

Les notes « Observations de l'infirmière » du Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort : une source archivistique incontournable en santé mentale

Nursing Progress Notes in Psychiatry: Mental Health Archival Data

Sandra Harrisson

Volume 41, numéro 2, automne 2016

L'archive psychiatrique

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1037956ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1037956ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

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>

Résumé de l'article

Les notes des infirmières sont utilisées essentiellement comme outil de communication entre les infirmières, les médecins et les membres de l'équipe professionnelle pour assurer la continuité des soins des patients. Elles contiennent des parcelles d'histoire de vie des individus atteints de troubles de santé mentale. Cet outil de communication des infirmières décrit les épisodes de soins et les nombreuses hospitalisations des patients admis au département de psychiatrie de courte durée. En fait, ces notes d'observations représentent plus que le simple portrait de la maladie mentale. Elles racontent toujours un récit construit selon certaines normes socioculturelles. Leurs données narratives documentent l'intersection entre les expériences personnelles et les structures sociale, institutionnelle et professionnelle. Elles laissent des traces sur l'influence des politiques et des réformes gouvernementales en matière de santé mentale sur le réseau de la santé. L'étude de ces sources archivistiques permet d'élucider la relation entre les hôpitaux généraux et la société en général et ouvre une fenêtre sur l'ensemble des conditions de vie sociale de ces individus. Le but de cet article est de démontrer que ces données narratives sont une source complète d'information pour comprendre l'expérience de la santé mentale suite au projet de désinstitutionnalisation. Elles offrent une multitude de possibilités de recherche en santé mentale et peuvent être examinées sous différents angles d'analyse.

Les notes « Observations de l’infirmière » du Département de psychiatrie de l’Hôpital Montfort : une source archivistique incontournable en santé mentale

Sandra Harrisson^a

RÉSUMÉ Les notes des infirmières sont utilisées essentiellement comme outil de communication entre les infirmières, les médecins et les membres de l'équipe professionnelle pour assurer la continuité des soins des patients. Elles contiennent des parcelles d'histoire de vie des individus atteints de troubles de santé mentale. Cet outil de communication des infirmières décrit les épisodes de soins et les nombreuses hospitalisations des patients admis au département de psychiatrie de courte durée. En fait, ces notes d'observations représentent plus que le simple portrait de la maladie mentale. Elles racontent toujours un récit construit selon certaines normes socioculturelles. Leurs données narratives documentent l'intersection entre les expériences personnelles et les structures sociale, institutionnelle et professionnelle. Elles laissent des traces sur l'influence des politiques et des réformes gouvernementales en matière de santé mentale sur le réseau de la santé. L'étude de ces sources archivistiques permet d'élucider la relation entre les hôpitaux généraux et la société en général et ouvre une fenêtre sur l'ensemble des conditions de vie sociale de ces individus. Le but de cet article est de démontrer que ces données narratives sont une source complète d'information pour comprendre l'expérience de la santé mentale suite au projet de désinstitutionnalisation. Elles offrent une multitude de possibilités de recherche en santé mentale et peuvent être examinées sous différents angles d'analyse.

MOTS CLÉS santé mentale, archives psychiatriques, dossier médical, notes infirmières

a. Inf., M. Sc., Ph. D. (c.), Professeure, Université du Québec à Trois-Rivières.

Nursing Progress Notes in Psychiatry: Mental Health Archival Data

ABSTRACT Introduction Nurses' notes are used primarily as a communication tool between nurses, doctors and member of the professional team to ensure continuity of patient care. They contain life-history of individuals with mental health disorders. This nurses' communication tool describes the patient care during hospitalization in acute psychiatric ward. In fact, these observations contained in the progress notes represent more than a simple picture of mental illness. They always tell a story constructed by socio-cultural norms.

Objectives The purpose of this article is to demonstrate the value of these narratives data as a comprehensive source of information to understand the experience of mental health following the deinstitutionalization project.

Results The use of nursing progress notes of the Psychiatric Department allows, among other things, a better understanding of the life course of some hospitalized patients. The narrative data in those documents enhance the intersection between personal experiences and social, institutional and professional structures. These primary sources offer a multitude of possibilities in mental health research and can be examined from different angles of analysis. They deserve to be exploited in future research project to increase our understanding of mental illness.

