CONTENTIONS MÉCANIQUES EN PSYCHIATRIE : ÉTUDE PHÉNOMÉNOLOGIQUE DE
L'EXPÉRIENCE VÉCUE DU PERSONNEL INFIRMIER

Par
Pascale Corneau, IA, BScN

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures et postdoctorales
dans le cadre des exigences du programme de
Maîtrise en sciences infirmières

École des Sciences Infirmières
Faculté des Sciences de la Santé
Université d'Ottawa

© Pascale Corneau, Ottawa, Canada, 2016

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	V
REMERCIEMENTS	VI
LISTE DES FIGURES	VII
CHAPITRE I : PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE	1
Introduction.....	1
1.1 Problème de recherche.....	2
1.2 Objectif de recherche	9
1.3 Questions de recherche	10
1.4 Position épistémologique.....	11
CHAPITRE II : RECENSION DES ÉCRITS ET CADRE THÉORIQUE	16
2.1 Culture psychiatrique	17
2.2 Les contentions mécaniques : état de situation	24
2.2.1 Définition et usage.....	24
2.2.2 Impacts et efficacité	29
2.2.3 Processus décisionnel infirmier.....	33
2.2.4 Prévention et alternatives	39
2.3 Violence et gestion du risque.....	41
2.4 Gestion des risques et dissonance cognitive	46
2.5 Altérité	48
2.6 Résumé.....	51
CHAPITRE III : CONSIDÉRATIONS MÉTHODOLOGIQUES	52
3.1 Phénoménologie et Analyse Interprétative Phénoménologique	52
3.2 Milieu d'étude.....	55
3.3 Échantillonnage et recrutement.....	56
3.4 Méthode de collecte des données.....	57
3.5 Méthode d'analyse des données : AIP	57
3.6 Considérations éthiques	59
3.6.1 Consentement éclairé.....	59
3.6.2 Confidentialité	60
3.7 Rigueur méthodologique.....	61
3.7.1 Crédibilité.....	61
3.7.1.1 Biais potentiels et limites méthodologiques	62
3.7.2 Fiabilité.....	63
3.7.3 Confirmabilité.....	64
3.7.4 Transférabilité	64

CHAPITRE IV : RÉSULTATS..... 65

4.1 Contexte de pratique	65
4.1.1 Clientèle et mixité des diagnostics.....	66
4.1.2 Organisation spatiale de l'unité.....	67
4.1.3 Ressources disponibles	68
4.1.4 Expérience et formation.....	69
4.1.5 Équipe de travail.....	70
4.1.6 Spécificités liées à l'urgence psychiatrique.....	72
4.2 Processus de contention	73
4.2.1 Usage de la contention mécanique.....	74
4.2.2 Évaluation du patient.....	75
4.2.3 Interventions préventives.....	75
4.2.3.1 Retrait et dialogue.....	76
4.2.3.2 Contention chimique.....	77
4.2.3.3 Démonstration de pouvoir	78
4.2.3.4 Isolation improvisée.....	79
4.2.4 Application de la contention mécanique.....	80
4.2.5 Retour sur la contention	82
4.2.5.1 Débriefage avec le patient	82
4.2.6. Pratique réflexive.....	85
4.3 Recourir à la contention mécanique.....	87
4.3.1 Justification.....	87
4.3.1.1 Maintien de la sécurité et gestion du risque.....	87
4.3.1.2 Conséquences positives pour le patient	89
4.3.1.3 Absence d'alternatives.....	90
4.3.2 Perceptions	91
4.3.2.1 Valeur thérapeutique.....	92
4.3.2.2 Intervention indispensable.....	93
4.3.2.3 Relation thérapeutique	94
4.3.2.4 Respect de la déontologie infirmière	95
4.3.2.5 Potentiel d'amélioration.....	96
4.3.3 Attitudes et émotions.....	97
4.3.5 Dynamiques interactionnelles	103
4.3.5.1 Infirmier(e) – Patient	103
4.3.5.2 Infirmier(e) – Collègues de travail	105
4.4 Sommaire des résultats	107

CHAPITRE V : DISCUSSION..... 109

5.1 Le contexte de soin, un enjeu crucial.....	110
5.2 Affects et croyances	112
5.3 Processus décisionnel: pragmatisme avant altruisme	119
5.4 Limites de l'étude	121
5.5 Implications pour la discipline infirmière.....	122
5.5.1 Pratique clinique	122
5.5.2 Recherche	123
5.5.3 Enseignement.....	124

CONCLUSION

126

RÉFÉRENCES.....	129
ANNEXE I : PRÉSENTATION - RECRUTEMENT DU PERSONNEL	156
ANNEXE II : GUIDE D'ENTREVUE	158
ANNEXE III : APPROBATIONS ÉTHIQUES.....	163
ANNEXE IV : LETTRE D'INFORMATION ET FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	162
ANNEXE V : RÉSULTATS - SCHÉMA DES THÈMES ET SOUS-THÈMES.....	168

RÉSUMÉ

L'objectif de cette étude est d'examiner l'expérience phénoménologique du personnel infirmier en psychiatrie faisant usage de la contention mécanique et ce, afin de repositionner cette perspective dans un discours éthique plus sensible à l'expérience vécue des soignants. Vingt-et-un(e) infirmier(e)s travaillant sur les unités de psychiatrie et d'urgence psychiatrique d'un centre hospitalier universitaire de l'Ontario ont participé à des entrevues semi-dirigées, qui ont ensuite été transcrites, codées et analysées selon la méthode d'analyse interprétative phénoménologique (AIP). Trois thèmes principaux ont été identifiés : 1) *Contexte de pratique*; 2) *Processus de contention*; et 3) *Recourir à la contention mécanique*. Ces résultats mettent en lumière les défis organisationnels et émotionnels auxquels font face les infirmier(e)s en psychiatrie. Les travaux de Foucault, Goffman, Beck et Festinger ont guidé le processus d'analyse critique, menant aux différentes implications de cette étude pour la pratique clinique, l'enseignement et la recherche infirmière.

REMERCIEMENTS

Je tiens d'abord à remercier chaleureusement mon superviseur de thèse, le professeur Jean Daniel Jacob, pour m'avoir accueillie *in extremis* au sein de l'équipe de recherche, pour les heures qu'il a consacrées à diriger cette thèse et pour m'avoir guidée dans les moments d'incertitude. Son soutien et sa générosité ont grandement contribué à la réalisation de cet ouvrage et je lui en suis tout spécialement reconnaissante.

Je remercie également les membres du comité de thèse, les professeurs Dave Holmes et Amélie Perron, dont les expertises précieuses ont su se traduire en conseils judicieux pour l'achèvement de ce projet. Une mention spéciale à la Faculté des études supérieures, à l'École des sciences infirmières, à la Chaire de recherche en soins infirmiers médico-légaux, ainsi qu'à l'Université d'Ottawa pour leur soutien financier.

Enfin, un merci tout spécial à mes amis et ma famille, qui m'ont encouragée tout au long de mon parcours et qui ont chacun à leur manière contribué à ma réussite.

LISTE DES FIGURES

2.1	Processus décisionnel de l'usage de l'isolement ou la contention.....	39
2.2	Modèle systémique des phénomènes pouvant causer l'agression et la violence en soins de santé.....	44

CHAPITRE I

PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE

Introduction

La contention mécanique, la contention chimique et l'isolement font partie des *mesures coercitives* couramment utilisées dans une variété de contextes de soins, tout particulièrement en psychiatrie (Szasz, 2007; Whittington, Baskind & Paterson, 2006). La population hospitalisée sur les unités de soins psychiatriques est une des populations les plus touchées par ce type de mesures (Institut canadien d'information sur la santé [ICIS], 2011). Elles s'appliquent aujourd'hui dans un cadre prédéfini et règlementé pour la gestion de patients au comportement agressif ou violent (ICIS, 2011; Van Der Zwan et al., 2011), ou comme mesure préventive pour assurer la sécurité du patient ou d'autres personnes lorsque toutes autres mesures alternatives de contrôle ont échoué (Metzner et al., 2007).

Historiquement, l'usage de la coercition sous ses diverses formes est, entre autres, associé à la gestion de la maladie mentale et des comportements perturbateurs (Keski-Valkama et al., 2010; Brown & Tooke, 1992). Tout comme le soulève Szasz (1997):

The paradigmatic exercise of psychiatric coercion is the imposition of an ostensibly diagnostic or therapeutic intervention on subjects against their will, legitimized by the state as protection of subjects from madness and protection of the public from the mad. (p.487).

Cette définition par ce psychiatre influent du XXe siècle, montre bien les dynamiques de pouvoir en psychiatrie entre soignants et soignés. C'est cette prise en charge involontaire – ou forcée – des patients qui vaut à la discipline psychiatrique sa principale critique, et ce, dès sa genèse au milieu du XIXe siècle (Szasz, 2012). Après 200 ans de débats, la psychiatrie n'a pas su se sortir de cette polémique (Szasz, 2012). L'utilisation répandue des mesures coercitives suscite toujours

la controverse (Goethals, Dierckx de Casterlé, & Gastmans, 2012; Paterson & Duxbury, 2007; Strout, 2010; Szasz, 1997; Méndez, 2013), d'autant que les études s'accumulent pour démontrer le peu d'efficacité – et même les méfaits – que peuvent entraîner ce type de mesures chez les patients (Gerolamo, 2006; Irving, 2002; Nelstrop et al., 2006; Sailas & Fenton, 2000; Stewart, Bowers, Simpson, Ryan, & Tziggili, 2009; Strout, 2010; Zun, 2003), ainsi que chez le personnel soignant qui doit les appliquer (Bigwood & Crowe, 2008; Bonner, Lowe, Rawcliffe, & Wellman, 2002; Fish & Culshaw, 2005). Alors que les yeux sont plus que jamais rivés sur cet enjeu majeur qu'est la culture coercitive en psychiatrie (Duxbury, 2015), il semble que les patients et les professionnels de la santé soient plus profondément ancrés dans ce dispositif de répression dit « thérapeutique » qu'ils ne l'ont jamais été (Szasz, 2012).

À cet égard, la voix de l'infirmier(e) en santé mentale dans ce débat se fait bien discrète. Elle constitue cependant un pilier dans la perpétuation de ces pratiques coercitives, et c'est dans cette optique que s'inscrit la présente étude. L'expérience phénoménologique de l'infirmier(e) en santé mentale avec la contention mécanique, laquelle nous mettons en lumière dans cette recherche, représente non seulement une rare incursion dans le vécu de l'infirmière qui s'adonne à des pratiques coercitives, mais se veut un outil de compréhension des différents mécanismes déterminants en jeu. Notons que cette recherche s'inscrit dans le cadre d'une étude plus large dirigée par les professeurs Dave Holmes et Jean Daniel Jacob s'intéressant à l'expérience des patients ayant fait l'expérience de la contention mécanique (et le personnel infirmier qui en fait l'utilisation), et ce, dans le but de contribuer à un discours éthique plus sensible à leur vécu.

1.1 Problème de recherche

Les premières utilisations documentées des mesures coercitives remontent à l'Antiquité, où l'isolement et les contentions, accompagnées de rites spirituels, servaient de traitement pour les

personnes « dérangées » (Keski-Valkama, 2010). Jusqu'au XVII^e siècle, les croyances qui planent sur la maladie mentale sont majoritairement liées à des causes sataniques, selon lesquelles des esprits vilains et démons habitent l'âme des patients. Ces derniers étaient alors confinés dans des cachots ou des cages, torturés et parfois même exécutés dans le but de chasser ces possessions malveillantes. C'est au XVIII^e siècle que remonte l'instauration des premiers asiles privés, où les patients y étaient enchaînés et subissaient une panoplie de traitements « curatifs » barbares, allant des bains de glace aux saignées. Ces traitements ont perduré lors du transfert de ces personnes dans des institutions d'État ou des asiles au XVIII^e siècle lorsque le champ médical commence à s'approprier la prise en charge des personnes dérangées. Les mesures coercitives sont alors utilisées pour la gestion des personnes aux comportements perturbateurs (Dix, Betteridge & Page, 2008).

La contention mécanique, définie par la restriction physique du mouvement (Mohr, Petti, & Mohr, 2003), constitue une partie importante des modalités de traitement psychiatrique au XIX^e siècle. En 1794, le médecin français Philippe Pinel fut le premier à instaurer les principes des contentions mécaniques comme mesure d'intervention non punitive (Weiner, 1992) et fut reconnu comme celui ayant libéré les patients de leurs chaînes. Pinel croyait que les patients atteints de troubles mentaux devaient être traités avec soin et sensibilité, un contraste certain avec les méthodes physiques sévères de l'époque. Précurseur d'une vision moins restrictive des soins, il a limité leur usage à certaines interventions cliniques (Weiner, 1992; Keski-Valkama, 2010). Les contentions sous diverses formes (camisole de force, sangles, lit capitonné, hydrothérapie, etc.) furent alors employées avec prudence comme traitement psychothérapeutique pour aider les patients à « reprendre le contrôle » (Colaizzi, 2005). L'arrivée des nouvelles avancées biomédicales au début du XX^e siècle a certes modifié les modalités de traitement des personnes psychiatisées, en combinant les contentions à d'autres types de traitements tels les chocs

d'insulines, l'électro-convulsivothérapie (ECT), la neurochirurgie/lobotomie, et les psychotropes sédatifs (Brown & Tooke, 1992). Toutefois, dès les années 1950, les problèmes de surpopulation institutionnelle et les coupures de financement ont provoqué la réduction du nombre de patients internés, menant au mouvement massif de désinstitutionalisation dans les années 1960 (Fakhoury & Priebe, 2007). L'arrivée de nouvelles médications prometteuses, couplée à la grogne publique des traitements dits « inhumains » infligés dans les asiles ont également contribué à ce mouvement, qui fut le plus important changement politique et institutionnel pour la psychiatrie au XXe siècle (Kirk, Gomory, & Cohen, 2013). Suite à cela, l'internement et le recours aux traitements involontaires seront réservés aux patients posant un risque imminent à leur propre sécurité ou à celle d'autrui (Kirk et al., 2013). La fin du XXe siècle, jusqu'à ce jour, a été marquée par de nombreuses percées scientifiques en matière de pharmacothérapie, d'étiologie et de criminalisation des troubles psychiatriques (Lyons & McLoughlin, 2001). Bien que la psychiatrie contemporaine se soit davantage structurée au cours des dernières décennies - par la création d'outils de mesure, de cadres juridiques et par le développement d'un corpus empirique considérable - nous sommes à même de constater qu'elle offre peu de solutions pour la gestion des comportements perturbateurs. Malgré une hausse importante de la pharmacopée disponible pour les patients, le nombre d'agressions physiques sur les unités de soins n'a pas diminué ; au contraire, certaines recherches laissent présager une augmentation de la fréquence et de la sévérité des incidents violents dirigés contre les professionnels de la santé (Duxbury & Whittington, 2005; Paterson & Duxbury, 2007). Le personnel infirmier se voit confronté quotidiennement à des comportements menaçant, agressifs, et violents de la part de ces patients (Duxbury & Whittington, 2005; Paterson & Duxbury, 2007), ce qui fait de la contention mécanique une stratégie d'intervention répandue chez le personnel infirmier, particulièrement dans les centres hospitaliers généraux (ICIS, 2011).

