

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

LA MODULATION DES DIAGNOSTICS PSYCHIATRIQUES : UNE ANALYSE DE
CONCEPT

MÉMOIRE PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA
MAÎTRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES

PAR
FANNIE DUPONT

NOVEMBRE 2020

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Sommaire

La santé mentale est un domaine dans lequel les étiquettes diagnostiques jouent un rôle important, influençant le parcours d'un grand nombre de personnes. Cette influence vient particulièrement du fait que dans le système de santé canadien, la seule façon d'obtenir l'accès à des services spécialisés est généralement de recevoir un diagnostic médical (Dobransky, 2009; Hansen, Hughes, Routley, & Robinson, 2008). Certains individus se voient ainsi apposer un ou même plusieurs diagnostics au fil de leur vie reflétant une nécessité d'accéder à des services plutôt qu'à un besoin d'expliquer un état pathologique (Dobransky, 2009; Moncrieff, 2010).

Ce projet de maîtrise en sciences infirmières explore le processus de *modulation des diagnostics psychiatriques*. Pour ce faire, une analyse de concept a été effectuée selon la méthode de Rodgers et Knafl (2000) avec l'aide du cadre de référence de la théorie de la construction sociale des diagnostics afin de définir le concept de *modulation des diagnostics psychiatriques*. Les résultats mettent en lumière les facteurs entourant l'établissement d'un diagnostic par le médecin ainsi que les conditions et le contexte d'un changement de diagnostic.

L'analyse des données a permis de définir le concept de *modulation des diagnostics psychiatriques* et ses caractéristiques. Selon les résultats, ce concept se définit donc comme le fait qu'un diagnostic de santé mentale change et s'adapte selon des facteurs d'influence intrinsèques et extrinsèques connus comme l'âge de la personne lors de la consultation médicale ou un changement de médecin traitant. Il est aussi possible qu'il

soit influencé par des facteurs inconnus, c'est-à-dire des facteurs dont l'origine a été impossible à identifier dans le cadre de ce projet. Ces modifications sont réalisées dans le but de permettre au diagnostic de remplir son rôle clé, soit de donner accès au système et aux services de santé mentale (Hansen *et al.*, 2008; Olasoji, Maude, & McCauley, 2017). Les antécédents de ce concept sont l'évolution de la classification des troubles mentaux et du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) (American Psychiatric Association, 1952, 1968, 1980, 1994, 2013) et la médicalisation de problème d'origine sociale. La *modulation des diagnostics psychiatriques* a comme attribut d'être variable, ce qui veut dire qu'elle s'adapte aux situations selon des facteurs d'influence. Les conséquences de la *modulation des diagnostics psychiatriques* sont l'accès aux services (Béliard & Eideliman, 2009; Dobransky, 2009; Hansen *et al.*, 2008; Moncrieff, 2010) et aux soins de santé spécialisés et la stigmatisation (Cotten & Ridings, 2011; Jutel, 2016; Shaikh & Kauppi, 2015).

La définition de la *modulation des diagnostics psychiatriques* provenant de ce projet de recherche ne doit pas être considérée comme une finalité, mais bien comme le point de départ qui permettra de poursuivre l'étude de ce phénomène et de ses répercussions à court et long terme.

Table des matières

Sommaire	ii
Liste des tableaux	vi
Liste des figures	vii
Avant-propos	viii
Remerciements	ix
Introduction	x
Problématique	13
2.1 La question de recherche	18
2.2 L'objectif	18
2.3 Le sous-objectif	18
Revue de littérature	19
3.1 Prise en charge des troubles mentaux	20
3.2 La classification des troubles mentaux	25
3.3 Le diagnostic et l'exercice des soins	35
3.4 Le diagnostic comme outil	38
Cadre de Référence	41
4.1 Les origines de la théorie de la construction sociale	42
4.2 Niveaux de la théorie de la construction des diagnostics	43
4.2.1 Premier niveau - Politiques de santé publique	43
4.2.2 Deuxième niveau - Impact local dans les milieux de soins spécialisés	45
4.2.3 Troisième niveau - Application clinique	49
Méthodologie	51
5.1 Utilité d'un concept	54
5.2 Les bases philosophiques	55
5.3 Les étapes de l'analyse de concept selon Rodgers	56
5.3.1 Identifier le concept d'intérêt et les expressions associées	57
5.3.2 Identifier le contexte	58
5.3.3 Identifier l'échantillon et la collecte des données	59
5.3.4 Analyse des données	64

5.4 Principes éthiques	66
5.5 Critères de scientificité	67
Résultats	69
Discussion	99
7.1 Implications	104
7.2 Forces	105
7.3 Limites	106
7.4 Retombées	107
7.4.1 Recherche	107
7.4.2 Discipline	108
7.4.3 Enseignement	108
Conclusion	110
Bibliographie	113
Appendices	127
Appendice A	128
Tableau 3 <i>L'évolution du DSM et les changements majeurs ayant pris place</i>	128
Appendice B	130
Tableau 4 <i>Article constituant l'échantillon provenant de la littérature scientifique</i>	130
Appendice C	137
Certificat éthique de l'UQTR.....	137
Appendice D	140
Certificat éthique de l'Hôpital Montfort.....	140
Appendice E	142
Tableau 5 <i>Différences entre les diagnostics provenant des dossiers médicaux et des registres d'admissions</i>	142
Appendice F	145
Preuve de soumission de l'article.....	145

Liste des tableaux

Tableau

1 Comparaison de la méthode de Rodgers et Knalf et la recherche qualitative.....	52
2 Échantillon constitué de dossiers médicaux.....	63
3 L'évolution du DSM et les changements majeurs ayant pris place.....	127
4 Article constituant l'échantillon provenant de la littérature scientifique.....	129
5 Différences entre les diagnostics provenant des dossiers médicaux et des registres d'admissions.....	141

Liste des figures

Figure

1 Résultat de recherche sur les bases de données et critères d'inclusion et d'exclusion..	61
2 Évolution diagnostique et facteurs d'influence dans le cadre de l'exemple de Nathalie.....	92
3 La modulation des diagnostics psychiatriques.....	100

Avant-propos

Ce mémoire contient un article soumis à la publication présenté dans le chapitre portant sur les résultats. La preuve de soumission se trouve dans l'appendice F.

Article 1 : La modulation des diagnostics psychiatriques : une analyse de concept selon la méthode de Rodgers et Knafl

Auteurs : Dupont, F., Harrisson, S., & Prud'homme, J.

Statut : Soumis

Référence : Dupont, F., Harrisson, S., & Prud'homme, J. (soumis). La modulation des diagnostics psychiatriques : une analyse de concept selon la méthode de Rodgers & Knafl. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*.

Remerciements

Je tiens à remercier ma directrice Sandra Harrisson, pour ses précieux conseils, son support académique, émotionnel et ses encouragements. Merci d'avoir cru en moi au cours de ces trois dernières années, qui furent mouvementées, parfois difficiles, parfois faciles, mais ô combien enrichissantes. J'en sors grandie, autant professionnellement que personnellement. Je remercie aussi mon co-directeur, Julien Prud'homme, d'avoir accepté de s'engager dans un projet sortant des sentiers battus, autant pour son domaine d'expertise que pour le mien. Ses conseils ont toujours été perspicaces, formateurs et profitables.

Je remercie aussi mes amis de longue date qui ont su m'épauler tout au long de ce projet, qui étaient présents au fil des hauts et des bas et qui ont toujours été si compréhensifs face aux contraintes qu'un projet comme celui-ci peut causer.

Je tiens aussi à remercier ma famille, tout particulièrement, Manon, Pierre, Andréanne et Olivier qui ont su me soutenir de maintes façons au cours de cette aventure que peut être une maîtrise. Vous m'avez soutenue, sans jugement, sans égard au fait que vous ne saviez pas réellement où ce parcours allait me mener. Merci pour tout, je n'aurais pu y arriver sans vous.

Introduction

Ce projet a pris naissance alors que je travaillais comme infirmière dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) pour les personnes atteintes de troubles neurocognitifs. À maintes reprises, des personnes étaient admises au CHSLD malgré le fait qu'elles ne présentaient pas de troubles neurocognitifs, mais bien des troubles de santé mentale. Malheureusement, dû au fait que l'endroit n'était pas désigné pour traiter des individus atteints de troubles psychiatriques, plusieurs d'entre eux ne recevaient pas les soins dont ils avaient réellement besoin. Ces derniers avaient beaucoup plus des troubles du comportement et plusieurs ont dû être changés de milieu de soins puisque notre équipe de travail n'était pas en mesure de répondre à leurs besoins de façon adéquate. Ces situations m'ont amenée à me questionner sur la modulation des diagnostics pouvant avoir lieu chez une personne dans le but d'avoir accès à certains services du réseau public de santé. Toutefois, ce concept est très peu documenté dans le domaine des sciences infirmières.

Cette étude propose donc d'effectuer une analyse du concept de *modulation des diagnostics psychiatriques* selon la méthode évolutionniste de Rodgers et Knafl (2000), puisque aucune définition n'existe dans le domaine des sciences infirmières. Il présente une première définition qui facilitera l'utilisation et l'application du concept à la discipline. Il suggère aussi de s'attarder aux facteurs entourant l'établissement d'un diagnostic par le médecin, les conditions d'un changement de diagnostic ainsi que le contexte de ce changement à l'aide de deux échantillons. Le premier est composé de

littérature scientifique et le second des registres d'admissions au Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort et de 10 dossiers médicaux.

Le premier chapitre porte sur la problématique. Il expose la situation actuelle entourant les troubles de santé mentale, leurs conséquences et l'accessibilité aux soins de santé spécialisés. Le second chapitre examine la revue de la littérature se concentrant sur l'évolution de la classification des troubles mentaux, sur le développement des soins et des services en santé mentale au Québec et au Canada et sur la relation entre le diagnostic et les soins. Le troisième chapitre explique le cadre de référence de la construction sociale des diagnostics utilisés dans cette étude. Le quatrième chapitre décrit la méthode d'analyse de concept utilisée c'est-à-dire la méthode évolutionniste de Rodgers et Knafl (2000). Le cinquième chapitre présente les résultats de l'analyse de concept sous la forme d'un article. Pour terminer, le sixième chapitre discute des résultats obtenus lors de l'analyse des données. Il aborde aussi les limites et les retombées du projet.

Problématique

Chaque année, les troubles de santé mentale coûtent près de huit milliards de dollars aux instances gouvernementales canadiennes (Agence de la santé publique du Canada, 2018). Selon Statistique Canada (2017), environ 4,9 millions des Canadiens âgés de plus de 15 ans déclaraient avoir éprouvé des besoins en matière de soins psychologiques au cours des 12 derniers mois et plus de quatre millions de Canadiens ont consulté un professionnel pour un trouble psychiatrique en 2015. Ceux-ci entraînent non seulement d'importantes conséquences économiques pour les institutions gouvernementales, mais également pour les individus et leurs familles (Organisation mondiale de la santé (OMS), 2001). Ces répercussions ne sont pas seulement financières puisque ces maladies ont également un impact majeur sur la qualité de vie. Un grand nombre de personnes atteintes de troubles mentaux affirment que les préjudices sont considérables et durables et que leur qualité de vie demeure médiocre, et ce, même à long terme (Organisation mondiale de la santé, 2001).

L'accessibilité aux soins de santé spécialisés permet de diminuer les conséquences des troubles psychiatriques sur la qualité de vie des individus (Reynders, Kerkhof, Molenberghs & Van Audenhove, 2014). Dans les pays développés, comme le Canada, deux facteurs ont un impact sur l'accessibilité aux soins, soit les politiques de santé (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2015) et l'obtention d'un diagnostic médical (Dobransky, 2009; Hansen *et al.*, 2008) dont les critères sont gérés par le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) (American Psychiatric Association, 1952, 1968, 1980, 1994, 2013; Mallett, 2006). Les politiques

gouvernementales québécoises portant sur la santé mentale sont fondées sur le principe qu'un diagnostic est une entité fixe et distincte (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2015), c'est-à-dire qu'il ne peut pas être influencé par le contexte socioculturel, la région ou même la spécialité dans lesquels il est utilisé (Conrad & Barker, 2010).

Selon la théorie de la construction sociale, il est possible de démontrer qu'un diagnostic est en fait une entité souple et fortement influencée par des facteurs socioculturels, politiques et économiques (Conrad & Barker, 2010; Dobransky, 2009). Il existe une littérature abondante traitant de ce sujet, se divisant en trois niveaux distincts. Le premier porte majoritairement sur le sens large de la théorie de la construction sociale des diagnostics et sur son application aux politiques de santé publique (Aronowitz, 2008; Conrad & Barker, 2010). Le deuxième se penche sur l'influence locale de la théorie de la construction sociale. Ce niveau aborde le fait que l'usage d'un diagnostic pour un soignant ou un établissement dépend du contexte organisationnel dans lequel il est utilisé (Dobransky, 2009). De plus, il s'intéresse au fait que, pour les professionnels de la santé, le diagnostic est d'abord un outil de communication (Annandale, 1985; Dobransky, 2009). Ce niveau identifie aussi les traits sociodémographiques pouvant être source de modulation des diagnostics (Hansen *et al.*, 2008). Le troisième traite des applications du deuxième niveau à un sujet spécifique comme la santé mentale ou les soins gériatriques (Béliard & Eideliman, 2009; Hirshbein, 2002). Dans le cadre de cette étude, une attention particulière est portée au deuxième niveau, car celui-ci illustre la façon dont les

intervenants utilisent les étiquettes diagnostiques dans le but de communiquer avec leur environnement physique et organisationnel (Dobrasky, 2009).

En se basant sur ce principe de flexibilité des diagnostics, l'hypothèse de ce projet est qu'un phénomène de modulation ou d'ajustement des diagnostics psychiatriques survient de temps à autre au sein du système de la santé. Cette action est très peu documentée en sciences infirmières. Il est particulièrement important de s'y attarder puisque le moment au cours duquel un diagnostic est divulgué est très significatif (Jutel, 2016). Il représente souvent la culmination de plusieurs démarches, d'exams et d'investigations de la part du patient et des professionnels de la santé impliqués. Cette démarche est parfois longue, tumultueuse et douloureuse. Elle permet d'expliquer une situation difficile, un état physique ou mental qui tourmente un individu à l'aide d'un seul mot (Heritage & McArthur, 2019; MacCulloch, 2010). Alors qu'un diagnostic peut être salutaire, il peut aussi être dévastateur lorsqu'il est d'origine psychiatrique (Conrad & Barker, 2010; Jutel, 2016). En effet, un diagnostic de santé mentale est tributaire de stigmatisations, d'hospitalisations répétées, de faiblesses de caractère et de plusieurs autres qualificatifs tous aussi négatifs les uns que les autres (Browne, 2015; Cotten & Ridings, 2011; Shaikh & Kauppi, 2015). Suite à l'obtention d'un tel diagnostic, la personne et sa famille doivent entreprendre une période de transition et d'acceptation afin de s'habituer à leur nouvelle réalité (Coffey, 2014; McEwen & Wills, 2014). Selon Meleis (2010), une transition représente le processus encouru entre le passage d'un état relativement stable à un autre, déclenché par un événement comme l'annonce d'un diagnostic (Coffey, 2014; McEwen & Wills, 2014). Elle varie selon chaque personne. Elle

peut être relativement facile ou excessivement difficile pour l'individu concerné (Coffey, 2014; Meleis, 2010). Le fait de vivre cette transition, initiée par l'obtention d'un diagnostic psychiatrique, peut devenir une épreuve qui nécessite parfois un soutien professionnel (Coffey, 2014; Meleis, 2010). Il importe de reconnaître que chaque changement de diagnostic entraîne donc un nouveau processus d'adaptation. L'infirmière en santé mentale détient un rôle central de soutien et d'accompagnement lors de l'annonce d'un premier diagnostic psychiatrique, ainsi que lors d'apposition ou de changements de diagnostics tout au long du parcours psychiatrique des patients (Coffey, 2014; McEwen & Wills, 2014; Meleis, 2010). Elle a le devoir d'évaluer le niveau de préparation de la personne face au changement à venir et de l'aider à acquérir les habiletés et les connaissances nécessaires par le biais d'enseignement et d'accompagnement. Elle doit aussi appuyer la personne en transition dans l'établissement de nouvelles ressources personnelles, sociales et communautaires (Coffey, 2014; McEwen & Wills, 2014). Ce rôle est primordial puisqu'un processus de transition non complet peut avoir des conséquences importantes sur la vie d'une personne (Coffey, 2014).

Ce projet de maîtrise propose donc d'effectuer une analyse du concept de *modulation des diagnostics psychiatriques* selon la méthode évolutionniste de Rodgers et Knafel (2000). Il présente une première définition qui facilitera l'utilisation et l'application du concept au domaine des sciences infirmières. Il suggère aussi de s'attarder aux facteurs entourant l'établissement d'un diagnostic par le médecin, les conditions d'un changement de diagnostic et le contexte de ce changement.

2.1 La question de recherche :

- Quelle est la définition appropriée du concept de *modulation des diagnostics psychiatriques* dans un contexte de problème de santé mentale pouvant être appliqué au domaine des sciences infirmières?

2.2 L'objectif :

- Clarifier le concept de *modulation des diagnostics psychiatriques*.

2.3 Le sous-objectif :

- Identifier les facteurs d'influences entourant les changements diagnostics chez une même personne.

Ce type d'étude a plusieurs avantages comme l'élaboration d'un langage commun, le développement théorique et la clarification de concept, contribuant ultimement à l'utilisation efficace du terme. L'emploi d'un langage universel permet une meilleure communication entre les chercheurs, entre la discipline infirmière et l'application pratique de celle-ci (McEwen & Wills, 2014). Elle soutient aussi l'avancement de la recherche scientifique puisqu'elle offre la possibilité à plusieurs de s'intéresser au même phénomène. Il est donc primordial d'effectuer une analyse du concept de *modulation des diagnostics psychiatriques* afin que cette appellation puisse être utilisée de façon uniforme (McEwen & Wills, 2014).

Revue de littérature

L'intérêt pour les troubles de santé mentale s'est accentué durant les dernières années. Quel que soit le nom utilisé, folie, maladie mentale ou trouble de santé mentale, cette problématique a toujours été au centre des préoccupations des sociétés modernes (Quétel, 2012). Au fil du temps, plusieurs théories ont été élaborées pour comprendre les causes de ces maladies ainsi que le développement de traitements pour contrer ce mal dérangeant (Quétel, 2012). Malgré tous les efforts, le concept de santé mentale demeure complexe. Cette revue de littérature propose donc une brève revue historique de l'évolution de la psychiatrie, de ses efforts de classification des troubles mentaux et discute des transformations socioculturelles et politiques ayant influencé l'évolution du concept de santé mentale et des traitements. Elle s'attarde aussi à la relation entre le diagnostic et l'exercice des soins.

3.1 Prise en charge des troubles mentaux

Que l'asile soit vu de façon positive ou négative, cette institution d'enfermement a indéniablement influencé le domaine de la psychiatrie (Quétel, 2012). Quétel (2012) mentionne dans son ouvrage que dès le début, l'image de la folie est liée à l'indigence, à la pauvreté, à la paresse, aux dérèglements charnels, à la perversion, et même à la violence. La folie est une manifestation du péché, de l'hérésie, de la possession du démon (Boudreau, 2003). Malgré tout, au 16^e siècle, les personnes atteintes de troubles de santé mentale sont gardées à domicile (Bragg & Cohen, 2007; Kosky, 1986; Quétel, 2012). Cependant, lorsque leur comportement devient réellement trop dérangeant pour la famille

ou le voisinage et qu'il n'est plus possible pour personne de montrer de la tolérance envers elles, les personnes ayant des troubles de santé mentale se retrouvent alors en prison ou hospitalisées à l'Hôpital général (Boudreau, 2003; Quétel, 2012). Tout comme le criminel, le fou doit être isolé, enfermé et même puni, ce qui implique toutefois qu'il doit également être logé et nourri (Boudreau, 2003; Maeda, 2016). Indépendamment de leur état - malade, infirme, criminel, handicapé ou fou - tous se retrouvaient entre les mêmes murs sans distinction. C'est entre 1714 et 1717 que, pour la première fois, on donne aux fous leurs propres loges (Boudreau, 2003; Duprey, 2011). Le Canada a été fortement influencé par la France et l'Angleterre quant aux façons dont les fous sont traités (Boudreau, 2003). Tout comme en Europe, il règne au Canada le principe que le meilleur moyen de traiter un fou est de l'enfermer (Maeda, 2016; Quétel, 2012). L'internement a pour but de corriger et de punir la folie, mais aussi d'éviter que celle-ci ne contamine la population de gens sains (Boudreau, 2003; Duprey, 2011). Au fil du temps, ces soins ont évolué pour devenir des soins prodigués par l'Église catholique pour la population francophone et par l'Église protestante pour la population anglophone du Canada dans des institutions (Boudreau, 2003; Duprey, 2011). Ces hospices accueillent malades, infirmes, invalides, vieillards, criminels, orphelins, idiots, insensés qui dérangent un peu trop la sérénité de la population (Boudreau, 2003). Cette transition a vu le jour à l'apparition du système d'affermage faisant de la garde des fous une entreprise privée pouvant être lucrative (Boudreau, 2003; Paradis, 1997; Wallot, 1979). Malgré le fait que ces institutions asilaires étaient à vocation religieuse, les médecins ont lentement fait leur apparition jusqu'à ce qu'ils se spécialisent et deviennent des « aliénistes » (Quétel, 2012).

En France, l'entrée des médecins dans ces milieux se fait à la fin du 18^e siècle à la suite d'une nouvelle réforme portant sur la façon dont les soins doivent être prodigués aux fous, majoritairement sous forme d'enfermement (Quétel, 2012). Pinel (France) et Tuke (Angleterre) ont particulièrement influencé le monde de la psychiatrie. Selon certains auteurs comme Quétel (2012) et Boudreau (2003), la naissance de la psychiatrie « moderne » peut être en grande partie associée aux œuvres de ces deux hommes. Ils ont révolutionné ce domaine en remplaçant les loges et les prisons par des asiles. De plus, l'arrivée de la médecine apporte avec elle de nouvelles promesses de guérison dans un lieu merveilleux (Boudreau, 2003; Duprey, 2011; Quétel, 2012). Au Canada, l'arrivée des médecins dans les asiles s'est faite un peu plus tard, soit à la moitié du 19^e siècle pour des raisons différentes. Ce sont des incitatifs monétaires et dans le but d'apaiser les demandes incessantes des bourgeoisies francophone et anglophone que le gouvernement canadien signe pour la première fois une entente de trois ans avec un médecin, lui donnant donc la tâche d'administrer l'asile Saint-Michel-Archange situé à Beauport (Boudreau, 2003).

Au cours du 19^e siècle jusqu'à la moitié du 20^e siècle, les soins aux personnes atteintes de troubles mentaux sont toujours dispensés par les institutions asilaires tant en Europe qu'au Canada (Maeda, 2016; Quétel, 2012). Les admissions se font sur une base de certification pouvant être donnée par plusieurs membres de la communauté tels qu'un curé ou un juge, et non seulement par un aliéniste (Quétel, 2012; Turner, 2004). Les approches sont alors basées sur des thérapies occupationnelles, soit un modèle de traitement (Quétel, 2012; Turner, 2004).

Malheureusement, les conditions dans les asiles se détériorent rapidement au cours des 19^e et 20^e siècles, et ce, dans la majorité des pays d'Europe et de l'Amérique du Nord (Lurie & Goldbloom, 2016; Pereira, 2018; Quéstel, 2012). Le manque de personnel qualifié et de médecins (Lurie & Goldbloom, 2016) en plus de la surpopulation (Pereira, 2018; Quéstel, 2012; Turner, 2004) ne sont que quelques facteurs ayant entraîné la fermeture de ces institutions et la naissance du mouvement de désinstitutionnalisation (Duprey, 2011).

À partir de la deuxième moitié du 20^e siècle, la naissance de la psychopharmacologie révolutionne plusieurs aspects de la psychiatrie (Paris, 2010; Quéstel, 2012). Elle permet à ce domaine de devenir une branche scientifique de la médecine (Paris, 2010; Quéstel, 2012) et donne l'opportunité à celle-ci de se défaire de l'emprise de la psychiatrie sociale et de la psychanalyse (Moncrieff, 2008). En effet, l'approche pharmacologique oblige désormais le psychiatre à penser de façon physiologique (Quéstel, 2012). De plus, elle modifie la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux en permettant le traitement ambulatoire de celles-ci. L'hospitalisation n'est plus l'unique solution puisqu'il est désormais possible de traiter ces personnes à l'aide d'un suivi externe et de visites au centre de jour (Doré, 1987; Kelly & McKenna, 2004; Mayes & Horwitz, 2005; Paris, 2010; Quéstel, 2012). Ceci freinera donc la progression des internements dans les asiles psychiatriques (Paris, 2010; Quéstel, 2012). L'approche pharmacologique redonne aussi bonne réputation aux psychiatres qui deviennent des prescripteurs convoités par les entreprises pharmaceutiques (Mayes & Horwitz, 2005; Paris, 2010; Quéstel, 2012). Cependant, certains auteurs critiquent le domaine de la psychiatrie d'avoir accepté le fait que certains agents pharmacologiques

traitent une maladie entière sans réellement connaître les effets précis de ces derniers comme ce fût le cas avec l'imipramine, une molécule ayant été auparavant utilisée dans le traitement de la tuberculose qui, par la suite, a été utilisée dans le traitement de la dépression (Moncrieff, 2008). En effet, l'adoption d'un modèle centré sur le principe qu'un composé pharmacologique traite une maladie en entier et non ses signes cliniques objectifs, s'est faite à une vitesse fulgurante malgré le manque de données quantitatives disponibles permettant d'appuyer ces croyances (Moncrieff, 2008; Moncrieff & Cohen, 2005; Rasmussen, 2006). À l'époque où les recherches ne pouvaient pas comparer l'efficacité de ces molécules à des placebos, l'utilisation d'un traitement pharmacologique est devenue monnaie courante (Moncrieff, 2008; Moncrieff & Cohen, 2005; Rasmussen, 2006; Shepherd, 1994). En effet, au cours des années 1970, la grande majorité des psychiatres s'entendent pour dire que les traitements pharmacologiques sont non seulement les plus efficaces sur le marché pour le traitement des troubles mentaux, mais aussi que la plupart des patients souffrant de ces troubles nécessitent un traitement pharmacologique (Paris, 2010).