KEYWORDS mental health, psychiatric archives, medical record, nurses' notes

Depuis l'époque de Florence Nightingale (1859), les notes des infirmières font partie de la pratique professionnelle. Elles sont tout d'abord utilisées comme moyen de communication entre les infirmières et les médecins pour assurer la continuité des soins aux patients. Il s'agit de quelques mots ou de quelques lignes qui décrivent l'état du patient et les interventions de l'infirmière. Au début du 20^e siècle, l'outil « observations de l'infirmière » reflète de plus en plus le raisonnement clinique de l'infirmière (Harmer & Henderson, 1939; Henderson, 1982). Les infirmières deviennent alors responsables de noter les traitements médicaux et les soins infirmiers, mais également leurs observations sur l'état mental et physique pouvant affecter le diagnostic des patients et leur réhabilitation sociale (Harmer & Henderson, 1939). Les notes deviennent une référence permanente dans les dossiers médicaux, et ce, autant en ce qui concerne les soins en médecine générale qu'en santé mentale. Pourtant, cette contribution de l'infirmière au dossier médical des patients est souvent perçue négativement par les infirmières elles-mêmes. Cette perception résulte, selon certains, du fait que les infirmières valorisent davantage les soins aux patients que

l'écriture des données dans le dossier médical (Hays, 1989 ; Hamilton, 1988 ; Howse & Bailey, 1992) ou du fait que les notes sont peu valorisées par les autres membres de l'équipe de soins, notamment les médecins (Cheevakasemsook, Chapman, Francis & Davies, 2006). Les notes, sous-estimées par les infirmières, sont néanmoins une source de données importantes. En effet, elles contiennent des informations inédites sur le parcours des patients dans différents contextes de soins. Cet article veut démontrer, précisément, le potentiel de l'outil « observations de l'infirmière » comme source primaire dans le cadre d'un projet de recherche sur les patients hospitalisés au département de courte durée. Une première partie présente une courte description du contenu des dossiers médicaux du Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort que nous avons consultés dans le cadre de notre projet doctoral intitulé « Déhospitalisation psychiatrique au sein de la communauté francophone est-ontarienne, 1976-2006 : une approche sociohistorique ». La deuxième partie présente l'outil de communication « observations de l'infirmière » pour ensuite poser un regard critique autant sur le contenu des notes infirmières que sur le potentiel de cette source primaire fort intéressante, mais nettement négligée dans les projets de recherche en sciences infirmières.

L'accès aux dossiers médicaux du Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort a été obtenu dans le cadre d'un projet de recherche s'intéressant au parcours transinstitutionnel des patients psychiatisés en contexte de minorité francophone dans l'est-ontarien¹ (Harrisson, 2016). Cet établissement de santé est le seul à offrir des soins en français dans la région est-ontarienne. Entre 1976 et 2006, 7 535 patients ont été hospitalisés une ou plusieurs fois pour des soins psychiatriques à Montfort. De ce nombre, 216 dossiers ont été sélectionnés pour le projet d'étude. Les dossiers médicaux, et plus particulièrement les notes « observations de l'infirmière », s'avèrent être inestimables pour comprendre les trajectoires des patients, en particulier les épisodes aigus de leur maladie nécessitant une hospitalisation totale. L'outil de communication des infirmières devient pour le chercheur une source complète, riche d'informations pour comprendre, entre autres, l'expérience de

1. Projet financé par les IRSC – Champ francophone de la désinstitutionnalisation en santé mentale et la Chaire de recherche sur la francophonie canadienne en santé, le Réseau de recherche appliquée sur la santé des francophones de l'Ontario et l'Unité de recherche sur l'histoire des soins infirmiers de l'Université d'Ottawa.

l'hospitalisation, les relations familiales et le processus de réintégration sociale des personnes ayant des troubles de santé mentale.

Dossiers médicaux

Les dossiers médicaux conservent d'importants indices sur l'histoire de la médecine (Seigler & Cohen, 2011). De plus en plus de chercheurs s'intéressent à ces sources d'archives, incluant les historiens spécialistes en santé mentale (Thifault & Cellard, 2007; Perreault, 2012; Guillemain, 2015). Selon Risse et Warner (1992), ces documents sont essentiels à la compréhension du discours et de la pratique de la médecine. Ils s'avèrent être une construction unique qui permet l'observation de la structure sociale et technique de la prise en charge des malades dans le monde contemporain (Risse & Warner, 1992). De plus, les dossiers médicaux sont devenus importants pour leur valeur légale et historique, car ils sont les seuls vestiges de l'hospitalisation du patient (Mohr & Noone, 1997).