Certains facteurs sont plus communément associés au risque de subir la contention mécanique : être un homme, démontrer un comportement agressif, dérangeant ou automutilateur, présenter un déficit cognitif (ex.: démence) et avoir reçu un diagnostic de schizophrénie ou de psychose (ICIS, 2011). Le besoin de sécurité, dans un environnement où les patients sont particulièrement sujets à l'irritabilité, l'impulsivité et l'agitation psychomotrice, devient alors un enjeu important et est cité comme principale justification d'utilisation des contentions mécaniques par les professionnels de la santé (Goethals, Dierckx de Casterlé, & Gastmans, 2012). Bien que leur usage soit règlementé et considéré comme une mesure de dernier recours (Ordre des infirmiers et infirmières de l'Ontario [OIIO], 2009), on observe que les raisons de leur emploi ainsi que la fréquence d'utilisation ne sont pas toujours appropriées (Keski-Valkama et al., 2007). Entre autres, les mesures restrictives seraient utilisées par certains professionnels de la santé à des fins punitives, un motif de contrôle et de pouvoir sur les patients (Johnson, 1998; Strout, 2010). Les contentions sont également considérées et utilisées par plusieurs comme une intervention thérapeutique (Evans, Wood, & Lambert, 2003; Gerolamo, 2006; Irving, 2002; Johnson, 1998; Sailas & Fenton, 2000) et ce, malgré le manque d'études concluantes à ce sujet (Keski-Valkama et al., 2007; Nelstrop et al., 2006; Strout, 2010). De nombreuses recherches ont d'ailleurs rapporté de sérieuses complications liées aux contentions, telles que des blessures physiques, l'asphyxie et la mort (Gerolamo, 2006; Irving, 2002; Nelstrop et al., 2006; Sailas & Fenton, 2000; Stewart et al., 2009; Zun, 2003). Strout (2010) révèle que la majorité des patients sous contentions témoignent d'une expérience négative, parfois même traumatisante, avec des sentiments d'inconfort, de colère, de peur, d'humiliation et de culpabilité. Ce paradoxe entre la perception thérapeutique de la contention et les expériences rapportées par les patients met en lumière le manque de compréhension des professionnels de la santé quant aux effets potentiellement nuisibles de cette intervention (Strout, 2010).

En somme, les contentions mécaniques sont aujourd'hui employées par le personnel

soignant, majoritairement des infirmier(e)s, sous différents prétextes cliniques qui ne sont pas empiriquement justifiés. Alors que les bénéfices associés à cette pratique sont rares par rapport aux torts qui lui sont associés, leur usage répandu semble donc être devenu un *standard* de pratique implanté par consensus plutôt que soutenu par des études empiriques.

Bien que les contentions mécaniques soient utilisées quotidiennement dans les milieux de soins psychiatriques (ICIS, 2011), elles font néanmoins l'objet de nombreux débats en matière d'éthique. Dans un premier temps, l'utilisation de mesures coercitives présente un dilemme éthique dans la mesure où elle brime l'autonomie du patient (Bloch & Green, 2006; Katsakou & Priebe, 2007; O'Brien & Golding, 2003; Prinsen & van Delden, 2009; Wynn, 2006). Comme le consentement du patient n'est pas requis en situation d'urgence, soit lorsque la sécurité du patient ou d'autrui est menacée (OIHO, 2009), la majeure partie des interventions restrictives se déroulent dans un contexte où les droits du patient – c'est-à-dire autonomie, liberté de choix, consentement éclairé – se heurtent aux principes de liberté d'autrui et de non-malfaisance. La psychiatrie résout ce dilemme par l'approche paternaliste, définie par « la croyance selon laquelle il peut être juste de régir la vie des autres pour leur propre bien, sans tenir compte de leurs vœux ou de leurs jugements » (Harris, 1985, p.194, cité dans O'Brien & Goulding, 2003). Les mesures restrictives, dont la contention, sont donc justifiées par une forme modérée de paternalisme qui protège le patient contre ses propres actions (Keski-Valkama, 2010). Le paternalisme est une approche acceptée depuis longtemps en bioéthique (Hottos & Missa, 2001). Le domaine de la bioéthique se retrouve donc au centre du processus de réglementation et de législation de l'usage des contentions, en utilisant, entre autres, le paternalisme modéré pour justifier et établir ces pratiques comme moralement acceptables (O'Brien & Goulding, 2003). Soulignons que l'analyse bioéthique de la contention tient compte d'une représentation normative du corps et du sujet, se souciant davantage des implications légales et procédurales que de la compréhension du point de vue du sujet lui-

même (Murray, 2012). Les publications concernant l'utilisation sécuritaire des contentions mécaniques, les guides de soins, ainsi que les articles pédagogiques sur le sujet sont exempts de toute information en ce qui a trait à la perspective et l'expérience du patient (Strout, 2010). À cet égard, nous considérons donc que la bioéthique actuelle se trouve décalée par rapport aux enjeux cliniques et expérientiels de la contention en négligeant grandement la perspective du principal acteur concerné, soit le patient.

Le second acteur d'importance, celui vers lequel nous porterons toute notre attention dans cette thèse, joue le rôle de protagoniste dans l'acte de contention : l'infirmier(e). Sa position est déterminante: il(elle) a la responsabilité d'ordonner¹ l'acte, le conduire, le lever et le documenter. « *Such power over individuals and its consequent restriction of freedom ("one person cannot coerce another unless he has power over him" [citant Szasz, 1987]) will always distinguish psychiatry from other medical specialties* » (Welsh & Deahl, 2002). Détentrices d'une autorité incontestable issue de leur rôle professionnel, les infirmier(e)s sont toutefois influencées par des entités complexes, débutant par le champ bioéthique. La culture psychiatrique traditionnelle, basée sur le pouvoir, la répression et le paternalisme, est en fait appuyée par la bioéthique, qui considère acceptable qu'une personne puisse imposer un traitement à une autre. En plus de cette influence culturelle, l'infirmière est sujette à des conditions structurelles, comme les décisions organisationnelles, les politiques de l'établissement, l'environnement de travail, l'influence des pairs et les ressources disponibles (Jacob, Perron, & Corneau, 2014). Ces contraintes positionnent ainsi l'infirmier(e) dans un rôle dichotomique : il(elle) doit tenter de concilier les pressions culturelles et organisationnelles avec son rôle de soignant. Le personnel infirmier se voit jongler entre le besoin de maintenir la sécurité par la coercition, et la préservation du lien thérapeutique et

¹ L'ordonnance de contention peut, selon les politiques propres à chaque établissement, nécessiter une ordonnance médicale. Autrement, la décision de procéder à la contention revient au personnel infirmier (OIIO, 2009).

de l'autonomie du client (Bigwood & Crowe, 2008).

Cette dualité des rôles, sans compter les dilemmes éthiques auxquelles les infirmier(e)s doivent composer quotidiennement, ne sont pas sans répercussions. Il(elle)s sont, après tout, les témoins et les agents de la détresse des patients sous contention. Certain(e)s ont manifesté leur inquiétude de devoir brimer les droits du patient (Bonner et al., 2002), alors que d'autres ont rapporté souffrir des conséquences psychologiques liées à l'action de « contenir », comme la détresse, la peur, l'anxiété et la colère (Bigwood & Crowe, 2008; Bonner et al., 2002; Fish & Culshaw, 2005). Par ailleurs, les niveaux élevés de détresse chez l'infirmier(e) et le patient nous amènent à réfléchir au processus décisionnel de l'infirmier(e)s, ainsi que le contexte dans lequel ces décisions sont prises (Holmes, Guimond & Perron, 2007; Jacob et al., 2014). Les recherches démontrent que la décision de procéder à la contention est fortement associée à la compréhension du personnel infirmier de la situation du patient (Goethals et al., 2012; Huizing, Hamers, de Jonge, Candel, & Berger, 2007). Selon Wynn (2004), il existe actuellement une déconnexion frappante entre l'intention du clinicien et la perception du patient, ce qui cause une augmentation de la fréquence de contention et met en péril la relation thérapeutique infirmière-patient.

Dans ces circonstances, il nous est possible de dresser un portrait de l'usage des contentions mécaniques chez les infirmier(e)s. Les données actuelles montrent que l'utilisation courante des contentions perdure sur les unités de soins malgré l'absence d'études confirmant son efficacité (Nelstrop et al., 2006; Sailas & Fenton, 2000). De plus, la fréquence élevée d'application des contentions nous permet de douter de leur usage minimal et de leur emploi comme dernier recours. Alors que la sécurité est un enjeu de taille sur les unités de soins et demeure la première raison d'utilisation des contentions, elles sont également employées à des fins dites « thérapeutiques » et punitives. Ces observations sont particulièrement préoccupantes compte tenu des devoirs

déontologiques de l'infirmier(e), qui commandent le respect, le bien-être et l'autonomie du client. Les réponses apportées à ce dilemme éthique par les domaines de la bioéthique et de la psychiatrie contemporaine demeurent ancrées dans une vision légale et répressive de la maladie mentale, une vision qui, selon nous, est en opposition avec la nature même du soin infirmier. En revanche, au cœur de ce débat, les infirmier(e)s se retrouvent dans une position privilégiée : autrefois réservé aux psychiatres, le processus de contention est aujourd'hui largement dirigé par les infirmier(e)s. Il(elle)s sont donc détenteur(trice)s d'un pouvoir de changement inestimable. Or, le point de vue et la perception du personnel infirmier – ou du patient – sont pratiquement inexistant de tous les aspects du débat actuel (Strout, 2010). En ce qui a trait à la recherche, il n'existe a priori qu'une seule étude phénoménologique examinant l'expérience des infirmier(e)s avec les contentions mécaniques en psychiatrie (Bigwood & Crowe, 2008). Le manque d'études et de données sur le sujet est une démonstration évidente du détachement vis-à-vis de la réalité infirmière, mais plus que tout, il témoigne de l'incompréhension du rôle de l'infirmier(e) comme agent(e) du dispositif psychiatrique, et par conséquent, du potentiel de changement qu'(il)elle pourrait incarner.

1.2 Objectif de recherche

À la lumière de ce qui précède, nous croyons qu'il est impératif de mieux comprendre le vécu de l'infirmier(e) en psychiatrie qui a recours à la contention mécanique. Le but de cette étude est donc d'examiner l'expérience du personnel infirmier en regard de la contention mécanique, et d'en interpréter la signification en utilisant la phénoménologie herméneutique. Le dévoilement de cette perception s'avère un outil précieux pour mieux comprendre l'acte de mise sous contentions en tant que tel, mais également pour démystifier comment l'infirmier(e) compose avec les contradictions éthiques en cause. Cette compréhension est un premier pas incontournable vers l'élaboration de futures pistes de solutions : les infirmier(e)s font certes partie de la

problématique, mais font de surcroît partie de la solution et sont bien positionné(e)s pour devenir agent(e)s de changement.

La conduite d'une recherche phénoménologique auprès des infirmier(e)s est un choix réfléchi et éclairé, tout en revêtant un intérêt pour le développement de la discipline infirmière ; l'exercice se veut une itération de la légitimité de l'expérience et du savoir infirmiers. De plus, la recherche en sciences infirmières tente de se distancer de la vision réductrice de l'approche biomédicale et de cette quête d'une vérité statique ; elle s'oriente davantage vers la compréhension de l'Autre comme personne unique (Rapport & Wainwright, 2006). Nous croyons qu'en leur propos se trouve une réalité importante à mettre au jour, réalité qui doit être mieux connue si l'on souhaite proposer des solutions adaptées aux devoirs déontologiques de l'infirmier(e), soit de se porter à la défense du patient, de respecter la vie, le bien-être et l'autonomie de celui-ci. Par contre, ces caractéristiques du devoir infirmier relèvent de la bioéthique, un domaine qui est empreint de significations politique et idéologique. La compréhension de l'expérience phénoménologique peut ainsi favoriser le développement d'un savoir empirique qualitatif qui bénéficierait au développement de la discipline infirmière et du domaine de la bioéthique (Murray & Holmes, 2013; Murray, 2012). Cette étude contribuera, du moins nous l'espérons, à recentrer le vécu des principaux acteurs – infirmier(e)s et patients – dans la détermination des concepts bioéthiques telles que l'autonomie et la liberté de choix.

1.3 Questions de recherche

La principale question de recherche qui nous intéresse tout au long cette étude s'énonce comme suit:

- Quelle est l'expérience vécue par les infirmier(e)s en psychiatrie lors d'un/des épisode/s de contention mécanique?

À partir de cette question, voici l'ensemble des sous-questions auxquelles nous nous sommes référées pour répondre adéquatement à l'objectif de recherche:

- Quelle signification l'infirmier(e) donne-t-il(elle) aux différents éléments contextuels (gestion de l'unité, collègues, ressources disponibles, etc.) dans le recours à la contention mécanique?
- Quelles perceptions, attitudes et émotions émergent chez l'infirmier(e) avant, pendant et après l'usage de la contention mécanique?
- Comment l'infirmier(e) perçoit-il(elle) le dilemme éthique qu'occasionne la contention mécanique et comment cette perception influence-t-elle sa décision de recourir à la contention mécanique?