Au Canada, le mouvement de désinstitutionnalisation psychiatrique s'est effectué de façon plus ou moins uniforme entre les années 1960 et 1980 (Sealy & Whitehead, 2004; Tyhurst & Canadian Mental Health Association, 1963). Au cours de cette période, le nombre de lits dans les hôpitaux psychiatriques a diminué de façon drastique (Doré, 1987; Sealy & Whitehead, 2004) pendant que les lits sur les départements de soins psychiatriques des hôpitaux généraux ont augmenté de façon significative (Doré, 1987). Cette réforme majeure dans la façon de dispenser les soins psychiatriques (Lurie &

Goldbloom, 2015) a eu des impacts importants sur la définition des rôles pour plusieurs professionnels de la santé (Doré, 1987), sur le système de la santé (Lurie & Goldbloom, 2015), sur les personnes atteintes de troubles mentaux et leur famille (Kelly & McKenna, 2004; Rose, Mallinson, & Walton-Moss, 2004), mais aussi sur la façon dont les troubles mentaux sont perçus puisqu'ils sont désormais considérés au même titre que les troubles de santé physique (Thifault & Harrisson, 2014).

De nos jours, malgré tous les efforts mis en place, l'hôpital reste le point focal des services en santé mentale dans la majorité des provinces canadiennes et le financement manque toujours aux services communautaires en santé mentale (Lurie & Goldbloom, 2015). En conséquence, ces services ne sont pas facilement accessibles aux personnes les nécessitant (Lurie & Goldbloom, 2015). En effet, au Canada, l'obtention d'un diagnostic médical dont les critères sont gérés par le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) (American Psychiatric Association, 1952, 1968, 1980, 1994, 2013; Mallett, 2006) est souvent nécessaire pour avoir accès à des services de santé spécialisés (Dobransky, 2009; Hansen *et al.*, 2008).

3.2 La classification des troubles mentaux

En Amérique, le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux ou DSM est l'ouvrage de référence utilisé par la majorité des psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux et autres professionnels de la santé œuvrant dans le domaine de la santé mentale (American Psychiatric Association, 1952, 1968, 1980, 1994, 2013; Sanders, 2011). Ce manuel a subi de nombreuses rééditions ayant modifié sa forme physique et son

contenu autant que les idéologies qu'il véhicule (Blashfield, Keeley, Flanagan, & Miles, 2014). Dès sa première publication en 1952, à sa plus récente version parue en 2013, le manuel s'est vu ponctué d'éloges et de critiques (Blashfield *et al.*, 2014) qui lui ont tout de même permis de gagner en popularité (Sanders, 2011). Le Tableau 3, présent à l'appendice A, montre l'évolution du DSM et les changements majeurs ayant pris place.

Au début du 19^e siècle, la théorie dominante tentant d'expliquer les causes de la folie est celle d'un débalancement des passions dans le corps entraînant des lésions cérébrales incurables (Quétel, 2012). Pinel secoue le domaine naissant de la psychiatrie en apportant une nouvelle conception de la folie qui donne une cause comportementale à ces dérangements de la raison (Quétel, 2012). Ces nouvelles théories provenant de Pinel resteront dominantes pour la majeure partie du 19^e siècle (Grob, 1991). Au cours de cette période, les aliénistes affirment de nouvelles certitudes en multipliant les classifications (Quétel, 2012) tout en démontrant peu d'intérêt pour l'élaboration d'un système de classification universel (Grob, 1991).

Au cours des années précédant la publication du DSM I, plusieurs autres systèmes de classification ont vu le jour. Le premier d'entre eux est le *Statistical Manual for the Use of Institutions for the Insane* ou le SMUII (American Medico-Psychological Association, 1918). Ce manuel, émergeant de la demande du *Bureau of Census* d'avoir un système de classification universelle des troubles mentaux leur permettant d'effectuer des recensements exacts de la population, est publié en collaboration avec l'*American Medico-Psychological Association* (aujourd'hui l'Association Américaine des Psychologues ou

l'APA) en 1918 (Clegg, 2012; Grob, 1991; Horwitz & Grob, 2016). Malgré le fait que certains auteurs ne s'entendent pas sur le nombre exact de catégories présentes dans cet ouvrage, selon Suris, Holliday et North (2016), le manuel compte 21 catégories et 22 catégories selon d'autres (Grob, 1991; Clegg, 2012; Cotten & Ridings, 2011; Horwitz & Grob, 2016; Sanders, 2011). Ils s'entendent tous pour dire que la majorité de ces catégories, c'est-à-dire 19 d'entre elles, sont décrites comme ayant des causes biologiques (Clegg, 2012; Cotten & Ridings, 2011; Grob, 1991; Horwitz & Grob, 2016; Sanders, 2011; Suris *et al.*, 2016). Ce manuel est dépeint par plusieurs comme ayant eu peu de succès chez les psychiatres puisqu'il répondait aux besoins épidémiologiques du *Bureau of Census* et non aux besoins des cliniciens (Cotten & Ridings, 2011; Grob, 1991; Horwitz & Grob, 2016). À la suite de la Deuxième Guerre mondiale, il devient évident que le *Statistical Manuel* n'ayant jamais réellement répondu aux besoins des psychiatres (Cotten & Ridings, 2011; Grob, 1991; Horwitz & Grob, 2016), est en inadéquation avec la théorie de la psychanalyse, le courant de pensée populaire du moment en Europe et en Amérique du Nord (Sanders, 2011). Selon plusieurs auteurs, la combinaison du désir d'unification des systèmes de classification existants et le désaveu du *Statistical Manuel* de la part des psychiatres ont mené à la publication du DSM I en 1952 (Blashfield *et al.*, 2014; Clegg, 2012; Grob, 1991; Horwitz & Grob, 2016; Sanders, 2011; Suris *et al.*, 2016; American Psychiatric Association, 1952).

Plusieurs auteurs décrivent cette première version du DSM comme étant fortement influencée par la théorie de la psychanalyse (Clegg, 2012; Sanders, 2011; Suris *et al.*, 2016). Horwitz et Grob (2016), quant à eux, la décrivent comme étant le reflet des

changements prenant place, à cette époque, au sein du domaine de la psychiatrie. En effet, les bases théoriques de la psychiatrie évoluent de façon exponentielle et se divisent éventuellement en deux grandes théories bien distinctes (Grob, 1991). La théorie kraepelinienne, prônant une explication biologique et une vision catégorielle des troubles mentaux (Grob, 1991), se confronte à la théorie psychanalytique prônant une vision fluide des troubles mentaux de Freud (Quétel, 2012). Cette dernière gagnera en popularité à la suite des guerres mondiales (Horwitz & Grob, 2016; Quétel, 2012), dominance qui se reflète dans la construction de la première version du DSM (Clegg, 2012).

En effet, les termes utilisés pour décrire les troubles de santé mentale sont tirés du jargon de la psychanalyse (Clegg, 2012). Des termes comme « désordre » ou « réaction » sont utilisés pour définir les troubles présentés dans le manuel (Clegg, 2012). Les différentes pathologies sont divisées en deux grandes catégories (Sanders, 2011). La première regroupe les pathologies ayant des causes organiques affectant le fonctionnement normal du cerveau (Sanders, 2011). La deuxième catégorie regroupe les troubles n'ayant pas d'origine organique, ils sont donc considérés comme des troubles fonctionnels ayant une origine psychogénique (Sanders, 2011). Cette catégorie se divise en deux sous-sections, soit la section psychotique et la section psychonévrotique (Horwitz & Grob, 2016). Contrairement au SMUII, qui ne répondait qu'aux besoins épidémiologiques du *Bureau of Census* (Cotten & Ridings, 2011; Grob, 1991; Horwitz & Grob, 2016), le DSM présente une nomenclature construite pour la pratique clinique (Sanders, 2011). Les catégories et les troubles sont présentés selon un modèle hiérarchique ressemblant au processus diagnostique utilisé par les psychiatres (Blashfield *et al.*, 2014).

Le désir d'abolir les différences importantes entre le DSM et l'*International Classification of Diseases* ou l'ICD, produit par l'Organisation mondiale de la Santé (Organisation mondiale de la santé, 2018), est la principale raison ayant mené à la publication du DSM II en 1968 (American Psychiatric Association, 1968; Clegg, 2012; Sanders, 2011; Surís *et al.*, 2016). Plusieurs changements furent apportés, comme l'ajout de huit catégories, dont une section portant sur les enfants et les adolescents et la possibilité de diagnostiquer des comorbidités (Surís *et al.*, 2016). Bien que ce soit un désir d'unification qui ait motivé la révision du DSM, plusieurs auteurs s'entendent pour dire que ces efforts n'ont pas réellement porté fruit (Blashfield *et al.*, 2014; Clegg, 2012; Sanders, 2011). Pour Surís *et al.* (2016) et Sanders (2011), le retrait du terme « réaction » de cette version peut être considéré comme un pas vers la neutralité théorique. Malgré le retrait de cette terminologie, le DSM II continue tout de même de véhiculer les principes de la psychanalyse comme la fluidité des catégories diagnostiques et le fait que les troubles mentaux sont des réponses dynamiques à des stressors et des conflits internes entre les trois instances de la personnalité (Clegg, 2012; Horwitz & Grob, 2016; Sanders, 2011; Surís *et al.*, 2016). Cependant, cette popularité ne durera guère longtemps puisqu'elle succombera vers le milieu du 20^e siècle sous le poids du mouvement antipsychiatrique et la naissance de la psychopharmacologie (Mayes & Horwitz, 2005; Rogler, 1997; Strand, 2011).

Contrairement à ses prédécesseurs, la publication de la troisième version du DSM a été fortement influencée par des facteurs socioculturels et politiques ayant eu de profonds impacts sur la discipline et sur les cliniciens (American Psychiatric Association,

1980; Strand, 2011). Tout d'abord, le mouvement antipsychiatrique, n'ayant rien de nouveau selon Quérel (2012), a eu un impact significatif sur la dégradation de la réputation et de la crédibilité des psychiatres et de la psychiatrie (Mayes & Horwitz, 2005; Sanders, 2011; Strand, 2011) puisque contrairement aux autres époques, celui des années 1960 ne s'oppose pas seulement aux défauts de la psychiatrie, mais remet également en question la relativité de la normalité et de la pathologie (Mayes & Horwitz, 2005; Quérel, 2012). Les acteurs du mouvement antipsychiatrique dénoncent les pratiques thérapeutiques qu'ils qualifient de barbares (Mayes & Horwitz, 2005; Murray, 2014). Selon Murray (2014), certains acteurs impliqués dans le mouvement vont jusqu'à comparer les médecins à des nazis, les traitements psychiatriques à des camps de concentration et la psychiatrie à du fascisme. D'autres acteurs de ce mouvement comparent même les asiles à des prisons et les intervenants travaillant dans ces milieux à des gardiens (Mayes & Horwitz, 2005). La discipline acquiert une mauvaise réputation non seulement parce qu'elle est associée à des concepts comme le contrôle de la pensée, le totalitarisme et le lavage de cerveau (Mayes & Horwitz, 2005; Murray, 2014), mais aussi puisque la population garde une peur profonde des capacités destructives des avancements scientifiques (Murray, 2014).

De son côté, Strand (2011), nomme aussi le manque de fiabilité des diagnostics émis lorsque les psychiatres se basent sur les critères du DSM II comme facteur ayant influencé ce mouvement de changement. En effet, ces critiques, émises par d'autres professionnels de la santé sont appuyées par la population et publicisées par les médias. Elles ont pris racine suite à plusieurs controverses comme celle générée par la publication, en 1973, des résultats de recherche de David Rosenhan intitulés « *On Being Sane in Insane*

Places » (Strand, 2011). Selon Rosenhan (1973), les milieux de soins du temps étaient incapables de distinguer la folie de la normalité. Dans le cadre de son projet, des huit personnes s'étant présentées à huit hôpitaux différents en affirmant entendre des voix, toutes ont été hospitalisées et diagnostiquées comme souffrant de schizophrénie. Après un séjour variant de 7 à 52 jours, elles ont toutes reçu un diagnostic de schizophrénie en rémission. Pendant cette période, alors que plusieurs patients ont réalisé que ces personnes n'avaient pas réellement d'hallucinations auditives, aucun professionnel de la santé n'en est venu à la même conclusion (Blashfield *et al.*, 2014; Rosenhan, 1973). Ce manque de fiabilité crée même des doutes chez les psychiatres sur l'efficacité du DSM II à répondre à leurs besoins cliniques (Blashfield *et al.*, 2014).

Enfin, lorsque les frais médicaux commencent à être pris en charge par des compagnies publiques et privées d'assurance, ces compagnies commencent à exiger aux psychiatres des données pouvant quantifier les traitements subis par les patients et les résultats de ceux-ci (Mayes & Horwitz, 2005; Strand, 2011). Comme le mentionnent Mayes et Horwitz (2005), le manque de fiabilité et la nature floue des diagnostics psychiatriques du moment ne répondent pas aux critères des grandes compagnies d'assurances. La survie économique des psychiatres devient donc intimement dépendante de leur capacité à illustrer de façon tangible les raisons de leurs traitements et les résultats de ceux-ci (Horwitz & Grob, 2016; Pilecki, Clegg, & McKay, 2011). Ces facteurs sont donc à l'origine du changement radical de paradigme ayant pris place au cœur du domaine de la psychiatrie qui a culminé avec la publication du DSM III en 1980 (American Psychiatric Association, 1980; Strand, 2011).

Cette troisième édition, certes révolutionnaire, n'était pas sans faille (Horwitz & Grob, 2016). En effet, certains auteurs comme Pilecki *et al.* (2011) et Mayes et Horwitz (2005) critiquent la classification du DSM-III puisqu'elle répond fortement aux besoins de classification des compagnies pharmaceutiques et d'assurances malgré le fait que les auteurs affirment qu'aucune décision ne fût prise à la suite des demandes externes de compagnies (Pilecki *et al.*, 2011). Effectivement, dans cette version, la différenciation des troubles se fait en se basant sur les symptômes et non sur l'étiologie des troubles mentaux (Sanders, 2011). En repoussant l'idéologie plus fluide de la psychodynamie, cette troisième parution du DSM endosse une vision stricte de catégories fixes (Clegg, 2012) et un modèle médical de la psychiatrie (Sanders, 2011; Surís *et al.*, 2016). Plusieurs autres aspects ont aussi été critiqués, principalement le fait que la réputation du DSM III ait été construite sur l'affirmation que celui-ci était basé sur des données empiriques contrairement à ses prédécesseurs, ce qui, selon Horwitz et Grob (2016), n'est pas complètement vrai. Pilecki *et al.* (2011) confirment l'affirmation de Horwitz et Grob (2016) en argumentant que les catégories diagnostiques ont été créées, puis testées, ce qui va à l'encontre des principes de recherches scientifiques. Ils critiquent aussi le fait que le principe de validité ait été sacrifié au profit de la fiabilité, autrement dit, qu'il était plus important que les catégories désignent des signes et des symptômes que n'importe quel clinicien pourrait identifier sans s'assurer que celles-ci représentent de vraies entités ontologiques (Pilecki *et al.*, 2011). Par ailleurs, les principes de sensibilité et de spécificité sont aussi absents, deux critères nécessaires à l'établissement de la validité d'un diagnostic (Pilecki *et al.*, 2011).

Comme plusieurs autres versions du DSM, le quatrième volume a été publié en 1994 (American Psychiatric Association, 1994) en raison de la publication imminente d'une nouvelle version de l'ICD (Clegg, 2012; Surís *et al.*, 2016). La majorité des auteurs s'entendent pour dire que le DSM IV présente peu de changements significatifs quant au contenu des catégories diagnostiques (Blashfield *et al.*, 2014; Clegg, 2012; Sanders, 2011; Surís *et al.*, 2016). Clegg (2012) mentionne néanmoins que cette version se démarque de la troisième par son processus de révision qui fut effectué de façon systématique en se basant sur l'obtention de données probantes venant d'études de terrain, de revues de littérature et d'une méta-analyse. Ce remaniement a été effectué dans le but d'assurer des bases scientifiques et empiriques à cette version contrairement aux précédentes qui furent critiquées pour leur manque de rigueur scientifique (Clegg, 2012). Sanders (2011) identifie également ces efforts mis dans le but d'accroître le degré de scientificité et mentionne que le seuil à atteindre pour qu'une catégorie diagnostique soit acceptée et ajoutée au DSM requiert maintenant plus de données scientifiques qu'auparavant.

Les auteurs responsables de la publication du DSM-5, parue en 2013 (American Psychiatric Association, 2013), ont vu en cette nouvelle version la possibilité d'amorcer un nouveau changement de paradigme, c'est-à-dire d'utiliser une approche par dimensions et non par catégories, n'ayant finalement pas été adopté (Horwitz & Grob, 2016; Surís *et al.*, 2016). De plus, une restructuration des troubles et le retrait du système multiaxial ont aussi été effectués (Blashfield *et al.*, 2014; Cooper, 2018). La transition entre ces deux approches fut alimentée par la croyance que la rigidité des catégories diagnostiques est la raison pour laquelle les causes et les traitements des troubles mentaux sont encore

aujourd'hui peu connus des scientifiques de ce domaine (Horwitz & Grob, 2016). Plusieurs critiques ont été formulées sur cette version, Cooper (2018) explique que malgré le fait que les bases théoriques de cette dernière sont particulièrement différentes de celles présentes dans la quatrième version, le contenu reste le même dans les deux versions. De plus, Horwitz et Grob (2016) relatent le fait que chaque groupe ayant reçu la responsabilité d'une section du manuel a bénéficié de beaucoup de flexibilité dans le cadre de leur travail. Cette décision fut critiquée par plusieurs qui croyaient que cela allait compromettre les standards de qualité ayant été établis avec la publication du DSM III (Horwitz & Grob, 2016). Malgré tous les efforts mis en place par les responsables de cette version pour entraîner un changement de paradigme, l'approche par catégorie est restée en place (Horwitz & Grob, 2016).

Derrière ces multiples rééditions, la raison d'être de ce manuel a aussi évolué. Les deux premières versions avaient comme but d'accumuler des données statistiques sur la prévalence des troubles de santé mentale (Surís *et al.*, 2016). Le DSM-III quant à lui avait pour but d'offrir un outil permettant aux professionnels de la santé de poser des diagnostics valides et fiables, permettant ainsi l'avancement de la recherche (Surís *et al.*, 2016). Cependant, plusieurs critiquent cette version et les suivantes (Blashfield *et al.*, 2014; Surís *et al.*, 2016). On remet notamment en question la médicalisation de la normalité qui favoriserait la prescription médicale à d'autres types d'interventions thérapeutiques (Surís *et al.*, 2016). L'exploration de l'histoire du DSM et des facteurs ayant influencé sa naissance et son développement permettent une meilleure compréhension de cet ouvrage. Dans le but de mieux comprendre l'évolution des

diagnostics psychiatriques, il n'est pas suffisant de s'attarder au manuel ayant comme rôle de les définir et de les catégoriser, il est aussi nécessaire d'explorer la façon dont un diagnostic naît ou est construit.

3.3 Le diagnostic et l'exercice des soins

De par sa capacité à nommer un ensemble de signes et de symptômes qui définit une maladie ou une affection, de par son rôle de guide vers un traitement approprié ou de par sa capacité à identifier un pronostic, le diagnostic est normalement au centre des soins (Conrad & Barker, 2010; Horwitz & Grob, 2016; Larousse, 2018; Porter, 1997; Rosenberg, 2007). Autrefois, la médecine percevait la maladie comme un débalancement des quatre humeurs du corps (Porter, 1997; Quénel, 2012). Le rôle du médecin était donc d'identifier la source de ce débalancement et de le traiter par des techniques comme les saignées (Quénel, 2012). L'absence de tests et d'outils a donc placé sur un piédestal la capacité des médecins à diagnostiquer une maladie à l'aide de l'énumération et de l'observation des signes et des symptômes de leurs patients (Horwitz & Grob, 2016; Porter, 1997). C'est autour de cette action que la profession médicale occidentale moderne s'est développée (Porter, 1997; Rosenberg, 2007). En effet, la naissance de la médecine moderne est intimement liée aux percées scientifiques en matière de biologie, de biochimie, de microbiologie et même de physique (Porter, 1997). Ces dernières ont permis à la médecine de gagner en spécificité, en justesse et en efficacité (Horwitz & Grob, 2016; Rosenberg, 2007). Par exemple, l'identification des premiers antibiotiques a permis à la chirurgie de faire des bonds spectaculaires en matière de sécurité et d'efficacité grâce à la

diminution drastique des complications dûes aux infections et la découverte des propriétés radioactives de certains éléments a mené l'invention des radiographies (Porter, 1997). Malgré cet essor fulgurant des connaissances médicales, la spécialité de cette profession s'est tout de même développée autour du concept de diagnostic (Collège des Médecins du Québec, 2020; Rosenberg, 2007). L'appropriation du diagnostic par les médecins a légitimé l'ajout à leurs champs de pratique tout ce qui en découlait, comme le choix des traitements et l'établissement du pronostic (Rosenberg, 2007). Aujourd'hui encore au Québec, malgré les pressions politiques d'autres professions, la médecine détient toujours le contrôle exclusif du diagnostic médical c'est-à-dire le diagnostic lié à l'identification d'une pathologie (Collège des Médecins du Québec, 2020).

La relation entre le diagnostic et les sciences infirmières s'est développée différemment dû au monopole sur celui-ci entretenu par le domaine de la médecine (Romeder, 2009; Rosenberg, 2007). Lorsqu'il ne désigne pas l'appellation de la pathologie qui affecte le patient, le terme *diagnostic infirmier* est utilisé (Potter, Perry, & Dallaire, 2010). Le diagnostic infirmier est né du désir de se distancer du corps médical, de prendre de l'autonomie et de légitimer la profession (Romeder, 2009). Il est défini comme étant l'énoncé d'un jugement clinique sur les réactions aux problèmes de santé présents ou potentiels d'une personne. Il est complémentaire au diagnostic médical, mais ne s'y substitue pas. De façon générale, il est centré sur les besoins de la personne (NANDA-I, 2020; Potter *et al.*, 2010). L'importance du diagnostic pour la pratique infirmière s'illustre par le fait que celui-ci est le reflet du jugement clinique et qu'il est à la source de l'établissement des interventions infirmières (Dallaire, 2008).

Avec la sophistication de l'acte diagnostic, la complexification des troubles de santé et l'apparition du code des professions et du code déontologique, une définition claire de la responsabilité médicale a été acquise et acceptée (Code des professions, 2017). Effectivement, le document, produit par le Collège des médecins du Québec (2020) portant sur les aspects légaux, déontologiques et organisationnels de l'exercice médical, stipule clairement que le médecin n'a pas d'obligation de résultat diagnostic, mais de moyen diagnostic. Il doit donc tout mettre en place pour tenter d'identifier la problématique de santé, mais n'est pas dans l'obligation légale d'identifier clairement ledit problème (Collège des Médecins du Québec, 2020). Cette spécificité est tout particulièrement problématique lorsque le domaine de la psychiatrie est abordé. Cette obligation de moyen et non de résultat est notamment hasardeuse dans un domaine qui ne dispose que de très peu de tests de laboratoire, d'examen radiologique permettant d'émettre un diagnostic exact (Horwitz & Grob, 2016).

Compte tenu du fait que le diagnostic et le choix d'intervention ou d'approche thérapeutique sont intimement liés, la justesse du diagnostic psychiatrique est primordiale (American Psychiatric Association, 1952, 1968, 1980, 1994, 2013; Fortinash, 2019). Une approche inadéquate peut avoir des impacts néfastes au point de compromettre le rétablissement et la sécurité du patient, de son entourage et même de celle du personnel soignant (Fortinash, 2016). En effet, des interventions comme la validation des hallucinations vécues par une personne souffrant de schizophrénie et l'accompagnement vers la prise de conscience et la gestion de ces hallucinations sont considérés comme indispensables au rétablissement de cette clientèle (Fortinash, 2016). L'omission de ce

type d'intervention met la personne à risque de rechute et diminue grandement son autonomie fonctionnelle (Fortinash, 2016). Cependant, ces d'interventions sont inappropriées lorsqu'une personne souffre d'hallucinations dues à des troubles neurocognitifs. Celles-ci peuvent désorganiser la personne au point de la rendre anxieuse, agitée et agressive (Arcand & Hébert, 2007; Voyer, 2006). En effet, dû au caractère dégénératif de ce type de trouble, la personne ne présente aucun potentiel d'amélioration. Il est donc inutile de mettre en place des interventions qui auront pour but de l'aider à identifier et à contrôler ses hallucinations (Arcand & Hébert, 2007; Voyer, 2006). L'identification juste du diagnostic dans ces cas est donc de la plus grande importance afin d'assurer un traitement adéquat, juste et sécuritaire pour tous.

3.4 Le diagnostic comme outil

Le diagnostic est perçu par beaucoup comme étant naturel et représentant une entité fixe et claire (Conrad & Barker, 2010). Néanmoins, le fait de ne pas prendre en considération le volet social de ce dernier impliquerait de laisser passer un aspect indéniable du rôle que celui-ci tient au sein de la société et de toutes les professions centrées sur le soin (Brown, 1995; Conrad & Barker, 2010; Rosenberg, 2007). En effet, un diagnostic psychiatrique ne se résume pas à la définition d'un groupe de signes et de symptômes représentant une maladie (Brown, 1995; Dobransky, 2009; Rosenberg, 2007). De plus, plusieurs s'entendent pour dire que le diagnostic dans son évolution n'est pas simplement devenu un outil plus précis de définition pour les pathologies, mais qu'il est une référence pour différencier ce qui est socialement considéré comme étant normal,

anormal et déviant (Cotten & Ridings, 2011; Freidson, 1970; Moncrieff, 2010; Rosenberg, 2007). Il est donc fortement influencé par le contexte socioculturel, la région ou même la discipline dans lesquels il est employé. Par conséquent, il est vu comme une étiquette puisque sa signification découle du climat social ou du contexte de pratique dans lequel il est utilisé (Conrad & Barker, 2010; Freidson, 1970; Moncrieff, 2010). Cette signification peut avoir des conséquences sociales réelles et tangibles pour la personne recevant cette classification diagnostique (Brown, 1995; Conrad & Barker, 2010; Rosenberg, 2007).