Les dossiers médicaux du Département de psychiatrie sont entreposés dans les archives centrales de l'Hôpital Montfort sous deux formes : soit en version microfiche (1976 à 1987) ou en version papier (à partir de 1988). La Loi sur les hôpitaux publics de l'Ontario autorise la photographie des dossiers personnels des patients dans le but d'en conserver le contenu sur un autre support. Ce type de conservation permet de réduire l'encombrement des archives et d'économiser les coûts d'entreposage des volumineux dossiers médicaux en version papier (Craig, 1990; Cain, 1954). Les microfiches contiennent des formulaires administratifs, des résultats de laboratoire et de radiologie, des résumés de sortie ou des histoires cliniques rédigés par les médecins et, parfois, des lettres et des formulaires concernant le transfert des patients vers un autre établissement. Les notes infirmières n'y sont pas présentes parce qu'elles ont été systématiquement détruites – jugées non pertinentes et trop nombreuses – lors de la transformation des dossiers papier vers la version microfiche. Cet élagage systématique des dossiers éliminant les observations infirmières a toutefois été abandonné en même temps que le processus de transfert des données du dossier médical sur support microfiche.

Entre 1988 et 2006, les dossiers médicaux des patients sont conservés dans leur format classique en papier. Leur contenu demeure intact durant cette période. La première section contient les formulaires administratifs, suivis du résumé de sortie et de la demande d'admission

remplis par le médecin. La section suivante comprend toutes les informations relatives à la salle d'urgence: le rapport du médecin d'urgence, le triage et les notes d'observations de l'infirmière de l'urgence. Si le patient est transféré vers un autre établissement, la demande de transfert et tous les documents liés au séjour du patient sont insérés dans cette même section. Le reste du dossier documente l'hospitalisation du patient. Cela comprend les antécédents médicaux, l'examen physique, les ordonnances du médecin, les notes d'évolution rédigées par les médecins et les autres professionnels de la santé (les travailleurs sociaux, les ergothérapeutes et les psychologues), les demandes de consultations, les rapports de laboratoire, le tableau des signes vitaux, les feuilles de médicaments, le formulaire d'évaluation des soins infirmiers complété à l'admission du patient en psychiatrie, les observations de l'infirmière et le plan de soins infirmiers. Tous ces documents ne représentent qu'un seul épisode de soins. Cette documentation se répète lors de chacune des hospitalisations subséquentes. Diverses informations au sujet de chaque hospitalisation d'un patient au sein du même établissement sont consignées dans le dossier médical. En fait, il est un outil de communication essentiel entre les différents membres du personnel médical et on l'utilise pour s'assurer de la continuité et de la qualité des soins; pour établir une preuve légale aux soins; pour fournir des données pour les finances, les assurances et la recherche (Cheevakasemsook, Chapman, Francis & Davies, 2006). Les notes « observations de l'infirmière » à elles seules constituent la partie la plus dense d'un dossier médical psychiatrique.

Observations de l'infirmière

L'écriture des notes « observations de l'infirmière » est reconnue comme une des tâches importantes des infirmières qui mettent en évidence leur autonomie professionnelle (Cheevakasemsook, Chapman, Francis & Davies, 2006). Dans le cas de Montfort, les observations de l'infirmière sont présentes, à partir de 1988, dans la version papier des dossiers des patients hospitalisés au Département de psychiatrie. Ces observations sont complétées par le personnel infirmier responsable du patient. Elles ont pour but de décrire les soins infirmiers donnés aux patients et à leur famille afin de promouvoir des résultats de santé optimaux (Hays, 1989; Brassard, 2010). On y retrouve, entre autres, les besoins fondamentaux des patients, leur état mental et émotif, leur relation avec les membres de la famille, les interventions thérapeutiques

des infirmières, les rencontres avec le médecin et les autres professionnels de la santé et la préparation au congé. Selon Blakwood Kozier et Witter DuGas (1967), les notes se classent selon 5 catégories d'information : 1) les mesures thérapeutiques exécutées par différents membres de l'équipe de soins ; 2) les ordonnances médicales exécutées par les infirmières ; 3) les interventions infirmières ; 4) les comportements du patient considérés pertinents en fonction de son état de santé ; 5) la réponse du patient aux interventions thérapeutiques et aux soins infirmiers. Cette catégorisation demeure pertinente tout au long de la période étudiée. En fait, la constitution des notes « observations de l'infirmière » a peu changé au fil des années.