1.4 Position épistémologique

La question épistémologique d'une étude repose sur certains postulats fondamentaux sur l'origine du savoir et de la vérité : « *the fundamental premises about truth must be confronted by all of those intent upon producing knowledge, in that it governs the aim of science* » (Polifroni & Welch, 1999, p. 127). Il est donc essentiel pour la personne en quête de connaissances – i.e. le chercheur – de préciser la nature de sa relation avec le « savoir » (Yorks & Sharoff, 2001). Le Moigne (1995) précise l'enjeu épistémologique avec trois questions : « Qu'est-ce la connaissance?; comment est-elle constituée?; et comment apprécier sa valeur ou sa validité? » (p.4). C'est cette réflexion qui conduit le chercheur vers une école de pensée ou un paradigme, soit un ensemble de croyances qui définit notre façon de voir et de comprendre le monde. Le paradigme auquel le chercheur choisit de s'associer s'avère être la base des postulats ontologiques, épistémologiques et méthodologiques de l'étude (Guba & Lincoln, 1998). Guba et Lincoln (1998) ont identifié quatre paradigmes présents en recherche qualitative : le positivisme, le postpositivisme, la théorie critique et le constructivisme. Ces quatre modèles distincts ne parlent pas le même langage et réfèrent chacun à un ensemble d'à priori qui sont acceptées sur la base de la foi, autrement dit, ils sont irréfutables en ce qu'il n'y a pas de façon de démontrer leur véridicité ultime (Guba & Lincoln, 1998). Dans

cette section, nous présenterons un aperçu du courant de pensée critique et décrirons comment il s'inscrit dans les valeurs du chercheur et de la présente étude.

La théorie critique est un paradigme regroupant plusieurs écoles de pensées (féminisme(s), poststructuralisme, postmodernisme, postcolonialisme, etc.) étudiant les effets du savoir, du pouvoir et du langage de la société sur des individus ou des groupes (Powers & Knapp, 2010). La théorie critique expose l'oppression en se penchant sur les significations partagées – du chercheur et du participant – des sphères politique, sociale, historique et culturelle d'un phénomène (Weaver & Olson, 2006). Le chercheur développe ce savoir en s'engageant dans un processus de réflexion critique, souvent mené par des visées émancipatoires et une praxis – action orientée vers une finalité de changement social. (Guba & Lincoln, 1998). Guba et Lincoln (1998) décrivent la théorie critique en relation avec les questions ontologiques, épistémologiques et méthodologiques de la recherche. D'après ces auteurs, les fondements ontologiques de la théorie critique s'appuient sur le réalisme historique, où les réalités autrefois variables se sont modelées au fil du temps en fonction des conjonctures sociales, culturelles, économiques, politiques, ethniques et de genre, pour ultimement être cristallisées et interprétées comme des « vérités ». Ensuite, la théorie critique répond à la question épistémologique – c'est-à-dire la nature de la relation entre le chercheur et le savoir – par l'approche subjectiviste et transactionnelle. Le chercheur et le participant sont « liés » et c'est cette interaction qui fournit au chercheur les éléments de sa recherche. Avec cette approche, les valeurs du chercheur et du participant teintent inéluctablement les résultats de recherche (Guba & Lincoln, 1998; Lincoln & Guba, 1985). Enfin, en termes de méthodologie, la théorie critique se caractérise par une démarche dialogique et dialectique. L'échange entre le chercheur et le participant permet à ce dernier d'identifier les éléments historiques et culturels ayant mené aux souffrances et difficultés vécues. Comme les constructions sociales sont souvent faussement interprétées comme immuables, le dialogue est essentiel au processus de transformation par la prise

de conscience et l'affranchissement des personnes opprimées (Guba & Lincoln, 1998). La dialectique, quant-à-elle, cherche à repérer les contradictions ou les divergences dans les données pour mettre en lumière la complexité d'un phénomène et forcer le chercheur à reconsidérer ses premières hypothèses. Le chercheur doit donc accepter qu'il puisse exister différentes explications pour un phénomène donné, qui peuvent être influencées autant par son propre point de vue que celui des personnes étudiées (Appleton & King, 1997).

Dans le même ordre d'idées, nous nous inspirons dans cette étude de la perspective philosophique *postmoderne* qui rejette les notions modernes de cohérence, de certitude et de vérité universelle au profit des concepts de pluralité, de fragmentation et de multiplicité des perspectives (Cheek, 1999). Cette multiplicité implique nécessairement qu'aucune « voix » ne puisse être considérée supérieure ou plus valide qu'une autre, et tend vers la découverte des discours parallèles et opprimés, lesquels nous tenterons de mettre au jour dans cette étude. Conformément aux valeurs de l'approche critique, l'influence des valeurs du chercheur et du contexte sociohistorique sur le processus de recherche teinte toutes les étapes de la démarche, de l'élaboration de la question de recherche jusqu'aux conclusions (Cheek, 1999). De plus, le postmodernisme vise à défier les idées préconçues et à reconsidérer les aspects de la réalité qui sont tenus pour acquis, notamment les aspects touchant les soins de santé.

The unsettling effect of postmodern thought on what we may have come to take for granted in health practice realms is one of its greatest contributions – offering possibilities for bringing about change and allowing « other » voices and perspectives to surface. (Cheek, 1999, p.21)

Cette dimension du courant postmoderne – l'ouverture à la perspective de l'Autre – s'inscrit tout à fait dans les objectifs de cette étude et vient et de ce fait préciser davantage sa position épistémologique. On comprend qu'au sein des postulats de la théorie critique et de la

pensée postmoderne se retrouve un ensemble d'éléments significatifs pour le chercheur, mais également significatifs pour le développement de la discipline infirmière. L'infirmier(e) est en constante interaction avec l'Autre et c'est devant cette nature relationnelle de la discipline que se dévoile tout un monde de subjectivités qui s'entrecroisent dans l'acte du soin. Selon nous, le respect de cette ontologie de la discipline infirmière tout au long du processus de recherche favorise le développement du savoir infirmier et peut potentiellement informer des pratiques de cette nature. L'approche critique permet non seulement de mieux comprendre les enjeux sociohistoriques lié au phénomène étudié, mais représente également une réflexion sur les possibilités de transformation des pratiques, notamment, le débat sur la présence de la voix du patient et de l'infirmière dans le discours bioéthique actuel.

En revanche, il est important de noter à propos du positionnement épistémologique qu'en son avantage se retrouve son plus grand inconvénient. Chacun des paradigmes rend l'action de leurs adhérents importante, légitime, et raisonnable (Patton, 1978). Patton (1978) résume bien comment le caractère « incritiquable » des paradigmes de recherche peut poser problème : « *the very reason for action is hidden in the unquestioned assumptions of the paradigm* » (p. 203, cité dans Guba & Lincoln, 1985). La reconnaissance de cette normativité peut ainsi guider le chercheur vers une action centrée sur l'objectif plutôt que sur ses croyances, bien que celles-ci ne soient pas totalement indissociables.

Ceci étant dit, l'intégration de la position paradigmatique critique dans la présente étude s'est effectuée naturellement en choisissant une approche méthodologique qui à la fois incarne ces valeurs et contribue à l'atteinte de l'objectif de recherche : la phénoménologie herméneutique. Inspiré des travaux fondateur d'Edmund Husserl et développé par Martin Heidegger, ce courant philosophique cherche à comprendre la signification d'un phénomène à travers la perception du

sujet, duquel le chercheur se doit de considérer les influences historiques et culturelles (Lavery, 2003). L'intérêt central de Heidegger est la vision ontologique que l'on a de l'existence humaine. Le concept d'« être au monde » (*Dasein*) est représenté comme quelque chose de perceptif, temporel, et en intersubjectivité avec le monde (Smith, Flowers, & Larkin, 2009). Heidegger suppose que le vécu du sujet ne peut pas être totalement exprimé explicitement par celui-ci, et doit donc être soumis à l'analyse interprétative du chercheur (Lavery, 2003). L'herméneutique, qui renvoie à la philosophie et à l'art de l'interprétation, se trouve donc au centre des préoccupations ontologiques de la phénoménologie Heideggerienne (Smith et al., 2009). Cette façon d'accéder au savoir correspond au postulat de la théorie critique, qui stipule qu'il est impossible d'avoir une vision totalement objective de la réalité, car l'expérience et le système de valeurs d'une personne sont indissociables de sa perception du monde. Par conséquent, la phénoménologie herméneutique doit inclure le chercheur activement dans le processus d'analyse, l'interaction entre celui-ci et le sujet étant la clé pour une construction plus crédible de la réalité (Larkin, Watts & Clifton, 2006). De plus, cette démarche amène le phénomène de co-construction du savoir, où l'expérience du chercheur qui tente de comprendre le point de vue du participant est toute aussi importante que celle du participant qui tente de donner un sens à son expérience. Dans cette étude, l'application des concepts de la phénoménologie herméneutique se fera par le biais de la méthode d'*analyse interprétative phénoménologique* (AIP) (Smith et al., (2009).

En somme, notre choix de procéder à une étude phénoménologique est un moyen de mettre en application les principes soutenus par une vision critique d'accès au savoir. Une description plus approfondie de la phénoménologie herméneutique, de l'AIP, de même que les considérations méthodologiques qui y sont reliées seront détaillées au Chapitre 3 de cet ouvrage.

CHAPITRE II

RECENSION DES ÉCRITS ET CADRE THÉORIQUE

Les écrits portant sur la pratique des contentions mécaniques sont nombreux ; ils recoupent plusieurs champs disciplinaires, de la psychiatrie à l'éthique, en passant par la discipline infirmière. Cette recension des écrits et cadre théorique, qui se sont développés au fil de nos lectures et de l'analyse des données de recherche, tentent ainsi de regrouper les thématiques pertinentes à notre problématique à travers différents domaines de recherche. Plutôt que d'aborder d'emblée les écrits sur la contention mécanique, nous avons cru nécessaire d'introduire cette recension des écrits par une mise en contexte sur la culture psychiatrique afin d'amorcer une réflexion critique. Cette entrée en matière constitue le cadre théorique de départ pour cette étude et comprend les écrits que nous considérons comme incontournables, dont les travaux du philosophe Michel Foucault et du sociologue Erving Goffman. Dans un deuxième temps, une revue des recherches sur l'usage et l'effet des contentions mécaniques est présentée. Finalement, nous exposons les concepts théoriques qui ont été formulés pendant le processus d'analyse des entrevues, étape qui nous a permis de relever certains phénomènes récurrents dans le propos des participants. Notre compréhension théorique de la problématique s'étant approfondie en cours de route, nous avons donc ajouté a posteriori les travaux du psychologue Leon Festinger à ce chapitre.

Bref, les concepts couverts dans cette recension des écrits et dans la présente étude s'articulent autour des thèmes suivants :

- La culture psychiatrique
- Les contentions mécaniques : état de situation
- Violence et gestion du risque

- Dissonance cognitive
- Altérité

2.1 Culture psychiatrique

Les activités et mœurs présentes au sein de l'institution psychiatrique sont aujourd'hui mieux comprises à la lumière d'une analyse de la *culture* organisationnelle présente en ses lieux. Schein (2010), en décrivant le concept de culture, articule comment les expériences communes vécues par les membres d'un groupe mènent à la formation de croyances partagées et tenues pour acquises. Ces croyances déterminent alors la plupart des valeurs, comportements, règles et normes tenues par les membres du groupe, qui sont par la suite enseignés aux nouveaux arrivants (Schein, 2010). D'après Gaw (1993), chaque groupe de personnes (patients, infirmières, médecins) détient ses propres a priori et croyances, modelant ainsi leur façon de se comporter. Cette représentation du concept de culture peut donc expliquer à la fois les pratiques routinières, les relations interpersonnelles complexes, les comportements attendus, et à l'opposé, ceux qui sont considérés irrationnels. La dimension culturelle – et historique – est donc inhérente aux différentes pratiques psychiatriques (Gaw, 1993). Foucault (2006) traita justement de ce concept à l'aide d'une perspective historique, en maintenant que l'origine de la psychiatrie découlerait de l'incarcération des personnes « dérangées » à l'âge classique. Initialement, cette opération se voulait un acte d'exclusion sociale plutôt qu'une pratique médicale. Les médecins, qui accédèrent progressivement au monde des asiles au XVIII^e siècle, se virent accorder le contrôle de ces institutions, non pas pour leurs connaissances scientifiques, mais pour l'autorité morale absolue qu'ils incarnaient (Foucault, 2009). De cette position de pouvoir émergea alors le savoir et la pratique que nous appelons aujourd'hui la psychiatrie (Bracken & Thomas, 2010). Ce dispositif est donc un amalgame médical et étatique complexe dictant les fondements de la « maladie mentale »,

de même que ses modalités thérapeutiques. Les décisions politiques et médicales de l'époque ont de fil en aiguille contribué à la classification et la médicalisation des troubles mentaux, dont le but s'est rapidement centré sur la normalisation des malades mentaux (Foucault, 1977). La classification fondée sur des principes objectifs est critiquée par Foucault, en ce qu'elle ne constituerait qu'un code culturel d'interprétation des troubles mentaux (1971). À titre d'exemple, nous pouvons ici citer le *Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders* (DSM; American Psychiatric Association) dont la première édition remonte à 1952. Cet ouvrage de classification des troubles mentaux illustre comment l'approche biomédicale traditionnelle organise objectivement le savoir et la pratique médicale en réponse à la détresse psychologique observée. La perspective Foucauldienne nous permet ainsi de mieux comprendre les événements historiques qui auraient mené à l'émergence de la culture psychiatrique actuelle.