Par ailleurs, le diagnostic apporte un sentiment de contrôle sur la situation que les patients vivent en leur donnant les outils nécessaires pour nommer leur problème (Béliard & Eideliman, 2014; Dobransky, 2009). Selon Dobransky (2009), les conséquences néfastes de l'acquisition d'un diagnostic psychiatrique comme la stigmatisation ou les préjudices sont considérées comme secondaires et tolérables par plusieurs patients puisque le seul fait de pouvoir expliquer et de nommer leur état est plus important que les séquelles qui en découlent (Dobransky, 2009). Cette valeur supérieure de normalisation par rapport aux répercussions négatives des diagnostics est aussi notée par d'autres auteurs (Béliard & Eideliman, 2009; Browne, 2015; Shaikh & Kauppi, 2015).

Malgré leur origine assez différente, la médecine et les sciences infirmières partagent au sein de leur pratique l'importance du diagnostic (Beckstead & Beckstead, 2006; Collège des Médecins du Québec, 2020; Dallaire, 2008; Fawcett, 1993). Beaucoup se sont intéressés à l'importance médicale, sociale et infirmière de ce mot (Conrad & Barker, 2010; Moncrieff, 2010; Romeder, 2009). Cependant, peu d'études s'attardent aux

changements de diagnostic psychiatrique qui peuvent prendre place au cours de la vie d'un individu et des répercussions de ce phénomène sur les soins, la personne, la famille et son environnement.

Cadre de Référence

Ce chapitre porte sur la théorie de la construction sociale, qui lorsqu'elle est appliquée au domaine de la santé, prend la forme de la théorie de la construction sociale des diagnostics et des maladies. Elle est utilisée comme cadre conceptuel. Tout d'abord, les origines de cette théorie seront discutées brièvement. Par la suite, une division pratique en trois niveaux sera présentée.

4.1 Les origines de la théorie de la construction sociale

La théorie de la construction sociale est née du désir des chercheurs de se distancer du paradigme positiviste en vogue au cours des années 60-70 (Brown, 1995; Conrad & Barker, 2010). Elle a fortement été influencée par l'interactionnisme symbolique et la phénoménologie, deux courants de pensée populaires en sociologie dans cette période (Conrad & Barker, 2010). Les principes de base de ces deux courants de pensée ont inspiré l'exploration de la signification du volet social de la maladie ou « *illness* » en anglais et l'étude de la façon dont la personne malade donne du sens à son état de santé et fait face aux limitations physique et sociale qu'entraîne celui-ci (Brown, 1995; Conrad & Barker, 2010). Freidson (1970) met en place les fondements de cette approche avec son livre *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge* en abordant les impacts sociaux tangibles qu'un diagnostic peut avoir sur une personne. Il insiste aussi sur l'importance pour cette branche de la sociologie de s'interroger sur la manière dont les signes et symptômes en viennent à être considérés comme une entité ou une maladie à proprement dit (Freidson, 1970). Cet intérêt pour les aspects non biologiques des maladies

a permis à la construction sociale de développer une théorie qui met l'accent sur les aspects sociaux et historiques de phénomènes normalement considérés comme étant naturels (Brown, 1995; Conrad & Barker, 2010). Elle s'oppose au modèle médical, qui affirme que les maladies et les diagnostics sont universels et invariables, peu importe l'époque et l'endroit, en accentuant le fait que la signification et l'expérience des maladies sont influencées par la culture et la société dans laquelle elles évoluent (Conrad & Barker, 2010).

Dans une optique pédagogique, cette approche a été séparée en trois niveaux. Ces derniers sont inspirés du fait que la sociologie de la santé s'organise autour de trois échelons de grandeur distincts, c'est-à-dire macro, méso et micro (Brown, 1995; Conrad & Barker, 2010; Rosich & Hankin, 2010; Timmermans, 2013). Dans le cadre de ce projet, les politiques de santé publique représentent l'échelle macro. L'impact local de la construction sociale dans les milieux de soins spécialisés désigne le niveau méso et finalement les applications cliniques de cette théorie constituent l'échelle micro.

4.2 Niveaux de la théorie de la construction des diagnostics

Cette section porte sur l'exploration des trois niveaux d'application de la théorie de construction sociale des diagnostics. Un intérêt particulier a été donné à la littérature traitant du domaine de la santé mentale et de la psychiatrie, sujet de cette étude.

4.2.1 Premier niveau - Politiques de santé publique. Le premier niveau aborde les impacts de la construction sociale des diagnostics sur les politiques générales de santé.

Aronowitz (2008) explique que la manière dont les maladies sont définies, catégorisées, nommées et interprétées par une société influence grandement les comportements de la population et des professionnels de la santé. Conrad et Barker (2010) ajoutent que d'autres facteurs, comme l'expérience et la perception de la maladie ont aussi des répercussions directes sur les conduites en matière de santé des individus et des intervenants. Dans les faits, la perception des diagnostics par la société façonne la consommation des soins, les échanges entre les groupes professionnels et le système de la santé (Béliard & Eideliman, 2014; Conrad & Barker, 2010), ce qui a pour effet d'établir un lien entre certains diagnostics et des identités sociales qui ne relèvent pas seulement de la médecine (Aronowitz, 2008). Ce phénomène s'illustre, par exemple, avec un nombre de diagnostics d'asthme plus présent chez les personnes provenant de milieux défavorisés (Aronowitz, 2008). En effet, plusieurs stéréotypes comme la mauvaise qualité de l'air dans les quartiers démunis ou le risque que le suivi médical recommandé ne soit pas respecté favorisent le surdiagnostic d'asthme chez les enfants ne présentant qu'un seul épisode de troubles respiratoires s'ils proviennent d'un milieu plus défavorisé (Aronowitz, 2008). Par conséquent, ces conceptions auront un impact sur les statistiques et les facteurs de risque de l'asthme chez les enfants (Aronowitz, 2008; Conrad & Barker, 2010). En résumé, ce sont ces définitions des diagnostics, fortement influencées par la culture et la société, qui modèlent les pratiques cliniques et les politiques de santé publique (Aronowitz, 2008; Conrad & Barker, 2010).

4.2.2 Deuxième niveau - Impact local dans les milieux de soins spécialisés. Le second niveau porte sur l'utilisation clinique de la théorie de la construction sociale et son impact local dans les soins généraux auprès de la population. En effet, les étiquettes diagnostiques sont des outils permettant aux professionnels de communiquer avec plusieurs instances du système de la santé (Dobransky, 2009; Moncrieff, 2010; Prud'homme, 2007). Ce niveau explore plus particulièrement le lien entre la taxinomie diagnostique et l'accessibilité aux services de santé spécialisés ainsi que le rôle joué par cette catégorisation sur la communication entre les professionnels et leurs patients.

4.2.2.1 Accessibilité aux soins de santé spécialisés. Dans la plupart des systèmes de santé, y compris le système de santé canadien, un diagnostic est l'outil permettant l'accès aux soins et aux services de santé spécialisés (Dobransky, 2009; Hansen *et al.*, 2008). Plusieurs instances gouvernementales offrent du support financier seulement lorsque les fournisseurs de soins « classifient » les patients fréquentant leurs institutions (Brown, 1995; Dobransky, 2009). Les services offerts sont donc intimement liés au nombre ou aux types de diagnostics pris en charge par une organisation (Dobransky, 2009; Moncrieff, 2010). Ce phénomène peut aussi se voir au niveau individuel. Hansen et ses collègues. (2008) ont montré que certains médecins étaient plus enclins à apposer un diagnostic seulement s'ils croyaient que leurs patients nécessitaient du support particulier accessible seulement à la suite de ce type de désignation. D'un autre côté, McPherson et Armstrong (2009) affirment que lorsque certaines personnes ne répondent plus aux critères diagnostiques de la dépression selon leur médecin traitant, elles n'ont alors plus accès aux mêmes types de services qu'auparavant (McPherson & Armstrong, 2009).

Castel (2005) insiste également sur l'importance du diagnostic et l'utilisation stratégique qu'en font certains professionnels pour diriger l'accès à certains traitements au détriment de d'autres. Il explique que si deux médecins spécialistes ont une opinion divergente sur le diagnostic médical principal d'un patient, ce dernier pourrait ne pas se voir offrir certaines options de soins si elles ne sont pas en concordance avec la spécialité du médecin responsable (Castel, 2005).

Comme le diagnostic vise un but pratique, il arrive que le diagnostic officiel utilisé auprès de l'institution diffère du vocabulaire diagnostique employé plus informellement sur le terrain par les professionnels de la santé ou même par les patients. Il est possible de voir ce phénomène dans les résultats de Béliard et Eideliman (2014) qui ont effectué une analyse textuelle des réponses données dans le cadre d'une enquête nationale portant sur les handicaps, les incapacités et les dépendances réalisées en 1999 auprès de 20 000 individus vivant à domicile. Les auteurs se sont intéressés au langage et aux mots utilisés par les patients et leurs proches lorsqu'ils décrivent leur situation de santé. S'ils cherchent activement des soins ou des services, ils auront tendance à utiliser un langage plus proche de celui utilisé par les professionnels de la santé. Dans le cas contraire, le vocabulaire qu'ils emploieront s'éloignera davantage du domaine médical. Autrement dit, ils feront usage d'expressions plus informelles (Béliard & Eideliman, 2014). Ces classifications informelles peuvent être définies selon Dobransky (2009) comme étant des étiquettes apposées aux patients par les intervenants qui diffèrent de leur diagnostic médical réel. Elles sont le produit des interactions entre le jugement clinique des intervenants et leurs patients. Par conséquent, ces dénominations informelles varient de façon quotidienne

selon l'état ponctuel des patients et les relations qu'ils entretiennent avec leur environnement physique et social. Par exemple, un patient peut être identifié comme souffrant de trouble mental sévère à un moment dans la journée puisqu'il présente des comportements non adéquats. Cette étiquette informelle est ajustée lorsqu'il ne présente plus de comportements dérangeants (Dobransky, 2009). Dobransky (2009) explique aussi qu'un diagnostic informel dicte les traitements utilisés par les intervenants. En effet, ces derniers ont tendance à se tourner plus rapidement vers des solutions de traitements pharmacologiques lorsqu'ils interviennent avec une personne perçue comme souffrant de trouble mental sévère qui présente des comportements perturbateurs importants. Par contre, ils tentent plus longtemps de désamorcer une situation de crise avec des interventions non pharmacologiques lorsque la personne n'est pas vue comme souffrant de trouble mental sévère (Dobransky, 2009).

4.2.2.2 Communication entre professionnels, patients et collègues. Quel que soit leur type, formel ou informel, les diagnostics sont utilisés et influencent la communication entre les professionnels de la santé et les patients qu'ils côtoient. Castel (2005) explore, via l'analyse d'entrevues semi-dirigées de médecins spécialistes en oncologie, l'impact qu'une divergence d'opinion à propos d'un diagnostic formel peut avoir sur la qualité des soins, particulièrement quand ces discordances concernent les relations entre les médecins spécialistes. En effet, les différences d'interprétation et de vision peuvent aller jusqu'à avoir des impacts sur la collaboration entre spécialistes et agir sur la qualité des soins dispensés aux malades (Castel, 2005). Autrement dit, les diagnostics informels, particulièrement lorsqu'ils sont le résultat de l'interprétation de l'état du patient par un

professionnel de la santé, peuvent tout autant nuire à la collaboration interprofessionnelle (Annandale, 1985). Annandale (1985) mentionne qu'il est possible de voir dans les dossiers médicaux, une variation dans les étiquettes diagnostiques informelles données par les professionnels de la santé. Cette variation, influencée par le titre du professionnel en question, entraîne une différence d'interprétation qui pourrait freiner le travail d'équipe et avoir un impact majeur sur la qualité des soins (Annandale, 1985). Annandale (1985) ajoute que l'intensité thérapeutique des soins offerts et même l'interprétation des comportements des patients dépendent de l'étiquette diagnostique informelle appliquée à la personne.

Dobranksy (2009) identifie l'impact que les diagnostics informels peuvent avoir sur la relation qu'entretiennent les intervenants avec leurs patients. Elle explique qu'ils seront plus ou moins tolérants face au respect des règles ou des protocoles institutionnels selon la personne avec qui ils interagissent (Dobranksy, 2009). McPherson et Armstrong (2009) reconnaissent une relation semblable entre l'étiquette diagnostique informelle et la relation soignant-soigné. Ils expliquent que lorsqu'un médecin juge que les problèmes d'un patient ne sont plus de l'ordre d'un trouble médical comme une dépression, celui-ci avait tendance à catégoriser cet individu comme présentant des déviations sociales ou comme étant « difficile ». Certains médecins allaient jusqu'à s'impliquer dans la vie personnelle de leurs patients alors que d'autres affirmaient se sentir détachés à un point tel qu'ils n'avaient plus l'empathie nécessaire pour les traiter, ce qui menait dans certains cas à des abandons de la part des médecins (McPherson & Armstrong, 2009).

4.2.3 Troisième niveau -Application clinique. Le troisième niveau de la théorie de la construction sociale des diagnostics porte sur l'application des premières strates à un domaine particulier comme la santé mentale, la gériatrie ou même les sciences infirmières (Béliard & Eideliman, 2009; Hirshbein, 2002). Cette théorie, provenant des sciences humaines, est une approche qui s'adapte très bien au projet en cours malgré le fait que celui-ci ait pris son origine dans le domaine des sciences infirmières. Comme mentionné plus haut, l'annonce d'un diagnostic, surtout en santé mentale, est lourde de sens et peut laisser une marque indélébile sur la personne le recevant. Il ne définit pas seulement un groupe de symptômes ou un pronostic : il a aussi un impact social majeur sur l'identité d'une personne et son histoire biographique (Jutel, 2016). Cette étiquette redéfinit la façon dont la personne va interagir avec son environnement, autant que ce soit avec le corps médical ou ses relations personnelles, ce diagnostic reformule complètement sa réalité (Jutel, 2016). Les impacts et les conséquences d'un diagnostic sur la personne, sa santé, ses soins et son environnement sont donc des éléments clés de l'expérience de soins d'une personne tout en étant à la base des fondements de la discipline infirmière (Dallaire, 2008; Paquette-Desjardins & Sauvé, 2008). Dans le but d'être en mesure d'exercer pleinement son rôle d'accompagnement, comme défini par l'article 10 des 17 activités réservées à la profession infirmière (Dallaire, 2008; Ordre des infirmiers et infirmières du Québec, 2019), l'infirmière se doit de prendre ces éléments en considération.

Lorsqu'un diagnostic est perçu comme plus qu'un mot représentant une définition, son rôle et ses impacts sociaux peuvent être pris en considération. Cette complexité au niveau de rôle du diagnostic devient un sujet d'intérêt incontournable pour les sciences

infirmières afin d'explorer et d'accroître la compréhension des interactions entre la personne, son environnement, sa famille et son diagnostic.

Méthodologie

Ce chapitre présente la méthodologie utilisée dans le cadre de cette étude, soit l'analyse de concept selon la méthode proposée par Rodgers et Knaf (McEwen & Wills, 2017). Une justification du choix de la méthodologie suivie de la présentation des bases épistémologiques de cette dernière sont présentées. Les étapes de la méthodologie sont par la suite décrites. En terminant, les principes éthiques et les critères permettant d'évaluer la rigueur scientifique ayant été pris en compte lors de l'élaboration et l'exécution de ce projet sont présentés.

L'approche évolutionniste de Rodgers et Knalf (2000) a été choisie parmi plusieurs autres approches d'analyse de concept existant en sciences infirmières parce qu'elle est particulièrement adaptée à la clarification de concept n'ayant pas de définition claire (Hupcey & Penrod, 2005; McEwen & Wills, 2014; Rodgers & Knaf, 2000; Weaver & Mitcham, 2008). Elle soutient une approche structurée, basée sur des principes similaires à ceux qu'on retrouve en recherche qualitative. Contrairement à d'autres approches, Rodgers et Knalf (2000) prônent une approche rigoureuse permettant de justifier les décisions prises (McEwen & Wills, 2014; Weaver & Mitcham, 2008). Par exemple, Schwartz-Barcott et Kim (2000) adhèrent à un modèle plus près de l'activité pédagogique et non de la recherche (Hupcey & Penrod, 2005; Hupcey, Morse, Lenz, & Tason, 1996; McEwen & Wills, 2014; Weaver & Mitcham, 2008). Alors que la méthode de Chinn et Kramer (1999) débutent par la construction de cas et poursuivent ensuite avec l'analyse de la littérature scientifique dans le but d'identifier les attributs du concept à l'étude, ce qui selon certains auteurs, augmente le risque d'introduire des biais dès le début

du processus d'analyse (McEwen & Wills, 2014; Michaud, 2017; Rodgers & Knafl, 2000; Weaver & Mitcham, 2008). De plus, Rodgers et Knalf (2000) introduisent des fondements philosophiques bien étoffés ce qui est présent dans peu de méthodes d'analyse de concept (Hupcey & Penrod, 2005; Michaud, 2017; Rodgers & Knafl, 2000; Weaver & Mitcham, 2008). Le Tableau 1 présente les similitudes entre les étapes du processus d'analyse de la méthode évolutionniste de Rodgers et Knalf (2000) et les étapes qui constituent une recherche de type qualitative (Baldwin & Rose, 2009).

Tableau 1

Comparaison entre l'analyse de concept et la recherche qualitative

	Analyse de concept selon Rogers (Rodgers & Knafl, 2000)	Recherche qualitative (Baldwin & Rose, 2009)
Étapes du processus de recherche	Choisir le concept d'intérêt et l'expression appropriée	Identifier une problématique de recherche
	Établir les objectifs	Établir les objectifs
	Choisir l'école de pensée et la méthode d'analyse de concept	Choisir un paradigme et une méthode de recherche
	Obtenir l'approbation de l'éthique si les sources utilisées le nécessitent	Obtenir l'approbation de l'éthique
	Définir l'échantillon et le contexte	Définir l'échantillon
	Collecter les données	Collecter les données
	Analyser les données	Analyser les données
	Présenter les résultats	Présenter les résultats
	Identifier les implications	Identifier les implications
	Discuter des limites de l'analyse	Discuter des limites de l'étude

5.1 Utilité d'un concept

Les concepts sont vus par plusieurs comme étant l'unité de base permettant de construire les théories et les modèles conceptuels en sciences infirmières (Dallaire, 2008; McEwen & Wills, 2017). Lorsqu'ils sont définis clairement, ils permettent une communication cohérente et efficace entre chercheurs, mais aussi d'établir un lien entre la recherche, la pratique et la théorie (Dallaire, 2008; McEwen & Wills, 2017; Rodgers & Knafl, 2000). Il est toutefois possible que certains concepts aient une définition ambiguë ou inexistante. Dans ces moments, l'analyse de concept peut être utilisée pour identifier les lacunes théoriques afin d'y remédier (Dallaire, 2008; McEwen & Wills, 2017). L'analyse de concept a pour but premier de clarifier un concept n'ayant pas de définition claire (Rodgers & Knafl, 2000). Cet exercice d'exploration et de clarification permet également d'augmenter les connaissances théoriques et scientifiques de la discipline concernée (Dallaire, 2008; Parse, 2006). L'utilisation de concepts empruntés ou provenant d'autres disciplines est pratique courante dans la discipline infirmière, considérant son jeune âge. Cependant, cette pratique doit être faite avec prudence dans le but de s'assurer que le concept répond réellement aux besoins du domaine et ne nuit pas au développement et à l'évolution de la discipline concernée (McEwen & Wills, 2017).

Malgré le fait que le concept à l'étude soit présent, sous diverses formes dans d'autres disciplines, particulièrement en sociologie de la santé, la *modulation des diagnostics psychiatriques* n'a pas de définition applicable au domaine des sciences infirmières. L'absence de vocabulaire scientifique infirmier permettant de décrire ce

concept adéquatement est un des avantages qui a motivé le choix de l'étudiante-chercheuse d'effectuer une analyse de concept puisque ce projet permettra aussi aux infirmières de prendre conscience des impacts qu'un changement de diagnostic peut avoir sur la vie de leurs patients.

5.2 Les bases philosophiques

McEwen et Wills (2017) qualifient le domaine des sciences infirmières comme adhérant à une philosophie de multiparadigme. Selon ces auteurs, cette vision considère l'utilisation de plusieurs paradigmes unifiés en un seul ensemble comme étant précieux et nécessaires à l'évolution et au développement de connaissances scientifiques (McEwen & Wills, 2017). Cette prise de position de la discipline infirmière permet l'utilisation, entre autres, de cadres de référence provenant d'autres disciplines, c'est donc pour cette raison que la théorie de la construction sociale des diagnostics a été utilisée comme cadre de référence dans ce projet de maîtrise. McEwan et Willis (2017) se joignent à la pensée mise de l'avant par certaines théoriciennes en sciences infirmières qui rejettent le concept de réalité absolue (Dallaire, 2008; McEwen & Wills, 2017; Rodgers & Knafl, 2000). Ils portent un intérêt particulier au fait que la réalité, les phénomènes et les individus sont constamment en changement, qu'ils sont interreliés et interdépendants les uns des autres et qu'ils doivent absolument être considérés dans leur contexte au risque de perdre tout leur sens (Dallaire, 2008; McEwen & Wills, 2017; Rodgers & Knafl, 2000).

Rodgers et Knafl (2000) qualifient les concepts de dynamiques, flous, contextuels, et fortement influencés par la société. Elles insistent aussi sur le fait qu'ils sont d'abord et

avant tout utiles et qu'ils doivent avoir un objectif pragmatique. Cette façon de représenter les concepts est en harmonie avec la philosophie postmoderniste de la discipline infirmière qui encourage une approche de recherche holistique et dynamique ayant pour but d'améliorer la pratique clinique (McEwen & Wills, 2017). Puisque l'orientation philosophique a un impact profond sur l'accent de la recherche, sur l'interprétation et l'utilisation des résultats (Rodgers & Knafl, 2000), la méthode évolutionniste d'analyse de concept selon Rodgers et Knafl (2000) est tout indiquée pour répondre aux besoins de ce projet d'étude en sciences infirmières.

5.3 Les étapes de l'analyse de concept selon Rodgers

Selon la méthode évolutionniste de Rodgers et Knafl (2000), un concept est considéré comme étant une abstraction formée par l'identification et le regroupement des caractéristiques communes à une classe d'objets, le tout identifié le plus souvent, par un mot. Cependant, il est important de noter qu'un concept n'est pas seulement le mot ou l'expression utilisée pour le définir, mais bien l'idée derrière ce mot. Les mots sont des manifestations d'un concept et non le concept en soi (Rodgers & Knafl, 2000).

La méthode d'analyse évolutionniste insiste sur une approche inductive, c'est-à-dire un type de raisonnement au cours duquel des généralisations sont tirées à partir de faits singuliers et une analyse rigoureuse des données. De plus, une attention particulière est portée à la nature du concept soit au fait qu'il est dynamique, flou, contextuel, et fortement influencé par la société. De ce fait, un intérêt important est aussi accordé au contexte, ce qui représente une différence importante avec les autres types d'approches

(Rodgers & Knafl, 2000). Par ailleurs, ce processus d'analyse de concept peut être effectué avec plusieurs formes de corpus de données, tels des supports imprimés comme des journaux ou de la littérature scientifique, des entrevues vidéo ou toute autre forme de communication verbale, manuscrite ou artistique (Rodgers & Knafl, 2000).

D'autre part, les résultats n'indiquent pas précisément la vérité absolue à propos du concept. Au contraire, en restant conformes avec les bases philosophiques de cette méthodologie et de la discipline infirmière (Dallaire, 2008; McEwen & Wills, 2017; Rodgers & Knafl, 2000), les résultats servent de fondations pour les recherches futures. L'intention première du chercheur est avant tout de produire des résultats pouvant être appliqués à la pratique et au domaine de la recherche (Rodgers & Knafl, 2000).

5.3.1 Identifier le concept d'intérêt et les termes associées. Cette méthode d'analyse de concept suit un principe d'action itératif et dynamique entre les étapes du processus de recherche. Toutefois, il est impératif que le concept d'intérêt et les termes associées et substituts soient identifiés avant que les autres étapes du processus soient entreprises. Cette étape est cruciale et rarement aussi simple qu'elle le semble puisqu'elle est souvent compliquée par le fait que plusieurs terminologies peuvent être utilisées pour exprimer le concept à l'étude (Rodgers & Knafl, 2000). Le fait d'être familier avec la littérature permet au chercheur d'identifier plus facilement le concept et la terminologie adéquate permettant de diriger convenablement le projet d'analyse. À cette étape du processus, le chercheur doit aussi connaître clairement la direction qu'il désire prendre avec l'analyse. Une analyse de concept a toujours comme but premier de définir ou de

clarifier une définition d'un concept. Cependant, il est possible que plusieurs autres buts sous-jacents, tels que l'étude de l'évolution du concept ou l'identification des similitudes et des différences dans la définition d'un concept présent dans différentes disciplines, puissent faire partie du processus de recherche et intéresser le chercheur (Rodgers & Knafl, 2000).

Dans le cadre de ce projet de recherche, la *modulation des diagnostics psychiatriques* a été choisie comme concept d'intérêt et le but premier est de le définir. Ce concept n'étant pas réellement présent dans la littérature scientifique infirmière, l'identification de termes associés ou substituts a été impossible. Il est régulièrement défini ou décrit sans toutefois être clairement nommé dans la littérature scientifique provenant du domaine des sciences sociales (Béliard & Eideliman, 2009; Dobransky, 2009; Hansen *et al.*, 2008; McPherson & Armstrong, 2009).

5.3.2 Identifier le contexte. Dans le cadre d'une analyse de concept utilisant la méthode évolutionniste basée sur la littérature, le contexte se réfère à la période et aux disciplines qui permettront l'identification de la population à l'étude et l'élaboration de l'échantillon. Comme dans plusieurs types de recherches, les choix qui seront faits en lien avec ces deux aspects dépendent de la question et des buts de la recherche.

En ce qui concerne ce projet, le domaine des sciences humaines et sociales et celui des sciences infirmières ont été choisis comme contexte. Ce choix d'utiliser deux contextes distincts a été motivé par le fait que l'objectif de ce projet est de clarifier la définition du concept de *modulation des diagnostics psychiatriques* dans le but de faciliter

son application clinique dans une discipline professionnelle (Dallaire, 2008). De surcroît, ceci permet d'augmenter les connaissances théoriques du domaine des sciences infirmières tout en limitant l'utilisation de concepts empruntés pouvant être moins adaptés aux besoins du domaine (McEwen & Wills, 2017). C'est donc pourquoi il a été jugé judicieux d'utiliser des dossiers médicaux incluant les notes narratives infirmières dans le but d'augmenter l'applicabilité du concept et faciliter son utilisation dans la pratique infirmière.