Les infirmières ont la responsabilité de maintenir leurs notes d'observations à jour lors du séjour du patient au Département de psychiatrie. Ces notes sont régies par les normes d'exercice professionnel de l'Ordre des Infirmières et Infirmiers de l'Ontario (OIIO, 2009). Elles permettent de suivre le progrès des patients et de communiquer avec les différents membres de l'équipe de soins. Elles dressent un portrait exact, clair et détaillé des besoins du patient, des interventions infirmières autonomes et collaboratives et des résultats (OIIO, 2009). Les infirmières consignent des données objectives et subjectives, et ce, sans porter de jugement de valeur ni interpréter les données (Harmer & Henderson, 1939 ; OIIO, 2009).

La lecture et l'analyse de l'outil « observations de l'infirmière » apportent un questionnement sur la structure du texte, la terminologie utilisée, le ton et le style d'écriture des infirmières (Risse & Warner, 1992). Au Département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort, ces observations sont rédigées sous la forme narrative chronologique. Ce type de rédaction consiste à rapporter la condition du patient et les soins infirmiers prodigués en respectant l'ordre de leur déroulement dans le temps, et ce, de façon continue (Iyer, Camp, 1995 ; Brassard, 2010). Le concept de continuum est utilisé pour faciliter la compréhension du lecteur (Tully & Cantrill, 2005). Il s'agit d'une méthode traditionnelle que l'on retrouve dans la plupart des dossiers médicaux. Les observations de l'infirmière sont écrites en français ou en anglais, selon la préférence de cette dernière. Le style d'écriture s'inspire du modèle télégraphique à réseau intégratif. Il est pratiqué par l'ensemble des professionnels de la santé, notamment les infirmières. Ce modèle, centré sur l'action, utilise une écriture aseptisée, rapide et sans fantaisie (Balcou-Debussche, 2004). Comme l'explique Tully et Cantrill (2005), les infirmières doivent écrire toutes les informations concernant le

patient durant son hospitalisation. L'écriture ou la lecture des notes « observations de l'infirmière » peut devenir rapidement exténuante. Le style télégraphique permet de réduire le nombre de mots au minimum tout en demeurant lisible et compréhensible pour les lecteurs avisés (Tully & Cantrill, 2005). L'extrait suivant, tiré de l'outil « observations de l'infirmière », démontre le caractère chronologique et le style télégraphique utilisés par les infirmières.

24-09-2005 7 h 30 – Pte est allongée au lit et dort. Surveillance x 15 min jusqu'à 10 h 45. Pte mange bien aux repas. Repose au lit la majeure partie de la journée. 11 h 30 pte est retrouvée couché au sol dans la douche – rapport d'événement complété. SV fait par IA. 12 h 15 Pte est allongée au lit – se frappe la tête avec ses poings. Pte reçoit haldol 5 mg, ativan 2 mg po. Pte reçoit la visite de son père. 13 h 45 1 : 1 débiter. Pte demeure calme et allongée au lit. IFCD x 60 min. [...] 15 h 30 – Pt en 1 à 1 à mon arrivée et le reste pour tout le quart. Pt dort à mon arrivée. Pt sort de son lit pour souper à 17 h et mange $\frac{3}{4}$ de son assiette. Pt retourne au lit et le reste jusqu'à la fin du quart, sous surveillance. Pte reçoit aldol/ativan prn à 21 h 45².

L'information consignée dans les dossiers médicaux et spécifiquement dans l'outil « observations de l'infirmière » est créée dans un contexte médical spécifique et elle requiert souvent des connaissances privilégiées afin de pouvoir bien en comprendre toutes les nuances (Hays, 1989 ; Tully & Cantrill, 2005). Les infirmières utilisent un langage précis qui s'apparente au langage dominant positiviste du discours médical (Heartfield, 1996). Il peut être effectivement difficile pour un chercheur non initié et qui connaît peu les pratiques de l'institution d'analyser ce type de sources, quoique même les chercheurs qui ont une expérience dans le secteur de la santé peuvent éprouver certaines difficultés à comprendre le langage spécifique contenu dans les notes d'observations (Osborne, Batty, Maskrey, Swift & Jackson, 1997).