Le pouvoir conféré au psychiatre de catégoriser une personne comme étant atteinte d'une « maladie mentale » vient avec tout un lot de préconceptions, à débiter par celle de la *dépendance*. Il est une croyance populaire de considérer une personne atteinte de maladie mentale comme incapable de s'occuper d'elle-même et présentant un risque accru de dangerosité pour la communauté (Bracken & Thomas, 2010; Winick, 2008). Winick (2008) soutient que lorsqu'un individu est incapable de prendre des décisions pour lui-même, il est approprié d'imposer des interventions et d'agir comme *Parens patriae* (parent de la patrie) pour veiller à son meilleur intérêt. Les actes de paternalisme de l'État, tel que le traitement involontaire ou forcé d'une personne, constitueraient ainsi la « solution » au « risque » occasionné par ces « malades mentaux ». (Peele & Chodoff, 2000; Thompson et al., 2001). Pour appliquer un traitement, les psychiatres doivent souvent contrôler et incarcérer leurs patients, tout en leur imposant une variété de traitements physiques et psychologiques contre leur gré (Szasz, 1997, 2012). Les rapports de

force entre la pratique médicale et le cadre législatif de l'état représentent donc le noyau de la psychiatrie contemporaine, dont les pouvoirs soutiennent les pratiques coercitives que l'on connaît aujourd'hui, tels les traitements obligatoires, l'incarcération sur des unités fermées, ainsi que l'usage de mesures d'isolation et de contentions (Deacon, 2004; Roberts, 2005). Ces exemples illustrent la présence de puissants discours d'autorité, de pouvoir et de discipline au sein de la culture psychiatrique, tels que décrits par Foucault (2006). De l'exclusion sociale des malades mentaux à l'institutionnalisation, la pratique psychiatrique d'aujourd'hui est donc un produit du bagage historique et culturel dont il découle.

Malgré une augmentation des soins psychiatriques dans la communauté, le traitement en institution occupe toujours une place importante, avec plus de 90 000 patients hospitalisés en Ontario pendant les périodes de 2006-2007 et 2009-2010 (ICIS, 2011). L'institutionnalisation demeure donc encore le principal *modus operandi* du dispositif psychiatrique dans la gestion des personnes trop instables psychologiquement pour un bon fonctionnement social. En 1961, le sociologue américain Erving Goffman introduit pour la première fois le concept d'« institution totale » suite à l'observation intensive de patients dans un hôpital psychiatrique de Washington. Il définit cette notion comme « un lieu de résidence et de travail où un grand nombre d'individus, placés dans la même situation, coupés du monde extérieur pour une période relativement longue, mènent ensemble une vie recluse dont les modalités sont explicitement et minutieusement réglées » (Goffman, 1990, p. 41). Goffman considère l'hôpital psychiatrique comme une institution totale, au même titre que les prisons, asiles, couvents, orphelinats et camps de concentration (Goffman, 1990). Il explique comment chaque individu entre dans une institution totale avec sa propre culture et ses expériences de vie. Ce point de référence identitaire se voit alors supprimé par l'institution totale, qui impose sa propre culture, un processus appelé « mortification du soi », qui s'opère par

l'emploi de méthodes dégradantes, incluant la dépossession des biens personnels, la surveillance ininterrompue, l'absence d'intimité, et les traitements intrusifs de la part du personnel (Goffman, 1990). Conséquemment, certains patients démontrent en retour des comportements de résistance face à ces procédés répressifs, tels le silence, l'impolitesse, le manque de coopération, la manipulation, des actes de violence, etc. Ces signes de désaffiliation sont souvent mépris par le personnel comme des symptômes de maladie mentale, qui « justifient » toujours plus le recours à des procédés répressifs. Il se crée ainsi une dynamique interactionnelle caractéristique des institutions totales, opposant les techniques contrôle et de répression identitaire des soignants aux stratégies de défense des patients (Goffman, 1990).

Cette interaction de pouvoir s'inscrit dans un cadre disciplinaire psychiatrique dont les instruments s'inscrivent dans ce que Foucault (1977) appelle le « panoptisme ». Par définition, le panoptisme est l'ensemble des techniques qui permettent à l'institution d'assurer une surveillance constante et de ce fait, réformer les individus en « corps dociles » (Foucault, 1977). L'observation du patient, la documentation, les activités thérapeutiques, l'utilisation de techniques comportementales, l'évaluation du risque et les tournées régulières de l'unité sont tous des exemples du panoptisme à l'oeuvre dans les routines de « soin » des infirmier(e)s. Les patients, se sachant dans un état de visibilité constante et permanente, vont donc agir de façon à répondre aux normes imposées par l'institution – et, par extension, la société (Curtis et al., 2013; Foucault, 1977; Roberts, 2005 (dans Du Plessis, 2013). Du Plessis (2013) identifie l'utilisation de techniques comportementales comme un concept puissant dans la détermination de l'environnement psychiatrique. Ces techniques utilisent un système déterminé de récompenses et punitions ayant pour but de modeler les comportements (Mohr, 1999). Plusieurs hôpitaux fonctionnent d'ailleurs avec un système par niveaux : un patient débute avec un minimum de privilèges et responsabilités, mais s'il se comporte adéquatement, il

acquerra davantage de droits et responsabilités (Bentley, 1987). En conséquence, ce système disciplinaire normalise et impose l'homogénéité des comportements par des processus de conformation, tout en permettant au personnel de distinguer objectivement les différences individuelles - autrement dit, de discriminer les « bons » des « mauvais » patients (Foucault, 1977). Par ailleurs, le contact social imposé qui définit l'institution totale favorise le maintien de stéréotypes antagonistes entre les deux groupes (Goffman, 1968). Les membres du personnel perçoivent souvent les patients comme colériques, suspicieux et menteurs, alors que ceux-ci considèrent le personnel comme condescendant et mal intentionné (Du Plessis, 2013). À ce dualisme soignant-soigné longuement décrit par Goffman peut s'apparenter un autre concept émergeant dans les écrits, soit l'*othering* (altérité) (Du Plessis, 2013), que nous aborderons en plus amples détails à la section 2.5 de ce chapitre.

Les travaux fondateurs de Foucault et Goffman ont été déterminants pour le développement d'une critique de la culture psychiatrique. Ce mouvement s'est élargi, si bien que l'on compte plusieurs branches, incluant la critique de la légitimité du diagnostic et de la « maladie mentale », la critique de l'industrie pharmacologique et de son influence sur la pratique psychiatrique, la critique de l'usage de méthodes coercitives, punitives et behaviorales, et l'émergence d'un discours sensible à la signification du patient et de son inclusion comme partenaire de soin (Bracken & Thomas, 2010). Pour Roberts (2005), tout débute avec l'attribution du diagnostic psychiatrique, qui délimite et transforme comment la personne se perçoit et surtout, comment les autres peuvent la percevoir. Le diagnostic correspond à une classification qui reflète une « maladie » selon des critères objectifs (Reich, 2000). À ce propos, Szasz (cité par Thomas et Bracken, 2010) s'interroge sur la légitimité même de l'appellation « maladie » lorsque l'on parle de difficultés psychologiques. Pour Foucault (1997), cette classification du discours psychiatrique est une manifestation des

préoccupations politiques, des normes et des valeurs de cette culture et société. En d'autres termes, les émotions, pensées et attitudes d'un patient sont traitées sur la base d'un discours psychiatrique – influencé historiquement et politiquement – qui catégorise certaines émotions, pensées et attitudes en composantes de la « maladie mentale » (Roberts, 2005).

Le traitement infligé aux personnes en institution est également une source majeure de critiques pour plusieurs auteurs (Hall, 2004). Les services psychiatriques internes sont perçus comme étant moins thérapeutiques, offrant des soins non conformes aux meilleures pratiques et suscitant l'inquiétude en ce qui a trait à l'expérience souvent négative des usagers (Sainsbury Centre for Mental Health [SCMH], 1998). Il existe un corps important d'écrits révélant l'inefficacité des méthodes coercitives, qui est particulièrement évocateur lorsque comparé aux résultats des traitements volontaires (Winick, 2008). Ceci démontre la contradiction entre la personne et l'État tel que décrit par Szasz (2007) : en agissant contre la liberté individuelle, l'État est un dispositif de coercition qui détient le monopole de l'usage légal de la violence.

L'ensemble de ces questionnements à propos de la culture psychiatrique nous amène donc au point focal de cette étude, la réalité infirmière. L'infirmier(e) en psychiatrie évolue dans une conjoncture difficile, particulièrement sur les unités à haut risque. Les patients qui s'y trouvent ont démontré des comportements extrêmement dangereux (Perron et al., 2015) et leur santé mentale précaire rend la relation thérapeutique infirmière-patient difficile (Deacon, 2004). Actuellement, le travail infirmier en psychiatrie est sous-tendu par un amalgame complexe de discours sur la qualité des soins, le professionnalisme, la biomédecine et les soins centrés sur le patient (Carmel, 2006). À ces discours se joignent également ceux de la folie et de la déraison de Foucault (1988), qui sont implicites en psychiatrie et qui appuient un éventail de pratiques systématiques et questionnables dans les hôpitaux (Hamilton & Manias, 2008). Tel qu'énoncé précédemment, les pratiques

psychiatriques découlent d'un bagage historique et culturel complexe, un héritage qui est aujourd'hui intégré par le personnel infirmier dans les unités psychiatriques. Plusieurs chercheurs ont d'ailleurs démontré comment les théories de Foucault sont pertinents pour la pratique infirmière. En effet, Hall (2004) rapporte que le travail infirmier est guidé par des fonctions de contrôle social, dont l'observation, la privation de la liberté et la gestion des comportements perturbateurs, alors que Cleary (2003) décrit qu'au sein des actes infirmiers liés à la stabilisation du patient se retrouvent des pratiques courantes liées au pouvoir, à la restriction et à la sécurité. Hamilton et Manias (2008), de leur côté, soutiennent que les infirmier(e)s exercent un contrôle social sur les patients en devenant les agent(e)s des décisions médicales et légales, décisions qui supplantent les droits du patient au refus de traitement. La dualité des rôles infirmiers, alternant entre contrôle et soin, est également un thème qui est soulevé dans les écrits (Bigwood & Crowe, 2008; Cowman, 2006; Dodds & Bowles, 2001; Hinsby & Baker, 2004; Perron & Homes, 2011; Salzmann-Erikson, Lüützéén, Ivarsson & Eriksson, 2011; Thomas, Shattell & Martin, 2002). Thomas et al (2002), de même que Dodds & Bowles (2001), affirment que les infirmier(e)s focalisent trop sur des activités de contrôle, tel le maintien de la sécurité et la médication, et qu'ils(elles) devraient davantage s'engager dans le soin au patient. Morrison (1990) témoigne également de la tradition de brutalité et de contrôle qui règne au sein du personnel infirmier en psychiatrie. Selon Cowman (2006), cette culture exerce une influence certaine sur l'apparition d'incidents violents. En dépit de cette accumulation d'évidences relatives à l'omniprésence du pouvoir et du contrôle dans le travail infirmier psychiatrique, ces préoccupations se retrouvent effacées d'un bon nombre de recherches infirmier(e)s (Hamilton & Manias, 2008) et de présentations sur les meilleures pratiques en santé mentale (Whittington & McLaughlin, 2000; Gerolamo, 2006).

Aujourd'hui, la discipline psychiatrique est confrontée à cette question fondamentale : est-il possible de produire un discours qui tient compte de cette réalité oppressive, et qui est sensible à la complexité de l'expérience et de la nature humaine ? (Bracken & Thomas, 2010). De nombreux auteurs critiquent notamment l'incapacité de la psychiatrie actuelle à considérer ce problème, d'où l'émergence d'un fort mécontentement face aux approches conventionnelles (Brookbanks, 2014). En s'appuyant sur une perspective post-moderne, Brookbanks (2014) décrit comment une initiative « post-psychiatrique » peut défier les hypothèses actuelles en ce qui a trait à la gestion des patients psychiatriques et soulever des inquiétudes quant à l'usage de méthodes coercitives (Brookbanks, 2014). À cet effet, Brookbanks accueille favorablement les approches non traditionnelles pour le traitement de la détresse psychologique et ce, afin de briser l'hégémonie biomédicale actuelle. Grâce à l'existence de ce type d'initiative, de même que des nombreux écrits empiriques qui posent un regard critique sur la culture psychiatrique, nous sommes à même de constater l'influence certaine de cette culture et du contexte historique sur l'évolution des problématiques actuelles, dont l'usage des contentions mécaniques. Nous verrons dans les prochaines sections comment cette culture forge l'environnement physique et social des unités psychiatriques et devient par conséquent un déterminant principal de l'usage de la contention mécanique par les infirmier(e)s.

2.2 Les contentions mécaniques : état de situation

2.2.1 Définition et usage

Au sens de la loi provinciale Ontarienne (*Loi de 2001 sur la réduction au minimum de l'utilisation de la contention sur les malades*, L.O. 2001, chap. 16, art. 1(1)), la contention se définit comme suit : « relativement à une personne, s'entend du fait de la contrôler grâce à l'utilisation minimale de la force, des moyens mécaniques ou des substances chimiques qui sont raisonnables compte tenu de l'état physique et mental de la personne » (p.1). Dans le cadre de cette étude, qui traite de

la contention mécanique en particulier, la définition opérationnelle utilisée est celle de Mohr, Petti & Mohr (2003) :

It[restraint] refers to confining the limbs on a specially designed bed (that is, "4-point" or "5-point" restraint), but it can also mean restraining patients to a chair, limiting arm or leg movement ("ambulatory restraint"), or restraining the whole body with a camisole or straight jacket. (p.330)

Dans de nombreux pays, les contentions mécaniques sont considérées selon les meilleures pratiques comme une intervention de « dernier recours », ou encore, sont éliminées lorsque possible (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2015; International Society of Psychiatric-Mental Health Nurses, 1999; American Psychiatric Nurses Association [APNA], 2014). La plupart des établissements de santé au Canada ont effectivement des politiques et lignes directrices qui prônent un usage minimal des contentions (ICIS, 2011; OIIO, 2009). Ces initiatives sont entre autres guidées par les lois et règlements en vigueur, ceux de l'Ontario étant la *Loi de 2001 sur la réduction au minimum de l'utilisation de la contention sur les malades*, la *Loi sur la santé mentale* (2010) et la *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé*. Lorsque ces lois ne sont pas applicables, la jurisprudence canadienne stipule qu'il est du droit et de la responsabilité du soignant de contraindre un patient en cas d'urgence pour sa protection ou celle des autres (*Conway v. Fleming*, [1996] O.J. No. 1242 aux paras. 278-279 (Ont. Gen. Div.)).

