psychology*, 48(5), 645-662. <https://doi.org/10.1002/ejsp.2357>
- Brunero, S., Buus, N., & West, S. (2017). Categorising Patients Mental Illness by Medical Surgical Nurses in the General Hospital Ward : A Focus Group Study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(6), 614-623. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.09.003>
- Brunero, S., Ramjan, L. M., Salamonson, Y., & Nicholls, D. (2018). Generalist health professional's interactions with consumers who have a mental illness in nonmental

- health settings : A systematic review of the qualitative research. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(6), 1634-1649.
- <https://doi.org/10.1111/inm.12472>
- Bürli, C., Amstad, F., Duetz Schmucki, M., & Schibli, D. (2015). *Santé psychique en Suisse, Etat des lieux et champs d'action*. Office fédéral de la santé publique.
- Burnett Sanderson, E. (2020). *Depression : The Cause, The Signs, The Stigma*.
- Cameron, C. D., Harris, L. T., & Payne, B. K. (2016). The Emotional Cost of Humanity : Anticipated Exhaustion Motivates Dehumanization of Stigmatized Targets. *Social Psychological and Personality Science*, 7(2), 105-112.
- <https://doi.org/10.1177/1948550615604453>
- Capozza, D., Bernardo, G. A. D., & Falvo, R. (2017). Intergroup Contact and Outgroup Humanization : Is the Causal Relationship Uni- or Bidirectional? *PLOS ONE*, 12(1), e0170554. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0170554>
- Capozza, D., & Falvo, R. (2014). *Intergroup contact as a strategy to improve humanness attributions : A review of studies*.
- [https://www.academia.edu/25339635/Intergroup\\_contact\\_as\\_a\\_strategy\\_to\\_improve\\_humanness\\_attributions\\_A\\_review\\_of\\_studies](https://www.academia.edu/25339635/Intergroup_contact_as_a_strategy_to_improve_humanness_attributions_A_review_of_studies)
- Charron, C., Dumet, N., Guéguen, N., Lieury, A., & Rusinek, S. (2020). *Les 500 mots de la psychologie—ScholarVox Université*. Dunod.
- <http://univ.scholarvox.com/reader/docid/88902722/page/283>
- Cody, W. K. (2003). Paternalism in nursing and healthcare : Central issues and their relation to theory. *Nursing Science Quarterly*, 16(4), 288-296.
- <https://doi.org/10.1177/0894318403257170>
- Collection infirmière. (2019, décembre). *Je suis une infirmière et toi c'est quoi ton super-pouvoir*. <https://www.amazon.ca/suis-infirmi%C3%A8re-cest-quoi-super-pouvoir/dp/1671245490>
- Crespo, M., Pérez-Santos, E., Muñoz, M., & Guillén, A. I. (2008). Descriptive study of stigma associated with severe and persistent mental illness among the general

- population of Madrid (Spain). *Community Mental Health Journal*, 44(6), 393-403.  
<https://doi.org/10.1007/s10597-008-9142-y>
- Delbosc, A., Naznin, F., Haslam, N., & Haworth, N. (2019). Dehumanization of cyclists predicts self-reported aggressive behaviour toward them : A pilot study. *Transportation Research Part F: Traffic Psychology and Behaviour*, 62, 681-689.  
<https://doi.org/10.1016/j.trf.2019.03.005>
- Dollo, C., Alpe, Y., & Lambert, J.-R. (2017). *Lexique de sociologie* (5e éd.). Dalloz.
- Fernando, S. M., Deane, F. P., & McLeod, H. J. (2010). Sri Lankan doctors' and medical undergraduates' attitudes towards mental illness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(7), 733-739. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0113-6>
- Fondacci, C. (2009a). *Les dépressions*. Springer.
- Fondacci, C. (2009b). *Les dépressions*. Springer.
- Fontesse, S., Rimez, X., & Maurage, P. (2021). Stigmatization and dehumanization perceptions towards psychiatric patients among nurses : A path-analysis approach. *Archives of Psychiatric Nursing*, 35(2), 153-161.  
<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2020.12.005>
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives* (3ième). Chenelière éducation.
- Giandinoto, J.-A., & Edward, K.-L. (2014). Challenges in acute care of people with co-morbid mental illness. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 23(13), 728-732. <https://doi.org/10.12968/bjon.2014.23.13.728>
- Giordana, J.-Y., & Angermeyer, M. C. (2010). *Stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale*. Elsevier Masson.
- Goffman, E. (2007). *Stigmate : Les usages sociaux des handicaps*. Les Ed. de Minuit.
- Granger, B. (2019). *Idées reçues sur la dépression : Une maladie aussi universelle que mal connue* (2e éd.). Le Cavalier Bleu éditions.

- Graumann, C. F., & Kallmeyer, W. (2002). Perspective and perspectivation in discourse : An introduction. In *Perspective and perspectivation in discourse* (p. 1-11). John Benjamins Publishing Company. <https://doi.org/10.1075/hcp.9.01gra>
- Griffiths, L. (2001). Categorising to exclude : The discursive construction of cases in community mental health teams. *Sociology of Health & Illness*, 23(5), 678-700. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.00271>
- Gureje, O., Lasebikan, V. O., Ephraim-Oluwanuga, O., Olley, B. O., & Kola, L. (2005). Community study of knowledge of and attitude to mental illness in Nigeria. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 186, 436-441. <https://doi.org/10.1192/bjp.186.5.436>
- Haddad, M., Menchetti, M., Walters, P., Norton, J., Tylee, A., & Mann, A. (2012). Clinicians' attitudes to depression in Europe : A pooled analysis of Depression Attitude Questionnaire findings. *Family Practice*, 29(2), 121-130. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmr070>
- Hao, Y., Wu, Q., Luo, X., Chen, S., Qi, C., Long, J., Xiong, Y., Liao, Y., & Liu, T. (2020). Mental Health Literacy of Non-mental Health Nurses : A Mental Health Survey in Four General Hospitals in Hunan Province, China. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 507969. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.507969>
- Haslam, N. (2006). Dehumanization : An Integrative Review. *Personality and Social Psychology Review*, 10(3), 252-264. [https://doi.org/10.1207/s15327957pspr1003\\_4](https://doi.org/10.1207/s15327957pspr1003_4)
- Haute Autorité de santé. (2013). Grade des recommandations [Illustration]. In *Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique : État des lieux* (p. 8). [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat\\_des\\_lieux\\_niveau\\_preuve\\_gradation.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf)
- Holman, D. (2015). Exploring the relationship between social class, mental illness stigma and mental health literacy using British national survey data. *Health (London, England: 1997)*, 19(4), 413-429. <https://doi.org/10.1177/1363459314554316>

- Hopkins, C. (2002). 'But what about the really ill, poorly people?' (An ethnographic study into what it means to nurses on medical admissions units to have people who have harmed themselves as their patients). *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(2), 147-154. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2002.00473.x>
- Ihalainen-Tamlander, N., Vähäniemi, A., Löyttyniemi, E., Suominen, T., & Välimäki, M. (2016). Stigmatizing attitudes in nurses towards people with mental illness : A cross-sectional study in primary settings in Finland. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23(6-7), 427-437. <https://doi.org/10.1111/jpm.12319>
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). « Mental health literacy » : A survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *The Medical Journal of Australia*, 166(4), 182-186. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.1997.tb140071.x>
- Keller, P.-H. (2016). *La dépression*. Presses universitaires de France.
- Keller, P.-H. (2020). *La dépression* (2e édition). Presses universitaires de France.
- Kohrt, B. A., Turner, E. L., Rai, S., Bhardwaj, A., Sikkema, K. J., Adekun, A., Dhakal, M., Luitel, N. P., Lund, C., Patel, V., & Jordans, M. J. D. (2020). Reducing mental illness stigma in healthcare settings : Proof of concept for a social contact intervention to address what matters most for primary care providers. *Social Science & Medicine* (1982), 250, 112852. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.112852>
- Kolodziej, M. E., & Johnson, B. T. (1996). Interpersonal contact and acceptance of persons with psychiatric disorders : A research synthesis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1387-1396. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1387>
- Lammie, C., Harrison, T. E., Macmahon, K., & Knifton, L. (2010). Practitioner attitudes towards patients in forensic mental health settings. *Journal of Psychiatric and*

*Mental Health Nursing*, 17(8), 706-714. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01585.x>

Lee, E., Jeong, Y. M., & Yi, S. J. (2020). Nurses' Attitudes Toward Psychiatric Help for Depression : The Serial Mediation Effect of Self-Stigma and Depression on Public Stigma and Attitudes Toward Psychiatric Help. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(14).  
<https://doi.org/10.3390/ijerph17145073>

Liggins, J., & Hatcher, S. (2005). Stigma toward the mentally ill in the general hospital : A qualitative study. *General Hospital Psychiatry*, 27(5), 359-364.  
<https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2005.05.006>

Link, B. G., & Phelan, C. (2001). *Conceptualizing Stigma*. 27:363-385.