Nous retrouvons plusieurs abréviations dans l'outil « observations infirmières ». Plusieurs d'entre elles sont répertoriées dans les manuels de pharmacologie et de sciences infirmières. De plus, on retrouve également une liste d'abréviations acceptées dans la plupart des établissements hospitaliers. Les notes infirmières contiennent ce

2. N° de référence pt481.id15802.nn.pdf. L'orthographe des extraits des documents originaux est conservée sans modification. Certaines infirmières écrivent l'abréviation selon le genre du patient (pt ou pte) alors que d'autres n'utilisent que le masculin.

type d'abréviations, dont: QD (1 fois par jour), HS (au coucher), Per os (par la bouche), PRN (au besoin), Pt (patient). Le caractère bilingue de l'Hôpital Montfort permet au personnel d'écrire dans la langue de son choix, ce qui confère une autre difficulté. En effet, les infirmières utilisent des abréviations francophones et anglophones lors de la rédaction de leurs observations. Le lecteur doit donc être sensibilisé à cette caractéristique lors de la lecture de l'outil « observations de l'infirmière ». Certaines abréviations peuvent s'écrire de différentes façons et signifier la même chose, par exemple, VS ou SV signifie *vital signs* ou signes vitaux et TS ou SW signifie travailleuse sociale ou *social worker*. De plus, quelques abréviations sont plus spécifiques au Département de psychiatrie, comme CFS (congé de fin de semaine), 1:1 (surveillance continue 1 préposé ou aide de service par patient) et IFCD (intervention fréquente de courte durée). Les infirmières adoptent également un langage médical orienté vers l'observation objective des patients hospitalisés en psychiatrie. Il en résulte des mots parfois plus difficiles à comprendre pour un lecteur moins initié.

23-12-1991 - [...] Affect demeure plat. [...] médicaments HS apportés à sa chambre³.

Dans ce court extrait, l'infirmière mentionne que la patiente a un affect plat, c'est-à-dire qu'elle ne donne aucune indication de ses sentiments et de ses émotions (Malone Cole, 2013). Elle a un regard vide et ne réagit pas ou peu au monde extérieur. De plus, les médicaments du coucher (HS) sont apportés à la chambre de la patiente. On reconnaît que l'infirmière-chercheuse a un certain avantage lors de la lecture de ce type de notes. L'analyse de ces archives médicales devient certainement plus facile lorsqu'on comprend le vocabulaire et les abréviations utilisés.

Selon Coker (2003), les notes infirmières peuvent être considérées comme des données narratives au même titre que celles obtenues par les méthodes qualitatives dites traditionnelles. Elles ne se traduisent pas seulement par la personne malade, mais bien entre la personne, la maladie, la famille, les différentes hypothèses médicales et l'aspect culturel des différents acteurs (Coker, 2003). Comme le souligne Baron (1990), il ne faut pas se laisser distraire par le texte, car les différents

3. N° de référence pt735.id8595.nn.pdf

acteurs⁴ sont le texte, sous réserve inéluctable à leurs propres situations et limitations existentielles. Les notes « observations de l'infirmière » sont donc une accumulation d'évidences qui représentent l'histoire du patient (Crawford, Johnson, Brown & Nolan, 1999). Sous cet aspect, l'infirmière devient donc l'intermédiaire du patient en consignait ses observations dans le dossier médical. Par contre, la construction de ces notes reflète la perception et l'interprétation de l'infirmière vis-à-vis l'état de santé du patient dans un contexte culturel de soins spécifiques (Risse & Warner, 1992). Berg (1996) mentionne que les notes ne sont pas seulement une copie des événements qui ont eu lieu, mais bien un artefact sociologique qui figure comme un élément fondamental de la pratique professionnelle. Les observations infirmières racontent toujours un récit construit selon certaines normes socioculturelles et consignées dans une structure et un langage médicaux. Ces données narratives peuvent donc être examinées sous différents angles d'analyse.

Contenu des notes « Observations de l'infirmière »

Les notes « observations de l'infirmière » contiennent de l'information sur l'état de santé des patients, c'est-à-dire sur les signes et symptômes de la maladie physique et mentale, sur le comportement des patients, sur la réaction aux divers traitements thérapeutiques et sur l'amélioration ou la détérioration de leur état de santé. Une lecture de cet outil permet, entre autres, de connaître leur condition de vie sociale, les preuves de leur pauvre état mental lors du séjour au Département de psychiatrie, l'expérience de leur hospitalisation, l'évolution de la chronicisation de la maladie, le fardeau du *care* auprès des familles et de leur entourage, la dégradation de la relation familiale et les différents parcours psychiatriques à court et à long terme. Cette section, ponctuée d'exemples, présente quelques-uns de ces thèmes afin de démontrer la richesse du contenu des notes d'observations. Il faut noter que cette liste de thèmes n'est pas exhaustive et que les possibilités sont très larges, dépendamment du champ d'intérêt des chercheurs.