Malgré ces dispositions légales pour limiter son usage, l'efficacité des contentions mécaniques semble être un fait largement accepté dans la croyance populaire (Whittington et al., 2009), si bien qu'elles sont devenues l'intervention principale de gestion de la violence dans nombre de milieux de soins (Cowin et al., 2003; Foster, Bowers & Nijman, 2007; Kynoch, Wu & Chang, 2011). Bien que cette pratique soit courante dans de nombreux pays (Kaltiala-Heino, Tuohimäki, Korkeila, & Lehtinen, 2003; Bowers, Van Der Merwe, Paterson & Stewart, 2012), une

évaluation comparative du recours aux contentions s'avère complexe étant donné les écarts de définition, de réglementation et de documentation entre les différents pays et territoires (ICIS, 2011). D'après une étude de Steinert et al. (2010) se penchant sur les mesures de contrôle dans 12 pays développés, la contention mécanique toucherait entre 20 et 580 personnes par 100 000 habitants. De leur côté, Raboch et al. (2010) soutiennent que la variation du taux de coercition (incluant les contentions mécaniques et chimiques et la salle d'isolement) entre les pays européens pourrait s'expliquer par les différentes traditions socioculturelles et coutumes en place dans chacun des établissements étudiés. Parallèlement, la prévalence de l'utilisation des contentions en psychiatrie au Canada, particulièrement en Ontario, est évocatrice : environ 24% de tous les individus admis dans une unité de santé mentale ont subi au minimum une intervention de contrôle pendant leur séjour (ICIS, 2011). De plus, les usagers d'unité psychiatrique en centre hospitalier général sont 76% plus enclins à subir une intervention de contrôle et 161% plus enclins à être soumis à une contention mécanique que ceux d'un hôpital psychiatrique spécialisé (ICIS, 2011). Il est important de spécifier que les contentions sont souvent utilisées conjointement avec d'autres procédures, telles la médication au besoin (*Pro Re Nata* [PRN]), l'observation, l'isolation, la médication forcée (Bowers, 2006) et la démonstration de pouvoir² (Bowers et al., 2012; Whittington & Wykes, 1994). Les facteurs sociodémographiques en corrélation avec l'utilisation de contentions en psychiatrie sont le sexe masculin, le jeune âge (les patients âgés étant 46% moins à risque de subir la contention), et le fait d'être au chômage (ICIS, 2011). En ce qui concerne l'aspect cognitif, les individus étant incapables de consentir seraient 39.3% plus à risque de subir la contention, sans compter les problèmes de communication, comme des propos incohérents, qui

² La démonstration de pouvoir (*show of force*) se produit lorsque plusieurs membres du personnel sont rassemblés à la vue du patient, avec la menace implicite ou explicite d'une intervention forcée, à moins que le patient ne collabore volontairement (Bowers, Van der Mew, Paterson & Stewart, 2012).

peuvent créer une barrière entre l'intervenant et limiter l'efficacité des approches alternatives plus douces (ICIS, 2011). Une étude de Donovan et al. (2003) conclut qu'il existe un biais culturel dans l'usage de contentions, les jeunes hommes noirs ou hispaniques étant plus à risque de les subir. D'autre part, le diagnostic clinique s'avère être important dans la prédictibilité du recours à la contention : respectivement, les individus diagnostiqués avec la démence, le trouble bipolaire et la schizophrénie/trouble psychotique seraient 68.7%, 50.3% et 40.2% plus à risque (ICIS, 2011). Les individus avec un historique d'abus physique ou sexuel étaient 15.9% moins enclins à être mis sous contention mécanique (ICIS, 2011). Finalement, un facteur situationnel aggravant est la non-adhérence au traitement pharmacologique, qui double la proportion de mise sous contention (ICIS, 2011).

Le comportement du patient est la raison première de l'utilisation d'une telle intervention: l'agressivité et l'agitation³ du patient représentent les facteurs prédictifs les plus importants pour le recours à la contention mécanique (ICIS, 2011; Laiho et al., 2013; Kaltiala-Heino, 2003). D'autres comportements identifiés sont la fugue, le refus de collaborer, le refus de prendre une médication, l'automutilation, la désorientation, les menaces, le bris de matériel et la violence (Keski-Valkama et al., 2010; Gudjonsson, Rabe-Hesketh & Szmukler, 2004; Ryan & Bowers, 2006; Southcott, Howard & Collins, 2002; Raboch et al., 2010; Lee et al., 2003). Toutefois, quelques études révèlent que la violence est rarement mentionnée comme cause (Ryan & Bowers, 2006; Kaltiala-Heino, 2003; Laiho et al., 2013); ainsi, les raisons d'utilisation les plus fréquentes sont l'agitation et la désorientation du patient, sans aucune évidence de réelle menace violente. Ces affirmations sont d'ailleurs confirmées par les patients eux-mêmes dans une revue du *Psychiatric Patient Advocate Office* ([PPAO], 2001), où près de 50% soutiennent qu'au moment de la

³ Le terme « agitation » a été décrit, entre autres, comme une personne au comportement bruyant, chaotique ou encore inapproprié (Kaltiala-Heino et al., 2003)

contention, ils ne représentaient pas de menace envers eux-mêmes ou autrui. Ceci révèle un paradoxe intéressant, compte tenu des témoignages obtenus de la part des infirmier(e)s. Il(elle)s affirment qu'à l'inverse, le principal critère d'application d'une contention est le danger que représente le patient, par exemple, lors d'une altercation physique entre usagers (Gelkopf et al., 2009). Les autres raisons évoquées par les infirmier(e)s sont : mettre fin au grabuge sur l'unité, démontrer au patient qu'il s'est mal comporté, ainsi qu'éduquer le patient (Gelkopf et al., 2009). Le contrôle des comportements indésirables ou risqués est également une raison soulevée par les infirmières (Lemonidou et al., 2002). Pour résumer, la recension des écrits identifie donc trois raisons principales pour justifier l'utilisation des contentions mécaniques: (1) pour des fins de sécurité, lorsque le patient pose un risque pour lui-même ou pour autrui (Goethals et al., 2012; Strout, 2010; Gelkopf et al., 2009); (2) des fins thérapeutiques, pour aider le patient à regagner le contrôle sur une situation donnée (Gerolamo, 2006; Irving, 2002; Johnson, 1998; Sailas & Fenton, 2000; Van der Merwe, Muir-Cochrane, Jones, Tziggili & Bowers, 2013; Gelkopf et al., 2009); et (3) des fins punitives, associées au besoin de pouvoir et contrôle des intervenants (Johnson, 1998; Strout, 2010).

Ces justifications révèlent ainsi l'aspect arbitraire des termes « dernier recours » pour les infirmier(e)s, ou du moins, la subjectivité de ce concept pour chacun(e) d'entre eux(elles). Certaines justifications du recours à la contention sont discutables, particulièrement à la lumière des recherches sur les impacts et l'efficacité de cette mesure, qui seront détaillés à la section 2.2.3. Holmes, Kennedy et Perron (2004) soulèvent la présence d'un problème éthique lorsque ces mesures employées à des fins répressives sont justifiées par un motif thérapeutique. La recherche de contrôle et de pouvoir du personnel sur les patients est également une motivation discutable relevée par Johnson (1998) et Strout (2010). De leur côté, Goethals et al. (2012) précisent que la responsabilité de l'infirmier(e) d'assurer la sécurité vient souvent limiter sa réflexion éthique. En

priorisant la sécurité à tout prix, il(elle)s satisfont à certains besoins physiques immédiats des usagers, mais ignorent du même coup leur bien-être psychologique, social, moral et spirituel (Gastmans, 2010). Il est donc légitime de s'interroger sur les implications éthiques qui sont reliées à l'usage des contentions mécaniques et à leurs différentes justifications. Globalement, les contentions physiques sont reconnues pour porter atteinte aux principes universels d'autonomie, de bienfaisance, de non-malfaisance, de justice et de liberté individuelle (Fronczek, 2014; Mohr, 2010; Wynn, 2006; O'Brien & Goulding, 2003). En ce qui concerne les soins psychiatriques, le débat sévit actuellement à savoir : que représente l'équilibre acceptable entre le paternalisme et le respect de ces principes éthiques, et dans quelles circonstances les mesures coercitives sont éthiquement justifiables ? (Wynn, 2006; O'Brien & Goulding, 2003). En 2013, un rapporteur spécial des Nations Unies sur la torture et les traitements inhumains a condamné dans son rapport l'usage de la contention (chimique et mécanique) en psychiatrie (Méndez, 2013), position qui fut incluse dans les plus récentes recommandations de la *Convention des Nations Unies relatives aux droits des personnes handicapées*. Méndez (2013) ajoute que le consentement libre devrait être un droit universel, sans égard à la capacité mentale de la personne. Ceci représente donc une avancée sans précédent dans le débat sur l'usage des mesures coercitives en psychiatrie, un changement incarnant peut-être les balbutiements d'un plus grand changement à venir.

2.2.2 Impacts et efficacité

Au fil des années, de nombreuses recherches ont été effectuées sur l'effet des contentions mécaniques sur les patients. Leur utilisation est associée à une durée d'hospitalisation ainsi qu'à un taux de mortalité supérieur par rapport aux patients non « contentonnés » (Evans et al., 2003; Mohr et al., 2003; Zun, 2003). Les complications physiques incluent les blessures orthopédiques, les infections, la rhabdomyolyse, la thrombose, l'asphyxie et la mort (Mohr et al., 2003; Barnett,

Stirling & Pandyan, 2012; Levinson, 2006). Strout (2010) a réalisé une recension des recherches qualitatives centrées sur l'expérience du patient « contentonné ». En matière d'impact psychologique, les thèmes communément exprimés par les patients sont la colère, la peur, l'humiliation, le découragement, la déshumanisation, l'impuissance, la détresse, et le sentiment de violation de l'intégrité personnelle (Bonner et al., 2002; Chien, Chan, Lam, & Kam, 2005; Johnson, 1998; Méryneau-Côté & Morin, 2014; Knowles, Hearne & Smith, 2015). Certains patients de l'étude de Chien et al. (2005) ont toutefois rapporté un sentiment de sécurité et de confiance envers l'infirmière, ainsi que l'impression d'être respecté et de recevoir des soins compatissants. Les auteurs de cette étude précisent que dans l'ensemble, l'expérience rapportée est plus souvent négative que positive. La contention semble également avoir un effet de « retraumatisation » chez certains participants dont les souvenirs d'événements violents antérieurs refont surface, comme le viol ou l'abus sexuel pendant l'enfance (Bonner et al., 2002; Fish & Culshaw, 2005; Wynn, 2004). D'autres participants ont rapporté « se sentir comme une victime à nouveau » et « traumatisé » (Johnson, 1998). Strout (2010) affirme que dans chaque article revu, un sentiment général de perte d'espoir et d'esprit brisé se dégage des témoignages, entraînant une forme de détresse spirituelle chez ces patients. Dans un autre ordre d'idées, des participants de l'étude de Soininen et al. (2013) croient que la contention mécanique n'est souvent pas nécessaire et que leur opinion n'était pas prise en compte lors du plan de traitement. D'autres ont affirmé que leurs besoins de base, tels l'hygiène, l'hydratation et l'alimentation, n'étaient pas comblés (Kontio et al., 2012). La majorité des patients sont également insatisfaits de leur interaction avec le personnel pendant et après leur contention (Meehan et al., 2000), et plusieurs ont ressenti que certaines pratiques des cliniciens pendant la contention étaient abusives ou non-éthiques (Bonner et al., 2002; Johnson, 1998; Wynn, 2004), entre autres, en percevant l'utilisation de la contention comme une mesure punitive, ou comme une conséquence d'avoir enfreint les « règles » (Evans et al., 2003; Gerolamo, 2006; Irving,

2002; Johnson, 1998; Knowles, Hearne & Smith 2015; Meehan et al., 2000; Sailas & Fenton, 2000; Wynn, 2004;). Effectivement, les participants de l'étude de Knowles et al. (2015) reconnaissent les dynamiques de pouvoir sous-jacentes entre eux et le personnel. La contention mécanique est perçue comme un moyen de renforcer le pouvoir et le contrôle détenus par le personnel, ce qui augmente les sentiments de peur et de crainte envers celui-ci (Knowles et al., 2015). Un tel climat représente nécessairement un obstacle significatif pour le travail thérapeutique collaboratif, les mesures restrictives étant connues pour avoir un impact négatif sur la relation infirmière-patient (Meehan et al., 2000; Méryneau-Côté & Morin, 2014; Winick, 2008). Lorsque le thérapeute est autorisé par la loi à poser un traitement involontaire, et ce, au détriment du libre choix et de la participation du patient dans ses soins, le lien de confiance se voit compromis. Ainsi, d'après Winick (2008), l'usager ayant subi un traitement coercitif perçoit le personnel comme étant davantage préoccupé par l'intégrité de l'institution et le respect des lois que par son bien-être, et par conséquent, une certaine résistance s'installe. Quelques études ont souligné que des patients développent une certaine amertume et même du ressentiment envers le personnel (Bonner et al., 2012; Sequeira & Halstead, 2002), de sorte que plusieurs ont rapporté être plus violents, agressifs et souffrant suite à la contention mécanique (Chien et al., 2005; Fish & Culshaw, 2005; Wynn, 2004). Ceci enclenche du même coup un cycle « agression-coercition » entre les patients et le personnel (Paterson & Duxbury, 2007).