5.3.3 Identifier l'échantillon et la collecte des données. Dans le but d'être le plus rigoureux et cohérent possible avec les valeurs infirmières pour ce projet, il semblait judicieux d'utiliser deux échantillons distincts, dont un composé de dossiers médicaux. Selon Rodgers et Knafl (2000), le plus important lors de la construction d'un échantillon, peu importe si ce dernier est composé de littérature scientifique ou de toute autre forme de sources, est que le chercheur doit être en mesure de justifier ses choix et décisions dans le but de diminuer les biais et que celui-ci soit cohérent dans ses démarches. De plus, le chercheur doit s'assurer que l'échantillonnage a été effectué de façon rigoureuse pour permettre une représentation adéquate de la population (Rodgers & Knafl, 2000).

Dans le cadre de ce projet, deux échantillons distincts ont été utilisés. Le premier est constitué de littérature scientifique provenant majoritairement du domaine des sciences humaines et sociales. Ce premier échantillon a permis de définir les antécédents, les attributs, les conséquences et les concepts reliés de la *modulation des diagnostics psychiatriques*. Le deuxième échantillon est composé de dossiers médicaux provenant de

l'Hôpital Montfort situé à Ottawa. Pour sa part, cet échantillon a été utilisé pour identifier les facteurs d'influence de changement de diagnostics qu'une personne peut vivre au fil de sa vie.

Les bases informatisées ayant été utilisées pour ce projet ont été spécifiquement choisies pour leur lien avec les domaines d'intérêt du projet. Le *Sociological Abstract* et les bases *America : History and Life*, *CINAHL*, *Medline*, *PsycInfo*, *SocIndex*, regroupées sur la plateforme *EBSCO* ont été employés pour la construction de l'échantillon de littérature et la collecte des données. Les mots-clés *social construction or social construction of diagnosis or social construction of diseases or social construction of mental illness or changing diagnosis or diagnostic change, health care accessibility, access to health care, primary care or health policy, mental illness or mental health or psychiatric disorders* ont été utilisés.

Puisque le concept de *modulation des diagnostics psychiatriques* n'a pas réellement de définition claire, d'où l'utilité de ce projet, les articles choisis devaient porter soit sur les utilisations sociales des diagnostics, comme l'accès aux services de santé, soit sur les caractéristiques d'un diagnostic pouvant être sujettes à la modulation. Il fallait que les articles soient en français ou en anglais pour assurer la compréhension exacte de leur sujet d'intérêt. Il était indispensable que les articles aient été soumis à une évaluation par les pairs et le document complet, accessible en format *PDF*, était prioritaire. Les publications portant sur le caractère construit et variable des diagnostics psychiatriques ou des classifications des troubles mentaux étaient aussi sélectionnées. Les

articles portant sur la construction sociale sans toutefois aborder le sujet de diagnostic ou de maladie ont été exclus de l'échantillon.

La collecte des données pour l'échantillon constitué de la littérature scientifique a été effectuée de deux façons distinctes. En premier lieu, l'exploration de bases de données informatisées a été faite entre le mois de septembre 2017 et le mois de mai 2019. Une seconde collecte des données sur ces mêmes bases a été effectuée au mois d'avril et de mai 2020, dans le but de s'assurer que de nouveaux articles n'avaient pas été publiés dans la dernière année. Les articles jugés pertinents ont été ajoutés à une bibliothèque *Endnote* dans le but de faciliter la gestion et l'organisation des documents. Ce logiciel permet aussi d'identifier la présence de doublons, ce qui facilite le tri des données. Un processus de sélection en trois étapes a été utilisé pour faire le choix des articles. La première étape consistait à lire le titre de l'article; s'il semblait être en lien avec le concept à l'étude, le document était ajouté à la bibliothèque *Endnote*. La seconde étape consistait à lire le résumé pour déterminer s'il concordait avec les critères de sélection qui avaient été déterminés avant le début de la collecte des données. La dernière étape consistait à faire une première lecture de l'article au complet et à évaluer s'il abordait réellement le sujet à l'étude. Une fois ces trois étapes effectuées, l'article était ajouté à un dossier *Endnote* pour l'analyse. En second lieu, si lors de la lecture d'un article, d'autres documents semblaient être en lien avec le sujet à l'étude étaient cités, ils étaient aussi ajoutés à la bibliothèque *Endnote* et soumis au processus de sélection en trois étapes décrit plus haut. Au total, 30 articles ont été identifiés, dont plus de la moitié, c'est-à-dire 16 articles provenaient du domaine de la sociologie. Le tiers venait soit du domaine de la psychologie, soit des

sciences humaines. Quatre articles ont été écrits par des auteurs du domaine des sciences infirmières et un article provenait de la bioéthique. Le Tableau 4 présenté à l'appendice B décrit les articles composant l'échantillon. La *Figure 1* montre, sous forme de schéma, les résultats de recherche selon les bases de données utilisées et les critères d'inclusion et d'exclusion de l'échantillon.

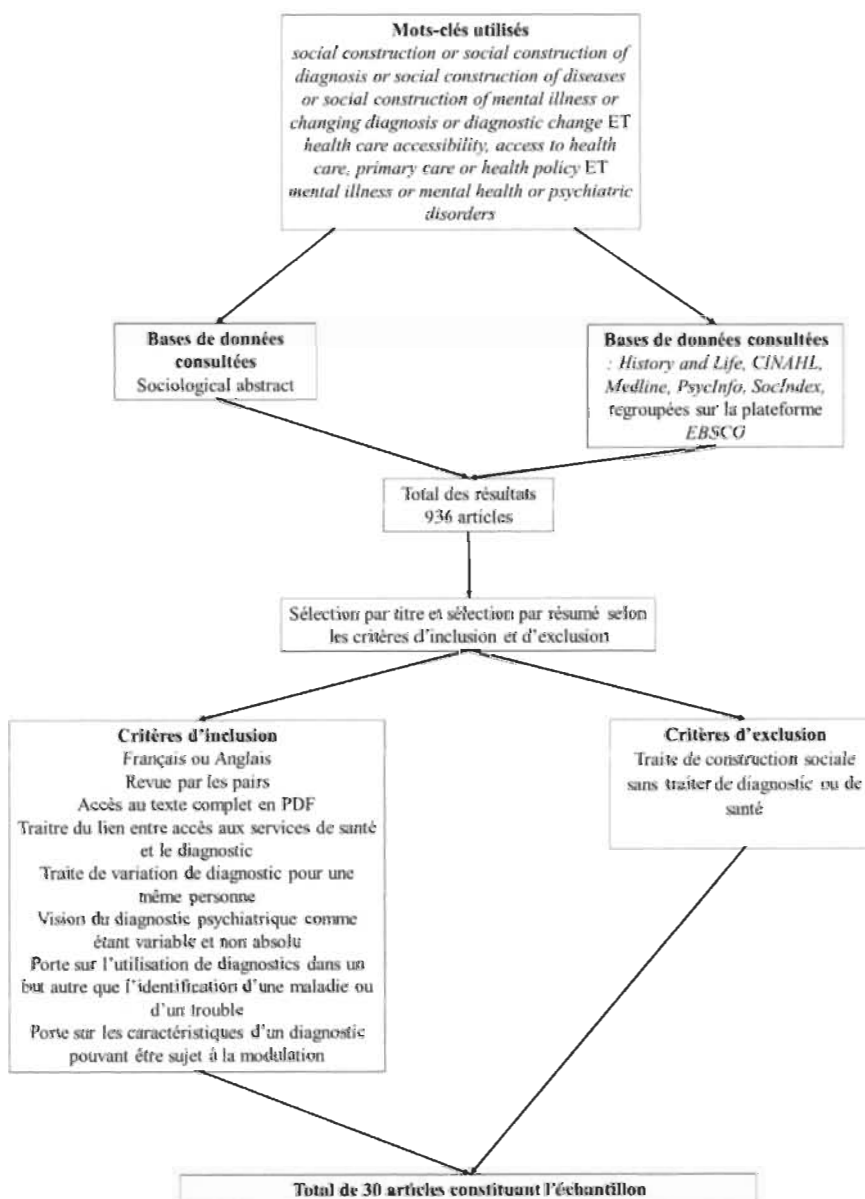


Figure 1. Résultat de recherche: sur les bases de données et critères d'inclusion et d'exclusion.

Le second échantillon est constitué de dossiers médicaux de l'Hôpital Montfort situé à Ottawa, dont l'accès a été accordé à la suite de l'obtention de certificats éthiques portant respectivement les numéros CER-20-266-10.06 et MCT-18-11-09 (appendices B et C). Ces dossiers proviennent d'une base de données élaborée dans le cadre du projet IRSC-Champ francophone de la désinstitutionnalisation en santé mentale (2011-2016).

Cette base de données a été élaborée, à l'aide du logiciel *FileMaker*, à partir de registres d'admissions du Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort. Elle contient plus de 15 000 admissions, soit 7535 patients admis une ou plusieurs fois au Département de psychiatrie au cours de la période étudiée, c'est-à-dire de 1976 à 2006. Un échantillon de 20 % des dossiers médicaux de patients hospitalisés à plus de trois reprises sur une base quinquennale ont été sélectionnés et numérisés. Ce critère de sélection a permis d'obtenir une base de données diversifiée qui inclut autant les cas aigus que chroniques. En somme, ce corpus est constitué de 216 dossiers de patients atteints de troubles de santé mentale (Harrison, 2017). Pour ce projet de recherche, les dossiers médicaux anonymisés ont été choisis de façon aléatoire selon des critères d'inclusion précis. Il fallait que les dossiers contiennent au moins trois admissions au Département de psychiatrie de courte durée de l'Hôpital Montfort à Ottawa. De plus, le suivi au sein du *Programme de santé mentale de Montfort* se tenait d'être d'au moins 10 ans. Celui-ci peut être continu ou fragmenté. La période de suivi devait aussi comprendre la publication d'au moins deux versions différentes du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) afin d'identifier l'apparition de la nouvelle terminologie dans les registres d'admissions du Département de psychiatrie. L'application des changements théoriques importants

retrouvés dans les nouvelles versions du DSM (Cooper, 2018; Horwitz & Grob, 2016; Sanders, 2011) et les diagnostics posés par les psychiatres peuvent varier au cours d'une même période. Un total de dix dossiers médicaux ont été utilisés puisque ce nombre a permis d'atteindre une saturation des données narratives des notes infirmières et médicales. Le Tableau 2 résume la composition de l'échantillon de dossiers médicaux

Tableau 2		
<i>Échantillon constitué de dossiers médicaux</i>		
Genre		Total
Homme	10% (n=1)	100 % (n=10)
Femme	90 % (n=9)	
Âge au début du suivi		
Moins de 30 ans	60% (n=6)	100 % (n=10)
Plus de 30 ans	40% (n=4)	
Âge à la fin du suivi		
Moins de 50 ans	60% (n=6)	100 % (n=10)
Plus de 50 ans	40% (n=4)	
Durée du suivi en année		
Moins de 20 ans	40% (n=4)	100 % (n=10)
Plus de 20 ans	60% (n=6)	

5.3.4 Analyse des données. L'analyse des données a été faite selon une technique standard d'analyse thématique, qui consiste à identifier et à regrouper des thèmes dans le but de créer un schéma ou, dans le cas d'une analyse de concept, une définition (Paillé & Mucchielli, 2016; Rodgers & Knafl, 2000). Selon la méthode évolutionniste d'analyse de concept de Rodgers et Knalf (2000), la littérature a été examinée dans le but d'identifier

les passages permettant de distinguer les thèmes majeurs qui, ultimement, définiront les attributs, les antécédents, les conséquences et les concepts associés du concept à l'étude. Les antécédents sont des éléments ou des événements indispensables qui précèdent l'apparition du phénomène (Rodgers & Knafl, 2000; Toftagen & Fagerstrøm, 2010). Les attributs sont les caractéristiques qui rendent l'identification du concept et sa définition possible. Les conséquences sont les résultats ou les événements qui suivent l'utilisation du concept (Rodgers & Knafl, 2000; Toftagen & Fagerstrøm, 2010). Cette partie du processus d'analyse est essentiellement un travail d'organisation et de réorganisation des passages jusqu'à ce qu'un groupe de mots cohérent et complet apparaisse et forme une définition de la catégorie (Paillé & Mucchielli, 2016; Rodgers & Knafl, 2000). Les concepts associés et les termes substitués ne nécessitent pas ce type d'analyse puisque ceux-ci sont souvent des expressions ou mots n'ayant pas besoin d'être simplifiés davantage (Rodgers & Knafl, 2000). Cette partie de l'analyse a essentiellement été effectuée à l'aide de l'échantillon provenant de la littérature scientifique. Les dossiers médicaux, les notes infirmières et les registres d'admission ont été analysés dans le but d'identifier des facteurs entourant l'établissement d'un diagnostic par le médecin, les conditions d'un changement de diagnostic et le contexte de ce changement. Ceux-ci ont aussi été utilisés pour identifier un exemple du concept de *modulation des diagnostics psychiatriques*. De plus, les codes diagnostics identifiés lors de la collecte des données ont été validés avec la huitième version de l'*International Classification of Diseases* produit par l'Organisation Mondiale de la Santé (Organisation mondiale de la santé, 2018) dans le but de s'assurer qu'il n'y avait pas d'erreur.

5.4 Principes éthiques

Les dossiers médicaux sont des outils de communication contenant un éventail d'informations concernant une personne (Harrisson, 2016). L'utilisation de ces informations doit se faire dans le respect de la confidentialité, c'est donc pour cette raison que les dossiers médicaux utilisés ont été dénominalisés avant le début de ce projet. De plus, seules les informations absolument nécessaires au projet de recherche ont été utilisées et présentées dans le cadre de la communication des résultats de la recherche. Malheureusement, certains risques potentiels sont présents. La divulgation d'informations pouvant causer des préjudices psychologiques, économiques ou sociaux aux personnes dont les dossiers médicaux ont été utilisés dans le cadre de ce projet de recherche en est la principale. Afin de respecter les principes de confidentialité, qui représente le devoir des chercheurs de protéger les renseignements qui leur sont confiés, et celui de sécurité des renseignements personnels, qui incluent tous les moyens et mesures de protection prévues et utilisées au cours du projet ont été respectés par l'utilisation d'un disque dur crypté d'un mot de passe, connu uniquement de la directrice principale du projet et de l'étudiante-chercheure (Gouvernement du Canada, 2016). De plus, ce disque dur a été conservé dans un coffre-fort verrouillé par l'étudiante-chercheure et ce, durant toute la durée du projet de recherche. Une fois le projet complété, le disque dur contenant les données sensibles a été remis à la directrice principale responsable de la base des données d'où provenaient les dossiers médicaux. Par ailleurs, le projet a aussi été soumis aux évaluations par les comités éthiques sur la recherche avec des personnes de l'Université

du Québec à Trois-Rivières et celui de l'Hôpital de Montfort situé à Ottawa portant respectivement les numéros CER-20-266-10.06 et MCT-18-11-09 (appendices b et c).

5.5 Critères de scientificité

Aucun critère de rigueur scientifique n'existe pour évaluer une analyse de concept. Considérant les grandes similitudes entre l'analyse de concept selon la méthode évolutionniste de Rodgers et Knafl (2000) et une recherche qualitative (Baldwin & Rose, 2009), les critères de crédibilité, de fiabilité, de confirmabilité et de transférabilité ont été utilisés pour évaluer ce projet. Par ailleurs, les étapes de la méthode évolutionniste d'analyse de concept de Rodgers et Knalf (2000) ont rigoureusement été respectées.

La crédibilité est le critère d'évaluation de la qualité des données dans une étude qualitative renvoyant à la confiance que les lecteurs peuvent avoir dans la véracité de ces données (Munhall, 2012). Dans le but de s'assurer de respecter ce critère, ce projet de recherche a été effectué en se basant sur une méthode d'analyse de concept déjà existante, c'est-à-dire celle de Rodgers et Knafl (2000), possédant des bases théoriques complètes. De plus, la construction sociale des diagnostics a aussi été utilisée comme cadre de référence dans le but de permettre une triangulation des données. Deux échantillons distincts ont été utilisés afin d'obtenir une taille d'échantillon suffisamment grande pour identifier une convergence des données (Rodgers & Knafl, 2000).

La fiabilité est le critère d'évaluation renvoyant à l'uniformité des données au fil du temps et dans différentes situations (Munhall, 2012). L'analyse des données provenant des deux échantillons a été effectuée à l'aide d'une grille de codification. De plus, les

codes utilisés ont été validés auprès de l'équipe de direction du projet de maîtrise. L'analyse a suivi un processus d'identification de thèmes généraux, qui ont ensuite été réunis en groupes jusqu'à ce que les caractéristiques de la définition au préalable identifiées selon l'approche d'analyse de concept évolutionniste de Rodgers et Knalf (2000) émergent.

La confirmabilité, quant à elle, renvoie à la congruence des données, ou encore à la confirmation de l'analyse et de l'interprétation (Munhall, 2012). Ces deux étapes cruciales du processus d'analyse de concept ont été effectuées selon les assises théoriques de la construction sociale des diagnostics et selon les principes philosophiques véhiculés par la méthode choisie (Rodgers & Knafl, 2000). De cette façon, le risque que les idées préconçues du chercheur affectent les résultats est diminué au maximum.

Finalement, la transférabilité est le degré auquel les conclusions s'appliquent à d'autres contextes ou à d'autres groupes (Munhall, 2012). Pour que les résultats de ce projet de recherche puissent répondre au critère de transférabilité, l'échantillon et le milieu seront décrits en détail. De cette façon, d'autres chercheurs auront les informations nécessaires pour valider les résultats présentés dans d'autres contextes de santé.

Résultats

La section des résultats est présentée sous forme d'article soumis à la Revue internationale de recherche infirmière selon les critères de mise en page de celle-ci. La preuve de soumission se retrouve à l'appendice F.

Dupont, F., Harrisson, S., & Prud'homme, J. (soumis). La modulation des diagnostics psychiatriques : une analyse de concept selon la méthode de Rodgers & Knaf. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*.

Résumé de l'article

Certains individus se voient apposer un ou même plusieurs diagnostics de santé mentale au cours de leur vie en vue d'accéder à des services spécialisés. Cette étiquette diagnostique s'avère quelquefois flexible et variable selon certains facteurs déterminés. L'objectif principal de cet article est de clarifier le concept de *modulation des diagnostics psychiatriques* dans un contexte de santé mentale. L'analyse de concept a été effectuée selon la méthode évolutionniste de Rodgers et Knalf à l'aide de deux échantillons distincts. Le premier est composé de littérature scientifique ayant permis d'identifier les caractéristiques de la définition du concept étudié. Le second est constitué de dossiers médicaux et de registres d'admissions d'un département de courte durée d'un hôpital général. L'utilisation de ces sources a mis en évidence les facteurs d'influence des changements de diagnostics. La définition de la *modulation des diagnostics psychiatriques* présentée dans cet article est un point de départ pour le développement des connaissances en sciences infirmières portant sur ce concept.

Mots-clés : Modulation des diagnostics psychiatriques, Construction sociale, Analyse de concept évolutionniste, Variabilité des diagnostics psychiatriques, Changement de diagnostics psychiatriques

Abstract

Some individuals are given one or more psychiatric diagnosis during their lifetime in order to access specialized services. This diagnostic label is sometimes flexible and variable depending on certain factors. The main objective of this article is to clarify the concept of *diagnostic modulation in a mental health context*. Concept analysis was performed according to the evolutionary method of Rodgers and Knafl using two separate samples. The first is composed of scientific literature which has made it possible to identify the characteristic of the definition of the concept studied. The second is made up of medical records and admission records from a short-term department of a general hospital. The use of these sources has highlighted the factors influencing diagnostic changes. The definition of the *modulation of psychiatric diagnoses* presented in this article is a starting point for the development of knowledge in nursing sciences relating to this concept.

Keywords: Diagnostic modulation in psychiatry, Social construction, Evolutionary concept, Variability of psychiatric diagnoses, Changes in psychiatric diagnoses

LA MODULATION DES DIAGNOSTICS PSYCHIATRIQUES : UNE ANALYSE DE CONCEPT SELON LA MÉTHODE DE RODGERS & KNAFL

Selon Statistiques Canada, 5,3 millions de Canadiens sont touchés par des troubles de santé mentale et environ une personne sur cinq déclare avoir besoin d'aide relativement à son état (1). Ces désordres psychiques ont des répercussions économiques non seulement sur les institutions gouvernementales (2), mais également auprès des individus et de leurs familles. Les conséquences de ces maladies ne sont pas seulement d'ordre financier puisqu'elles affectent la qualité de vie des personnes touchées. En effet, un grand nombre d'entre elles affirment que les préjudices sont considérables et durables et que leur qualité de vie demeure médiocre, et ce, même à long terme (3).

Malgré les nombreuses ressources en santé mentale présentes au Canada, l'accessibilité aux services peut parfois s'avérer difficile. Différents facteurs ont une incidence sur l'accès aux soins spécialisés, tel que les politiques de santé (4), l'offre de services, la coordination des soins et l'obtention d'un diagnostic psychiatrique (5, 6) dont les critères sont définis par le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) (7). Ce diagnostic s'avère toutefois malléable ou variable selon certaines conditions dûes, entre autres, à la difficulté de trouver les causes sous-jacentes des troubles psychiatriques (8). Cette analyse de concept, selon la méthode évolutionniste de Rodgers et Knalf (9), permet de clarifier le concept de la *modulation des diagnostics psychiatriques* dans un contexte de santé mentale.

REVUE DE LA LITTÉRATURE

Un diagnostic est un mot permettant de nommer une maladie par l'identification de signes et de symptômes (10). Il a comme fonction de discerner un état physique ou mental existant, mais il peut aussi avoir plusieurs autres utilités (11). Effectivement, l'énoncé d'un diagnostic donne une explication à des maux tout en apportant un sentiment de contrôle sur des circonstances négatives pour les patients. Du point de vue médical, il permet d'établir un plan de traitement et un pronostic (11). De plus, il justifie l'accès à des services spécialisés et du financement dans les établissements de santé (6).

Selon la théorie de la construction sociale, un diagnostic est une entité souple et changeante fortement influencée par le contexte socioculturel, la région ou même la discipline dans laquelle il est employé. Il est vu comme une étiquette puisque sa signification découle du climat social ou du contexte de pratique (11, 12). L'apposition d'un diagnostic psychiatrique peut avoir des conséquences sociales réelles pour la personne obtenant cette classification diagnostique (11, 12). Trop souvent, certains individus reçoivent un ou même plusieurs diagnostics au fil de leur parcours de vie reflétant une nécessité d'accéder à des services plutôt qu'à un besoin d'expliquer un état pathologique. Ces changements d'étiquettes redéfinissent la façon dont la personne interagit avec son environnement, autant avec les professionnels de la santé qu'avec son entourage. En fait, ce nouveau diagnostic reformule complètement sa réalité et son identité personnelle (13). Les impacts et les conséquences d'un diagnostic sur la personne, sa

santé, ses soins et son environnement sont des éléments clés de l'expérience de soins tout en étant à la base des fondements de la profession infirmière (14, 15).

La théorie de la construction sociale peut être divisée en trois niveaux. Le premier porte sur son application aux politiques de santé publique (12, 16). Le deuxième se penche sur l'influence locale de cette théorie et s'intéresse au fait que, pour les professionnels de la santé, le diagnostic est d'abord un outil de communication (5, 17). Une attention particulière est portée à celui-ci dans le cadre de cette analyse de concept, car il illustre la façon dont les intervenants utilisent les étiquettes diagnostiques dans le but de communiquer avec leurs environnements physique et organisationnel (6). Le troisième traite des applications du deuxième niveau à un sujet spécifique comme la santé mentale ou les soins gériatriques (18,19).

OBJECTIFS

Cette analyse de concept selon la méthode évolutionniste de Rodgers et Knalf (9) s'inscrit dans le cadre d'un projet de maîtrise en sciences infirmières. L'objectif de cet article est de clarifier le concept de la *modulation des diagnostics psychiatriques* et de comprendre les divers facteurs impliqués qui résultent à un changement de diagnostic dans un contexte de santé mentale.

MÉTHODOLOGIE

L'analyse de concept a été effectuée selon la méthode évolutionniste de Rodgers et Knafl (9) issue de la discipline infirmière. Elle est divisée en 6 étapes distinctes. Elle débute par l'identification du concept à définir et l'établissement des objectifs. Par la suite,

le chercheur doit choisir le paradigme à partir duquel appréhender le concept avant de définir le contexte et l'échantillon qui sera utilisé. Une fois ces étapes accomplies, la collecte des données peut être débutée. L'analyse est généralement réalisée à l'aide d'une analyse thématique. Cette étape permet d'identifier les caractéristiques pour définir le concept et présenter les résultats (9). Ces caractéristiques sont les antécédents, les attributs, les conséquences et les concepts reliés. Les antécédents représentent les éléments essentiels au contexte ou les événements qui précèdent l'apparition du concept. Les attributs définissent les caractéristiques qui rendent l'identification du phénomène possible. Les conséquences constituent les résultats du phénomène désigné par le concept. Les concepts reliés évoquent des phénomènes associés au contexte et au concept même : ils sont indissociables du phénomène et situent celui-ci dans un réseau de connaissances plus large (9, 20).

Dans cette analyse thématique, deux échantillons principaux ont été sélectionnés. Le premier est composé d'articles scientifiques. On retrouve, dans la *Figure 1*, le nombre d'articles accessibles selon les bases de données consultées ainsi que les mots-clés utilisés et les critères d'inclusion et d'exclusion de l'échantillon.

Un total de 30 articles ont été analysés. De ce nombre, seize articles proviennent de la sociologie, dix de la psychologie ou des sciences humaines, quatre ont été écrits en sciences infirmières et un article provient de la bioéthique. Cet échantillon a permis de définir les antécédents, les attributs, les conséquences et les concepts reliés à la *modulation des diagnostics psychiatriques*.