Loiselle, C., Profetto-McGrath, J., Polit, D., & Tatano Beck, C. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières : Approches quantitatives et qualitatives*. ERPI - Le Renouveau pédagogiques Editions.

Magliano, L., Ruggiero, G., Read, J., Mancuso, A., Schiavone, A., & Sepe, A. (2020a). The Views of Non-psychiatric Medical Specialists About People with Schizophrenia and Depression. *Community Mental Health Journal*, 56(6), 1077-1084.  
<https://doi.org/10.1007/s10597-020-00567-x>

Magliano, L., Ruggiero, G., Read, J., Mancuso, A., Schiavone, A., & Sepe, A. (2020b). The Views of Non-psychiatric Medical Specialists About People with Schizophrenia and Depression. *Community Mental Health Journal*, 56(6), 1077-1084.  
<https://doi.org/10.1007/s10597-020-00567-x>

Mannarini, S., & Boffo, M. (2015). Anxiety, bulimia, drug and alcohol addiction, depression, and schizophrenia : What do you think about their aetiology, dangerousness, social distance, and treatment? A latent class analysis approach. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(1), 27-37.  
<https://doi.org/10.1007/s00127-014-0925-x>



- Martinez, A. G., Piff, P. K., Mendoza-Denton, R., & Hinshaw, S. P. (2011). The power of a label : Mental illness diagnoses, ascribed humanity, and social rejection. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 30(1), 1-23.  
<https://doi.org/10.1521/jscp.2011.30.1.1>
- Molodynski, A., Rugkåsa, J., & Burns, T. (2010). Coercion and compulsion in community mental health care. *British Medical Bulletin*, 95, 105-119.  
<https://doi.org/10.1093/bmb/ldq015>
- Muga, T., Muthia, G., Gatimu, S. M., & Rossiter, R. (2019). A Pilot Study Exploring Nursing Knowledge of Depression and Suicidal Ideation in Kenya. *Issues in Mental Health Nursing*, 40(1), 15-20. <https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1489922>
- Ndeti, D. M., Khasakhala, L. I., Mutiso, V., & Mwayo, A. W. (2011a). Knowledge, attitude and practice (KAP) of mental illness among staff in general medical facilities in Kenya : Practice and policy implications. *African Journal of Psychiatry*, 14(3), 225-235. <https://doi.org/10.4314/ajpsy.v14i3.6>
- Ndeti, D. M., Khasakhala, L. I., Mutiso, V., & Mwayo, A. W. (2011b). Knowledge, attitude and practice (KAP) of mental illness among staff in general medical facilities in Kenya : Practice and policy implications. *African Journal of Psychiatry*, 14(3), 225-235. <https://doi.org/10.4314/ajpsy.v14i3.6>
- Nicloaïdis, N. (2003). *Angoisse, dépression, dépression essentielle*. Delachaux et Niestlé.
- Obonsawin, M. C., Lindsay, A., & Hunter, S. C. (2013). Beliefs and emotions have different roles in generating attitudes toward providing personal help and state-sponsored help for people with a mental illness. *Comprehensive Psychiatry*, 54(5), 581-588. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.11.004>
- Office fédéral de la santé publique OFSP. (2019, mai). *Suicide assisté*. Office fédéral de la santé publique OFSP. <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/aktionsplan-suizidpraevention/suizide-und-suizidversuche/assistierte-suizide.html>

Office fédéral de la statistique. (2020). *Santé psychique*. Office fédéral de la statistique.

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/psychische.html>

Organisation mondiale de la santé. (1999). « *La charge [cachée et indéterminée] des problèmes de santé mentale* » *Aide-mémoire no 218*.

Organisation mondiale de la santé. (2001, octobre). *Rapport sur la santé dans le monde*.

WHO; World Health Organization.

[https://www.who.int/whr/2001/media\\_centre/press\\_release/fr/](https://www.who.int/whr/2001/media_centre/press_release/fr/)

Organisation mondiale de la Santé. (2005). *Législation touchant la santé mentale et les droits de l'homme*.

Organisation mondiale de la santé. (2019, novembre). *Troubles mentaux*. WHO.

<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Organisation mondiale de la santé. (2020, janvier). *Principaux repères sur la dépression*.

WHO. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Organisation mondiale de la santé. (2020, mai). *Un important investissement est nécessaire pour éviter une crise dans le domaine de la santé mentale*.

<https://www.who.int/fr/news/item/14-05-2020-substantial-investment-needed-to-avert-mental-health-crisis>

Organisation mondiale de la santé. (2021a). *OMS | Dépression*. WHO; World Health

Organization. <http://www.who.int/topics/depression/fr/>

Organisation mondiale de la santé. (2021b). *OMS | Données et statistiques sur le suicide*.

WHO; World Health Organization.

[https://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/fr/](https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/fr/)

Organisation mondiale de la santé Europe. (s. d.). *La dépression en Europe : Faits et chiffres*. WHO europe. Consulté 5 mai 2021, à l'adresse

<https://www.euro.who.int/fr/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2012/10/depression-in-europe/depression-in-europe-facts-and-figures>