Les recherches effectuées avec des infirmier(e)s en santé mentale montrent que ces dernier(e)s sont également affecté(e)s négativement par l'utilisation de la contention mécanique. Stubbs (2009) et Lee et al. (2003) soulignent l'occurrence fréquente des blessures physiques chez le personnel pendant l'intervention physique. En effet, un sondage auprès d'infirmier(e)s en psychiatrie au Royaume-Uni rapporte que 22% d'entre eux(elles) auraient subi une blessure lors de leur plus récent usage de la contention (Lee et al., 2003). Des infirmier(e)s ont également

rapporté souffrir des conséquences psychologiques reliées à l'utilisation des contentions, incluant l'inconfort, la détresse, l'anxiété, la frustration, l'impuissance, la colère, et la retraumatisation chez celles ayant vécu des traumatismes antérieurs (Bigwood & Crowe, 2008; Bonner et al., 2002; Fish & Culshaw, 2005; Gelkopf et al., 2009; Sequeira & Halstead, 2004). Le niveau de symptômes peut même caractériser un syndrome de stress post-traumatique (Moylan & Cullinan, 2011). Cette détresse se manifeste lorsque le besoin de maintenir la sécurité et le contrôle se heurte à certaines valeurs professionnelles de l'infirmière, telles l'empathie, la compassion et la préservation de la relation thérapeutique (Bigwood & Crowe, 2008). D'après Sequeira & Halstead (2004), les infirmier(e)s ont particulièrement de la difficulté à exprimer leurs émotions suite à un épisode de contention. De leur côté, Moran et al., (2009) rapportent que la détresse émotionnelle vécue par les infirmier(e)s est accompagnée de mécanismes visant à supprimer ces émotions négatives. Plusieurs infirmier(e)s font l'expérience d'une certaine stigmatisation associée à l'expression d'émotions devant des collègues, alors que d'autres emploient l'humour pour dédramatiser la situation (Sequeira & Halstead, 2004). Enfin, certain(e)s disent s'être endurcis au fil du temps, ne plus ressentir d'émotion face à la contention et agir de façon automatique lors d'une situation de crise (Sequeira & Halstead, 2004).

Dans l'ensemble, ces écrits portant sur les effets des contentions mécaniques sont univoques; les répercussions physiques, psychologiques, et même sociales sont bien documentées et ce, tant chez les patients que chez le personnel infirmier. Malgré l'existence de données probantes sur les conséquences des contentions mécaniques, leur efficacité semble largement tenue pour acquies dans la croyance populaire (Whittington et al., 2009). Or, d'après Whittington, Baskind & Paterson (2006), cette notion d'efficacité s'avère assez complexe à analyser. Les contentions mécaniques sont certes efficaces à court terme pour freiner les épisodes de violence, cependant les impacts sur le patient et le personnel nous rappellent que le « succès » relatif de cette

intervention a un coût (Whittington et al., 2006). Il serait d'ailleurs inapproprié de mesurer l'efficacité de la contention mécanique en fonction de la réduction des épisodes de violence; par analogie, cela reviendrait à juger le succès des ceintures de sécurité sur l'effet qu'elles ont sur le taux d'accidents de la route (Wright, 2003, cité par Whittington et al., 2006). Ceci étant dit, plusieurs auteurs s'entendent pour affirmer qu'il y a peu de preuves empiriques confirmant les bénéfices des contentions mécaniques (Keski-Valkama et al., 2007; Nelstrop et al., 2006; Strout, 2010; Fisher, 1994). Après de nombreuses années de recherches au sujet des contentions mécaniques, les données accumulées concernant leurs impacts négatifs, couplé à l'absence notable de bienfaits pour le patient, rendent donc l'usage de la contention mécanique au mieux, douteux, et au pire, contreproductif (Duxbury, 2015b). Dans le même ordre d'idées, les recherches démontrant les fins punitives de la contention nous mènent à considérer ces pratiques comme violentes et oppressives. Il n'est donc pas surprenant que chacun(e), infirmier(e) ou patient, perçoive la contention mécanique négativement (Gildberg, Bradley & Hounsgaard, 2013). C'est pourquoi il est impératif de se pencher sur le processus qui mène l'infirmière à appliquer cette intervention lourde de conséquences.

2.2.3 Processus décisionnel infirmier

En premier lieu, le processus décisionnel infirmier qui mène à l'utilisation de contentions est largement influencé par l'interprétation que l'infirmier(e) fait du comportement du patient (Goethals et al., 2012; Huizing et al., 2007; Lindsey, 2009). L'identification de comportements qui constituent un « risque » se retrouve au cœur de la prise de décision. Les comportements ou situations considérés non sécuritaires par le personnel sont variés et incluent l'agressivité, la destruction de matériel, la colère, le stress, l'administration involontaire de médication, le diagnostic et l'âge (Gelkopf et al., 2009; Lindsey, 2009; Lee et al., 2003; Lemonidou et al., 2002).

Comme mentionné précédemment, il semble exister un certain écart entre l'intention réelle du patient et la perception de l'infirmière, où des comportements comme l'agitation, l'insulte et le refus de collaborer peuvent être interprétés comme signes précurseurs de violence par le personnel. Lindsey (2009) dénote que les infirmier(e)s ne connaissent pas toujours les causes ou motivations réelles derrière de tels comportements, et qu'ainsi, la décision de procéder à la contention repose partiellement sur une interprétation subjective de la situation. Perkins et al. (2012) rapportent que la connaissance des habitudes et motifs comportementaux des patients contribue à l'appréhension du personnel infirmier et facilite la décision de les placer sous contentions. Enfin, le comportement du patient peut dépendre grandement des interactions que celui-ci a avec les infirmier(e)s. Par ailleurs, le résultat d'une méta-analyse par Papadopoulos (2012) indique que près de 39% des incidents ont eu comme élément déclencheur une interaction personnel-patient. Goethals et al. (2012) rappellent donc l'importance fondamentale de la relation infirmière-patient, car ce sont lors de ces échanges que l'infirmière est en mesure d'évaluer la situation clinique et éthique, ainsi que la pertinence de la contention.

Deuxièmement, les écrits montrent que le contexte environnemental de pratique joue un rôle tout aussi important que les facteurs reliés au comportement du patient dans le processus décisionnel infirmier (Laiho et al., 2013; Lay et al., 2011). Du point de vue organisationnel, De Benedictis et al. (2011) ont déterminé que le type d'unité, l'heure du jour et la durée du traitement sont fortement reliés à l'utilisation de la contention ou l'isolation. Les unités psychiatriques intensives ainsi que les unités d'urgence ont un taux supérieur d'usage de méthodes de contention que tout autre département, et la plupart des incidents se produisent pendant la semaine, sur le quart de travail de soir (Tunde-Ayinmode & Little, 2004). L'organisation physique de l'environnement de pratique contribue également à l'usage et la justification des contentions (Jacob, Perron & Corneau, 2014). Inversement, le travail d'équipe efficace et les politiques de gestion des incidents

ont contribué à la diminution des taux de contention et d'isolement dans l'étude de Bonner et al. (2002). Le personnel soignant semble ici jouer un rôle critique dans l'établissement de l'environnement psychiatrique. L'équipe de travail a été identifiée comme facteur principal d'influence lors de la prise de décision (Terpstra, Terpstra & Melville., 2001). Ce facteur englobe des éléments liés aux ressources humaines, tels le manque de personnel, l'inexpérience du personnel (Terpstra et al., 2001; Gelkopf et al., 2009) ou l'emploi de personnel d'agence (Terpstra et al., 2001; Lee et al., 2003). Janssen et al. (2007) ont constaté que lorsque l'équipe de travail comprend des hommes, l'incidence de la contention s'en trouve réduite, alors que De Benedictis et al. (2011) note qu'un climat de travail tendu et colérique chez le personnel est reconnu pour augmenter l'usage des contentions. Enfin, les interactions sociales entre les membres du personnel, particulièrement les pairs infirmiers, peuvent avoir une influence majeure sur le positionnement éthique des infirmier(e)s en regard des mesures coercitives (Landeweer, Abma & Widdershoven, 2011; Jacob, Perron & Corneau, 2014).

Troisièmement, outre les aspects comportementaux et environnementaux, la décision des infirmier(e)s de procéder à la contention mécanique est également influencée par l'attitude de ces dernier(e)s face à cette pratique (Laiho et al., 2013). De façon générale, le personnel infirmier voit la contention mécanique comme une intervention nécessaire, sinon cruciale à la pratique clinique psychiatrique (McCain & Kornegay, 2005; Bigwood & Crowe, 2008) et ce, même s'il reconnaît les désagréments et conséquences qu'elle occasionne pour le patient (Wynn, 2003; Gelkopf et al., 2009; Perkins et al., 2002). La majorité du personnel considère la contention bénéfique pour calmer le patient (Wynn, 2003; Gelkopf et al., 2009) et plus il croit en l'efficacité de cette mesure, plus il a tendance à en faire usage (Terpstra et al., 2001). En contrepartie, plusieurs infirmier(e)s rapportent ne pas aimer cet outil d'intervention (Bonner et al., 2002), et le considèrent comme un mal nécessaire (« *necessary evil* ») (Perkins et al., 2012). La majorité des infirmier(e)s s'entendent

sur le fait que la contention suscite la colère, la peur, l'impuissance et l'humiliation chez le patient, et un peu plus du tiers d'entre eux(elles) considèrent la contention dégradante et source de souffrance (Gelkopf et al., 2009). Alors que les infirmier(e)s désapprouvent la contention mécanique comme mesure punitive et conviennent de son usage comme dernier recours, son emploi en pratique semble déroger de ces principes à certaines occasions. Entre autres, les infirmier(e)s peuvent en faire usage pour leur convenance personnelle, soit lorsqu'il(elle)s ne peuvent plus tolérer le comportement d'un patient, ou lorsqu'un patient est difficile ou « fauteur de troubles » (McCain & Kornegay, 2005; Alty, 1997). Les recherches de Wynn (2003) et Gelkopf et al. (2009) ont toutefois démontré qu'une minorité d'infirmier(e)s (entre 10% et 36%) acceptent l'usage des contentions à ces fins punitives. D'autre part, Lee et al. (2003) expliquent comment la mentalité de « *bouncer* » peut contribuer à l'usage abusif de la contention mécanique, sans compter la culture machiste largement présente chez le personnel soignant dans ce type de milieu (Morisson, 1990; Johnston, 2012). La notion de contrôle sur le patient est donc un thème central dans la décision infirmière (Perkins et al., 2012). Alors que ce genre d'attitude n'est pas spécifique au genre d'après Bowers et al. (2007), le personnel infirmier féminin perçoit la contention comme étant plus problématique sur le plan éthique que le personnel masculin. Le personnel infirmier moins expérimenté tend à être moins critique face aux mesures coercitives, par rapport au personnel plus expérimenté (Wynn, 2003; Bowers et al., 2007). Il en va de même pour l'éducation des infirmier(e)s : celles ayant un niveau d'éducation plus élevé ont moins recours à la contention que leurs collègues moins éduquées (Janssen et al., 2007). Enfin, les expériences personnelles passées des infirmier(e)s pèsent également dans la balance décisionnelle. Les réactions émotionnelles de peur et d'anxiété face à la menace engendrent des réactions instinctives de protection personnelle ayant pour finalité la contention mécanique (Bigwood & Crowe, 2008). L'usage de la contention, considérée traumatique par certain(e)s infirmier(e)s (Bigwood & Crowe, 2008, Bonner et al., 2002,

Moylan & Cullinan, 2011), peut même être retardé ou évité en raison des sentiments négatifs et des risques suscités par l'application de l'intervention. Moylan & Cullinan (2011) rapportent que les infirmier(e)s ayant été blessé(e)s par un patient par le passé sont plus enclins à retarder la contention, sans toutefois avancer les raisons d'une telle réaction. Wynaden et al., (2002) ont décrit comment le personnel se sent captif de la situation décisionnelle de « contenir », qu'il estime sans issue et sans réel gagnant, ce qui peut mener à un sentiment général d'échec au sein de l'équipe (Kontio et al., 2010). Après avoir appliqué la contention, plusieurs se questionnent sur les options possibles et remettent en doute la légitimité et les justifications qui ont mené à la contention (Sequeira & Healstead, 2004; Bigwood & Crowe, 2008).

Le processus décisionnel infirmier repose ainsi sur une multitude de facteurs complexes, qui sont eux-mêmes teintés par les principes éthiques de la profession. Dans cette décision, les infirmier(e)s doivent assurer le maintien du bien-être de leur patient, des autres patients, de leurs collègues, et ce, tout en maintenant un environnement calme et sécuritaire pour tous (Kontio et al., 2010). Goethals et al. (2012) identifient l'élément de sécurité comme étant central à la prise de décision, un processus interne et complexe. Les différents éléments qui contribuent à la décision infirmière de procéder avec la contention ont été rassemblés par Laiho et al. (2013; Figure 2.1). À gauche de cette figure se retrouvent les facteurs liés au comportement du patient, les facteurs organisationnels, ainsi que les facteurs personnels exposés précédemment. Laiho et al. (2013) ont ensuite inclus dans le processus décisionnel l'expérience passée du patient (par ex. historique d'abus physique dans l'enfance), ainsi que les indices jugés pertinents par les infirmières en fonction de leur expérience, de la situation et de leur aisance avec l'équipe. Enfin, l'intégration de tous les éléments sera guidée par les règles et protocoles en place, de même que l'historique et la culture de l'unité face aux contentions. Ultimement, l'ensemble des facteurs permettra à l'infirmier(e) soit de procéder à la contention, d'appliquer des mesures préventives ou encore,

d'attendre et observer le patient (Laiho et al., 2013).

Figure 2.2. Processus décisionnel de l'usage de l'isolement ou la contention. Tiré de Laiho et al., 2013.

Les trois options d'intervention de l'infirmier(e) énumérées par Laiho et al. (2013), soient l'observation, l'intervention préventive, ou la contention, se retrouvent au sein du processus de coercition théorisé par Vuckovich & Artinian (2005). Ces derniers décrivent un processus d'intervention en continuum de trois étapes, débutant par l'évaluation, suivie de la négociation, pour en arriver à l'application et la justification de l'action coercitive. Au sein de ce continuum existent deux points critiques : suite à l'évaluation, l'infirmière décide si elle doit ou non intervenir, et lors de la négociation, l'infirmière parvient à la résolution ou alors demeure dans l'impasse avec le patient. C'est suite à l'impasse de la négociation que l'action coercitive est posée, puis justifiée

dans les notes infirmières.

Les écrits de Laiho et al. (2013) et Vuckovich & Artinian (2005) démontrent d'autre part comment le choix de recourir aux méthodes de prévention ou aux alternatives se situe au sein du processus d'intervention de l'infirmier(e). À cet égard, la section suivante regroupe les différentes recherches portant sur les stratégies de réduction des contentions mécaniques en psychiatrie.