Les notes d'observations débutent dès l'arrivée du patient au Département de psychiatrie. Les premières annotations décrivent l'état émotionnel du patient au moment de l'admission et la raison de celle-ci en plus de préciser s'il est accompagné par un membre de la famille,

4. Les acteurs sont les patients, les infirmières, la famille, le médecin, les membres de l'équipe professionnelle, etc.

un ami ou s'il est seul. L'exemple suivant illustre ce que nous retrouvons dans la plupart des notes d'admission.

1^{er} juin 1992 – Admis de l'urgence à 21 h 45. Calme et coopère bien. Bonne attitude durant l'entrevue. Triste d'être ici. Idées suicidaires présentes. Dit qu'il a pensé à se pendre ou à se tirer. Accepte d'avoir des soins. Aime pas parler de lui. Dit qu'il a passé peu de temps à la maison depuis les deux derniers jours. Pas d'effet avec lui. Ceinture lui est enlevée. Client accepte bien. Visite du département non fait. Client ne sent pas trop à l'aise. Explique le fonctionnement de l'unité. Parle peu des relations avec sa femme. Méfiant à l'occasion. Lui répète de nous poser des questions lorsqu'il sera pas « sure »⁵.

Nous retrouvons également, dans ce premier constat, certains éléments sur la condition sociale et familiale du patient, ainsi que certains aspects culturels liés à la maladie mentale. Le tout sera spécifié lors de la lecture complète des notes d'observations de ce patient. Selon Risse et Warner (1992), ces récits de vie dépeignent la vie sociale contemporaine des individus hospitalisés en psychiatrie et peuvent refléter la perception de la maladie mentale dans les communautés locales.

Les notes d'observations décrivent l'état mental du patient au cours de son hospitalisation. L'exemple qui suit démontre le pauvre état mental de la patiente lors de son séjour en milieu hospitalier.

25-12-1992 - [...] Habillée mais porte peu d'attention à son apparence ie cheveux non coiffés, visage gras. Peu d'insight face à la raison de son hospitalisation. Peu loquace – répond par phrases courtes seulement. Méfiante – demande souvent pourquoi on lui pose des questions, pourquoi on lui accorde nt présence. [...] Dit se sentir fatiguée. Bouge constamment les jbes lorsqu'assise et bouge constamment ses mains, ses doigts. 0950 Reçoit Congentin 2 mg po pr diminuer « bougeotte ». [...]»⁶.

La description des symptômes psychologiques et physiques permet de confirmer ou d'infirmer le diagnostic médical et de modifier, au besoin, le plan de traitement pharmacologique et thérapeutique. La note suivante démontre la relation entre la description des comportements du patient et le changement de plan de traitement médical.

17-05-2001 – 7 h 30 [...] Fait plusieurs demandes, ne respecte pas toujours les limites. Propos incohérents. [...] Prend la « mop » souillé H2O & le

5. N° de référence pt2258.id9096.nn.pdf

6. N° de référence pt5607.id8826.nn.pdf

répand par terre d'un air de colère. Avise la pte du danger & non acceptable. Rire inapproprié. Pte refuse de prendre SV + poids ainsi que la collecte de données. Pte très dérangeante pour son entourage. [...] Dr. avisé, modification de ses meds, STAT donné comme prescrit⁷.

L'information peut, également, être liée aux plaintes verbales des patients, ou plus précisément aux données narratives de celles-ci (Risse & Warner, 1992).

Les notes « observations de l'infirmière » regorgent d'informations relatives à l'expérience de l'hospitalisation. Les infirmières mentionnent régulièrement la participation aux activités de la vie quotidienne (AVQ), par exemple les soins d'hygiène, la prise des repas, les visites du médecin, la prise de médicaments et la présence de visiteurs (Risse & Warner, 1992). L'exemple suivant est représentatif des notes qu'on peut retrouver dans la majorité des dossiers médicaux.