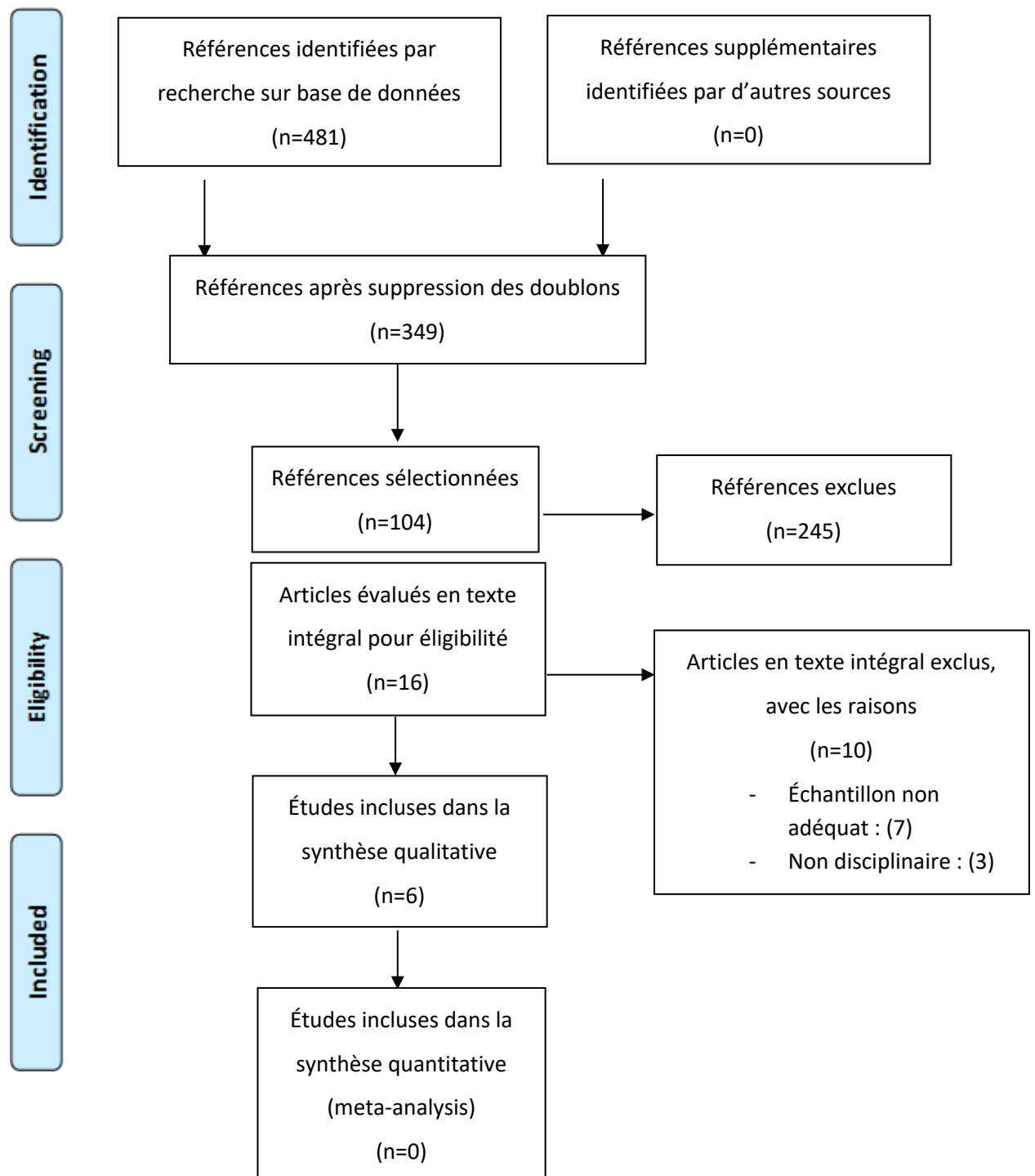
- Peplau, H. (1995). *Relations interpersonnelles en soins infirmiers* (InterEditions).
- Peris, T. S., Teachman, B. A., & Nosek, B. A. (2008). Implicit and explicit stigma of mental illness : Links to clinical care. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(10), 752-760. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181879dfd>
- Pettigrew, T. F. (1998). Intergroup Contact Theory. *Annual Review of Psychology*, 49(1), 65-85. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.49.1.65>
- Phillips, M. R., Zhang, J., Shi, Q., Song, Z., Ding, Z., Pang, S., Li, X., Zhang, Y., & Wang, Z. (2009). Prevalence, treatment, and associated disability of mental disorders in four provinces in China during 2001-05 : An epidemiological survey. *Lancet (London, England)*, 373(9680), 2041-2053. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60660-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60660-7)
- Potter, J., & Wetherell, M. (1987). *Discourse and Social Psychology : Beyond Attitudes and Behaviour*. Sage Publications Ltd.  
<http://www.uk.sagepub.com/books/Book202303>
- Reavley, N. J., Morgan, A. J., & Jorm, A. F. (2014). Development of scales to assess mental health literacy relating to recognition of and interventions for depression, anxiety disorders and schizophrenia/psychosis. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(1), 61-69. <https://doi.org/10.1177/0004867413491157>
- Ross, C. A., & Goldner, E. M. (2009). Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession : A review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(6), 558-567.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01399.x>
- Rüsch, N., Evans-Lacko, S. E., Henderson, C., Flach, C., & Thornicroft, G. (2011). Knowledge and attitudes as predictors of intentions to seek help for and disclose a mental illness. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 62(6), 675-678.  
[https://doi.org/10.1176/ps.62.6.pss6206\\_0675](https://doi.org/10.1176/ps.62.6.pss6206_0675)

- Scheerder, G., Van Audenhove, C., Arensman, E., Bernik, B., Giupponi, G., Horel, A.-C., Maxwell, M., Sisask, M., Szekely, A., Värnik, A., & Hegerl, U. (2011). Community and health professionals' attitude toward depression : A pilot study in nine EAAD countries. *The International Journal of Social Psychiatry*, 57(4), 387-401.  
<https://doi.org/10.1177/0020764009359742>
- Schomerus, G., Lucht, M., Holzinger, A., Matschinger, H., Carta, M. G., & Angermeyer, M. C. (2011). The stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders : A review of population studies. *Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, 46(2), 105-112. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agq089>
- Schuler, D., & Burla, L. (2012). *La santé psychique en Suisse, monitoring 2012*. Observatoire suisse de la santé.
- Schuler, D., Tuch, A., & Peter, C. (2020). *La santé psychique en Suisse, Monitoring 2020*. Observatoire suisse de la santé.
- Sousa, S. de, Marques, A., Rosário, C., & Queirós, C. (2012). Stigmatizing attitudes in relatives of people with schizophrenia : A study using the Attribution Questionnaire AQ-27. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 34(4), 186-197.  
<https://doi.org/10.1590/s2237-60892012000400004>
- Tyerman, J., Patovirta, A.-L., & Celestini, A. (2021). How Stigma and Discrimination Influences Nursing Care of Persons Diagnosed with Mental Illness : A Systematic Review. *Issues in Mental Health Nursing*, 42(2), 153-163.  
<https://doi.org/10.1080/01612840.2020.1789788>
- Vaes, J., & Muratore, M. (2013). Defensive dehumanization in the medical practice : A cross-sectional study from a health care worker's perspective. *The British Journal of Social Psychology*, 52(1), 180-190. <https://doi.org/10.1111/bjso.12008>
- Vistorte, A. O. R., Ribeiro, W. S., Jaen, D., Jorge, M. R., Evans-Lacko, S., & Mari, J. de J. (2018a). Stigmatizing attitudes of primary care professionals towards people with

- mental disorders : A systematic review. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 53(4), 317-338. <https://doi.org/10.1177/0091217418778620>
- Vistorte, A. O. R., Ribeiro, W. S., Jaen, D., Jorge, M. R., Evans-Lacko, S., & Mari, J. de J. (2018b). Stigmatizing attitudes of primary care professionals towards people with mental disorders : A systematic review. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 53(4), 317-338. <https://doi.org/10.1177/0091217418778620>
- Weiner, B., Perry, R. P., & Magnusson, J. (1988). An attributional analysis of reactions to stigmas. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55(5), 738-748. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.55.5.738>
- Wu, Q., Luo, X., Chen, S., Qi, C., Long, J., Xiong, Y., Liao, Y., & Liu, T. (2017). Mental health literacy survey of non-mental health professionals in six general hospitals in Hunan Province of China. *PLOS ONE*, 12(7), e0180327. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180327>

## 8. Annexes

### 8.1 Annexe I : Diagramme du flux PRISMA 2009



## 8.2 Annexe II : Tableaux de recension des études

**Étude 1** : Ihalaenen-Tamlander, N., Vähäniemi, A., Löyttyniemi, E., Suominen, T., & Välimäki, M. (2016). Stigmatizing attitudes in nurses towards people with mental illness : A cross-sectional study in primary settings in Finland. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23(6-7), 427-437. <https://doi.org/10.1111/jpm.12319>