La collecte des données pour l'échantillon constitué de littérature scientifique a été effectuée en deux temps. En premier lieu, l'exploration des bases de données informatisées a été faite entre le mois de septembre 2017 et le mois de mai 2019. Une seconde recension des écrits sur ces mêmes bases de données a été effectuée au mois d'avril et de mai 2020 afin de s'assurer que de nouveaux articles n'avaient pas été publiés dans la dernière année du projet d'étude. Les articles jugés pertinents ont été ajoutés au logiciel bibliographique *Endnote* pour faciliter la gestion et l'organisation des documents. Ce logiciel permet aussi d'identifier la présence de doublons, ce qui facilite le tri des données. Un processus de sélection par titre et par résumé a été effectué par l'étudiante-chercheuse. Une fois ce processus complété, l'article était ajouté à un dossier *Endnote* pour l'analyse. En second lieu, si lors de la lecture d'un article d'autres documents semblaient être en lien avec le sujet à l'étude étaient cités, ils étaient aussi ajoutés à la bibliothèque *Endnote* et soumis au processus de sélection décrit plus haut. La *Figure 1* présente les étapes et les résultats du processus de recherche sur les bases de données informatiques. Elle identifie aussi les mots-clés, les critères d'inclusion et d'exclusion utilisés afin de construire l'échantillon d'articles provenant de la littérature scientifique.

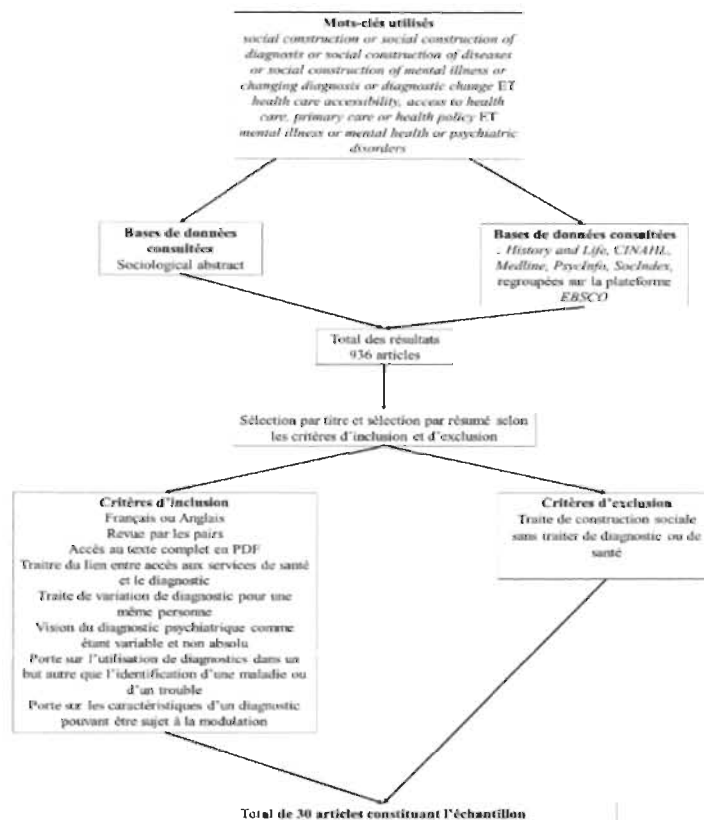


Figure 1. Résultat de recherche sur les bases de données et critères d'inclusion et d'exclusion.

Le second échantillon est constitué des registres d'admissions et des dossiers médicaux anonymisés du Département de psychiatrie de courte durée d'un hôpital général de la région est-ontarienne. Ces sources primaires proviennent d'une base de données construite dans le cadre du projet IRSC-Champ francophone de la désinstitutionnalisation en santé mentale (2011-2016) (21). Elle contient plus de 15 000 admissions, soit 7535 patients admis une ou plusieurs fois au Département de psychiatrie entre 1976 à 2006. Un échantillon de 20 % des dossiers médicaux de patients hospitalisés à plus de trois reprises ont été numérisés sur une base quinquennale. Ce critère de sélection a permis d'obtenir une base de données diversifiée qui inclut autant les cas aigus que chroniques. Ce corpus est constitué de 216 dossiers de patients atteints de troubles de santé mentale

(21). Pour ce projet, dix dossiers médicaux, permettant d'atteindre une saturation des données narratives, ont été sélectionnés de façon aléatoire. Les registres d'admissions associés à ces dossiers ont aussi été utilisés. Ceux-ci contiennent les données démographiques des patients, ainsi que les codes diagnostics, les médecins impliqués lors de l'hospitalisation, la durée du séjour et les procédures effectuées. Ce second échantillon a servi à identifier les facteurs d'influence des changements de diagnostics. Les critères de sélection portaient sur le nombre d'admissions au Département de psychiatrie supérieur à trois. La durée du parcours psychiatrique du patient devait être de plus de dix ans et comprendre, dans cette période, la publication d'au moins deux versions du DSM. Le tableau 2 résume la composition de l'échantillon des dossiers médicaux et des registres d'admissions.

Tableau 2

Échantillon constitué de dossiers médicaux

Genre		Total
Homme	10% (n=1)	100 % (n=10)
Femme	90 % (n=9)	
Âge au début du suivi		
Moins de 30 ans	60% (n=6)	100 % (n=10)
Plus de 30 ans	40% (n=4)	
Âge à la fin du suivi		
Moins de 50 ans	60% (n=6)	100 % (n=10)
Plus de 50 ans	40% (n=4)	
Durée du suivi en année		
Moins de 20 ans	40% (n=4)	100 % (n=10)
Plus de 20 ans	60% (n=6)	

CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Le protocole de cette étude a été approuvé par le comité d'éthique sur la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et celui du centre hospitalier impliqué dans ce projet de maîtrise. Les certificats d'éthique portent respectivement les numéros CER-20-266-10.06 et MCT-18-11-09. De plus, les chercheurs ont individuellement signé un engagement de confidentialité afin de s'assurer qu'aucune information sensible ne soit révélée à des membres autres que le personnel de recherche.

RÉSULTATS

Dans le cadre de ce projet, l'utilisation complémentaire des deux échantillons permet de mettre l'accent sur l'utilité du concept de *modulation des diagnostics psychiatriques* pour la discipline infirmière.

Au cours de la première étape de cette approche évolutionniste de Rodgers et Knalf, il est impératif d'identifier le concept d'intérêt. Le terme de *modulation* a donc été choisi dans le but de représenter le phénomène étudié. Selon le dictionnaire Larousse (10), il signifie : variation, adaptation, modification de quelque chose selon certains critères ou certaines circonstances. Ce choix s'est inspiré d'autres termes utilisés dans la littérature scientifique. Aronowitz (16) utilise le terme *framing mechanism* lorsqu'il aborde l'influence que la perception d'un diagnostic peut avoir sur les comportements populationnels, la consommation des soins, les échanges entre les groupes professionnels et le système de la santé. Conrad et Barker (12), quant à eux, n'utilisent pas de terme précis

pour parler de ce type de phénomène. Cependant, ils nomment le lien entre la signification d'un diagnostic et les impacts qu'ils auront sur la personne qui le reçoit. Ces impacts touchent autant l'identité de la personne que les relations qu'elle entretiendra avec son entourage, les professionnels de la santé et le système de santé (12). Ce mot représente donc bien le fait que les diagnostics peuvent se moduler sous l'influence de certains facteurs.

Antécédents

Deux antécédents ont été identifiés dans la littérature scientifique pour le concept de *modulation des diagnostics psychiatriques* : l'évolution de la classification des troubles mentaux et la médicalisation de problèmes d'origines sociaux.

L'évolution de la classification des troubles mentaux et du DSM. L'évolution de la classification des troubles mentaux a permis à la psychiatrie de passer d'une approche basée sur la relation dynamique entre la personne et son environnement à une approche biomédicale ayant en son centre le diagnostic (22, 23). Cette modification a recentré la psychiatrie autour d'un paradigme dans lequel le diagnostic est considéré comme une entité fixe, c'est-à-dire qu'il est immuable peu importe le contexte, la région ou même la spécialité dans laquelle il est utilisé (24). De plus, la définition de ce dernier est basée sur les symptômes présentés par l'individu et non sur l'étiologie. Bien que les diagnostics soient considérés dans ce paradigme comme des entités fixes, leur formulation évolue au fil des différentes versions du DSM (25). Ces changements ont aussi permis au diagnostic

de prendre un rôle central facilitant l'accès aux services dans la plupart des systèmes de santé des pays industrialisés (22–26).

La médicalisation de problèmes d'origines sociaux. Depuis plusieurs années, la psychiatrie est critiquée pour sa propension à médicaliser ce qui est perçu comme déviant et anormal par la société (25, 27). L'homosexualité est un des meilleurs exemples pour illustrer ce propos, sans être le seul (25, 28, 29). Dans le DSM-I, elle est désignée comme un trouble mental et le restera jusque dans les années 1980. Ce qui a longtemps été considéré comme un trouble psychiatrique grave a été retiré du DSM III à la suite de l'influence des croyances sociales occidentales (25, 26). Toutefois, la médicalisation des problèmes d'origine sociale peut tout de même avoir des aspects positifs. La possibilité d'expliquer une situation causant de la souffrance à l'aide d'un diagnostic donne un sens à celle-ci et permet de déculpabiliser les personnes prises dans ces circonstances pénibles (19, 30). Cette médicalisation octroie l'accès aux services puisque même si un problème tient son origine de la sphère sociale, la souffrance et la détresse qui en découlent ne sont pas moins réelles et peuvent tout autant justifier l'aide d'un professionnel (28, 31).

Attributs

Le principal attribut du concept de *modulation des diagnostics psychiatriques* est la variabilité des diagnostics dont la formulation et l'usage peuvent varier socialement et culturellement selon la région et l'époque. Cette flexibilité est attribuable à la présence de facteurs d'influence, c'est-à-dire aux éléments déclencheurs des changements de diagnostics psychiatriques chez une personne.

La variabilité des diagnostics psychiatriques. Le terme variabilité des diagnostics psychiatriques réfère ici au fait que la terminologie utilisée se transforme progressivement dans les différentes formes du DSM. Il fait également référence aux changements de diagnostics qui peuvent être retrouvés chez une même personne au fil de son parcours psychiatrique. Les diagnostics psychiatriques ont acquis une certaine variabilité dans le dernier siècle. Ceci est dû à l'évolution des définitions et des catégories diagnostiques ayant été influencée par des facteurs sociopolitiques et culturels, comme les conceptions de normalité et d'anormalité utilisées chez les professionnels de la santé autant que par les découvertes scientifiques (22, 25, 26, 32). Beaucoup de ces définitions et catégories se sont développées autour d'un principe d'utilité leur permettant d'avoir un rôle d'outil de communication tout en décrivant, d'un seul mot ou d'un ensemble de mots, un phénomène pathologique chez une personne (19, 33). La variabilité des diagnostics est influencée par des facteurs d'influence des changements de diagnostics psychiatriques.

Facteurs d'influence des changements de diagnostics psychiatriques : Les facteurs identifiés dans le cadre de cette étude ont été séparés en deux grandes catégories, c'est-à-dire les facteurs d'influence connus et inconnus. Un facteur d'influence est défini comme étant connu lorsque son origine peut être déterminée. Cette catégorie se divise en deux sous-sections. Ils sont dits d'origine intrinsèque lorsqu'ils sont directement liés à la personne. Ils peuvent aussi être d'origine extrinsèque quand ils sont en lien avec des changements dans l'environnement social, culturel et politique de l'individu. S'il n'est pas possible d'identifier une raison claire permettant d'expliquer l'origine du changement de diagnostic, le facteur d'influence est considéré comme étant inconnu.

Facteurs intrinsèques : Le premier facteur intrinsèque connu expliquant les variations de diagnostics attribués à un même patient est celui correspondant aux changements dans les différents signes et symptômes présentés par l'individu lors de ses admissions au département de psychiatrie. Il est la principale raison permettant d'expliquer un changement de diagnostic. Par exemple, en 1978, une patiente âgée de 36 ans se présente à l'hôpital accompagnée de sa sœur. Elle démontre de la méfiance envers son entourage et des troubles du sommeil. De plus, le médecin la décrit comme étant tendue lors de l'entrevue. Elle reçoit un diagnostic d'état paranoïde. L'année suivante, elle se présente sur l'unité de psychiatrie suite à une rupture amoureuse. Elle est alors hospitalisée pour une dépression réactionnelle. Les notes médicales démontrent très clairement qu'au cours de cette seconde hospitalisation, la patiente est déprimée et découragée. Elle s'isole et a perdu du poids dû à un manque d'appétit et elle ne présente aucun symptôme de type paranoïde. Ces symptômes sont clairement décrits dans les notes d'observations infirmières retrouvées dans le dossier médical de cette patiente et sont congruents avec le nouveau diagnostic émis.

L'âge de la personne lors de son admission au département de psychiatrie est aussi un facteur d'influence intrinsèque connu pouvant avoir un impact sur le changement de diagnostic. L'exemple suivant provient de la lecture du résumé de sortie rédigé par le médecin traitant. En 2002, une patiente alors âgée de 76 ans se présente à l'hôpital. Le psychiatre responsable de son évaluation initiale se questionne à savoir si elle ne souffrirait pas d'une démence. Cette interrogation de la part du médecin est influencée par l'âge de la dame puisqu'elle se présente à l'hôpital avec un portrait clinique et des signes

et symptômes identiques aux huit dernières hospitalisations, s'étant déroulée entre 1984 et 1995. Elle s'était auparavant rendue à l'hôpital, accompagnée de son conjoint, parce qu'elle était désorganisée, agitée et avait des comportements inappropriés, comme appeler des membres de sa famille à toute heure de la nuit. Lors de ces huit hospitalisations, elle avait reçu un diagnostic de psychose maniaco-dépressive.

Facteurs extrinsèques: Le premier facteur d'influence extrinsèque connu de la *modulation des diagnostics psychiatriques* est en lien avec le changement de médecin responsable du patient lors de l'admission au département de psychiatrie. Cette modification au niveau du professionnel médical, particulièrement au cours de l'évaluation médicale d'admission, peut avoir un impact sur le diagnostic qui sera attribué à la personne malade. Ceci peut être observé dans le cas de cette patiente, qui se voit attribuer un diagnostic de trouble bipolaire avec dépression psychotique en 1995. Elle avait reçu un diagnostic de psychose schizo-affective lors de son hospitalisation précédente. Ce changement qui semble important ne l'est pas réellement puisque les signes et symptômes de ces deux troubles sont très similaires (34, 35) et peut s'expliquer par le fait qu'elle a été évaluée par deux médecins différents. En effet, les registres d'admissions consultés et les résumés de sortie rédigés par les médecins démontrent clairement que ces deux épisodes de soins n'ont pas été pris en charge par le même psychiatre. De plus, il est possible que le second psychiatre ait eu accès à des informations différentes ou mêmes supplémentaires que son prédécesseur qui lui a permis d'émettre un diagnostic différent. De même, considérant que ces deux diagnostics sont très similaires et ont beaucoup de symptômes communs (34, 35), il est aussi réaliste de penser que ce

changement peut relever d'une différence entre la perception et l'interprétation des symptômes qui a été faite lors de l'admission et que cette variation n'a pas de lien avec la compétence de ces deux professionnels de la santé. Par ailleurs, un changement de médecin responsable peut aussi entraîner un changement de terminologie puisque l'utilisation ou l'adoption de nouvelle terminologie selon la version la plus à jour du DSM diffère entre les psychiatres.

Le deuxième facteur d'influence extrinsèque connu pour expliquer la *modulation des diagnostics psychiatriques* correspond aux publications et aux utilisations des nouvelles versions du DSM. Pour illustrer ce propos, l'exploration du registre d'admissions de cette patiente ayant été hospitalisée dix fois entre 1984 et 2002 est très révélatrice. En effet, cette dernière est généralement hospitalisée lorsqu'elle se présente avec de l'agitation, des troubles du sommeil et des comportements inappropriés. Elle reçoit un diagnostic de psychose maniaco-dépressive au cours de la majorité de ces épisodes de soins. En 1993, son diagnostic change pour celui de trouble bipolaire, mais cette dernière présente des symptômes très similaires aux admissions précédentes. En effet, les notes infirmières et le résumé de sortie rédigé par le psychiatre rapportent qu'elle est agitée et a un discours décousu. Les termes *psychose maniaco-dépressive* et *trouble bipolaire* définissent le même trouble. Le second tient cependant son origine de la nouvelle terminologie provenant de la troisième version du DSM, parue en 1980 (34, 35). Par ailleurs, il a été observé lors de l'analyse des dossiers que l'utilisation de nouvelle terminologie suite à la publication d'une nouvelle édition peut prendre plusieurs années selon le professionnel de la santé concerné.

Facteurs inconnus : La dernière catégorie de facteur d'influence lié au changement de diagnostic chez un patient est celle d'origine inconnue. Dans cet exemple, une patiente a reçu de façon sporadique au cours de sa vie quelques diagnostics d'arriération mentale alors qu'elle est généralement admise au département de psychiatrie pour des problèmes de dépression psychotique. Aucune note médicale ou infirmière présente dans la base de données utilisée pour construire l'échantillon ne permet d'apporter des informations qui pourraient expliquer ce diagnostic. Ce changement ne coïncide pas avec une modification de son état de santé, un changement de médecin traitant ou avec la publication d'une nouvelle version du DSM. Avec les informations accessibles, il est difficile de savoir si ces modifications sont d'origine volontaire ou seulement des irrégularités de transcriptions des codes diagnostics.

Conséquences

Les conséquences du concept de *modulation des diagnostics psychiatriques* ayant été extraites de la littérature scientifique sont l'accès aux soins et aux services de santé spécialisés et la stigmatisation. L'analyse des dossiers médicaux n'a pas apporté de résultat significatif concernant cette caractéristique.

L'accès aux soins et aux services de santé spécialisés. Le diagnostic est la pierre angulaire du domaine de la médecine, incluant la psychiatrie. Il fait toujours partie intégrante de l'équation résultant à l'accès aux services de santé mentale (5, 6). Selon Béliard et Eideliman (19, 30), certaines personnes vont activement tenter de recevoir un diagnostic dans le but de faciliter leur accès à des soins spécialisés alors que d'autres

tentaient résolument de ne pas voir leur diagnostic changé afin d'éviter une modification des services auxquels ils avaient déjà accès (19, 30). Cette relation est aussi présente dans les milieux de soins. En effet, des divergences d'opinions entre les professionnels de la santé portant sur le diagnostic peuvent avoir des impacts sur la collaboration entre ces intervenants et ainsi agir sur la qualité et l'accessibilité aux soins dispensés (17, 36). Cette étiquette diagnostic influence aussi l'intensité thérapeutique des soins offerts et même l'interprétation des comportements des patients (6, 17). À l'opposé, cette relation peut aussi entraîner un désengagement des professionnels lorsqu'ils perçoivent les problèmes de santé d'un patient comme n'étant plus de l'ordre d'un trouble médical (31).

La stigmatisation. Un diagnostic de trouble grave de santé mentale est lourd de sens et peut déstabiliser la vie d'un individu (13, 25, 29). De plus, un bon nombre d'individus atteints d'un tel trouble développeront un état chronique, ce qui signifie qu'ils risquent de recevoir plus d'un diagnostic psychiatrique au cours de leur vie (21). Il est donc important de prendre en considération que certains diagnostics ont plus d'impact que d'autres comme le stress post-traumatique chez les soldats ou la dépression postpartum chez les femmes, puisqu'ils reflètent des jugements d'inefficacité ou le sentiment d'être faible et inadéquat (25, 28). D'autres, comme la schizophrénie et le trouble de la personnalité limite sont souvent synonymes de violence et de danger pour autrui (27, 37). Les conséquences qui se manifestent à la suite de l'apposition d'un premier diagnostic psychiatrique demeurent présentes lors de changements de diagnostic (38).

Par contre, les conséquences d'un changement de diagnostic de santé mentale, souvent perçues comme négatives, peuvent aussi détenir la clé de la délivrance et du soulagement pour les individus touchés (28, 30). En effet, ces effets positifs permettent de mieux comprendre la condition de santé de la personne atteinte de troubles mentaux. Il apporte également un sens à leur vécu et normalise leurs différences et leur souffrance. Béliard et Eideliman (19) apportent comme exemple le cas d'une famille qui suite à l'énonciation d'un diagnostic d'anomalie génétique rare ont senti s'amoinrir la culpabilité qu'ils vivaient puisque ce diagnostic expliquait les comportements perturbateurs de leur enfant (19). Ceci leur a permis de rejeter la faute sur un trouble dont ils ne sont pas responsables et non sur leurs lacunes disciplinaires et éducationnelles. Ils ne sont plus la cause du comportement inapproprié de leur enfant, car celui-ci est maintenant relié à la maladie (30).

Concepts reliés

L'intérêt d'identifier un concept associé est basé sur le principe que chaque concept existe dans un contexte. Il est impossible de le retirer de celui-ci au risque de lui faire perdre tout son sens (9). Le concept de la construction sociale des diagnostics s'est rapidement imposé comme indissociable au concept analysé.

Le concept de la construction sociale des diagnostics. Le concept de la construction sociale des diagnostics et des maladies ne peut être ignoré lorsque la *modulation des diagnostics psychiatriques* est abordée. Ce lien étroit doit être discuté puisque plusieurs s'accordent pour dire que le développement des connaissances, particulièrement en

médecine et en psychiatrie, ne dépend pas uniquement de découvertes biomédicales et que les mouvements politiques et sociaux majeurs de chaque génération doivent aussi être pris en compte lorsque cette évolution des connaissances est étudiée (11, 12, 19, 25). Elle démontre que plusieurs définitions de déviances et d'anormalité, permettant de définir si une personne peut être considérée comme ayant un comportement pathologique ou non, sont issues de constructions sociales. Elle explique aussi le caractère variable des diagnostics psychiatriques entre les époques et les différentes cultures (12, 19, 25, 28, 29, 32, 39).

Identification d'un exemple approprié du concept

L'identification d'un exemple est un outil indispensable permettant d'illustrer la façon dont le concept est utilisé tout en facilitant l'établissement de liens clairs avec la pratique (9). La *Figure 2* illustre les facteurs d'influence et les changements de diagnostics chez une patiente à l'aide d'une ligne du temps.

L'exemple choisi est un cas réel provenant des dossiers médicaux. Il est à noter que Nathalie est un nom fictif utilisé pour faciliter la présentation de son histoire. Le parcours de Nathalie au sein du programme de santé mentale débute en 1980 et se termine en 2005. Elle est hospitalisée pour la première fois alors qu'elle est âgée de 16 ans dans le but de traiter une dépression névrotique. Les formulaires médicaux et infirmiers en lien avec cet épisode de soins ne sont malheureusement pas accessibles. Il est donc impossible de connaître les détails du déroulement de cette hospitalisation. Il s'écoule ensuite 15 ans avant qu'elle ne soit hospitalisée de nouveau. Lors de sa seconde hospitalisation, Nathalie

a 31 ans. Elle est mère de deux enfants et elle est séparée depuis quelques mois. Tout juste avant d'être hospitalisée, elle est accusée au criminel pour harcèlement. Travaillant pour un organisme fédéral, Nathalie a très peur de perdre son emploi en raison de cette accusation. Cette nouvelle déstabilise un équilibre déjà précaire et déclenche un état de crise la menant à être hospitalisée. Elle se voit attribuer le diagnostic de *crise suicidaire* par le médecin responsable de son admission. Ce premier changement de diagnostic est motivé par une modification de son état de santé ou des signes et symptômes qu'elle présente lors de son admission. Elle est ensuite hospitalisée à deux reprises au cours de l'année 1996. L'épisode de soins du mois de juillet 1996 marque un deuxième changement de diagnostic pour Nathalie alors qu'elle se voit attribuer celui de psychose maniaco-dépressive. Ce type de diagnostic nécessite une récurrence d'au moins trois épisodes maniaques ou dépressifs avant de pouvoir être apposé à un individu (35). Il était donc difficile, avant ce moment, pour le psychiatre d'émettre ce diagnostic à une personne n'ayant pas eu trois épisodes maniaques ou dépressifs distincts nécessitant une consultation médicale. Cette modification peut donc être expliquée par son âge. Au cours de sa seconde hospitalisation en 1996, Nathalie se voit apposer un diagnostic d'arriération mentale légère. Les notes infirmières portant sur cet épisode de soins sont très brèves et ne permettent pas d'identifier une ou des raisons qui pourraient expliquer ce changement qui peut être observé dans les registres d'admissions. Ce dernier n'est pas ajouté aux autres diagnostics existants, mais les remplace bel et bien dans ces formulaires d'ordre administratif. Il est donc d'origine inconnue. En 1997, Nathalie est une fois de plus hospitalisée au département de psychiatrie. Elle reçoit à nouveau un diagnostic de

psychose maniaco-dépressive. Cette modification est aussi d'origine inconnue puisqu'il n'y a pas de trace dans aucun document clinique ou administratif pouvant expliquer le fait qu'elle se voit apposer de nouveau un diagnostic. Encore une fois, il peut être observé dans les registres d'admissions que ce nouveau diagnostic n'est pas ajouté aux anciens, mais qu'il remplace en totalité le précédent insinuant que ces derniers avaient été abandonnés dans les formulaires des registres d'admissions. Entre 1997 et 1999, elle est hospitalisée à trois reprises. Les psychiatres responsables de ses admissions lui diagnostiquent respectivement une *dépression majeure*, une *névrose d'angoisse* et une *dépression chronique*. Au cours de ces années, les modifications diagnostiques sont peu significatives et peuvent être expliquées par un changement de médecin traitant ou par l'utilisation de la terminologie congruente avec la version du DSM le plus récent par le psychiatre responsable de son évaluation. En 2000, le psychiatre traitant Nathalie détermine qu'elle souffre d'affection somatique. Une fois de plus, les registres d'admissions démontrent encore que le nouveau diagnostic remplace complètement les anciens, desquels il ne reste aucune trace dans ce formulaire. Les notes infirmières en lien avec cet épisode de soins sont congruentes avec les hospitalisations antérieures au cours desquelles elle avait reçu divers diagnostics similaires. Cette modification peut être expliquée par le fait que Nathalie est prise en charge une fois de plus par un nouveau psychiatre ayant interprété ses symptômes différemment. La dernière hospitalisation se retrouvant dans l'échantillon se déroule en 2005. À ce moment, Nathalie se voit attribuer un diagnostic de personnalité émotionnellement labile de type impulsif. Les notes infirmières accessibles décrivent un portrait clinique très similaire aux hospitalisations

précédentes. Le changement de diagnostic présent peut être justifié encore une fois par un changement de psychiatre qui a eu une perception ou une interprétation de la situation clinique de Nathalie différente, de par son accès à plus ou moins d'informations ou de par l'intégration dans sa pratique d'une terminologie plus ou moins à jour que son prédécesseur.