02-06-1992 7 h 30 – Éveillons [patient] pour déjeuner – mais préfère rester coucher. Demeure au lit toute la matinée. Réveillons à nouveau à 12 h 20 pour le dîner. Se rend à la cafétéria, s'assoit seul. Bon appétit. Très peu loquace. N'initie pas la conversation. Propos superficielle. [...].⁸

Ces données peuvent sembler banales et peu significatives pour les lecteurs moins expérimentés, mais elles constituent un bon indicateur de l'influence de la maladie sur les besoins essentiels des patients, de leur état émotionnel et de l'évolution de leur état mental au cours de leur hospitalisation en psychiatrie (Crawford, Johnson, Brown & Nolan, 1999; Henderson, 1961).

L'accès aux notes d'observations des patients ayant plus de trois hospitalisations au Département de psychiatrie permet de comprendre l'évolution de la chronicisation de la maladie mentale chez certains patients. L'opportunité d'examiner cet outil permet de comprendre le fardeau du *care* auprès des familles, la dégradation des relations familiales et le désengagement de ces familles (Harrisson, 2016). Le court extrait suivant résume en quelques mots la charge du *care* des familles et leur désinvestissement auprès de la personne malade.

08-04-1992 – [...] 9 h 15 Lors d'un entretien, pte pleure en disant: « Mes sœurs me laissent de côté. Je veux une réunion de famille avec mon père

7. N° de référence pt3293.id12893.nn.pdf. L'abréviation STAT signifie immédiatement.

8. N° de référence pt2258.id9096.nn.pdf

et mes sœurs». Selon *pte*, sa famille devrait savoir ce qu'elle désire sans qu'elle ait besoin de le demander. [...]°.

Il faut souligner la nécessité d'étudier l'ensemble des épisodes de soins d'un patient pour se rendre compte des effets de la chronicisation de la maladie mentale sur la vie de ce dernier et sur celle de sa famille. De plus, l'analyse des notes permet d'illustrer les différents parcours psychiatriques à court ou à long terme des patients psychiatisés au service de soins aigus. Effectivement, certains patients ne séjournent au Département qu'une seule fois alors que d'autres sont hospitalisés fréquemment, et ce, sur plusieurs années. L'outil « observations de l'infirmière » dévoile l'implication des divers professionnels œuvrant auprès de cette clientèle, tant à l'interne qu'en suivi externe, ainsi que le développement de différents services communautaires en santé mentale de 1976 à 2006.

Conclusion

Les notes infirmières sont une source primaire considérable pour la recherche en santé mentale. Elles décrivent les épisodes de soins et les nombreuses hospitalisations des patients admis au Département de psychiatrie. Elles offrent la possibilité de comprendre, entre autres, l'expérience de l'hospitalisation des patients, les différents parcours psychiatriques à court et à long terme, l'évolution et la chronicisation de la maladie mentale et la sollicitation des familles. Ces sources archivistiques font la jonction entre les expériences personnelles de la maladie mentale, les processus institutionnels et les structures sociales (Coker, 2003; Smith, 1974). Elles laissent également pressentir le « fardeau du *care* » et l'influence des politiques et réformes gouvernementales en matière de santé mentale sur le réseau de la santé. Selon Risse et Warner (1992), l'étude de ces sources permet d'élucider la relation entre les hôpitaux et la société en général et ouvre une fenêtre sur l'ensemble de la condition de la vie sociale des individus en contexte de soins d'hospitalisations. Elles contiennent une multitude de données narratives à explorer dans les recherches, et ce, sous différents cadres d'analyse.