| Design                | Échantillon   | But(s), objectif(s)  | Cadre de référence :                                  | Méthode(s) de collecte des données   | Méthodes d'analyse   | Résultats  |
|-----------------------|---|--|---|--|--|--|
| Étude transversale    | 264 infirmiers travaillant dans 15 centres de soins de santé primaire au sein de 2 villes finlandaises ont été sélectionnés.  | Descriptions des attitudes infirmières face aux personnes atteintes de maladie mentale dans des centres de santé primaires   | Théorie de Weiner (Weiner et al., 1988)               | Utilisation du questionnaire d'attribution-27 (AQ-27) basé sur la théorie de Weiner (Weiner et al., 1988) et de vignettes présentant une situation d'une personne atteinte de schizophrénie (réponses à l'aide d'échelles de Likert) | Statistique descriptive utilisée : mesures de dispersion : EI, CV ; mesure de position : extrême (min-max), mesure à tendance centrale : Md ; distribution de fréquences. Utilisation statistiques inférentielles : ACNOVA | Scores stéréotypes plus élevés : « aide » (Md = 7,0) et sentiments de pitié de la part des infirmiers (Md = 2,0). Scores stéréotypes les plus bas : « dangerosité » (Md = 2,0) ; « colère » (Md = 1,7), « attitude coercitive » (Md = 5,3)   |
| Niveau de preuve IV   |   | Examiner les facteurs occasionnant des attitudes stigmatisantes chez les infirmiers  | Patients atteints de maladie mentale                  |  |  | Associations entre niveau d'éducation sanitaire, et attitudes infirmières stigmatisantes non significatives (valeur p > 0,22)  |
| Paradigme Positiviste | <b>Échantillonnage</b><br>Échantillonnage non probabiliste accidentel   | Déterminer si associations entre caractéristiques infirmières et attitudes stigmatisantes  | Stigmatisation<br>Discrimination<br>Exclusion sociale |  | <b>Logiciels</b><br>Saisie des données avec le logiciel SPSS (version 22 : IBM SPSS statistics for Windows, Armonk, NY). Analyse des données avec le logiciel SAS (version 9.3 Institute Inc., Cary, États-Unis)           | <b>Conclusions</b><br>Attitudes infirmières stigmatisantes positives chez les infirmiers de soins de santé primaires envers les personnes atteintes de maladies mentales. Importance de l'intégration et attention portée à des personnes atteintes de maladie mentale dans soins de santé primaires. Important que les travailleurs de soins primaires prennent conscience de leurs attitudes stigmatisantes envers les personnes atteintes de maladies mentales. |
|                       | <b>Critère(s) d'inclusion</b><br>Infirmiers, langue finlandaise, travaillant dans des centres de soins de santé primaire dans les villes spécifiques à l'étude, ayant une formation d'infirmiers agréés | <b>Question(s) de recherche</b><br>Non mentionné   |   | <b>Éthique</b><br>Accord de 2 directeurs des services de soins de santé. Selon exigences finlandaises, aucun examen éthique nécessaire. Accord de participation à l'étude et consentement éclairé                                    |  | <b>Limites de l'étude</b><br>L'enquête elle-même : répondants affectés par des aspects sociaux. Vignettes hypothétiques (pas une situation réelle) : impact sur les résultats en affectant les attitudes négatives des répondants. Échantillonnage par convenance : population représentative ?  |
|                       | <b>Critère(s) d'exclusion</b><br>Radiographes, scientifiques en laboratoire, étudiants en soins infirmiers, infirmiers en congé ou en vacances  | <b>Hypothèse(s)</b><br>Introduire des soins de santé mentale dans des services de soins primaires permettrait de réduire la stigmatisation et discrimination des personnes atteintes dans leur santé mentale |   |  |  |  |
|                       |   | <b>Variables</b><br>VI* : contact avec personne atteinte de maladie mentale, stigmatisation<br>VD* : attitude infirmière face aux personnes atteintes de maladie mentale                                     |   |  |  |  |

**Étude 2 :** Muga, T., Mbutia, G., Gatimu, S. M., & Rossiter, R. (2019). A Pilot Study Exploring Nursing Knowledge of Depression and Suicidal Ideation in Kenya. *Issues in Mental Health Nursing*, 40(1), 15-20. <https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1489922>

| Design                         | Échantillon*  | But(s), objectif(s)   | Cadre de référence   | Méthode(s) de collecte des données  | Méthodes d'analyse   | Résultats   |
|--------------------------------|---|---|--|---|--|---|
| Étude descriptive transversale | 66 infirmiers travaillant dans des services d'urgence et médicaux d'un hôpital privé urbain de Nairobi au Kenya ont été invités à participer à l'étude. | Apprécier les connaissances relatives à la santé mentale au sujet de la dépression avec idées suicidaires chez les infirmiers d'un hôpital de référence urbain privé au Kenya     | Connaissances infirmières en santé mentale                         | Questionnaire évaluant les connaissances en matière de santé mentale au sujet de la dépression avec idées suicidaires présentant une vignette. Utilisation de questions fermées et d'échelles de Likert spécifiquement pour évaluer les croyances et attitudes des participants   | Statistique descriptive : mesure de dispersion : CV ; tableau de contingence         | 24 participants ont partiellement reconnu le diagnostic, 9 ont identifié le déficit, 3 participants ont identifié avec justesse le diagnostic, 1 personne a posé le diagnostic de schizophrénie.  |
| Niveau de preuve IV            |   | Piloter dans un contexte kenyan l'outil évaluant les connaissances en santé mentale couvrant la dépression avec idées suicidaires développé antérieurement (Reavley et al., 2014) | Promotion/prévention de la santé mentale                           |   | Statistique inférentielle : test non paramétrique de Fisher                          | Causes les plus probables de la dépression : 43,2% : mécanisme d'adaptation inadéquat, 24,3% : questions familiales, 8,1% : abus de drogues et de substances, 46% des participants ont un sentiment de « peur », 45,9% considèrent le personnage de la vignette comme imprévisible, 34% pensent que le personnage de la vignette peut s'en sortir s'il le veut. 83,8% : aggravation si pas de prise en charge par des professionnels ; 16,2 % : niveau de guérison sans prise en charge |
| Paradigme Positiviste          | Échantillonnage non probabiliste : cohorte sélectionnée (méthode non mentionnée)  | Question(s) de recherche  | Personnel infirmier non psychiatrique                              | Éthique   | Logiciels  | Conclusions   |
|                                | Critère(s) d'inclusion  | Non mentionnée  | Prise en charge infirmière de patients atteints de maladie mentale | Brochure d'information au sujet de l'étude distribuée, consentement éclairé, questionnaire anonyme, accès aux données limité à l'équipe de recherche. Étude approuvée par le comité d'éthique de la recherche de l'université Aga Khan (réf n° 2017 (REC-24) (v1)). Approbation éthique obtenue uniquement pour recruter des infirmiers travaillant dans le service d'urgences et de médecine. Le comité d'éthique suggérait que seuls les infirmiers des services d'urgences et de médecine étaient en contact avec les patients souffrant de maladies mentales. | Non mentionné. Cependant, données codées et saisies dans un tableur pour une analyse | Outils évaluant les connaissances en santé mentale utilisables, mais à tester davantage, car données manquantes et difficultés d'interprétations  |
|                                | Critère(s) d'exclusion  | Hypothèse(s)  |  |   |  |   |
|                                | Non mentionné   | Non mentionnée  |  |   |  |   |
|                                |   | Variables   |  |   |  |   |
|                                |   | VI : connaissances en santé mentale   |  |   |  |   |
|                                |   | VD : stigmatisation   |  |   |  |   |
|                                |   |   |  |   |  | Limites de l'étude  |
|                                |   |   |  |   |  | Recrutement dans un seul hôpital privé en milieu urbain (résultats non généralisables) ; petite taille de l'échantillon, mais suffisante pour tester le questionnaire ; restriction du des milieux infirmiers pouvant participer à l'étude par le comité d'éthique : peut souligner une connaissance restreinte en matière de santé mentale plus générale. Difficulté d'interprétation concernant le questionnaire  |



**Étude 3 :** Arbanas, G., Rožman, J., & Bagarić, Š. (2019). The attitudes of medical doctors, nurses and lay people towards schizophrenia, depression and PTSD. *Psychiatra Danubina*, 31(Suppl 1), 84-91.