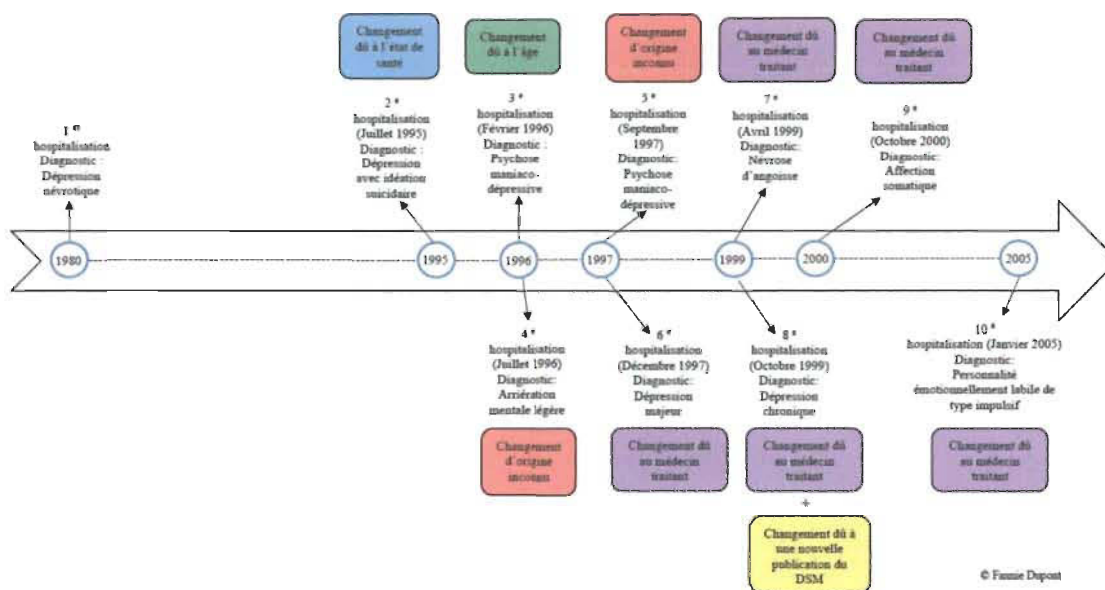


Figure 2. Évolution diagnostque et facteurs d'influence dans le cadre de l'exemple de Nathalie

Définition du concept de modulation des diagnostics psychiatriques

Suite à l'analyse du concept de *modulation des diagnostics psychiatriques* effectuée à l'aide de la méthode de Rodgers et Knafl (9), il a été possible de définir celle-ci comme étant le fait qu'un diagnostic de santé mentale varie sous l'influence de facteurs

intrinsèques ou extrinsèques connus ou selon des facteurs inconnus. Ces modulations prennent place dans le but de permettre au diagnostic de remplir son rôle clé en facilitant l'accès au système et aux services de la santé.

DISCUSSION

Le phénomène de *modulation des diagnostics psychiatriques* est présent dans le domaine de la psychiatrie pour différentes raisons. Tout d'abord, les diagnostics psychiatriques sont des entités définies selon des critères précis, mais dont l'observation repose sur le jugement d'un professionnel, ce qui fait qu'ils peuvent varier selon la personne qui l'évalue. De plus, les critères nécessaires à l'émission d'un diagnostic évoluent selon les nouvelles éditions du système de classification diagnostique populaire (24, 26). De même, la propension du domaine de la psychiatrie à transformer des problèmes d'origine sociale en problèmes de santé mentale a fait augmenter de façon fulgurante les comportements et les états d'âme justifiant une consultation professionnelle (25, 27). Malgré le fait qu'un diagnostic de santé mentale amène avec lui son lot de stigmatisation et de préjugés (28, 29), plusieurs expriment que cette étiquette leur permet d'avoir accès aux soins et à l'aide professionnelle dont ils ont besoin (6, 17). Il est donc crucial que les infirmières aient conscience du fait que l'attribution d'un diagnostic psychiatrique est rarement exclusivement basée sur les signes et symptômes présentés par un individu, mais que plusieurs autres facteurs entrent en ligne de compte. Considérant les impacts qu'un diagnostic psychiatrique peut avoir sur la vie de la personne qui le reçoit

(27, 28, 40) et sa famille, il est important pour l'infirmière de toujours être à l'affût des biais qu'un diagnostic peut introduire dans sa pratique et ses plans thérapeutiques (6,17).

CONCLUSION

La modulation des diagnostics psychiatriques est apparue dans les milieux de soins dans le but premier de faciliter l'accessibilité aux soins spécialisés pour les personnes ne pouvant pas y avoir accès autrement que par le système de santé publique. Ce concept peut donc sembler n'avoir de l'intérêt que pour le domaine médical cependant, il devrait aussi être une priorité pour la discipline infirmière. Un diagnostic de santé mentale affecte toutes les sphères de la vie d'une personne, incluant son identité et ses comportements. Le rôle pivot de l'infirmière la place au centre de la relation que le patient entretient avec le système de la santé et lui permet d'avoir un impact majeur sur la façon dont cette relation se déroulera.

La définition présentée dans cet article est un point de départ stimulant pour la recherche et le développement des connaissances scientifiques au sujet de ce concept peu connu et peu opérationnalisé jusqu'à maintenant. Elle fournit les fondations et la clarté nécessaire pour continuer d'améliorer le développement de ce concept (9).

CONFLIT D'INTÉRÊTS

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts dans le cadre de ce projet.

Références

1. Statistique Canada. L'accès aux soins de santé mentale au Canada. [Internet]. 2017 [cité 26 oct 2020]. Disponible à: http://publications.gc.ca/collections/collection_2017/statcan/11-627-m/11-627-m2017019-fra.pdf
2. Agence de la santé publique du Canada. Le fardeau économique de la maladie au Canada (FEMC) [Internet]. Le fardeau économique de la maladie au Canada (FEMC). 2018. Disponible à: <http://cost-illness.canada.ca/index.php?lang=fra>
3. Organisation mondiale de la santé (OMS). Rapport sur la santé dans le monde 2001. La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs [Internet]. 2001. Disponible à: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_fr.pdf?ua=1
4. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). Politique de santé mentale. Québec, Canada; 1989.
5. Dobransky K. The good, the bad, and the severely mentally ill: Official and informal labels as organizational resources in community mental health services. *Soc Sci Med.* sept 2009;69(5):722-8.
6. Hansen EC, Hughes C, Routley G, Robinson AL. General practitioners' experiences and understandings of diagnosing dementia: Factors impacting on early diagnosis. *Soc Sci Med.* déc 2008;67(11):1776-83.
7. Mallett CA. Behaviorally-based disorders: the historical social construction of youths' most prevalent psychiatric diagnoses. *Hist Psychiatry.* déc 2006;17(4):437-60.
8. Cooper R. Understanding the DSM-5: stasis and change. *Hist Psychiatry.* mars 2018;29(1):49-65.
9. Rodgers BL, Knafl KA. Concept Development in Nursing: Foundations, Techniques, and Applications [Internet]. Saunders; 2000. (Rodgers, Concept Development in Nursing). Disponible à: <https://books.google.ca/books?id=NiNtAAAAMAAJ>
10. Larousse. Le Petit Larousse. Éditions Larousse. Paris, France; 2018.
11. Brown P. Naming and Framing: The Social Construction of Diagnosis and Illness. *J Health Soc Behav.* 1995;35:34.
12. Conrad P, Barker KK. The Social Construction of Illness: Key Insights and Policy Implications. *J Health Soc Behav.* 2010;51:S67-79.
13. Jutel A. Truth and lies: Disclosure and the power of diagnosis. *Soc Sci Med.* sept 2016;165:92-8.
14. Paquette-Desjardins Danièle, Sauvé Johanne. Modèle conceptuel et démarche clinique: outils de soutien aux prises de décision. Montréal: Beauchemin; 2008. 197 p. (Profession infirmière).
15. Dallaire C. Le savoir infirmier: Au coeur de la discipline et de la profession. Montréal: Chenelière Education; 2008.
16. Aronowitz R. Framing disease: An underappreciated mechanism for the social patterning of health. *Soc Sci Med.* juill 2008;67(1):1-9.

17. Annandale E. Work roles and definitions of patient health. *Qual Sociol.* 1985;8(2):124-48.
18. Hirshbein L. The senile mind: psychology and old age in the 1930s and 1940s. *J Hist Behav Sci.* 1 janv 2002;38(1):43-56.
19. Béliard A, Eideliman J-S. Aux frontières du handicap psychique : genèse et usages des catégories médico-administratives. *Rev Fr Aff Soc.* 2009;1(1):99.
20. Charette M, Goudreau J, Alderson M. Une analyse évolutionniste du concept de compétence. *Rech Soins Infirm.* 23 mai 2014;N° 116(1):28-39.
21. Harrisson S. Déshospitalisation Psychiatrique au Sein de la Communauté Francophone Est-Ontarienne, 1976-2006 : Une Approche Sociohistorique [Internet] [Thesis]. Université d'Ottawa / University of Ottawa; 2017 [cité 31 oct 2020]. Disponible à : <http://ruor.uottawa.ca/handle/10393/35874>
22. Clegg JW. Teaching about mental health and illness through the history of the DSM. *Hist Psychol.* 2012;15(4):364-70.
23. Horwitz AV, Grob GN. The Troubled History of Psychiatry's Quest for Specificity. *J Health Polit Policy Law.* août 2016;41(4):521-39.
24. Sanders JL. A Distinct Language and a Historic Pendulum: The Evolution of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *Arch Psychiatr Nurs.* déc 2011;25(6):394-403.
25. Cotten C, Ridings J. Getting Out/Getting In: The DSM, Political Activism, and the Social Construction of Mental Disorders. *Soc Work Ment Health.* mai 2011;9(3):181-205.
26. Mayes R, Horwitz AV. DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. *J Hist Behav Sci.* 2005;41(3):249-67.
27. Moncrieff J. Psychiatric diagnosis as a political device. *Soc Theory Health.* nov 2010;8(4):370-82.
28. Shaikh A, Kauppi C. Postpartum Depression: Deconstructing the Label Through a Social Constructionist Lens. *Soc Work Ment Health.* 3 sept 2015;13(5):459-80.
29. Browne TK. Is Premenstrual Dysphoric Disorder Really a Disorder? *J Bioethical Inq.* juin 2015;12(2):313-30.
30. Béliard A, Eideliman J-S. Mots pour maux . Théories diagnostiques et problèmes de santé. *Rev Fr Sociol.* 2014;55(3):507.
31. McPherson S, Armstrong D. Negotiating 'depression' in primary care: A qualitative study. *Soc Sci Med.* oct 2009;69(8):1137-43.
32. Pringault S. La maladie d'Alzheimer, d'une création nosographique à une logique de prévention. *L'Évolution Psychiatr.* avr 2018;83(2):313-31.
33. Prud'homme J. Diagnostics, promotion professionnelle et politiques de la santé. Les orthophonistes québécoises depuis 1970. *Rech Sociographiques.* 13 févr 2007;47(2):253-75.
34. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders II. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 1968. 158 p.
35. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III [Internet]. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 1980. Disponible à : <https://books.google.ca/books?id=jrdrAAAAMAAJ>

36. Castel P. Le médecin, son patient et ses pairs: Une nouvelle approche de la relation thérapeutique. *Rev Fr Sociol.* 2005;46(3):443.
37. Pickersgill M. How personality became treatable: The mutual constitution of clinical knowledge and mental health law. *Soc Stud Sci.* févr 2013;43(1):30-53.
38. Meleis AI. *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* [Internet]. New York: Springer Pub. Co.; 2010 [cité 30 oct 2020]. Disponible à: <http://site.ebrary.com/id/10373338>
39. Bjorklund P. No man's land: Gender bias and social constructivism in the diagnosis of Borderline Personality Disorder. *Issues Ment Health Nurs.* janv 2006;27(1):3-23.
40. Lurie S, Goldbloom D. More for the Mind and Its Legacy. *Can J Commun Ment Health* [Internet]. 24 févr 2016 [cité 30 oct 2020]; Disponible à: <https://www.cjcmh.com/doi/abs/10.7870/cjcmh-2015-007>

Discussion

Ce chapitre discute des résultats de l'analyse des données ainsi que des forces et des limites de l'étude et de ses retombées au niveau de l'enseignement, de la pratique et de la recherche.

Lorsque la théorie de la construction sociale est prise en considération, il est possible de définir un diagnostic psychiatrique comme quelque chose qui peut être influencé et qui peut être modulé par des forces externes comme la société, la culture ou l'époque dans lesquelles il est utilisé. Cette façon de percevoir les diagnostics psychiatriques amène à se questionner sur le contexte, les facteurs d'influences et les conséquences que cette *modulation des diagnostics psychiatriques* peut avoir sur les personnes et les professionnels de la santé qui y sont sujets.

L'analyse de concept selon la méthode évolutionniste de Rodgers et Knalf (2000) a permis de définir la *modulation des diagnostics psychiatriques* comme étant le fait qu'un diagnostic de santé mentale varie sous l'influence de facteurs intrinsèques ou extrinsèques connus ou selon des facteurs inconnus. Ces modulations prennent place dans le but de permettre au diagnostic de remplir son rôle clé en facilitant l'accès au système et aux services de la santé. La *Figure 3* présente une version schématisée de cette définition.

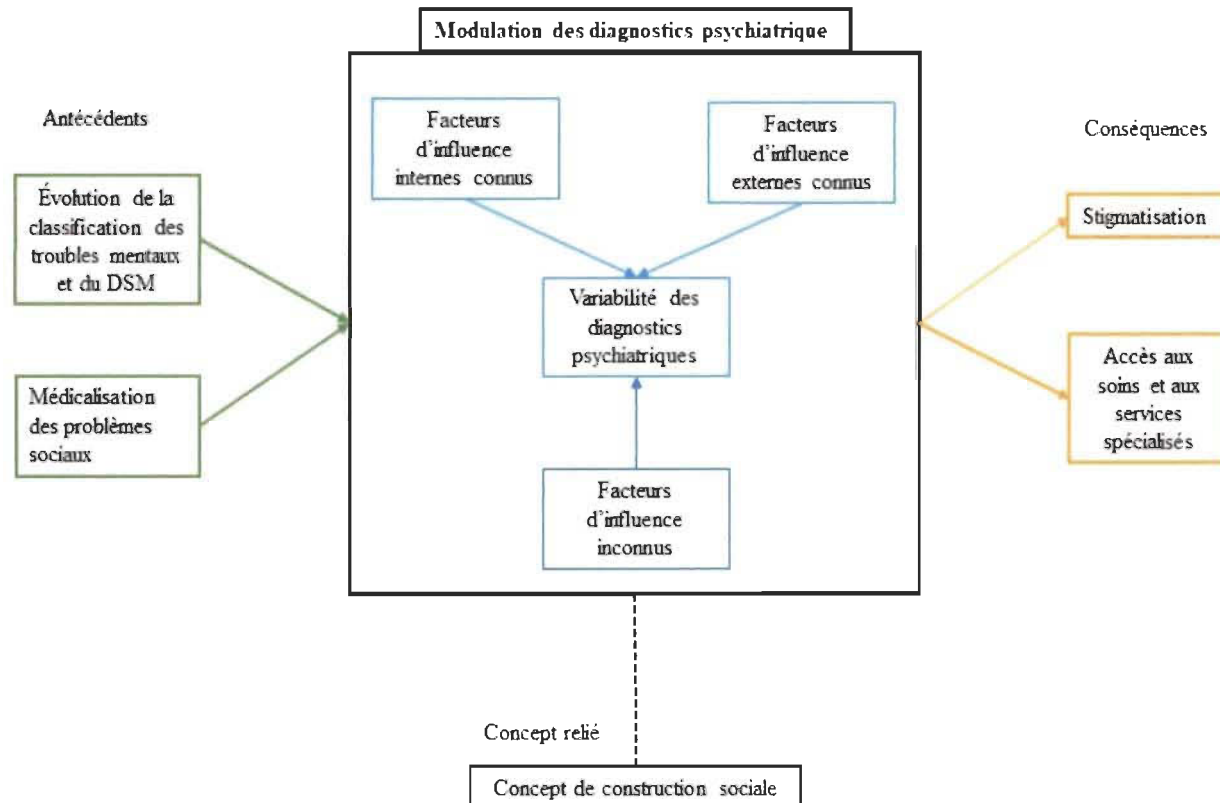


Figure 3. La modulation des diagnostics psychiatriques

La définition présentée dans ce mémoire est en congruence avec la littérature scientifique. Il est en effet possible de trouver les caractéristiques de la *modulation des diagnostics psychiatriques* parmi d'autres projets publiés. Les antécédents de cette définition, représentant les facteurs qui précèdent l'apparition du phénomène, c'est-à-dire l'évolution des catégories diagnostics et du DSM ainsi que la médicalisation de problèmes sociaux, sont des sujets ayant été grandement explorés dans la littérature (Blashfield *et al.*, 2014; Rogler, 1997; Strand, 2011). En plus d'étudier l'évolution et l'histoire des

classifications diagnostiques, plusieurs auteurs se sont aussi intéressés aux impacts de ces changements sur le champ disciplinaire de la psychiatrie, sur les professionnels de la santé et sur les patients nécessitant des services spécialisés en santé mentale (Blashfield *et al.*, 2014; Cooper, 2018). Ces transitions ont, entre autres, entraîné un important mouvement de médicalisation de problèmes d'origine sociale en problème médical nécessitant différents traitements (Horwitz, 2007). Effectivement, des auteurs comme Bilszta, Ericksen, Buist & Milgrom (2010) et Horsfall (2001) abordent la propension de la société et du domaine de la psychiatrie à médicaliser des situations jugées hors normes, particulièrement lorsque celles-ci sont en conflit avec les valeurs que véhicule la collectivité (Nahas & Amasheh, 1999; Wright & Owen, 2001).

Par ailleurs, le caractère variable des diagnostics psychiatriques est abordé par plusieurs auteurs, et ce, de différentes façons. En effet, certains s'attardent au fait que la signification d'un diagnostic varie selon la culture ou la région au sein de laquelle il est employé (Nahas & Amasheh, 1999). Quant à Fox (1989), il s'est surtout penché sur le fait que certaines définitions de maladie, comme celle de la maladie d'Alzheimer, ont énormément évolué au fil des époques (Hansen *et al.*, 2008). Cette variation peut aussi se retrouver à plusieurs instances comme au niveau des interactions qu'un patient entretient avec les professionnels de la santé (Dobransky, 2011). Elle est aussi présente dans les échanges que le patient entretient avec le système de santé au sein duquel il reçoit des soins et des services (Dobransky, 2011).

En dernier lieu, les conséquences du concept de modulation des diagnostics psychiatriques, qui perçues comme les répercussions de la manifestation du phénomène, sont l'accès aux soins et aux services spécialisés et la stigmatisation. Ces deux conséquences sont aussi des sujets bien présents chez maints auteurs, peu importe la discipline. Que le sujet soit exploré au sein des disciplines infirmière ou médicale, le lien entre l'énonciation diagnostique, qu'il soit le premier ou non, et l'accès aux services en est un étroit et solide (Auxéméry, 2014; Bilszta *et al.*, 2010; Michael Olasoji, Maude, & McCauley, 2016). Mais malgré cette forte relation entre le diagnostic et l'accès aux soins, celle qui existe entre les diagnostics de santé mentale et la stigmatisation est encore plus considérable (Bilszta *et al.*, 2010; Ewertzon, Cronqvist, Lützn, & Andershed, 2012; Horsfall, 2001; Olasoji *et al.*, 2016), puisque la puissance d'un mot est d'autant plus importante à prendre en considération lorsque ces mots représentent des troubles psychiatriques (Allen, 2007).

En terminant, la définition de la *modulation des diagnostics psychiatriques* présente dans ce projet se retrouve à la frontière de deux disciplines, les sciences humaines et sociales, d'où elle émerge, et celle des sciences infirmières pour qui elle a été créée. Cette définition jette les bases nécessaires à l'exploration plus approfondie de ce phénomène au sein de la discipline infirmière et permettra à plusieurs autres chercheurs de s'intéresser à la *modulation des diagnostics psychiatriques* tout en employant un langage commun à tous.

7.1 Implications

Les diagnostics psychiatriques peuvent être soumis à une modulation de façon répétée. Ce phénomène de *modulation des diagnostics psychiatriques* est également influencé par plusieurs types de facteurs qui ne sont pas toujours directement liés à l'individu atteint de troubles mentaux. Il est donc essentiel que l'infirmière ait la capacité d'identifier les facteurs d'influence indiquant la présence de modulation des diagnostics. Ces aptitudes l'aideront à relativiser le sens d'un diagnostic afin d'être consciente des biais que celui-ci peut introduire dans le cadre de son travail (Annandale, 1985; Dobransky, 2009). De même, ces habilités lui permettront d'être en mesure d'accompagner le patient et sa famille lors d'un changement de diagnostic. Elle sera plus facilement capable d'adapter ses interventions en fonction des conséquences d'une modification de diagnostic sur le patient et non sur les raisons qui ont motivé ce changement. En préparant et en informant le patient et son entourage à cette réalité, elle augmentera les capacités de ces derniers pour affronter cette épreuve plus aisément. En effet, plus une personne est disposée et détient les connaissances essentielles pour affronter cette éventualité, plus elle aura de la facilité à y faire face (Coffey, 2014; Meleis, 2010). Ce rôle de support est primordial puisqu'un processus de transition non complet peut avoir des conséquences importantes sur la vie d'une personne (Coffey, 2014; Meleis, 2010).

De plus, l'infirmière doit aussi être en mesure d'accompagner le patient et sa famille dans l'établissement de ressources personnelles et communautaires (Ordre des

infirmiers et infirmières du Québec, 2019). L'accès à ces ressources sont des facteurs facilitant le processus de transition et permet de diminuer les conséquences et la stigmatisation qu'une telle étiquette diagnostic peut avoir sur une personne. Il est important de travailler sur les idées préconçues et les préjugés associés aux diagnostics psychiatriques (Lurie & Goldbloom, 2015; Moncrieff, 2010; Shaikh & Kauppi, 2014) qui peuvent faire obstacle à l'obtention et au respect d'un traitement optimal (Sherwood, 2019).

7.2 Forces

Les forces de ce projet se retrouvent au niveau de l'originalité d'avoir utilisé un cadre de référence ne provenant pas de la discipline infirmière. En effet, l'unicité qu'apporte le fait d'avoir conjugué un cadre de référence des sciences humaines à la discipline infirmière se reflète tout au long du projet dans le choix des échantillons, l'analyse des données et dans les résultats. Par ailleurs, la complémentarité des deux échantillons provenant de deux sources primaires différentes apporte une richesse et une profondeur à la définition du concept de *modulation des diagnostics psychiatriques*. De plus, la validation méthodique des codes issus de l'analyse thématique des données narratives par l'équipe de direction du projet atteste de la rigueur qui a été mise en place par l'étudiante-chercheure tout au long du processus de recherche et d'analyse. En terminant, le respect minutieux de la méthode évolutionniste d'analyse de concept de Rodgers et Knalf (2000) apporte une crédibilité importante à la définition tirée de l'analyse des données.

7.3 Limites

Les limites de ce projet de recherche sont en lien avec l'accès aux sources documentaires utilisées pour construire le deuxième échantillon, c'est-à-dire celui constitué des registres d'admissions au département de psychiatrie et des dossiers médicaux. En effet, les dossiers médicaux de l'Hôpital Montfort ont été entreposés au fil des années sous deux formes, soit en microfiches ou soit sous forme de dossiers papiers complets. Lors du transfert des dossiers papiers sous la forme de microfiches, seule une partie des formulaires ont été sélectionnés (Harrisson, 2017). Les notes narratives infirmières, jugées trop volumineuses, ne faisaient malheureusement pas partie de cette liste. Elles ont donc systématiquement été détruites jusqu'en 1988 (Harrisson, 2016). L'absence des notes infirmières entre 1976 et 1988 implique qu'il est donc impossible de les utiliser dans le but de savoir si le diagnostic médical présent dans le résumé de sortie est bel et bien cohérent avec la symptomatologie présentée par le patient au cours de son hospitalisation dans les notes d'observations des infirmières. De plus, un dégât d'eau dans le lieu d'entreposage des archives médicales a rendu l'accès aux dossiers médicaux de l'année 1981 et 1982 inaccessible (Harrisson, 2017).

De plus, la comparaison entre les diagnostics provenant du dossier médical et ceux provenant des registres d'admissions de l'Hôpital Montfort a révélé plusieurs inconsistances. Le Tableau 5, présenté à l'appendice E, illustre ces différences. Il est toutefois difficile de savoir si ces divergences sont d'origine volontaire ou seulement des erreurs de transcription. Effectivement, il est irréalisable de retracer l'origine des

incongruences identifiées entre les deux documents. Il est autant probable que ces différences aient été occasionnées par le médecin traitant alors qu'il transcrivait le ou les codes diagnostics au dossier ou par la personne responsable d'inscrire ces codes diagnostics dans les registres d'admissions. Certaines différences sont probablement non significatives néanmoins, il est impossible de prendre position plus clairement en ce moment.

7.4 Retombées

Les retombées attendues du projet peuvent être séparées en trois catégories et portent sur les impacts potentiels du projet sur le domaine de la recherche en sciences infirmières, sur la pratique et sur l'enseignement de la profession.

7.4.1 Recherche. Rodgers et Knafl (2000) affirment qu'un concept se doit toujours d'être considéré comme faisant partie d'un contexte et comme ayant des liens avec d'autres concepts. Le fait d'avoir émis une définition de la *modulation des diagnostics psychiatriques* propre au domaine des sciences infirmières permettra l'avancement de la recherche scientifique puisqu'il octroie la chance à plusieurs chercheurs de s'intéresser au même phénomène tout en utilisant un vocabulaire commun (McEwen & Wills, 2017). Les prochains projets de recherche portant sur la *modulation des diagnostics psychiatriques* permettront d'enrichir le réseau entourant ce concept. Ils pourront aussi s'intéresser aux impacts et aux conséquences des changements fréquents de diagnostics auprès des personnes concernées et sur le système de la santé. Il sera possible de s'attarder au rôle

que tient l'infirmière dans ces situations et la façon dont celle-ci peut intervenir pour soutenir les personnes vivant de la *modulation des diagnostics psychiatriques*.