2.2.4 Prévention et alternatives

Au cours de la dernière décennie, nous sommes à même de constater une préoccupation grandissante à l'égard des mesures de contention, un enjeu sous la loupe de plusieurs pays dont le Canada, les États-Unis, l'Australie, le Royaume-Uni, et plusieurs pays d'Europe (Wieman, Camacho-Gonsalves, Huckshorn et al., 2014; Duxbury, 2015; Lebel et al., 2014). D'importantes publications des organismes MIND (2013) et NAMI (2003), de Méndez (2013), de Levinson (2006) et de McVilly (2008) soulèvent des questionnements quant à l'usage des contentions mécaniques. En guise de réponse, beaucoup d'efforts ont été consacrés par différents auteurs à l'identification de méthodes préventives et alternatives afin de réduire leur incidence. D'abord, en 2003, Lee et al. ont énuméré quatre stratégies de réduction des pratiques coercitives : 1) modifier l'environnement clinique et le milieu de l'unité (environnement moins peuplé, activités de loisirs appropriées pour les patients, lieu pour un retrait de stimulation); 2) améliorer la formation des infirmier(e)s en termes d'évaluation, de communication, de gestion du risque et de « désescalation »; 3) adopter une philosophie de soins positive basée sur *l'empowerment* (autonomisation) des patients et une meilleure relation infirmier(e)-patient; et 4) mettre en place un atelier de gestion de la colère et de l'agressivité pour les patients. Ces thèmes ressortent également dans l'étude de Kontio et al. (2010), qui stipulent que la présence de l'infirmier(e) sur l'unité et le lien de qualité qu'il(elle) entretient avec les patients sont les stratégies premières de

prévention des contentions, suivies de la responsabilisation et de la participation active du patient dans son plan de traitement. De leur côté, Bowers et al. (2012) suggèrent qu'une augmentation de la disponibilité du personnel pour les patients, ainsi que la réduction de la présence des gardes de sécurité peuvent contribuer à diminuer les contentions mécaniques. Jusqu'à maintenant, les méthodes préventives/alternatives utilisées dans les milieux étudiés ne sont pas favorablement considérées par le personnel : des infirmières s'entendent sur le manque de solutions de rechange pour éviter la contention (Muir-Cochrane, Baird & McCann, 2015), tandis que d'autres infirmières utilisant le un-à-un, la distraction avec de la nourriture et les interventions verbales de « désescalation » affirment que ces techniques sont loin d'être aussi efficaces que les contentions chimiques ou physiques (Downey, Zun & Gonzales, 2007). La recherche indique qu'il est néanmoins possible de diminuer le taux de contention dans certains milieux et sous certaines conditions. Des améliorations ont été notées lorsque les milieux sont motivés et engagés à effectuer un changement, pour passer d'une gestion réactive de la violence à une approche plus proactive (Putkonen et al., 2013; Lebel et al., 2014), notamment en intervenant plus tôt au tout début de l'escalade de la violence à l'aide de méthodes préventives. De plus, certains ont démontré l'importance d'un leadership fort dans l'atteinte des objectifs de réduction des contentions (Huckshorn, 2004; Wieman et al., 2014; Scalan, 2010).

Ce corps de recherches empiriques portant sur la prévention contribue ainsi à l'élaboration de modèles de réduction des contentions, tels que *Six Core Strategies* (Huckshorn, 2004), *Safewards* (Bowers, 2014), *No force first* (Ashcraft & Anthony, 2008) et *Restrain Yourself* (Lebel et al., 2014). Globalement, ces programmes se concentrent sur un meilleur système de gouvernance, un leadership fort, du support à l'apprentissage et l'usage systématique de stratégies de prévention (Scalan, 2010). À l'heure actuelle, ces modèles sont mis à l'épreuve dans différents milieux d'études pour mieux comprendre et maîtriser les techniques de gestion de la violence et,

ultimement, amener les milieux psychiatriques à éliminer l'usage des contentions mécaniques.

En somme, cet état de la situation sur les contentions mécaniques met en évidence, d'une part, l'usage courant et controversé de cette méthode coercitive et, d'autre part, l'ampleur de la problématique et le vent d'inquiétude qu'il sème auprès de la communauté scientifique. La fréquence et les justifications énoncées par le personnel remettent en doute l'usage selon le principe du « dernier recours », une rhétorique fréquemment employée par les institutions et leur personnel et qui est difficile à observer ou contester (Deveau & McDonnell, 2009). Les infirmier(e)s se situent dans une position délicate dans la mesure où il(elle)s doivent gérer l'usage de cet outil risqué tout en trouvant l'équilibre entre la sécurité et le respect des principes éthiques. Ceci crée donc un dilemme important entre l'action (de placer sous contentions) et l'inaction, sachant que l'une ou l'autre de ces options représente un risque important. La notion de sécurité est centrale dans ce dilemme et repose principalement sur les principes de violence et de gestion du risque, lesquels sont abordés dans la prochaine section.

2.3 Violence et gestion du risque

Le milieu de pratique dans lequel évolue l'infirmier(e) en psychiatrie est unique en ce que les comportements agressifs et violents y sont une occurrence quasi quotidienne. La prévalence des incidents violents est difficile à établir compte tenu de la variabilité des instruments de mesure, de la variabilité entre les milieux de soins et de la variabilité dans l'interprétation qu'en fait le personnel. Néanmoins, Nijman, Bjorkly, Palmstierna & Almvik (2006) ont tenté l'exercice en dénombrant le nombre de rapports d'agressions déposés, et ont déterminé que pour une unité psychiatrique de 15 lits, une agression physique ou verbale contre une personne ou un objet aurait lieu tous les trois jours. Ces résultats doivent cependant être relativisés en tenant compte du fait que la violence n'est pas nécessairement rapportée de manière systématique et que ces statistiques

n'exposeraient que la face visible de l'iceberg (Love & Morrison, 2003). De nombreuses études ont tenté d'analyser le problème de l'agression et la violence en psychiatrie, entre autres, en identifiant les facteurs prédictifs et contributifs. D'abord, ces études démontrent qu'il est particulièrement difficile de prédire les épisodes de violence sur une unité psychiatrique en raison du haut taux d'erreur des cliniciens dans leurs prédictions (Wynn, 2006). Ensuite, Cuttcliff et Riahi (2013), ont effectué une recension des écrits et élaboré un modèle systémique de ces causes possibles de la violence, qui sont présentées à la figure 2.2. Notons la présence de phénomènes environnementaux, de facteurs personnels liés au client, de facteurs liés aux cliniciens, et finalement, de facteurs liés au système de santé. Dans le même ordre d'idées, Whittington & Richter (2006) affirment que la violence provient de stimulations aversives pour le patient. Ces stimulations proviennent d'autres patients, de l'unité, ou du personnel, et induisent une série d'interactions qui provoquent simultanément une escalade du comportement agressif chez le patient (Whittington & Richter, 2006). Plusieurs auteurs sont d'avis que le style interactionnel du personnel joue un grand rôle dans le développement de l'agressivité et de la violence, par exemple, lorsque les infirmier(e)s affichent une attitude négative, provocatrice et autoritaire, et ont des habiletés de communication limitées (Bonner et al., 2002; Wynaden et al., 2002; Duxbury, 2002).

Figure 2.2. Modèle systémique des phénomènes pouvant causer l'agression et la violence en soins de santé. Tiré de Cutcliffe & Riahi, 2013.

Les comportements fermes et parfois austères observés chez les infirmier(e)s pourraient s'expliquer par leur appréhension continuelle en regard de la menace continue qui vient avec le travail dans un environnement à haut risque de violence (Foster, Bowers & Nijman, 2007; Whittington & Balsamo, 1998). La responsabilité du personnel infirmier envers les autres patients

et ses collègues, de même que son propre besoin de sécurité personnelle, joue un rôle fondamental dans ses interactions avec le patient (Needham, 2006). De plus, le travail de soignant nécessite une certaine proximité physique avec les patients, qui place le personnel dans une position de risque et de vulnérabilité (Needham, 2006). Ces situations peuvent alors occasionner chez les infirmier(e)s des émotions de peur et d'impuissance, qui influencent également la façon dont il(elles) interagissent avec les patients (Duxbury & Whittington, 2005; Foster, Bowers & Nijman, 2007; Needham, 2006; Kindy, Petersen, Parkhurst, 2005).

Le désir personnel de sécurité, de même que la réponse émotionnelle de peur, motivent un discours infirmier centré sur l'identification et la prévention des comportements violents (Perron et al., 2015), un discours de *gestion du risque*. En effet, Jacob et Holmes (2011) affirment que la peur donne un sens, justifie et rationalise le discours sur le risque et les pratiques qui lui sont associées (par ex.: les contentions mécaniques). Les études sur la gestion du risque auraient par ailleurs supplanté les recherches sur la peur en psychiatrie (Furedi, 2006; Castel, 1991) et sont devenues populaire dans les écrits en soins de santé (O'Byrne, 2008). Ce concept tient son origine, selon plusieurs, de l'avènement du capitalisme et de la montée des sciences probabilistes et statistiques (Niget & Petitclerc, 2012) où la notion de « perte ou gain » peut être mesurée objectivement et scientifiquement. Toutefois, selon Ewald (1996), le concept de risque en sciences sociales est hautement subjectif car il dépend des valeurs et préconceptions de la personne menacée, ainsi que de sa façon de percevoir le danger. Dans la myriade de définitions du risque formulées au fil des ans (Niget & Petitclerc, 2012), nous avons retenu celle de Beck (2001), qui propose une définition large et inclusive : « l'évènement-non-encore-survenu qui motive l'action » (p.60). Il est à noter que dans le milieu psychiatrique, le terme « risque » est souvent utilisé de manière interchangeable avec les termes « danger » ou « menace » (Perron et al., 2015). Ainsi donc, les infirmier(e)s doivent être en mesure de prédire si une situation de danger surviendra et

d'agir de manière décisive sur la menace afin de prévenir toute possibilité d'un évènement indésirable. L'évaluation de ce risque représente toutefois un processus nébuleux, compte tenu de l'incapacité actuelle de prédire les manifestations violentes (Wynn, 2006) et de la façon dont plusieurs infirmier(e)s posent un jugement et étiquettent une personne comme « dangereuse » avant même qu'elle n'ait perpétré quelque acte violent que ce soit (Castel, 1984). À ce titre, Beck (2001) précise que la perception du risque peut également varier selon différents groupes sociaux et professionnels.

Au cours des dernières années, Roberts (2005) observe un changement philosophique face aux préoccupations cliniques, allant de l'évaluation et la gestion des besoins des patients psychiatriques à l'évaluation et la gestion du risque. Selon Beck (2001), cette notion de risque dérive ultimement dans des termes de « sécurité technique », qui s'opèrent via la manipulation des composantes matérielles et environnementales du risque (ex.: verrous, retrait des objets pouvant servir d'armes, disposition de l'unité, etc.). Or, il semble que peu d'accent soit mis sur la modification des dimensions humaines et sociales du risque (ex.: promotion d'un bon lien thérapeutique entre le soigné et le soignant, amélioration des techniques d'interventions verbales du personnel, mise en place d'activités valorisantes pour les patients, etc.) (Beck, 2001). La sécurité technique met également l'accent sur la responsabilité légale plutôt que la responsabilité morale (Douglas, 1990). À cet effet, l'étude de Curtis et al. (2013) montre la conscience qu'a le personnel de l'importance accordée à la sécurité technique dans la gestion de personnes jugées à risque. D'ailleurs, il est important de souligner que la justification des actions coercitives par les discours de sécurité et de risque s'opère ici au niveau individuel, mais peut également s'appliquer aux niveaux collectif et étatique. On observe depuis longtemps la présence d'une rhétorique du risque en politique pour améliorer l'acceptabilité du sort que l'on réserve aux « malades » et aux « dangereux » de la société (Niget et Petitclerc, 2012).

2.4 Gestion des risques et dissonance cognitive

La présence des concepts de sécurité et de gestion du risque dans de nombreux écrits ainsi que dans les justifications infirmières du recours à la contention nous conduit vers l'une des théories les plus populaires en psychologie sociale, la théorie de la dissonance cognitive de Leon Festinger (Festinger, 1957; Vaidis & Halimi-Falkowicz, 2007). La dissonance cognitive est un état de tension généré par la présence simultanée de deux cognitions (idées, opinions, attitudes ou comportements) qui sont contradictoires (Festinger, 1957). Cette dissonance crée un inconfort psychologique désagréable, duquel la personne tente d'échapper en adoptant diverses stratégies de réduction de la dissonance (Festinger, 1957). Généralement, ce travail de réduction aboutit à la modification d'une attitude afin de rétablir une certaine cohérence entre ses opinions et ses agissements. En d'autres termes, lorsqu'une personne agit contrairement à ses convictions, elle aura tendance à justifier ses actions et à adapter son opinion pour qu'elles concordent avec ses comportements. L'une des stratégies classiques de réduction de la dissonance énoncée par Festinger (1957) est la *rationalisation cognitive*, qui se produit lorsqu'une personne ajuste a posteriori ses idées, opinions et croyances suite à un comportement déjà réalisé.

Ainsi, si habituellement nous nous attendons à ce que l'Homme soit un être rationnel qui agit sur la base de ses convictions, ici, le lien est inversé : l'Homme justifie après coup son comportement en ajustant ses convictions à ce comportement, en "animal rationalisant" (p.11, Vaidis et Halimi-Falkowicz, 2007, citant Aronson, 1972)

D'autres modes de réduction de la dissonance cognitive ont été avancés par Festinger. Parmi les plus importants sont la *trivialisation* (Festinger, 1957; Simon, Greenberg, & Brehm, 1995) et le *support social* (Festinger, 1957). La *trivialisation* consiste à minimiser, accorder peu d'importance, ou même ignorer un ou plusieurs éléments dissonants. Le *support social* consiste à s'entourer de personnes qui ont les mêmes attitudes et opinions pour atténuer la dissonance.