| Design                                  | Échantillon   | But(s), objectif(s)   | Cadre de référence  | Méthode(s) de collecte des données   | Méthodes d'analyse  | Résultats  |
|---|---|---|---|--|---|--|
| Descriptive comparative (non mentionné) | 270 infirmiers et 30 médecins de tous les services d'un hôpital général et psychiatrique croate ont été invités à participer à l'étude.                         | Évaluer et comparer les attitudes des infirmiers, des médecins et des profanes à l'égard du trouble de stress post-traumatique, de la schizophrénie et de la dépression   | Infirmiers<br>Médecin<br>Profanes                         | Questionnaire évaluant les attitudes de trois troubles mentaux spécifiques de manière individuelle (répartition aléatoire des participants dans les différents groupes : SSPT (alpha de Cronbach 0,761), schizophrénie (alpha de Cronbach 0,742), dépression (alpha de Cronbach 0,768). Réponse avec échelle de Likert | Utilisation de statistique inférentielle : test paramétrique ANOVA, test paramétrique t Student. Utilisation statistique descriptive : corrélation de Pearson | Les infirmiers stigmatisent davantage la schizophrénie que le SSPT et plus le SSPT que la dépression ( $F = 220, 236, p > 0,001$ ). Infirmiers plus stigmatisants envers la schizophrénie ( $p = 0,006$ ) et le SSPT ( $p = 0,005$ ) que les médecins, mais moins envers la dépression ( $p = 0,0057$ ). Infirmiers moins stigmatisants envers la dépression et le SSPT que les profanes ( $p < 0,001$ ), mais pas la schizophrénie ( $p = 0,129$ ). ANOVA pour les 3 groupes → valeurs $F$ de 5,7372 (schizophrénie) ; 12,281 (dépression) et 11,582 (trouble de stress post-traumatique). Forte corrélation des attitudes à l'égard des 3 troubles mentaux dans chaque groupe d'échantillon (valeurs $r$ supérieures à 0,7). Aucune différence entre infirmiers en psychiatrie et infirmiers somatiques (test $t$ → schizophrénie : $t = -1,145$ et $p = 0,253$ ; dépression : $t = -0,555$ et $p = 0,579$ ; SSPT : $t = -0,507$ et $p = 0,612$ ). Pas de corrélation avec l'âge ni de différence entre les sexes relevées. Différences d'attitudes relevées envers les personnes connaissant une personne atteinte de dépression (test $t$ , $t = -2,049$ , $p = 0,042$ ), mais pas pour les autres troubles. Idem pour les autres situations (schizophrénie → test $t$ , $t = -1,994$ , $p = 0,048$ ). Aucune différence au sujet de personnes connaissant un individu atteint de SSPT ( $p = 0,067$ ; test $t$ , $t = -1,245$ ), ni en ce qui concerne les autres troubles. |
| Niveau de preuve IV                     | 87 profanes (professions en rapport avec l'alimentation) ayant participé à un cours d'hygiène obligatoire d'une journée ont été invités à participer à l'étude. | Déterminer si le contact avec une personne atteinte d'un trouble mental spécifique réduit la stigmatisation de celui-ci ou celle des maladies mentales en général   | Contact avec un individu atteint de trouble psychiatrique | Autres variables recueillies : âge, sexe, emploi, plus haut niveau d'étude atteint, contact avec une personne atteinte de troubles mentaux, connaissance d'une personne atteinte de dépression/de schizophrénie ou de SSPT   | Logiciels<br>Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), version 20   |  |
| Paradigme Positiviste                   | Échantillonnage non probabiliste intentionnel (non mentionné)   | Question(s) de recherche<br>Non mentionnée  | Attitude stigmatisante                                    | Éthique<br>Questionnaire anonyme. Recherche approuvée par le comité d'éthique  |   | Conclusions<br>Stigmatisation liée au SSPT plus faible qu'à la schizophrénie et plus élevée qu'à la dépression, chez les professionnels de la santé et chez les profanes. Contact étroit avec personnes atteintes d'un trouble mental spécifique : faible stigmatisation uniquement pour le trouble mental concerné. Réduction de la stigmatisation devrait être centrée sur les troubles mentaux spécifiques et non généraux. Importance d'accroître les connaissances en matière de troubles mentaux spécifiques.  |
|   | Critère(s) d'inclusion<br>Non mentionné   | Hypothèse(s)<br>Non mentionnée  | Schizophrénie   |  |   | Limites de l'étude<br>Taux de réponse faible des médecins : résultats non généralisables pour cette population. Participants connaissant une personne atteinte d'un trouble mental : le même niveau de stigmatisation qu'avant que la personne soit diagnostiquée ? (Bidirectionnel). Pas d'interrogations des participants sur leurs propres expériences du trouble mental → facteur de confusion. Échantillon trop petit pour comparer séparément les populations connaissant une personne atteinte de troubles mentaux et ceux qui n'en connaissaient pas, pour tous les groupes de l'échantillon.  |
|   | Critère(s) d'exclusion<br>Non mentionné   | Variables<br>VI : contact avec personnes atteintes de pathologies psychiatriques, stigmatisation<br>VD : attitude des infirmiers, des médecins, des profanes à l'égard du SSPT, de la dépression et de la schizophrénie | Dépression  |  |   |  |

**Étude 4 :** Brunero, S., Buus, N., & West, S. (2017). Categorising Patients Mental Illness by Medical Surgical Nurses in the General Hospital Ward : A Focus Group Study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(6), 614-623. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.09.003>

| Design                         | Échantillon  | But(s), objectif(s)   | Cadre de référence  | Méthode(s) de collecte des données  | Méthodes d'analyse   | Résultats  |
|--------------------------------|--|---|---|---|--|--|
| Étude par groupe de discussion | 16 infirmiers médicochirurgicaux ont été recrutés dans des services de chirurgie (n=10) et d'infectiologie (n=6) d'un hôpital métropolitain de Sydney de référence tertiaire.  | Comprendre le(s) processus de catégorisation des pathologies mentales au sein des hôpitaux généraux par des infirmiers médicochirurgicaux   | Théorie de l'analyse de discours selon Potter et Wetherell (Potter & Wetherell, 1987)   | Infirmiers invités à participer à 2 groupes de discussion, partager leurs expériences concernant les patients atteints de maladies mentales séjournant dans des services de soins généraux  | Analyse de discours utilisé, telle que décrite par Potter et Wetherell (Potter & Wetherell, 1987). Transcription des données en accord avec la convention des données de Potter et Wetherell (Potter & Wetherell, 1987). L'analyse de la transcription des groupes s'est penchée sur le contenu thématique, la construction spécifique de catégories, et les fonctions sociales du phénomène de catégorisation. Puis, une fois les catégories construites, réanalyse des données en lien avec chaque catégorie réalisée. Les chercheurs ont utilisé les 4 principales techniques au sujet de la validation de l'analyse selon Wetherell et Potter : cohérence, orientation des participants, nouveaux problèmes et fécondité (Potter & Wetherell, 1987). | Quatre catégories informelles de pathologies mentales construites au sein des groupes de discussion. Géré : priorisation sur la maladie physique et concentration minimale sur maladie mentale. Imprévisible : incapacité à prévoir les comportements des patients. Inquiétudes et appréhension du personnel infirmier dans les prestations de soin délivrées à ce type de catégorie. Environnement du service, et comportements des soignants peuvent détériorer la santé mentale du patient en affectant les stratégies de soins (ex. : hésite à fournir des traitements. Charge de travail des services trop lourds pour accueillir ce type de pathologie mentale. Émotionnel : patient caractérisé par un comportement mélancolique. Émotionnellement épuisant pour les soignants. Soutien apporté uniquement quand le patient est en larmes. Raison fournie par le groupe pour restreindre le contact avec cette catégorie : manque de temps et priorisation du soutien des pathologies physiques. Frustration de ne pas apporter des soins adéquats de santé mentale. Dangereux : patient catégorisé pouvant être violent avec le personnel, les autres patients et lui-même. Sentiment de peur, vulnérabilité et manque de contrôle de la part des infirmiers. Manque de temps, sentiment de menace, évitement du patient, réticence, prudence, excuse pour exclure le patient du processus de soins. |
| Niveau de preuve IV            |  | <b>Question(s) de recherche</b>   |   |   |  |  |
| Paradigme Naturaliste          | <b>Échantillonnage</b><br>Échantillonnage non probabiliste intentionnel<br><br><b>Critère(s) d'inclusion</b><br>Statut d'infirmier, en contact direct avec les patients, infirmiers se définissant comme des infirmiers médicochirurgicaux sans expérience en matière de santé mentale<br><br><b>Critère(s) d'exclusion</b><br>Non mentionné | <b>Hypothèse(s)</b><br>Non mentionnée<br><br><b>Variables</b><br>VI : la stigmatisation des pathologies psychiatriques<br>VD : la catégorisation du personnel infirmier au sujet des pathologies psychiatriques | Infirmiers médicochirurgicaux<br><br>Service de chirurgie et d'infectiologie<br><br>Catégorisation infirmière des maladies mentales | Questions ouvertes et générales utilisées pour guider discussion. 1 seul intervieweur a participé au groupe de discussion. Enregistré et transcrit par plusieurs les auteurs. 2 groupes considérés comme suffisants pour l'analyse des données : 1 <sup>er</sup> groupe : saturation intragroupe, 2 <sup>ème</sup> groupe : saturation intergroupe<br><br><b>Éthique</b><br>Approuvé par le comité local d'éthique de la recherche humaine. Fiche d'information. Consentements signés | <b>Logiciels</b><br>Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), version 20   | <b>Conclusions</b><br>Impact potentiel de la catégorisation des pathologies psychiatriques sur la stigmatisation au sein des environnements généraux. Importance de réintégrer les soins de santé mentale et physique, avec un discours permettant aux infirmiers de percevoir la maladie mentale de leurs patients<br><br><b>Limite de l'étude.</b><br>Paroles évoquées dans les discussions peuvent ne pas être représentatives de la pratique clinique réelle. Spécificité de chaque service de soins au niveau du discours, pouvant ainsi influencer les participants. Transcriptions des données : mauvaise qualité audio   |