7.4.2 Discipline. À long terme, ce projet de recherche pourrait avoir un impact sur la façon dont les infirmières interagissent avec leurs patients. Effectivement, il est primordial pour ces intervenantes en santé qu'elles aient conscience du fait que l'attribution d'un diagnostic psychiatrique est rarement exclusivement basée sur les signes et symptômes présentés ou sur l'état de santé général d'une personne, mais que plusieurs autres facteurs externes ont aussi une influence sur ce processus. Considérant l'importance de la signification et de la stigmatisation (Lurie & Goldbloom, 2015; Moncrieff, 2010; Shaikh & Kauppi, 2014) qu'un diagnostic psychiatrique peut avoir, il est important pour l'infirmière de toujours être à l'affût des biais qu'un changement de diagnostic peut introduire dans sa pratique. Effectivement, le diagnostic a un impact sur la perception qu'elle a d'un patient, de ses comportements et sur la façon dont elle interagit et intervient avec cet individu (Annandale, 1985; Dobransky, 2009).

Bien que modeste, ce projet pourrait aussi éventuellement améliorer l'accessibilité aux services de soins spécialisés en santé mentale pour les personnes atteintes de troubles psychiques.

7.4.3 Enseignement. L'analyse du concept de *modulation des diagnostics psychiatriques* identifie plusieurs facteurs pouvant influencer un changement de diagnostics chez une même personne dont la majorité n'est pas d'origine biologique ou médicale, mais bien sociale. Cette analyse démontre donc l'importance directe que les

volets sociopolitiques peuvent avoir sur la pratique en santé. Malheureusement, les infirmières ne sont pas reconnues comme étant de ferventes participantes au monde politique (Dallaire, 2008) et les cursus collégiaux et universitaires abordent peu l'aspect sociopolitique de la profession infirmière. Ce projet pourrait donc éventuellement aider à développer de façon plus importante l'aspect sociopolitique de la formation de base des infirmières dans le but d'intégrer la dimension d'engagement politique à leur identité professionnelle comme un aspect essentiel à leur rôle de professionnelle de la santé.

Conclusion

En conclusion, le but de ce projet de maîtrise était de clarifier la définition du concept de *modulation des diagnostics psychiatriques* et d'identifier les facteurs d'influences entourant les changements diagnostics chez une même personne. À l'aide de la méthode d'analyse de concept selon Rodgers et Knafl (2000), il a été possible de déterminer que la *modulation des diagnostics psychiatriques* est le fait qu'un diagnostic de santé mentale varie sous l'influence de facteurs intrinsèques ou extrinsèques connus ou selon des facteurs inconnus. Ces modulations prennent place dans le but de permettre au diagnostic de remplir son rôle clé en facilitant l'accès au système et aux services de la santé.

La *modulation des diagnostics psychiatriques* est née de la nécessité de faciliter l'accès aux soins spécialisés tout en naviguant dans les contraintes du système de la santé québécois. Ce concept, qui de prime à bord semble ne concerner que les médecins, devrait aussi être au cœur des enjeux infirmiers d'aujourd'hui puisque les infirmières détiennent un rôle clé dans la coordination des individus dans le système de la santé. Elles sont à l'entrée du réseau par leur rôle à l'urgence, en groupe de médecine familiale et de par leur présence aux services téléphoniques d'infosanté (Dallaire, 2008). Il est aussi primordial de les conscientiser au fait que chaque changement de diagnostic psychiatrique, qu'il soit le premier ou le sixième, peut avoir un impact non négligeable sur la personne qui le vit. Elles doivent être sensibles à cette réalité afin d'être en mesure d'accompagner convenablement leur patient (Ordre des infirmiers et infirmières du Québec, 2019). De

même, leur engagement politique pourrait être le commencement d'une révision majeure des politiques de santé et de l'organisation du réseau de soins.

Malgré le fait qu'il est nécessaire de poursuivre les recherches en lien avec la *modulation des diagnostics psychiatriques* dans le but d'approfondir ce concept naissant, il est tout de même justifié de se questionner par rapport aux conséquences qu'un tel phénomène peut avoir sur les individus et le système de santé à long terme. Ces questionnements devraient s'attarder aux décisions sociopolitiques ayant mené à la naissance de ce phénomène et sur la façon dont le système de la santé octroie l'accès à ses services de santé spécialisés, particulièrement ceux de santé mentale. À la lumière de ces nouvelles informations, serait-il temps de repenser l'accessibilité aux soins psychiatriques dans le réseau québécois de la santé ?

Bibliographie

Agence de la santé publique du Canada. (2018). Le fardeau économique de la maladie au Canada (FEMC). *Le fardeau économique de la maladie au Canada (FEMC)*. Repéré à <http://cost-illness.canada.ca/index.php?lang=fra>

Allen, S. (2007). Self-harm and the words that bind : A critique of common perspectives. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(2), 172-178. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01060.x>

American Medico-Psychological Association. (1918). *Statistical Manual for the Use of Institutions for the Insane*. New York City, NJ: National committee for mental hygiene.

American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and Statistical Manual : Mental Disorders*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders II*. Washington, D.C: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (Éd.). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5* (5th ed). Washington, D.C: American Psychiatric Association.

Annandale, E. (1985). Work roles and definitions of patient health. *Qualitative Sociology*, 8(2), 124-148. <https://doi.org/10.1007/BF00989468>

Arcand, M., & Hébert, R. (2007). *Précis pratique de gériatrie*. (S.l.): Edisem.

Aronowitz, R. (2008). Framing disease : An underappreciated mechanism for the social patterning of health. *Social Science & Medicine*, 67(1), 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.02.017>

Auxéméry, Y. (2014). Vers une possible évolution fiable et valide de la nosographie psychiatrique moderne ? Analyse critique des origines du DSM-III aux hypothèses actuelles. *L'Évolution Psychiatrique*, 79(1), 79-94.
<https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2013.07.002>

Baldwin, M. A., & Rose, P. (2009). Concept analysis as a dissertation methodology. *Nurse Education Today*, 29(7), 780-783.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2009.03.009>

Beckstead, J. W., & Beckstead, L. G. (2006). A multidimensional analysis of the epistemic origins of nursing theories, models, and frameworks. *International Journal of Nursing Studies*, 43(1), 113-122.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2004.09.021>

Béliard, A., & Eideliman, J.-S. (2009). Aux frontières du handicap psychique : Genèse et usages des catégories médico-administratives. *Revue française des affaires sociales*, 1(1), 99. <https://doi.org/10.3917/rfas.091.0099>

Béliard, A., & Eideliman, J.-S. (2014). Mots pour maux. Théories diagnostiques et problèmes de santé. *Revue française de sociologie*, 55(3), 507.
<https://doi.org/10.3917/rfs.553.0507>

Bilszta, J., Ericksen, J., Buist, A., & Milgrom, J. (2010). A Qualitative Study of Health Professionals Involved in the Care and Treatment of Women with Postnatal Emotional Distress. *International Journal of Mental Health Promotion*, 12(3), 5-13. <https://doi.org/10.1080/14623730.2010.9721814>

Bjorklund, P. (2006). No man's land : Gender bias and social constructivism in the diagnosis of Borderline personality disorder. *Issues in Mental Health Nursing*, 27(1), 3-23. <https://doi.org/10.1080/01612840500312753>

Blashfield, R. K., Keeley, J. W., Flanagan, E. H., & Miles, S. R. (2014). The Cycle of Classification : DSM-I Through DSM-5. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10(1), 25-51. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153639>

Boudreau, F. (2003). *De l'asile à la santé mentale : Les soins psychiatriques : Histoire et institutions*. Montréal: Éditions Saint-Martin.

- Bragg, T. A., & Cohen, B. M. (2007). From asylum to hospital to psychiatric health care system. *The American Journal of Psychiatry*, *164*(6), 883. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.6.883>
- Brossard, B., & Carpentier, N. (2017). To what extent does diagnosis matter? Dementia diagnosis, trouble interpretation and caregiving network dynamics. *Sociology of Health & Illness*, *39*(4), 566-580. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12501>
- Brown, P. (1995). Naming and Framing : The Social Construction of Diagnosis and Illness. *Journal of Health and Social Behavior*, *35*, 34. <https://doi.org/10.2307/2626956>
- Browne, T. K. (2015). Is Premenstrual Dysphoric Disorder Really a Disorder? *Journal of Bioethical Inquiry*, *12*(2), 313-330. <https://doi.org/10.1007/s11673-014-9567-7>
- Castel, P. (2005). Le médecin, son patient et ses pairs : Une nouvelle approche de la relation thérapeutique. *Revue française de sociologie*, *46*(3), 443. <https://doi.org/10.3917/rfs.463.0443>
- Chaufan, C., Hollister, B., Nazareno, J., & Fox, P. (2012). Medical ideology as a double-edged sword : The politics of cure and care in the making of Alzheimer's disease. *Social Science & Medicine*, *74*(5), 788-795. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.10.033>
- Clegg, J. W. (2012). Teaching about mental health and illness through the history of the DSM. *History of Psychology*, *15*(4), 364-370. <https://doi.org/10.1037/a0027249>
- Code des professions. (2017). Code de déontologie des médecins. *c. M*, 19.
- Coffey, A. (2014). Transitions theory. Dans J. J. Fitzpatrick, & G. McCarthy (Éds.) *Theories guiding nursing research and practice : Making nursing knowledge development explicit* (pp. 51-68). New York, NY: Springer Publishing Company.
- Collège des Médecins du Québec. (2020). Les aspects légaux, déontologiques et organisationnels de la pratique médicale au Québec, 180.

- Conrad, P., & Barker, K. K. (2010). The Social Construction of Illness : Key Insights and Policy Implications. *Journal of Health and Social Behavior*, 51, S67-S79.
- Cooper, R. (2018). Understanding the DSM-5 : Stasis and change. *History of Psychiatry*, 29(1), 49-65. <https://doi.org/10.1177/0957154X17741783>
- Cotten, C., & Ridings, J. (2011). Getting Out/Getting In : The DSM, Political Activism, and the Social Construction of Mental Disorders. *Social Work in Mental Health*, 9(3), 181-205. <https://doi.org/10.1080/15332985.2010.534359>
- Dallaire, C. (2008). *Le savoir infirmier : Au coeur de la discipline et de la profession*. Montréal: Chenelière Education.
- Dobransky, K. (2009). The good, the bad, and the severely mentally ill : Official and informal labels as organizational resources in community mental health services. *Social Science & Medicine*, 69(5), 722-728. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.06.038>
- Dobransky, K. (2011). Labeling, Looping, and Social Control : Contextualizing Diagnosis in Mental Health Care. Dans P. McGann & D. J. Hutson (Éds), *Advances in Medical Sociology* (pp. 111-131). (S.l.): Emerald Group Publishing Limited. [https://doi.org/10.1108/S1057-6290\(2011\)0000012010](https://doi.org/10.1108/S1057-6290(2011)0000012010)
- Doré, M. (1987). La désinstitutionnalisation au Québec. *Santé mentale au Québec*, 12(2), 144-157. <https://doi.org/10.7202/030407ar>
- Duprey, C. (2011). La révolution psychiatrique au Québec, 1950-1962. De l'asile à la psychiatrie communautaire et l'*open-door*. *Histoire sociale/Social history*, 44(88), 355-384. <https://doi.org/10.1353/his.2011.0017>
- Ewertzon, M., Cronqvist, A., Lütznén, K., & Andershed, B. (2012). A Lonely Life Journey Bordered with Struggle : Being a Sibling of an Individual with Psychosis. *Issues in Mental Health Nursing*, 33(3), 157-164. <https://doi.org/10.3109/01612840.2011.633735>
- Fawcett, J. (1993). *Analysis and Evaluation of Nursing Theories*. Philadelphia: F A Davis Co.

- Fortinash, K. (2019). *Soins infirmiers : Santé mentale et psychiatrie*. Montréal: Chenelière Education.
- Fox, P. (1989). From Senility to Alzheimer's Disease : The Rise of the Alzheimer's Disease Movement. *The Milbank Quarterly*, 67(1), 58.
<https://doi.org/10.2307/3350070>
- Freidson, E. (1970). *Profession of medicine a study of the sociology of applied knowledge*. New York: Dodd, Mead.
- Gouvernement du Canada, G. consultatif interagences en éthique de la recherche. (2016, 5 février). Énoncé de politique des trois conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains – EPTC 2 (2018). Repéré à https://ethics.gc.ca/fra/policy-politique_tcps2-epc2_2018.html
- Grob, N. (1991). Origins of DSM-I: A Study in Appearance and Reality. *Am J Psychiatry*, 11.
- Hansen, E. C., Hughes, C., Routley, G., & Robinson, A. L. (2008). General practitioners' experiences and understandings of diagnosing dementia : Factors impacting on early diagnosis. *Social Science & Medicine*, 67(11), 1776-1783.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.020>
- Harrisson, S. (2016). Les notes « Observations de l'infirmière » du Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort : Une source archivistique incontournable en santé mentale. *Santé mentale au Québec*, 41(2), 69-82.
<https://doi.org/10.7202/1037956ar>
- Harrisson, S. (2017). *Déshospitalisation Psychiatrique au Sein de la Communauté Francophone Est-Ontarienne, 1976-2006 : Une Approche Sociohistorique*. Thesis. Université d'Ottawa / University of Ottawa.
- Heritage, J., & McArthur, A. (2019). The diagnostic moment : A study in US primary care. *Social Science & Medicine*, 228, 262-271.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.03.022>

- Hirshbein, L. (2002). The senile mind : Psychology and old age in the 1930s and 1940s. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 38(1), 43-56. <https://doi.org/10.1002/jhbs.1096>
- Horsfall, J. (2001). GENDER AND MENTAL ILLNESS : AN AUSTRALIAN OVERVIEW. *Issues in Mental Health Nursing*, 22(4), 421-438. <https://doi.org/10.1080/01612840119734>
- Horwitz, A. V. (2007). Transforming Normality into Pathology : The DSM and the Outcomes of Stressful Social Arrangements. *Journal of Health and Social Behavior*, 48(3), 211-222. <https://doi.org/10.1177/002214650704800301>
- Horwitz, A. V., & Grob, G. N. (2016). The Troubled History of Psychiatry's Quest for Specificity. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 41(4), 521-539. <https://doi.org/10.1215/03616878-3620797>
- Hupcey, J., & Penrod, J. (2005). Concept analysis : Examining the state of the science. *Research and Theory for Nursing Practice*, 19(2), 197-208.
- Hupcey, Judith, Morse, J. M., Lenz, E. R., & Tasón, M. C. (1996). Wilsonian methods of concept analysis : A critique. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 10(3), 185-210.
- Jenkins, T. M., & Short, S. E. (2017). Negotiating intersex : A case for revising the theory of social diagnosis. *Social Science & Medicine*, 175, 91-98. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.12.047>
- Jutel, A. (2016). Truth and lies : Disclosure and the power of diagnosis. *Social Science & Medicine*, 165, 92-98. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.07.037>
- Kelly, S., & McKenna, H. (2004). Risks to mental health patients discharged into the community. *Health, Risk & Society*, 6(4), 377-385. <https://doi.org/10.1080/13698570412331323252>
- Kosky, R. (1986). From Morality to Madness : A Reappraisal of the Asylum Movement in Psychiatry 1800–1940. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 20(2), 180-187. <https://doi.org/10.3109/00048678609161330>

- Larousse. (2018). *Le Petit Larousse* (Éditions Larousse). Paris, France
- Lurie, S., & Goldbloom, D. (2016). More for the Mind and Its Legacy. *Canadian Journal of Community Mental Health*. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2015-007>
- MacCulloch, T. (2010). Constructions of Truth, Gate-Keeping and the Power of Diagnostic Labels. *Issues in Mental Health Nursing*, 31(2), 151-152. <https://doi.org/10.3109/01612840903456996>
- Maeda, H. (2016). The Discovery of Mental Hospital Patients : *A Historical Epidemiology of Institutionalization in the American North, 1880–1920*. *Social Science History*, 40(3), 463-490. <https://doi.org/10.1017/ssh.2016.14>
- Mallett, C. A. (2006). Behaviorally-based disorders : The historical social construction of youths' most prevalent psychiatric diagnoses. *History of Psychiatry*, 17(4), 437-460. <https://doi.org/10.1177/0957154X06063760>
- Mayes, R., & Horwitz, A. V. (2005). DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 41(3), 249-267. <https://doi.org/10.1002/jhbs.20103>
- McEwen, M., & Wills, E. M. (2014). *Theoretical basis for nursing* (Fourth edition). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- McPherson, S., & Armstrong, D. (2009). Negotiating 'depression' in primary care : A qualitative study. *Social Science & Medicine*, 69(8), 1137-1143. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.05.032>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory : Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Pub. Co.
- Michaud, M. S. (2017). *Rappel explicite d'une ventilation mécanique à l'unité des soins intensifs : Une analyse conceptuelle* (Thèse de maîtrise). UOttawa, Ottawa, Canada.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). (2015). Plan d'action en santé mentale 2015-2020 – Faire ensemble et autrement. Repéré à

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001319/?&date=DESC&type=plan-d-action&critere=type>

Moncrieff, J. (2008). The creation of the concept of an antidepressant : An historical analysis. *Social Science & Medicine*, 66(11), 2346-2355.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.01.047>

Moncrieff, J. (2010). Psychiatric diagnosis as a political device. *Social Theory & Health*, 8(4), 370-382. <https://doi.org/10.1057/sth.2009.11>

Moncrieff, J., & Cohen, D. (2005). Rethinking Models of Psychotropic Drug Action. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74(3), 145-153.
<https://doi.org/10.1159/000083999>

Mulder, R. (2008). An Epidemic of Depression or the Medicalization of Distress? *Perspectives in Biology and Medicine*, 51(2), 238-250.
<https://doi.org/10.1353/pbm.0.0009>

Munhall, P. L. (2012). *Nursing research : A qualitative perspective*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning.

Murray, H. (2014). “My Place Was Set At The Terrible Feast” : The Meanings of the “Anti-Psychiatry” Movement and Responses in the United States, 1970s–1990s. *The Journal of American Culture*, 37(1), 37-51.
<https://doi.org/10.1111/jacc.12105>

Nahas, V., & Amasheh, N. (1999). Culture Care Meanings and Experiences of Postpartum Depression among Jordanian Australian Women : A Transcultural Study. *Journal of Transcultural Nursing*, 10(1), 37-45.
<https://doi.org/10.1177/104365969901000113>

NANDA-I. (2020). What is the difference between a medical diagnosis and a nursing diagnosis ? | NANDA International Knowledgebase. Repéré à <http://nanda.host4kb.com/article/AA-00266/38/English-/Frequently-Asked-Questions/Nursing-Diagnosis/Nursing-Diagnosis-vs.-Medical-Diagnosis/What-is-the-difference-between-a-medical-diagnosis-and-a-nursing-diagnosis-.html>

- Olasoji, M., Maude, P., & McCauley, K. (2017). Not sick enough : Experiences of carers of people with mental illness negotiating care for their relatives with mental health services. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24(6), 403-411. <https://doi.org/10.1111/jpm.12399>
- Olasoji, Michael, Maude, P., & McCauley, K. (2016). A Journey of Discovery : Experiences of Carers of People with Mental Illness Seeking Diagnosis and Treatment for Their Relative. *Issues in Mental Health Nursing*, 37(4), 219-228. <https://doi.org/10.3109/01612840.2015.1135492>
- Ordre des infirmiers et infirmières du Québec. (2019). Code de déontologie des infirmières et infirmiers. Repéré à <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/cr/I-8,%20R.%209.pdf>
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2001). Rapport sur la santé dans le monde 2001. La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs. Repéré à http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_fr.pdf?ua=1
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2018). International classifications of diseases. Repéré à <http://www.who.int/classifications/icd/en/>
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2016). Chapitre 11. L'analyse thématique. *U, 4e éd.*, 235-312.
- Paquette-Desjardins, Danièle., & Sauvé, Johanne. (2008). *Modèle conceptuel et démarche clinique : Outils de soutien aux prises de décision*. Montréal: Beauchemin.
- Paradis, A. (1997). Le sous-financement gouvernemental et son impact sur le développement des asiles francophones au Québec (1845-1918). *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 50(4), 571-598. <https://doi.org/10.7202/305602ar>
- Paris, J. (2010). *The Use and Misuse of Psychiatric Drugs : An Evidence-Based Critique*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9780470666630>
- Parse, R. R. (2006). Concept Inventing : Continuing Clarification. *Nursing Science Quarterly*, 19(4), 289-289. <https://doi.org/10.1177/0894318406292785>

- Pereira, J. M. (2018). Psychiatry in Portugal : Key actors and conceptual history (1884–1924). *History of Psychiatry*, 29(2), 147-164.
<https://doi.org/10.1177/0957154X18756525>
- Pickersgill, M. (2013). How personality became treatable : The mutual constitution of clinical knowledge and mental health law. *Social Studies of Science*, 43(1), 30-53. <https://doi.org/10.1177/0306312712457722>
- Pilecki, B. C., Clegg, J. W., & McKay, D. (2011). The influence of corporate and political interests on models of illness in the evolution of the DSM. *European Psychiatry*, 26(3), 194-200. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2011.01.005>
- Ploeg, J., Denton, M., Hutchison, B., McAiney, C., Moore, A., Brazil, K., ... Lam, A. (2016). Primary Health Care Providers' Perspectives : Facilitating Older Patients' Access to Community Support Services. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, 35(4), 499-512.
<https://doi.org/10.1017/S0714980816000568>
- Porter, R. (1997). *The Greatest Benefit to Mankind*. New York: W.W. Norton.
- Potter, P. A., Perry, A. G., & Dallaire, C. (2010). *Soins infirmiers : Fondements généraux*. Montréal: Chenelière Education.
- Pringault, S. (2018). La maladie d'Alzheimer, d'une création nosographique à une logique de prévention. *L'Évolution Psychiatrique*, 83(2), 313-331.
<https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2017.12.005>
- Prud'homme, J. (2007). Diagnostics, promotion professionnelle et politiques de la santé. Les orthophonistes québécoises depuis 1970. *Recherches sociographiques*, 47(2), 253-275. <https://doi.org/10.7202/014203ar>
- Quétel, C. (2012). *Histoire de la folie. De l'Antiquité à nos jours*. Paris, France: Tallandier. Repéré à <https://www.cairn.info/histoire-de-la-folie--9782847349276.htm>
- Rasmussen, N. (2006). Making the First Anti-Depressant : Amphetamine in American Medicine, 1929–1950. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 61(3), 288-323. <https://doi.org/10.1093/jhmas/jrj039>

- Reynders, A., Kerkhof, A. J. F. M., Molenberghs, G., & Van Audenhove, C. (2014). Attitudes and stigma in relation to help-seeking intentions for psychological problems in low and high suicide rate regions. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(2), 231-239. <https://doi.org/10.1007/s00127-013-0745-4>
- Rodgers, B. L., & Knafl, K. A. (2000). *Concept Development in Nursing : Foundations, Techniques, and Applications*. Saunders.
- Rogler, L. H. (1997). Making Sense of Historical Changes in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : Five Propositions. *Journal of Health and Social Behavior*, 38(1), 9. <https://doi.org/10.2307/2955358>
- Romed, F. (2009). Autour de la formation aux diagnostics infirmiers, quelle dynamique d'accompagnement ? *Recherche en soins infirmiers*, 99, 97. <https://doi.org/10.3917/rsi.099.0097>
- Rose, L. E., Mallinson, R. K., & Walton-Moss, B. (2004). Barriers to Family Care in Psychiatric Settings. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(1), 39-47. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2004.04009.x>
- Rosenberg, C. (2007). *Our Present Complaint* | Johns Hopkins University Press Books. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Rosich, K. J., & Hankin, J. R. (2010). Key Findings from 50 years of Medical Sociology: *Contexts*. <https://doi.org/10.1525/ctx.2010.9.4.28>
- Sanders, J. L. (2011). A Distinct Language and a Historic Pendulum : The Evolution of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(6), 394-403. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2010.10.002>
- Sealy, P., & Whitehead, P. C. (2004). Forty Years of Deinstitutionalization of Psychiatric Services in Canada : An Empirical Assessment. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 49(4), 249-257. <https://doi.org/10.1177/070674370404900405>
- Shaikh, A., & Kauppi, C. (2015). Postpartum Depression : Deconstructing the Label Through a Social Constructionist Lens. *Social Work in Mental Health*, 13(5), 459-480. <https://doi.org/10.1080/15332985.2014.943456>

- Shepherd, M. (1994). Neuroleptics and the psychopharmacological revolution : Myth and reality: *History of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1177/0957154X9400501705>
- Sherwood, D. A. (2019). Healthcare curriculum influences on stigma towards mental illness : Core psychiatry course impact on pharmacy, nursing and social work student attitudes. *Currents in Pharmacy Teaching and Learning*, 11(2), 198-203. <https://doi.org/10.1016/j.cptl.2018.11.001>
- Strand, M. (2011). Where do classifications come from? The DSM-III, the transformation of American psychiatry, and the problem of origins in the sociology of knowledge. *Theory and Society*, 40(3), 273-313. <https://doi.org/10.1007/s11186-011-9142-8>
- Surís, A., Holliday, R., & North, C. (2016). The Evolution of the Classification of Psychiatric Disorders. *Behavioral Sciences*, 6(1), 5. <https://doi.org/10.3390/bs6010005>
- Thifault, M.-C., & Harrisson, S. (Éds). (2014). Le langage du care et les politiques de santé mentale de l'Ontario, 1976-2006. Dans *Dans M.-C. Thifault, & H. Dorvil (Éds.) Désinstitutionnalisation psychiatrique en Acadie, en Ontario francophone et au Québec, 1930-2013* (1^{re} éd.). Montréal: Presses de l'Université du Québec. <https://doi.org/10.2307/j.ctt1f1187j>
- Timmermans, S. (2013). Seven warrants for qualitative health sociology. *Social Science & Medicine*, 77, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.10.004>
- Toftagen, R., & Fagerstrøm, L. M. (2010). Rodgers' evolutionary concept analysis - a valid method for developing knowledge in nursing science : Presentation of Rodgers' evolutionary concept analysis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24, 21-31. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00845.x>
- Turner, T. (2004). The history of deinstitutionalization and reinstitutionalization. *Psychiatry*, 3(9), 1-4. <https://doi.org/10.1383/psyt.3.9.1.50257>
- Tyhurst, J. S., & Canadian Mental Health Association. (1963). *More for the mind; a study of psychiatric services in Canada*. Toronto: Canadian Mental Health Assn.