9. N° de référence pt1986.id8944.nn.pdf

RÉFÉRENCES

- Balcou-Debussche, M. (2004). *Écriture et formation professionnelle. L'exemple des professions de la santé*. Villeneuve-d'Ascq, France: Presses universitaires du Septentrion.
- Berg, M. (1996). Practices of reading and writing: the constitutive role of the patient record in medical work. *Sociology of Health and Illness*, 18(4), 499-524.
- Blackwood Kozier, B. & Witter DuGas, B. (1967). *Fundamentals of patient care, a comprehensive approach to nursing*. London, R.-U. & Philadelphia, PA: W.B. Saunders Company.
- Brassard, Y. (2010). *Transmettre l'information clinique*. Dans C. Dallaire et S. Le May (dir.). *Potter et Perry Soins Infirmiers Fondements généraux* (éd. française). Montréal, Canada: Chenelière Éducation.
- Cain, A. (1955). Microfilming—the situation to-day. *Aslib Proceedings*, 7(1), 23-30.
- Cellard, A. & Thifault, M.-C. (2007). *Une toupie sur la tête. Visages de la folie à Saint-Jean-de-Dieu*. Montréal, Canada: Boréal.
- Cheevakasemsook, A., Chapman, Y., Francis, K. & Davies, C. (2006). The study of nursing documentation complexities. *International Journal of Nursing Practice*, 12, 366-374.
- Coker, E.M. (2003) Narrative strategies in medical discourse: constructing the psychiatric “case” in a non-western setting. *Social Science & Medicine*, 57, 905-916.
- Craig, B. L. (1990). Hospital records and record-keeping, c. 1850-c. 1950. Part II: The development of record-keeping in hospitals. *Archivaria*, 30, 21-38.
- Crawford, P., Johnson, A. J., Brown, B. J. & Nolan, P. (1999). The language of mental health nursing reports: firing paper bullets? *Journal of Advanced Nursing*, 29(2), 331-340
- Guillemain, H. (2015). Le soin en psychiatrie dans la France des années 1930. Une observation à partir des dossiers patients et des manuels de formation infirmière. *Histoire, médecine et santé*, 7, 77-90.
- Hamilton, D. (1988). Faith and finance. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*, 20(3), 124-127.
- Harmer, B. & Henderson, V. (1939). *Textbook of the principles and practice of nursing* (4^e Ed.). New York, NY: Macmillan.
- Harrisson, S. (2016). L'effet de la chronicisation de la maladie mentale sur le milieu familial et le réseau hospitalier est-ontarien, 1976-2006. *Revue francophone internationale de recherche infirmière*, 2, 41-48. <http://dx.doi.org/10.1016/j.refiri.2015.12.002>
- Hays, J. C. (1989). Voices in the record. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*, 21(4), 200-204.
- Heartfield, M. (1996). Nursing documentation and nursing practice: a discourse analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 98-103.

- Henderson, V. (1982). The nursing process: Is the title right? *Journal of Advanced Nursing*, 7, 103-109.
- Henderson, V. (1961). *Basic principles in nursing care*. Communication présentée à l'International Council of nurses, Genève, Suisse.
- Howse, E. & Bailey, J. (1992). Resistance to documentation—a nursing research issue. *International Journal of Nursing Studies*, 29(4), 371-380.
- Iyer, P. W. & Camp, N. H. (1995). *Nursing documentation. A nursing process approach* (2^e éd.). Maryland Heights, MO: Mosby.
- Loi sur les hôpitaux publics de l'Ontario. (2013). R.R.O. 1990, Règlement 965: Gestion hospitalière. Dossiers de renseignements personnels sur la santé 20. (1)(2). Règlement de l'Ontario 204/06, article 1. Repéré sur internet: <https://www.ontario.ca/fr/lois/reglement/900965>
- Malone Cole, J. A. (2013). *Schizophrénie et autres troubles psychotiques*. Dans Fortinash K. M. & Holoday Worret, P. A. (dir.), *Soins Infirmiers santé mentale et psychiatrie* (éd. française). Montréal, Canada: Chenelière Éducation.
- Mohr, W. K. & Noone, M. J. (1997). Deconstructing progress notes in psychiatric settings. *Archives of Psychiatric Nursing*, 11(6), 325-331.
- Ordre des Infirmières et Infirmiers de l'Ontario (2009). Norme d'exercice. La tenue de dossiers, édition révisée de 2009. Repéré sur internet le 24 avril 2016 https://www.cno.org/globalassets/docs/prac/51001_documentation.pdf
- Osborne, C. A., Batty, G. M., Maskrey, V., Swift, C. G. & Jackson, S. H. D. (1997). Development of prescribing indicators for elderly medical inpatients. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 43, 91-97.
- Perreault, I. (2012). *Esprits troubles et corps déviants*. Dans Frigon, S. (dir.). *Corps suspect, corps déviant*. Montréal, Éditions du Remue-Ménage.
- Risse, G. B. & Warner, J. H. (1992). Reconstructing clinical activities: Patient records in medical history. *Social History of Medicine*, 5(2), 183-205.
- Seigler, E. L. & Cohen, A. B. (2011). Conflicts over control and use of medical records at the New York Hospital before standardization movement. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 640-648.
- Tully, M. P. & Cantrill, J. A. (2005). Insights into creation and use of prescribing documentation in the hospital medical record. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 11(5), 430-437.