**Étude 5** : Fontesse, S., Rimez, X., & Maurage, P. (2021). Stigmatization and dehumanization perceptions towards psychiatric patients among nurses : A path-analysis approach. *Archives of Psychiatric Nursing*, 35(2), 153-161. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2020.12.005>

| Design              | Échantillon  | But(s), objectif(s)   | Cadre de référence                                       | Méthode(s) de collecte des données   | Méthodes d'analyse   | Résultats  |
|---------------------|--|---|--|--|--|--|
| Étude transverse    | 336 infirmiers recrutés dans des centres cliniques, des hôpitaux ou des associations d'infirmiers, localisés en Belgique, en France et au Canada | Comparer la manière dont le personnel infirmier stigmatise et déshumanise 3 populations cliniques (alcoolisme sévère, schizophrénie, maladies cardiovasculaires)  | Modèles de déshumanisation de Haslam (Haslam, 2006)      | Utilisation d'échelle spécifique : PPS (Holman, 2015), (alpha de Cronbach : 0,9); échelle basée sur modèle de Halsman (Haslam, 2006) (alpha de Cronbach 0,95); échelle de la déshumanisation, mais adaptée aux 3 populations cliniques (alpha de Cronbach : 0,97); échelle basée sur la théorie du contact intergroupe d'Allport (Allport, 1954) avec les conditions ajoutées par Pettigrew (Pettigrew, 1998) (alpha de Cronbach : 0,87); inventaire de Maslach. (alpha de Cronbach : 0,87); DASS, Antony (alpha de Cronbach : 0,93. Considération du patient évaluée à l'aide de dilemme moral. Discrimination structurelle évaluée au moyen d'une tâche d'allocation de ressources (Beck et al., 2003) | Utilisation de statistiques inférentielles : analyse de régression linéaire avec 3 variables de contrastes comme variables indépendantes                         | Infirmiers déshumanisent ( $p = 0,000$ , IC 95% [0,05 ; 0,13] et stigmatisent ( $p = 0,000$ , IC 95% [0,36 ; 0,43]) davantage les personnes atteintes de troubles psychiatriques que celles atteintes de maladies cardiovasculaires. Infirmiers stigmatisent davantage les personnes atteintes de trouble d'alcoolisme que les schizophrènes ( $p < 0,000$ , IC 95% [0,09 ; 0,23]). Infirmiers sans contact fréquent avec des individus atteints de trouble d'alcoolisme ont tendance à les stigmatiser davantage que les infirmiers en contact régulier avec ces personnes ( $p = 0,064$ ; IC 95% [-0,01 ; 0,18]). Stigmatisation infirmières ( $p = 0,003$ , IC 95% [0,07 ; 0,32]), perception d'être déshumanisé par supérieurs ( $p = 0,000$ , IC 95% [0,11 ; 0,34]), et qualité de contacts avec les patients ( $p = 0,000$ , IC 95% [-0,54 ; -0,29] → statistiquement positif. Infirmiers qui stigmatisent accordent moins d'attention à la douleur ( $p = 0,018$ , IC 95% [-0,40 ; -0,04]). Si présence de stigmatisation infirmière, moins d'attention au consentement des patients ( $p = 0,048$ ; IC 95% [-0,35 ; -0,00]). Aucun effet signification sur occultation du diagnostic |
| Niveau de preuve IV | Échantillon-nage   | Question(s) de recherche  | Théorie de contact intergroupe d'Allport (Allport, 1954) |  | Utilisation d'IC   |  |
| Para-digme          | Échantillon de convenance non probabiliste par diffusion   | Hypothèse(s)  | Stigmatisation   |  | Associations entre la stigmatisation et la déshumanisation avec d'autres variables dans des groupes déshumanisés étudiées avec le moyen d'analyse de cheminement |  |
| Positiviste         | Critère(s) d'inclusion   | Onzes H mentionnées dont : H 1-2 : infirmiers stigmatisent et déshumanisent davantage les individus atteints de maladies mentales que ceux sans troubles psychiatriques. H 7 : les phénomènes de déshumanisation et de stigmatisation sont associés. H 8 : la qualité de contact soignant soigné est associée à la déshumanisation. H 9 : la perception infirmière d'être déshumanisé par les supérieurs est associée à un phénomène de déshumanisation accrue envers les patients. | Déshumanisation  |  | Logiciels  | Conclusions  |
|                     | Critère(s) d'exclusion   | Variables   | Alcoolisme sévère  |  | SPSS 25  | Infirmiers plus de stigmatisation et de déshumanisation à l'égard des patients atteints de troubles psychiatriques que des personnes sans troubles psychiatriques. Présence de discrimination structurelle accrue. Mise en place de pratiques moins stigmatisantes dans le domaine des soins de santé pour améliorer la façon dont les patients sont traités. L'humanisation de la vision au travers de la particularisation de chaque patient et l'amélioration de la relation soignant-soigné permettraient de diminuer la stigmatisation et déshumanisation infirmière.   |
|                     | Non mentionné  | VI : relation avec supérieurs, qualité de contact soignant soigné   | Schizophrénie  | Éthique  |  | Limites de l'étude   |
|                     |  | VD : stigmatisation-déshumanisation du personnel infirmier face au trouble d'alcoolisme sévère, à la schizophrénie, aux maladies cardiovasculaires  | Maladies cardiovasculaires                               | Fiche d'informations de l'étude, consentement éclairé, anonymat, procédures conformes aux normes éthiques de déclaration d'Helsinki 1975 révisées en 2008, approuvées par le comité d'éthique  |  | Étude transversale empêche de réaliser des interprétations causales. Désirabilité sociale, mais anonymat tout au long de l'étude. Limitation de la représentativité de certains sous-échantillons. Difficulté dans la généralisation des résultats, car taux de réponse faibles (22% hôpitaux, et 27% associations)  |
|                     |  |   | Attitudes infirmières                                    |  |  |  |

**Étude 6 :** Health Literacy of Non-mental Health Nurses : A Mental Health Survey in Four General Hospitals in Hunan Province, China. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 507969. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.507969>