- Voyer, P. (2006). *Soins infirmiers aux aînés en perte autonomie. Une approche adaptée au CHSLD*. St-Laurent, QC: ERPI.
- Wallot, H. (1979). Perspective sur l'histoire québécoise de la psychiatrie : Le cas de l'asile de Québec. *Santé mentale au Québec*, 4(1), 102-122.
<https://doi.org/10.7202/030051ar>
- Weaver, K., & Mitcham, C. (2008). Nursing concept analysis in North America : State of the art. *Nursing Philosophy*, 9(3), 180-194. <https://doi.org/10.1111/j.1466-769X.2008.00359.x>
- Wright, N., & Owen, S. (2001). Feminist conceptualizations of women's madness : A review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 36(1), 143-150.
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01951.x>

Appendices

Appendice A

Tableau 3 *L'évolution du DSM et les changements majeurs ayant pris place*

Tableau 3*L'évolution du DSM et les changements majeurs ayant pris place*

Version	Années de publication	Nombre de pages	Différences
DSM	1952	130	Fortement influencé par la psychanalyse
DSM II	1968	134	Changement mineur au niveau des catégories Ajout de la possibilité de diagnostiquer des comorbidités
DSM III	1980	494	Changement radical de paradigme, adoption du modèle biomédical incluant le remaniement des catégories diagnostiques et l'ajout d'un système multiaxial
DSM IV	1994	886	Changement au niveau du processus de révision Peu de changement en lien avec le contenu des catégories diagnostiques
DSM 5	2013	970	Restructuration des troubles Retrait du système multiaxial Tentative de changement de paradigme non fructueuse

Appendice B

Tableau 4 *Article constituant l'échantillon provenant de la littérature scientifique*

Tableau 4

Article constituant l'échantillon provenant de la littérature scientifique

Nom des auteurs/année de publication	Discipline	Lien avec le concept de <i>modulation des diagnostics psychiatriques</i> <i>*caractéristique(s) à laquelle/auxquelles l'article a contribué</i>
1-Bjorklund, 2006	Sciences infirmières	L'auteur déconstruit le diagnostic de trouble de la personnalité en illustrant les biais de genre présents dans le processus diagnostique de ce type de trouble de santé mentale. <i>*Le concept de la construction sociale des diagnostics</i>
2-Olasoji, Maude et McCauley, 2017	Sciences infirmières	Les auteurs ont étudié les démarches que les aidants doivent faire afin d'avoir accès à des soins de santé mentale pour la personne aidée, particulièrement lors de période de crise. <i>*L'accès aux soins et aux services de santé spécialisés</i>
3-Ploeg et al., 2016	Sciences infirmières	Les auteurs se sont penchés sur la façon dont certaines personnes âgées vont réussir à avoir accès à des services communautaires. <i>*L'accès aux soins et aux services de santé spécialisés</i>
4-Shaikh et Kauppi, 2015	Sciences infirmières	Les auteurs ont analysé le diagnostic de <i>dépression post-partum</i> et son caractère social et construit. <i>* La médicalisation de problèmes d'origine sociale</i> <i>*La stigmatisation</i> <i>*Le concept de la construction sociale des diagnostics</i>
5-Annandale, 1985	Sciences humaines et sociales	L'auteur discute de l'impact que la perception du professionnel de la santé sur le diagnostic posé et le lien qu'entretient le diagnostic avec la façon dont le professionnel de la santé en question interviendra avec ce patient. <i>* La variabilité des diagnostics psychiatriques</i> <i>*L'accès aux soins et aux services de santé spécialisés</i>
6-Béliard et Eideliman, 2009	Sciences humaines et sociales	Les auteurs explorent le lien entre la signification d'une étiquette diagnostique et les impacts que cette signification peut avoir sur l'accès aux soins et sur le quotidien des personnes touchées. <i>* La médicalisation de problèmes d'origine sociale</i> <i>*L'accès aux soins et aux services de santé spécialisés</i> <i>*La stigmatisation</i> <i>*Le concept de la construction sociale des diagnostics</i>

Nom des auteurs/année de publication	Discipline	Lien avec le concept de <i>modulation des diagnostics psychiatriques</i> <i>*caractéristique(s) à laquelle/auxquelles l'article a contribué</i>
7-Béliard et Eideliman, 2014	Sciences humaines et sociales	<p>Les auteurs explorent la façon dont les personnes interrogées pour la recherche agissent selon leur désir ou leurs besoins d'accès à des services de santé et la façon dont certaines situations sont maintenant perçues comme étant des problèmes de santé dans le but de permettre aux personnes d'avoir accès à des services spécialisés qui leur permettront de faire face à ces dites situations.</p> <p><i>* La médicalisation de problèmes d'origine sociale</i> <i>* La variabilité des diagnostics psychiatriques</i> <i>*L'accès aux soins et aux services de santé spécialisés</i> <i>*Le concept de la construction sociale des diagnostics</i></p>
8-Brossard et Carpentier, 2017	Sciences humaines et sociales	<p>Les auteurs examinent l'importance d'apposer un diagnostic à une personne seulement lorsque la nécessité d'avoir accès à des soins et des services spécialisés se manifeste.</p> <p><i>*L'accès aux soins et aux services de santé spécialisés</i></p>
9-Brown, 1995	Sciences humaines et sociales	<p>L'auteur trace l'évolution du concept de la construction sociale des diagnostics et tente de définir ce concept à l'aide de plusieurs autres définitions d'auteurs et de chercheurs clés ayant eu une influence importante sur le développement du concept de la construction sociale des diagnostics.</p> <p><i>*Le concept de la construction sociale des diagnostics</i></p>
10-Browne, 2015	Sciences humaines et sociales	<p>L'auteur critique l'ajout du diagnostic de trouble dysphorique prémenstruelle au DMS 5 en proposant une analyse ayant pour but de présenter ce diagnostic comme un problème dont l'origine est sociale et non médicale.</p> <p><i>*L'évolution de la classification des troubles mentaux et du DSM</i> <i>* La médicalisation de problèmes d'origine sociale</i> <i>*La stigmatisation</i> <i>*Le concept de la construction sociale des diagnostics</i></p>
11-Castel, 2005	Sciences humaines et sociales	<p>L'auteur décrit, par l'analyse des relations entre les médecins et leurs collègues médecins, l'importance du diagnostic et la spécialisation du professionnel responsable du suivi clinique d'un patient sur l'accès aux soins, aux services et aux traitements que ce dernier pourra avoir.</p> <p><i>*L'accès aux soins et aux services de santé spécialisés</i></p>

Nom des auteurs/année de publication	Discipline	Lien avec le concept de <i>modulation des diagnostics psychiatriques</i> <i>*caractéristique(s) à laquelle/auxquelles) l'article a contribué</i>
12-Chaufan, Hollister, Nazareno et Fox, 2012	Sciences humaines et sociales	Les auteurs font le récit de l'évolution de la Maladie d'Alzheimer du statut de maladie rare à une des maladies qui, au moment de la publication de l'article, touche le plus de personnes âgées. <i>* La médicalisation de problèmes d'origine sociale</i> <i>* La variabilité des diagnostics psychiatriques</i>
13-Clegg, 2012	Sciences humaines et sociales	L'auteur décrit l'histoire socioculturelle et politique du DSM sous la forme de questions pédagogiques à présenter aux futurs cliniciens. <i>*L'évolution de la classification des troubles mentaux et du DSM</i> <i>* La variabilité des diagnostics psychiatriques</i>
14-Conrad et Barker, 2010	Sciences humaines et sociales	Les auteurs retracent l'histoire et l'évolution du concept de construction sociale des diagnostics tout en s'attardant aux impacts politiques que ce concept a. <i>* La médicalisation de problèmes d'origine sociale</i> <i>*La stigmatisation</i> <i>*Le concept de la construction sociale des diagnostics</i>
15-Cotten et Ridings, 2011	Sciences humaines et sociales	Les auteurs explorent les changements que deux diagnostics ont eu sur le DSM. Ils s'attardent en particulier aux événements qui ont mené au retrait du diagnostic d' <i>homosexualité</i> du DSM III et de l'ajout du diagnostic de <i>trouble post-traumatique</i> . <i>* La médicalisation de problèmes d'origine sociale</i> <i>* La variabilité des diagnostics psychiatriques</i> <i>*La stigmatisation</i> <i>*Le concept de la construction sociale des diagnostics</i>
16-Dobransky, 2009	Sciences humaines et sociales	L'auteur explore les liens étroits entre les diagnostics, la perception des professionnels de la santé, les interactions entre les patients et les intervenants et l'allocation de ressources. <i>* La variabilité des diagnostics psychiatriques</i> <i>*L'accès aux soins et aux services de santé spécialisés</i>

Nom des auteurs/année de publication	Discipline	Lien avec le concept de <i>modulation des diagnostics psychiatriques</i> <i>*caractéristique(s) à laquelle/auxquelles l'article a contribué</i>
17-Hansen, Hughes, Routley et Robinson, 2008	Sciences humaines et sociales	<p>Les auteurs se sont intéressés à la perception des médecins de famille et des raisons qui les poussaient à poser certains diagnostics comme celui de démence. Ces raisons qui avaient une influence sur l'apposition d'un diagnostic ou non étaient majoritairement en lien avec la perception que les médecins avaient de la nécessité de la personne d'avoir accès à des soins spécialisés afin des répondre à ses besoins.</p> <p><i>* La médicalisation de problèmes d'origine sociale</i> <i>* La variabilité des diagnostics psychiatriques</i> <i>*L'accès aux soins et aux services de santé spécialisés</i></p>
18-Horwitz et Grob, 2016	Sciences humaines et sociales	<p>Les auteurs relatent l'histoire et l'évolution socioculturelle du DSM, des catégories diagnostics et des grandes écoles de pensée en psychiatrie.</p> <p><i>*L'évolution de la classification des troubles mentaux et du DSM</i> <i>* La médicalisation de problèmes d'origine sociale</i> <i>*L'accès aux soins et aux services de santé spécialisés</i></p>
19-Jenkins et Short, 2017	Sciences humaines et sociales	<p>Les auteurs se sont intéressés à l'évolution du diagnostic d'<i>intersexe</i> et des catégories diagnostics reliés. Ils s'attardent particulièrement aux opinions et aux perceptions des personnes et de leur famille étant concernées par ce diagnostic.</p> <p><i>* La médicalisation de problèmes d'origine sociale</i> <i>*L'accès aux soins et aux services de santé spécialisés</i> <i>*La stigmatisation</i></p>
20-Jutel, 2016	Sciences humaines et sociales	<p>L'auteur s'intéresse au moment où un diagnostic est annoncé à un patient et aux conséquences que ce moment et que l'apposition de ce diagnostic peut avoir sur la vie de cette personne.</p> <p><i>*L'accès aux soins et aux services de santé spécialisés</i> <i>*La stigmatisation</i></p>
21-Lurie et Goldbloom, 2016	Sciences humaines et sociales	<p>Les auteurs explorent l'évolution des soins psychiatriques au Canada et les impacts que ces façons de traiter ont eus et ont encore aujourd'hui sur les personnes atteintes de troubles de santé mentale.</p>

**La stigmatisation*

Nom des auteurs/année de publication	Discipline	Lien avec le concept de <i>modulation des diagnostics psychiatriques</i> <i>*caractéristique(s) à laquelle/auxquelles l'article a contribué</i>
22-Mayes et Horwitz, 2005	Sciences humaines et sociales	Les auteurs s'intéressent aux transformations importantes en psychiatrie qui ont découlé du changement de paradigme ayant pris place avec la publication de la troisième version du DSM. <i>*L'évolution de la classification des troubles mentaux et du DSM</i> <i>* La médicalisation de problèmes d'origine sociale</i> <i>*L'accès aux soins et aux services de santé spécialisés</i>
23-McPherson et Armstrong, 2009	Sciences humaines et sociales	Les auteurs ont étudié la relation entre des médecins de famille et certains de leurs patients souffrant de dépression, perçue comme étant plus difficile. <i>* La médicalisation de problèmes d'origine sociale</i> <i>*L'accès aux soins et aux services de santé spécialisés</i>
24-Moncrieff, 2010	Sciences humaines et sociales	L'auteur présente le diagnostic psychiatrique comme étant un outil de contrôle social par le biais de l'analyse de deux parcours de vie de personnes souffrant de trouble de santé mentale. <i>* La médicalisation de problèmes d'origine sociale</i> <i>* La variabilité des diagnostics psychiatriques</i> <i>*L'accès aux soins et aux services de santé spécialisés</i>
25-Mulder, 2008	Sciences humaines et sociales	L'auteur a tenté d'expliquer l'augmentation de cas de dépression en appliquant le concept de construction sociale des diagnostics à celui-ci. <i>* La médicalisation de problèmes d'origine sociale</i> <i>*Le concept de la construction sociale des diagnostics</i>
26-Pickersgill, 2013	Sciences humaines et sociales	L'auteur s'est penché sur les perceptions, souvent très négatives, des troubles de la personnalité tout en se questionnant, avec une optique plus sociale, sur l'origine de ces derniers. <i>* La médicalisation de problèmes d'origine sociale</i> <i>*L'accès aux soins et aux services de santé spécialisés</i>

**La stigmatisation*

Nom des auteurs/année de publication	Discipline	Lien avec le concept de <i>modulation des diagnostics psychiatriques</i> <i>*caractéristique(s) à laquelle/auxquelles l'article a contribué</i>
27-Pringault, 2018	Sciences humaines et sociales	L'auteur relate l'histoire et l'évolution du diagnostic de Maladie d'Alzheimer, les aspects sociaux de ce diagnostic et les conséquences qu'il peut avoir sur la personne le recevant. <i>* La médicalisation de problèmes d'origine sociale</i> <i>* La variabilité des diagnostics psychiatriques</i> <i>*La stigmatisation</i> <i>*Le concept de la construction sociale des diagnostics</i>
28-Prud'homme, 2007	Sciences humaines et sociales	L'auteur explore l'évolution de la profession d'orthophoniste et la façon dont les acteurs ont réussi à se construire une place dans le système de santé québécois par l'appropriation d'une catégorie diagnostic distincte. <i>* La variabilité des diagnostics psychiatriques</i> <i>*L'accès aux soins et aux services de santé spécialisés</i>
29-Sanders, 2011	Sciences humaines et sociales	L'auteur présente l'évolution du DSM comme un pendule entre deux paradigmes assez différents, celui plus fluide de la psychanalyse et celui plus strict de l'approche biomédicale. <i>*L'évolution de la classification des troubles mentaux et du DSM</i> <i>*L'accès aux soins et aux services de santé spécialisés</i> <i>*La stigmatisation</i>
30-Surís, Holliday et North, 2016	Sciences humaines et sociales	Les auteurs décrivent l'histoire et l'évolution du DSM en mettant l'emphase sur les points saillants de cette histoire socioculturelle et politique. <i>*L'évolution de la classification des troubles mentaux et du DSM</i> <i>* La variabilité des diagnostics psychiatriques</i> <i>*L'accès aux soins et aux services de santé spécialisés</i>

Appendice C

Certificat éthique de l'UQTR



Le 16 avril 2020

Madame Fannie Dupont
Étudiante
Département des sciences infirmières

Madame,

J'accuse réception des documents corrigés nécessaires à la réalisation de votre protocole de recherche intitulé **La modulation des diagnostics psychiatriques : une analyse de concept** en date du 16 avril 2020.

Vous trouverez ci-joint votre certificat portant le numéro (CER-20-266-10.06). Sa période de validité s'étend du 16 avril 2020 au 16 avril 2021.

Je vous invite à prendre connaissance de votre certificat qui présente vos obligations à titre de responsable d'un projet de recherche.

Je vous souhaite la meilleure des chances dans vos travaux et vous prie d'agréer, Madame, mes salutations distinguées.

LA SECRÉTAIRE DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

FANNY LONGPRÉ
Agente de recherche
Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains

p. j. Certificat d'éthique

c. c. Mme Sandra Harrisson, professeure au Département des sciences infirmières

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE AVEC DES ÊTRES HUMAINS

En vertu du mandat qui lui a été confié par l'Université, le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains a analysé et approuvé pour certification éthique le protocole de recherche suivant :

Titre : La modulation des diagnostics psychiatriques : une analyse de concept

Chercheur(s) : Fannie Dupont
Département des sciences infirmières

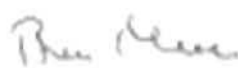
Organisme(s) : Aucun financement

N° DU CERTIFICAT : CER-20-266-10.06

PÉRIODE DE VALIDITÉ : Du 16 avril 2020 au 16 avril 2021

En acceptant le certificat éthique, le chercheur s'engage à :

- Aviser le CER par écrit des changements apportés à son protocole de recherche avant leur entrée en vigueur;
- Procéder au renouvellement annuel du certificat tant et aussi longtemps que la recherche ne sera pas terminée;
- Aviser par écrit le CER de l'abandon ou de l'interruption prématurée de la recherche;
- Faire parvenir par écrit au CER un rapport final dans le mois suivant la fin de la recherche.



Bruce Maxwell
Président du comité



Fanny Longpré
Secrétaire du comité

Appendice D

Certificat éthique de l'Hôpital Montfort

**Approbation éthique d'une demande de modification
Comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital Montfort (CÉR)**

Le 23 mars 2020

Chercheuse principale :

Marie-Claude Thifault
Faculté des Sciences de la santé de l'Université d'Ottawa et ISM
marieclaudethifault@uottawa.ca

Co-chercheuses :

Sandra Harrisson
Université d'Ottawa
sharr102@uottawa.ca

Andrée Anne Sabourin
Université d'Ottawa

Fannie Dupont
Université du Québec à Trois-Rivières
fannie.dupont@uqtr.ca

Titre du projet: « Déhospitalisation psychiatrique et accès aux services de santé mentale. Regards croisés Ontario-Québec, 1950-2012 »

Numéro du dossier : MCT-18-11-09

En conformité avec la dernière édition de l'Énoncé de politique des trois conseils — Éthique de la recherche avec des êtres humains (ÉPTC 2), le Bureau d'éthique de la recherche (BÉR) de l'Hôpital Montfort vous informe que votre demande de modification soumise le 6 et complétée le 20 mars 2020 pour le projet mentionné ci-dessus a été **évaluée** et **approuvée** en comité délégué par le président du CÉR ou son délégué. Les décisions prises au sujet des dossiers évalués en comité délégué ou évaluation administrative sont ratifiées par le comité lors de sa prochaine réunion plénière. Les modifications approuvées touchent l'élément suivant :

- **Changement à l'équipe de recherche :** ajout de Fannie Dupont à l'équipe de recherche.

Le CÉR a également reçu les documents suivants en lien avec la modification ci-dessus :

- L'entente de confidentialité signée par Mme Dupont pour ce projet ainsi que son certificat EPTC2.

Le CÉR de l'Hôpital Montfort est constitué et exerce ses activités d'une manière conforme aux Bonnes pratiques cliniques : directives consolidées, du Conseil international sur l'harmonisation des exigences techniques relatives à l'homologation des produits pharmaceutiques à usage humain (CIH-BPC E6), à la Partie C, Titre 5, du Règlement sur les aliments et drogues et aux règlements applicables, à la partie 4 du Règlement sur les produits de santé naturels; à la partie 3 du Règlement sur les instruments médicaux, au « Code of Federal Regulations » des États-Unis, à la Loi ontarienne de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé, de même qu'aux lois et règlements applicables en Ontario. Le CÉR de Montfort est enregistré auprès du *Department of Health and Human Services (DHHS)* et de l'*Office for Human Research Protection (OHRP)* aux États-Unis.

Appendice E

Tableau 5 *Différences entre les diagnostics provenant des dossiers médicaux et des registres d'admissions*

Tableau 5

Différences entre les diagnostics provenant des dossiers médicaux et des registres d'admissions

Patient	Numéro de référence des dossiers et année	Diagnostic provenant du dossier médical	Diagnostic provenant du registre d'admissions
632	Id.7236 1988	Réaction dépressive, schizophrénie en rémission, Alcoolisme	Arriération mentale légère, alcoolisme
632	d.7237 1988	Réaction dépressive, schizophrénie en rémission, Alcoolisme Geste suicidaire	Arriération mentale légère, alcoolisme, suicidaire
735	Id.7530 1989-90	Dépression majeure, désordre du contrôle impulsif (désordre d'explosion intermittente)	Psychose maniaco-dépressive phase manie, désordre du contrôle impulsif
735	Id.8574 1991	Dépression majeure, personnalité passive-agressive	Psychose maniaco-dépressive phase manie, personnalité immature-dépendante
735	Id.8595 1991-92	Dépression majeure, personnalité passive-agressive parfois explosive	Psychose maniaco-dépressive phase manie, personnalité immature-dépendante
735	Id.7861 1993	Dépression majeure	Psychose maniaco-dépressive phase manie
2333	Id.7191 1989	Dépression psychotique	Psychose maniaco-dépressive, phase maniaque
2333	Id.7193 1989	Dépression psychotique	Psychose maniaco-dépressive, phase maniaque
2333	Id.7532 1989	Dépression psychotique	Psychose maniaco-dépressive, phase maniaque
2333	Id.7533 1989-90	Dépression psychotique	Psychose maniaco-dépressive, phase maniaque
2333	Id.7577 1989-90	Dépression psychotique	Arriération mentale légère
2333	Id.8226 1989-90	Dépression psychotique	Psychose maniaco-dépressive, phase maniaque
2333	Id.8227 1990-91	Dépression psychotique	Psychose maniaco-dépressive, phase maniaque
2333	Id.8228 1990-91	Dépression psychotique	Psychose maniaco-dépressive, phase maniaque

2333	Id.8229 1990-91	Dépression psychotique	Psychose maniaco-dépressive, phase maniaque
Patient	ID et année	Diagnostic provenant du dossier médical	Diagnostic provenant du registre d'admission
2333	Id.8284 1990-91	Dépression psychotique	Arriération mentale légère, suicidaire
2333	Id.8311 1990-91	Dépression psychotique	Psychose maniaco-dépressive, phase maniaque
2333	Id.8573 1990-91	Dépression psychotique	Psychose maniaco-dépressive, phase maniaque
2333	Id.8580 1991-92	Dépression psychotique	Psychose maniaco-dépressive, phase maniaque
2333	Id.8587 1991-92	Dépression psychotique	Psychose maniaco-dépressive, phase maniaque
2333	Id.8596 1991-92	Dépression psychotique	Psychose maniaco-dépressive, phase maniaque
2333	Id.8598 1991-92	Dépression psychotique	Psychose maniaco-dépressive, phase maniaque
2333	Id.8955 1992-93	Dépression psychotique	Psychose maniaco-dépressive, phase maniaque
2333	Id.8967 1992-93	Dépression psychotique	Psychose maniaco-dépressive, phase maniaque
2333	Id.9042 1992-93	Dépression psychotique	Psychose maniaco-dépressive, phase maniaque
2043	Id.9156 1992-93	Trouble bipolaire, phase maniaque avec symptômes psychotiques	Psychose maniaco-dépressive, phase dépressive
778	Id.10068 1995	Dépression avec idéations suicidaires	Arriération mentale légère

Appendice F

Preuve de soumission de l'article

REFIRI - Accuse de reception de votre manuscrit

em.refiri.0.6cfe23.7eee487e@editorialmanager.com
<em.refiri.0.6cfe23.7eee487e@editorialmanager.com>
de la part de
Recherche Infirmière <em@editorialmanager.com>

Ven 31/07/2020 18:37

À : Dupont, Fannie <Fannie.Dupont@uqtr.ca>

ELSEVIER EDITORIAL SYSTEM

Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière

Titre : LA MODULATION DES DIAGNOSTICS PSYCHIATRIQUES : UNE ANALYSE DE CONCEPT
SELON LA MÉTHODE DE RODGERS & KNAFL

Auteur correspondant : Mme Fannie Dupont

Cher(e) Mme Dupont,

Nous avons bien reçu votre article intitulé :

"LA MODULATION DES DIAGNOSTICS PSYCHIATRIQUES : UNE ANALYSE DE CONCEPT SELON
LA MÉTHODE DE RODGERS & KNAFL"

Cet article sera rapidement soumis au comité de rédaction et nous vous ferons parvenir son avis
dans les meilleurs délais.

Vous pouvez suivre l'évolution de votre article en consultant le site EES.

Merci de vous connecter au site de la revue <https://www.editorialmanager.com/refiri/> en tant
qu'auteur (en cliquant sur "log in").

Votre nom d'utilisateur est: FannieDupont022

Vous pouvez récupérer votre mot de passe en vous rendant sur le site suivant:

http://ees.elsevier.com/REFIRI/automail_query.asp

Puis cliquez sur Author Login.

En vous remerciant de votre confiance, et de l'intérêt que vous portez à la revue.

Bien cordialement,

La Rédaction

Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière

IMPORTANT:

1) Merci de vous assurer que votre serveur de mail ne vous interdit pas la réception de courriers
électroniques envoyés par « elsevier.com », vous pourriez ne pas recevoir certains courriers
importants.

2) Il vous est fortement recommandé d'avoir la dernière version d'Acrobat Reader, qui est

2020-07-31 18:38

disponible gratuitement sur : <http://www.adobe.fr/products/acrobat/readstep2.html>.

3) Pour accéder à certaines pages importantes du site, il faut activer les « pop up ». Veuillez bien à vérifier la configuration de votre navigateur Internet, et celle des barres de navigation telles que « Yahoo ! Tool bar », ou « Barre d'outils Google », et à désactiver le blocage des « pop up » sur le site de la revue. Cela ne vous expose à aucun risque.

4) Pour une première utilisation du système éditorial Elsevier (EES), un mode d'emploi et un guide sont disponibles sur la page d'accueil du site : <https://www.editorialmanager.com/refiri/>.

Conformément aux réglementations sur la protection des données, vous pouvez demander à tout moment la suppression de vos informations personnelles d'inscription. (Utilisez l'URL suivante : <https://www.editorialmanager.com/refiri/login.asp?a=r>) Pour toute question, contactez le bureau de la revue.