| Design              | Échantillon   | But(s), objectif(s)  | Cadre de référence   | Méthode(s) de collecte des données  | Méthodes d'analyse  | Résultats   |
|---------------------|---|--|--|---|---|---|
| Étude transverse    | 1600 infirmiers exerçant dans des domaines non psychiatriques provenant 4 hôpitaux généraux universitaires de Hengyang, en Chine ont été invités à participer à l'étude. 610 questionnaires ont été distribués. | Identifier les croyances des infirmiers chinois travaillant au sein de milieux somatiques concernant la schizophrénie, le trouble anxieux généralisé et la dépression              | Santé mentale<br><br>Schizophrénie<br><br>Trouble anxieux généralisé<br><br>Dépression<br><br>Chine<br><br>Croyances infirmières<br><br>Infirmiers travaillant au sein de milieux somatiques | Utilisation d'un questionnaire développé antérieurement (Jorm et al., 1997) : validité et fiabilité testée, mais pas de chiffres mentionnés. Informations démographiques, l'âge, le sexe, l'état civil, le niveau d'étude, la durée de travail ont été recueillis.<br><br>Puis assignation aléatoire auprès de 3 vignettes présentant 3 pathologies psychiatriques distinctes, soit la dépression, la schizophrénie et le TAG. Choix de réponses proposé sur une échelle de Likert, testant les connaissances des participants sur le diagnostic, l'aide appropriée, l'effet probable d'une série d'interventions, et l'évolution de la maladie avec ou sans aide professionnelle | Utilisation de tableau à double entrée. Utilisation statistique descriptive : Md, EI, CV. Utilisation statistique inférentielle : test non paramétrique de Chi-deux. Utilisation IC fixé à 95%<br><br><b>Logiciels</b><br><br>IBM-SPSS 25.0 (IBM Corps, Armonk, NY, États-Unis) | Nombre de réponses par vignette : schizophrénie, n=198 ; dépression, n=203 ; TAG, n=200. Aucune différence relevée entre les participants concernant le sexe, l'état civil, le niveau d'éducation et la durée de pratique infirmière. Taux de réponse correct relatif au diagnostic des 3 vignettes dépression : 56,2% (n=114) ; schizophrénie : 38,9% (n=77). TAG : 17,5% (n=35). Taux d'identification correct comparé des 3 vignettes : schizophrénie plus susceptible d'être identifiée correctement par rapport au TAG (OR : 3,00 ; IC [1,89 4,77] ; p < 0,001). Dépression plus facile à identifier que le TAG (OR : 6,040 ; IC : [3,82 9,55] ; p < 0,001). Dépression plus susceptible d'être identifiée que la schizophrénie (OR : 2,01 ; IC : [1,35 3,00] ; p < 0,001). Infirmiers requéraient d'une aide professionnelle pour diagnostiquer le TAG (85,5%), la dépression (89,2%) et la schizophrénie (94,9%). Pour toutes vignettes, interventions nécessaires du psychologue clinicien, psychiatre et d'un membre de la famille proche (>70%). Interventions moins utiles (<30%) : résolution par soi-même, recherche d'aide d'une conseillère, prière de Bouddah. Déficience observée pour le choix du traitement médical approprié. Croyances infirmières face à la péjoration de l'état du patient sans aide professionnelle : schizophrénie : 70,7%, dépression : 66,0%, TAG : 56,5%) |
| Niveau de preuve IV | <b>Échantillonnage</b><br><br>Échantillonnage probabiliste de commodité en grappes  | <b>Question(s) de recherche</b><br><br>Non mentionnée  |  |   |   |   |
| Paradigme           | <b>Critère(s) d'inclusion</b><br><br>Non mentionné  | <b>Hypothèse(s)</b><br><br>Non mentionnée  |  |   |   |   |
| Positiviste         | <b>Critère(s) d'exclusion</b><br><br>Non mentionné  | <b>Variables</b><br><br>VI : connaissances au sujet du TAG, de la schizophrénie et de la dépression<br><br>VD : croyances au sujet du TAG, de la schizophrénie et de la dépression |  | <b>Éthique</b><br><br>Approuvée par le comité d'éthique du Second hôpital de Xiangya de l'Université Centrale du Sud. But de l'étude énoncé avant la distribution du questionnaire. Consentement éclairé. Questionnaire anonyme   |   | <b>Conclusions</b><br><br>Les connaissances en santé mentale des infirmiers non psychiatriques, en Chine, sont insuffisantes (particulièrement pour les TAG). Amélioration des connaissances en santé mentale afin de réduire la charge de morbidité découlant des maladies mentales. Formations supplémentaires nécessaires pour les infirmiers travaillant au sein de milieux somatiques<br><br><b>Limites de l'étude</b><br><br>Risque de biais dans un échantillon « homogène » → 4 hôpitaux de la même région. Taille échantillon restreinte → résultats non représentatifs de toute la population chinoise. Étude transversale → exclut la détermination d'une relation causale exacte → aucun moyen d'évaluer comment la connaissance en santé mentale des infirmiers travaillant au sein de milieux somatiques affecte l'orientation et les traitements des patients. Question à choix multiples : peut restreindre le choix et réflexion des participants Évaluation que des croyances sur interventions, mais pas d'évaluation dans la pratique réelle  |

### 8.3 Annexe III : Pyramide des preuves

| Grade des recommandations                 | Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature   |
|---|---|
| A<br>Preuve scientifique établie          | Niveau 1<br>- essais comparatifs randomisés de forte puissance ;<br>- méta-analyse d'essais comparatifs randomisés ;<br>- analyse de décision fondée sur des études bien menées.  |
| B<br>Présomption scientifique             | Niveau 2<br>- essais comparatifs randomisés de faible puissance ;<br>- études comparatives non randomisées bien menées ;<br>- études de cohortes.   |
| C<br>Faible niveau de preuve scientifique | Niveau 3<br>- études cas-témoins.<br><br>Niveau 4<br>- études comparatives comportant des biais importants ;<br>- études rétrospectives ;<br>- séries de cas ;<br>- études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale). |

Grade des recommandations (Haute Autorité de santé, 2013, p. 8)

## 8.4 Annexe IV : Glossaires

### 8.4.1 Glossaire méthodologique

Les termes définis dans ce glossaire méthodologique sont issus des ouvrages suivants :

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives* (3<sup>e</sup> édition). Chenelière éducation.

Loiselle, C., Profetto-McGrath, J., Polit, D., & Tatano Beck, C. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières : Approches quantitatives et qualitatives*. ERPI – Le Renouveau pédagogique Éditions.

**Analyse de la variance (ANOVA)** : test statistique paramétrique destiné à déterminer les différences entre trois groupes ou plus en comparant la variation intragroupe avec la variation intergroupe (p. 497)

**Base de données** : système organisé permettant de repérer des références à des documents, le plus souvent des articles périodiques (p. 497)

**Biais** : toute influence ou action pouvant fausser les résultats d'une étude (p. 497)

**CINHAL** : base de données qui répertorie des périodiques traitant des sciences infirmières et des sciences connexes de la santé (p. 497)

**Codage** : procédé qui consiste à convertir en nombre ou en symboles l'information incluse dans un instrument de collecte des données afin d'en faciliter le traitement (p. 497)

**Coefficient alpha de Cronbach ( $\alpha$ )** : indice de fidélité qui évalue la cohérence interne d'une échelle composée de plusieurs énoncés (p. 497)

**Coefficient de corrélation de Pearson ( $r$ )** : indice numérique qui exprime le degré de corrélation entre deux variables mesurées à l'échelle d'intervalle (p. 497)

**Coefficient de variation (CV)** : mesure de dispersion qui représente le rapport de l'écart type à la moyenne (p. 400)

**Cohérence interne** : degré d'homogénéité de tous les énoncés d'un instrument de mesure (p. 498)

**Comité d'éthique de la recherche** : groupe de professionnels mandatés pour réviser les propositions de recherche soumises au regard des considérations éthiques (p. 498)

**Concept** : abstraction, image mentale que l'on se fait de la réalité (p. 498)

**Consentement** : acquiescement donné volontairement par une personne pour participer à une étude. Pour être valable, le consentement doit être libre, éclairé et continu (p. 498)

**Corrélation** : association entre deux variables telle que la variation d'une variable est liée à la variation de l'autre (Loiselle et al., 2007, p. 365)

**Crédibilité** : critère servant à évaluer dans quelle mesure la description du phénomène vécu par les participants reflète la réalité interprétée (p. 498)

**Devis** : plan logique tracé par le chercheur en vue d'établir une manière de procéder susceptible de mener à la réalisation des objectifs (p. 498)

**Devis d'étude transversale** : « étude dans laquelle les données sont recueillies à un moment précis dans le temps en vue de décrire la fréquence d'apparition d'un événement et de ses facteurs associés » (p. 498)

**Devis de recherche** : « plan d'ensemble qui permet de répondre aux questions de recherche ou de vérifier des hypothèses et qui, dans certains cas, définit des mécanismes de contrôles ayant pour objet de minimiser les risques d'erreur » (p. 499)

**Devis descriptif comparatif** : « type d'étude qui rend compte des différences dans les variables dans deux groupes ou plus de sujets » (p. 499)

**Distribution de fréquences** : « éventail des valeurs numériques, allant de la plus basse à la plus élevée, accompagné du nombre de fois où chaque valeur a été obtenue » (Loiselle et al., 2007, p. 356)

**Distribution normale** : distribution théorique en forme de cloche, symétrique, ni pointue ni aplatie ; on l'appelle aussi courbe normale (Loiselle et al., 2007, p. 359)

**Échantillon** : sous-groupe d'une population choisie pour participer à l'étude (p. 499)

**Échantillonnage** : processus au cours duquel on sélectionne un groupe de personnes ou une portion de la population pour représenter la population cible (p. 499)

**Échantillonnage accidentel (ou par convenance) :** méthode d'échantillonnage non probabiliste qui consiste à choisir des personnes selon leur accessibilité dans un lieu déterminé et à un moment précis (p. 499)

**Échantillonnage en grappes :** méthode d'échantillonnage probabiliste qui consiste à choisir les éléments de la population en grappes plutôt qu'un élément à la fois (p. 499)

**Échantillonnage intentionnel :** méthode d'échantillonnage qui consiste à sélectionner certaines personnes en fonction de caractéristiques typiques de la population à l'étude (p. 499)

**Échantillonnage non probabiliste :** choix d'un échantillon sans recourir à une sélection aléatoire (p. 499)

**Échantillonnage probabiliste :** choix d'un échantillon à l'aide de techniques aléatoires afin que chaque élément de la population ait une chance égale d'être choisi pour faire partie de l'échantillon (p. 500)

**Échelle :** forme d'évaluation composite d'une caractéristique combinant plusieurs énoncés, qui donne lieu à l'attribution de valeurs ou de scores (p. 500)

**Échelle de Likert :** échelle d'attitude constituée d'une série d'énoncés déclaratifs pour lesquels le répondant exprime son degré d'accord ou de désaccord (p. 500).

**Effet de Hawthorne :** modification du comportement des sujets parce qu'ils se sentent observés ou par une tendance à donner des réponses favorables pouvant avoir des répercussions sur les résultats (p. 179)

**Entrevue semi-dirigée :** « interaction verbale animée par le chercheur à partir d'une liste de thèmes qu'il souhaite aborder avec le participant » (p. 500)

**Estimation par intervalle de confiance (IC) :** niveau de confiance selon lequel une gamme de valeurs comprises entre deux bornes contient la valeur du paramètre à estimer (p. 500)

**Facteurs historiques :** obstacles à la validité interne où des événements extérieurs ou des faits survenant au cours de l'expérimentation influent sur les résultats (p. 501)

**Fiabilité :** critère servant à évaluer l'intégrité des données d'études qualitatives en ce qui a trait à leur stabilité dans le temps ou dans différentes conditions (p. 501)



**Fluctuation des instruments de mesure :** facteur d'invalidité interne découlant de l'utilisation inconstante des instruments de mesure ou du mauvais calibrage d'un instrument mécanique ou électronique (p. 501)

**Généralisable :** degré selon lequel les conclusions d'une étude quantitative dont les éléments ont été sélectionnés aléatoirement dans une population de référence peuvent être généralisées à l'ensemble de cette population (p. 501)

**Guide d'entrevue :** « document utilisé par l'interviewer au cours d'un entretien en guise de rappel des différents thèmes ou des questions devant être abordés » (p. 501)

**Hiérarchie des preuves :** mécanisme servant à déterminer les études qui présentent les meilleurs devis pour répondre à une question clinique. Le niveau de preuve le plus élevé correspond aux revues systématiques d'essais randomisés contrôlés, et le niveau le plus faible correspond aux opinions d'experts (p. 501)

**Hypothèse simple (H) :** hypothèse qui prédit une relation associative ou causale entre deux variables (p. 501)

**Maturation :** obstacles à la validité interne se rapportant aux processus de changement qui se produisent au fil du temps et qui ne dépendent pas d'événements extérieurs (p. ex le vieillissement, la fatigue, le développement cognitif) (p. 501)

**Médiane (Md) :** mesure de tendance centrale qui divise une distribution de fréquences ordonnée en deux parties égales, comprenant chacune 50% des données (p. 501)

**MEDLINE :** base de données internationale en science de la santé (p. 501)

**Mortalité expérimentale :** incidence sur la validité interne à la suite du désistement de sujets pouvant survenir dans un groupe plus qu'un autre (p. 502)

**Paradigme :** conception du monde, système de représentation de valeurs et de normes qui impriment une direction particulière à la pensée et à l'action (p. 502)

**Paradigme naturaliste :** « paradigme qui diffère du paradigme positiviste traditionnel et postule l'existence de multiples interprétations de la réalité ; la recherche vise à comprendre la façon dont chacun construit la réalité dans le contexte qui lui est propre ; ce paradigme est souvent associé à la recherche qualitative » ((Loiselle et al., 2007, p. 16)

**Paradigme positiviste** : paradigme traditionnel qui sous-tend l'approche scientifique, dans lequel on suppose l'existence d'une réalité fixe et ordonnée, qui se prête à une étude objective ; souvent associé à la recherche quantitative (Loiselle et al., 2007, p. 15)

**Puissance statistique** : capacité d'un test à détecter une différence significative ou une relation existante entre des variables, ce qui revient à la probabilité de rejeter correctement une hypothèse nulle (p. 503)

**Question de recherche** : énoncé particulier qui demande une réponse pour résoudre un problème de recherche (p. 503)

**Questionnaire** : instrument de collecte des données qui exige du participant des réponses écrites à un ensemble de questions (p. 503)

**Recherche qualitative** : recherche qui met l'accent sur la compréhension et qui repose sur l'interprétation des phénomènes à partir des significations fournies des participants (p. 503)

**Recherche quantitative** : recherche qui met l'accent sur la description, l'explication, la prédiction et le contrôle, et qui repose sur la mesure de phénomènes et l'analyse de données numériques (p. 503)

**Répartition aléatoire ou randomisation** : mode de distribution des participants dans les groupes au moyen de méthodes probabilistes, donnant à chaque sujet une chance égale de faire partie de l'un ou l'autre groupe (p. 504)

**Revue systématique** : sommaire des preuves sur un sujet précis effectué par des experts qui utilisent un processus rigoureux et méthodique pour évaluer et synthétiser les études ayant examiné une même question et pour tirer des conclusions (p. 504)

**Saturation des données** : moment dans la collecte des données où le chercheur conclut qu'une nouvelle information n'ajoutera rien de plus à la compréhension du phénomène à l'étude (p. 504)

**Tableau à double entrée** : détermination du nombre de cas se produisant quand deux variables sont étudiées simultanément (homme/femme et fumeur/non-fumeur). D'ordinaire, les résultats sont présentés dans un tableau comprenant des rangées et des colonnes dans lesquelles sont inscrites les valeurs des variables (Loiselle et al., 2007, p. 363)

**Test de khi-deux (x2) :** test inférentiel non paramétrique qui exprime l'importance de l'écart entre les fréquences observées et les fréquences théoriques. On l'utilise entre autres pour effectuer un test hypothèse concernant le lien entre deux variables qualitatives (p. 504)

**Test t :** « test paramétrique servant à déterminer la différence entre les moyennes de deux populations » (p. 504)

**Tests statistiques non paramétriques :** « procédures statistiques inférentielles utilisées pour des données nominales et ordinales, et dont la distribution normale ne repose pas sur des postulats rigoureux » (p. 504)

**Tests statistiques paramétriques :** procédures statistiques servant à faire l'estimation des paramètres de la population et à vérifier des hypothèses en tenant compte des postulats sur la distribution des variables (p. 504)

**Thésaurus :** répertoire des mots et des expressions utilisés pour indexer des documents (p. 505)

**Transférabilité :** critère servant à évaluer l'application éventuelle des conclusions issues d'études qualitatives à d'autres contextes ou groupes. Elle s'apparente à la généralisation (p. 505)

**Triangulation :** stratégie de mise en comparaison de plusieurs méthodes de collecte et d'interprétation de données permettant de tirer des conclusions valables à propos d'un même phénomène (p. 505)

**Validité externe :** caractère d'une étude qui permet de généraliser les résultats à d'autres populations et contextes que ceux étudiés (p. 505)

**Validité interne :** caractère d'une étude expérimentale dans laquelle la variable indépendante est la seule cause du changement touchant la variable dépendante » (p. 505)

**Variable dépendante (VD) :** variable censée dépendre d'une autre variable (variable indépendante) ou être causée par celle-ci (p. 505)

**Variable indépendante (VI) :** variable qui peut expliquer la variable dépendante, elle peut aussi influencer sur cette dernière (p. 505)

**Vignette :** bref scénario qui peut être présenté à des participants en vue d'obtenir leurs réactions à un événement ou à une situation (p. 505)

#### 8.4.2 Glossaire général

**Discrimination** : différenciation de traitement qui conduit à mettre en cause le principe d'égalité. La discrimination consiste donc à classer, distinguer et hiérarchiser (Dollo et al., 2017, p. 104)

**Étiquetage** : procédure qui consiste à désigner, et donc à stigmatiser, un sujet à l'intérieur d'un groupe par la mise en évidence d'une caractéristique spécifique (Dollo et al., 2017, p. 148)

**Préjugé** : attitude négative à l'égard d'un groupe ou des individus qui le composent et qui n'est pas justifiée par des connaissances personnelles liées à une interaction préalable avec ce groupe ou ses membres (Charron et al., 2020, p. 230)

**Stéréotype** : renvoie aux croyances qu'un individu possède à propos d'un groupe d'individus (Charron et al., 2020, p. 281)