L'exemple classique pour illustrer les modes de réduction est celui du fumeur (Tavris & Aronson, 2007). Être fumeur tout en sachant que le tabagisme tue constitue une dissonance cognitive commune. Pour réduire l'inconfort lié à cette contradiction, la personne pourrait certes décider de changer son comportement, mais devant l'échec, va plutôt employer d'autres stratégies. « Fumer m'aide à me détendre, ceci est donc bon pour moi » ou encore « Si j'arrête de fumer, je vais grossir, ce qui sera tout aussi nocif pour moi », sont des exemples de justifications liées à la stratégie de rationalisation cognitive. « Les études démontrant que le tabagisme tue ne sont pas sérieuses » et « Tout mon entourage fume et n'a pas de problèmes de santé » sont des exemples de trivialisation, où la personne tente de minimiser et réfuter un élément dissonant. Dans cet exemple, la stratégie de support social peut être illustrée par le fait que la majorité des fumeurs préfèrent s'entourer de fumeurs pour réduire l'inconfort lié à la dissonance cognitive.

À cet effet, il existe plusieurs exemples de dissonance cognitive et de stratégies de réduction dans les écrits en sciences infirmières. Tel que vu précédemment, c'est l'incohérence entre les valeurs de l'infirmier(e) et les actions qu'il(elle) pose (ex.: contention mécanique) pour préserver la sécurité qui crée cette détresse documentée empiriquement. Suite à l'application de la contention mécanique, l'infirmier(e) tentera de diminuer ses réponses émotionnelles déplaisantes en entrant dans un processus d'autojustification. Moran et al. (2009) ont en effet noté que les infirmier(e)s répriment souvent les émotions déplaisantes liées à la contention mécanique. Vuckovich & Artinian (2005), de leur côté, rapportent comment les infirmières, suite à l'application de la contention, doivent passer par un processus de justification de leurs actions, entre autres, auprès des collègues et dans les dossiers médicaux. Ainsi, quels que soient les motifs initiaux de la décision de placer sous contentions, le personnel infirmier se doit d'entrer dans ce mode de rationalisation des événements en s'appuyant sur les protocoles en place et ce, afin de montrer un usage adéquat et indirectement, protéger leur droit de pratique. Dans ce processus, il arrive que les

infirmier(e)s justifient a posteriori leurs décisions en blâmant les politiques de l'établissement pour le manque de flexibilité dans la gestion des risques (Landeweer et al., 2011). D'autres justifications présentées par Vuckovich & Artinian (2005) sont la sévérité de la condition d'une personne (« *really sick* », « *desperately in need of treatment* », « *lack of insight* » (p.378)), la souffrance et le besoin de sécurité. D'autres participants rapportent également l'échec des autres interventions comme argument justificateur, et plusieurs ont ainsi le sentiment d'« avoir tout essayé » (Vuckovich & Artinian, 2005). Les infirmier(e)s de cette étude justifient enfin l'utilisation de la contention en rapportant une amélioration de la condition des patients et la reconnaissance des patients suite à la contention. Ces derniers constats sont également présentés dans les résultats de Lee et al. (2003), où 96.3% des infirmier(e)s croient que leur dernier épisode de contention a eu un dénouement positif pour le patient. O'Brien & Golding (2003), ayant aussi observé ce phénomène, croient que l'expression courante « meilleur intérêt du client » ne doit pas être utilisée systématiquement pour justifier l'action coercitive, car elle s'avère bien souvent fausse. Selon ce qui précède, ce processus de justification des mesures coercitives semble être utilisé pour accomplir un acte considéré préjudiciable tout en conservant l'image de la « bonne infirmière » (Vuckovich et Artinian, 2005). Cela correspondrait, selon nous, à la stratégie de rationalisation cognitive de Festinger : ce changement d'opinion par rapport à la contention permettrait ainsi à l'infirmier(e) d'être plus à l'aise avec sa décision de placer le patient sous contentions.

2.5 Altérité

Le changement d'attitude nécessaire pour réduire la dissonance cognitive et les émotions bouleversantes qui y sont associées peut comprendre des stratégies de distanciation et de déshumanisation du patient (Moran et al., 2009; Morse, 1991, 2001; Scott, 2006). Nous pouvons relier cette attitude au concept d'*Othering* (altérité), que Kitzinger & Wilkinson (1996) définissent

comme « *the process which serves to mark and name those thought to be different from oneself* » (p.18). Charon (1992) précise cette définition en ajoutant ceci: « *it is through others that we come to see and define self, and it is our ability to role-take that allows us to see ourselves through others.* » (p.107). Canales (2000) affirme qu'il existe dans les écrits deux types d'altérité : inclusive et exclusive, cette dernière étant largement plus répandue. L'altérité exclusive, dans le milieu psychiatrique, débute par l'étiquetage de personnes dérogeant des normes sociales en tant que « malade mental ». Ces personnes font alors partie d'un sous-groupe considéré déviant (Ussher, 1991). Goffman aborde d'ailleurs ce concept dans son ouvrage *Stigmat* (1963), où il décrit comment les attributs anormaux (ex.: tares de caractère) discréditent significativement un individu aux yeux des Autres. Ces Autres - c'est-à-dire les patients - sont alors isolés, standardisés et maintenus par les soignants dans des représentations stigmatisantes liées aux pathologies et à l'irrationalité (Canales, 2000). De ce fait, Goffman (1963) soutient que les patients en psychiatrie sont stigmatisés et subissent une variété de discriminations et de traitements contribuant à leur déshumanisation. L'exclusion sociale, les traitements invasifs forcés, de même que les techniques de mortification du soi décrites précédemment sont des exemples de déshumanisation en psychiatrie. Gillett (2009) pose d'ailleurs un regard critique sur l'altérité en soins psychiatriques :

This alienation (the treatment of psychiatric patients as 'other', not like us, abnormal, threatening, disruptive as if they are a contagion in normal society, abject) is insidiously objectifying and/or abjectifying in ways that pose a deep moral and personal challenge to all dealing with injured and damaged human souls. (p.69)

L'attitude « Nous contre eux » évoquée dans les écrits psychiatriques illustre bien le phénomène d'altérité. « Eux » représente les Autres, des individus malades, de moindre valeur, et en opposition à « Nous », le personnel sain d'esprit et détenteur du pouvoir. L'utilisation par le personnel de référents tels que « eux », « malade », « troublé », « psychotique » et « fou » sont des

exemples d'étiquetage négatif employé par le personnel, qui crée une dépersonnalisation et un clivage psychologique avec le patient (Moran et al., 2009). En d'autres termes, ces étiquettes réduisent l'individu à un attribut négatif et mettent l'accent sur leur différence plutôt que de considérer l'entièreté de leur personne. Elles sont un moyen de stigmatiser, de créer une opposition entre Soi (le soignant) et l'Autre (le patient), un concept qui est d'ailleurs présenté par Goffman (1968) par la métaphore du « fossé » (p.49) séparant les soignants et les soignés. Selon Gillett (2009), l'opposition binaire du Soi et de l'Autre est une caractéristique inhérente des soins psychiatriques qui mène indubitablement à l'isolement, à l'antagonisme et à la violence infligée aux patients. Ce détachement vis-à-vis de l'Autre met donc en relation les concepts d'altérité et de dissonance cognitive. En adoptant une telle attitude envers les patients, le personnel soignant parvient à bloquer les émotions négatives induites par l'usage de la contention mécanique (Moran et al., 2009). Selon cette perspective, l'acte de placer sous contentions devient alors cohérent avec cette attitude stigmatisante et réduit donc la dissonance cognitive vécue par les infirmier(e)s.

Alors que la majorité des écrits se centrent sur une perspective négative du concept d'altérité, Canales (2000) soutient qu'en revanche, l'altérité peut être un phénomène inclusif et positif pour l'avancement de la discipline infirmière. La reconnaissance et l'acceptation de la différence permettraient au personnel infirmier de cheminer vers une meilleure compréhension du vécu de l'Autre afin de créer une relation mutuellement enrichissante (Canales, 2000; Davis & Glass, 1999). Pour cela, il faut que les individus appréhensifs apprennent à reconnaître leurs émotions négatives pour développer un lien significatif, empathique et inclusif avec l'Autre. Canales (2000) parle de « prendre le rôle » du patient comme une stratégie clé permettant aux infirmier(e)s de construire un lien basé sur la tolérance, l'acceptation, et la valorisation des différences. Plutôt que de considérer la différence comme un motif d'exclusion, elle peut tout aussi bien devenir un motif de connexion pour la formation d'un partenariat où les forces et différences

de chacun sont mises à contribution. C'est dans ces conditions que peut alors se former une véritable alliance thérapeutique entre le patient et le soignant.

2.6 Résumé

Cette recension des ouvrages empiriques les plus récents concernant la contention mécanique en sciences infirmières nous a permis de faire état des enjeux actuels liés notre problématique de recherche. De plus, les différents travaux portant sur la culture psychiatrique, la violence, la gestion du risque, la dissonance cognitive et l'altérité constituent les assises théoriques de cette étude. Le constat général qui s'impose est celui de la perpétuation des pratiques institutionnelles de contrôle et de pouvoir rapportées par Foucault et Goffman au milieu du XXe siècle. L'usage encore courant des contentions mécaniques s'inscrit dans un contexte de gouvernance paternaliste des personnes atteintes de maladies mentales, dont l'opérationnalisation s'effectue par le personnel soignant. Les ouvrages recensés démontrent la grandeur de l'impasse pour le personnel infirmier, qui se voit jongler avec la complexité des différents éléments en jeu. En effet, la conciliation délicate entre la gestion du risque, les valeurs personnelles de l'infirmière, les valeurs institutionnelles, la déontologie infirmière et les ressources disponibles rendent le processus décisionnel difficile, sinon bouleversant pour plusieurs. C'est donc dans cette optique que nous désirons présenter le vécu expérientiel et émotionnel de l'infirmière en lien avec l'application de la contention mécanique.

CHAPITRE III

CONSIDÉRATIONS MÉTHODOLOGIQUES

Cette recherche qui porte sur l'expérience vécue du personnel infirmier en lien avec l'utilisation de la contention mécanique, fait partie intégrante d'une étude plus large portant également sur l'expérience vécue des patients ayant subi la contention mécanique. Menée par les professeurs Dave Holmes et Jean Daniel Jacob, chercheurs principaux au sein de la Chaire de recherche en soins infirmiers médicaux légaux de l'Université d'Ottawa, cette étude a pour objectif de mieux comprendre la signification de l'expérience de contention pour chacun des acteurs – patients et infirmier(e)s – afin de les repositionner dans un discours éthique sensible aux subjectivités expérientielles. Dans le cadre du protocole de recherche initial de Holmes et Jacob, l'échantillon choisi est composé de patients et d'infirmières en psychiatrie pour d'effectuer une comparaison des données des patients avec celles des infirmières. Ceci étant dit, le milieu d'étude, l'échantillonnage, le recrutement, de même que la collecte de données ont été effectués en collaboration avec les instigateurs du projet. Chacune de ces étapes du processus de recherche sera d'ailleurs décrite dans ce chapitre, de même que la méthode d'analyse choisie, les considérations éthiques et les critères de rigueur.

3.1 Phénoménologie et Analyse Interprétative Phénoménologique

De prime abord, les considérations méthodologiques découlent de notre question de recherche : « Quelle est *l'expérience vécue* par les infirmier(e)s en psychiatrie lors d'un épisode de contention? ». Comme mentionné dans le Chapitre 1, notre choix d'un devis de recherche s'est arrêté sur la phénoménologie herméneutique, qui renvoie à la philosophie ou l'art de l'interprétation du *vécu expérientiel* d'une personne (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007). Le premier postulat de cette approche stipule que le vécu du participant ne peut pas être totalement exprimé explicitement

par celui-ci, et doit donc être soumis à l'analyse interprétative du chercheur (Laverty, 2003). Cette interprétation se situe davantage à un niveau conceptuel, pour situer les propos par rapport à leur contexte social, culturel et théorique (Larkin, Watts, & Clifton, 2006). Le chercheur doit tenter de revivre l'expérience du participant à travers son discours, pour ensuite *recontextualiser* le propos en positionnant le sujet comme un « être au monde » complexe, un individu ayant son langage, sa culture, ses idéologies et son histoire propre. Il s'agit ultimement d'entrer dans le monde de l'autre et d'y en découvrir les possibilités et les façons de comprendre (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007).

Plusieurs auteurs se sont penchés sur des méthodes d'analyse en phénoménologie interprétative, dont Van Manen, Gadamer et Benner. Pour cette étude, le choix s'est arrêté sur la méthode d'*analyse interprétative phénoménologique* (AIP), une approche utilisée en recherche qualitative pour examiner comment une expérience marquante est vécue et comprise par le participant. Développée par Smith en 1996, cette méthodologie phénoménologique fut d'abord créée pour le domaine de la psychologie, mais sa popularité grandissante en fait aujourd'hui une approche utilisée dans le domaine des sciences sociales, humaines et de la santé (Larkin et al., 2006; Smith et al., 2009). Alors que les travaux de Schleirmacher, Heidegger et Gadamer sont les principales assises théoriques de l'AIP, elle se distingue en ce qu'elle concilie à la fois les aspirations phénoménologiques et interprétatives : d'une part, elle tente de se rapprocher le plus fidèlement de l'expérience personnelle du participant, mais d'autre part, elle reconnaît que cet effort est teinté par l'interprétation du chercheur et du participant. L'AIP s'intéresse donc à l'expérience vécue des individus et soutient que cette expérience peut être mise au jour par l'analyse rigoureuse du sens que chaque participant tente de donner au phénomène. L'AIP tente de situer les participants dans leurs contextes propres, explorant leurs perspectives individuelles, et ce, en débutant par un examen détaillé de chacun des cas plutôt que d'avancer hâtivement vers des affirmations générales (Smith

et al., 2009). Alors qu'il est possible de collecter les données de plusieurs façons (ex. : journaux intimes, témoignages, groupe de discussion), le meilleur moyen d'accéder au contenu désiré pour une étude d'AIP est par l'entrevue semi-structurée (Smith & Osborn, 2003). En effet, cette forme d'entrevue permet au participant et au chercheur d'engager un dialogue et d'orienter l'entrevue à la lumière des propos d'intérêts rapportés. Cette méthode permet également de recueillir le verbatim du participant, qui représente une ouverture sur ses pensées et émotions internes, tout en évoquant son *expérience* dans le monde (Larkin et al., 2006). Enfin, elle donne une opportunité au participant de raconter sa propre histoire et d'exposer librement sa perception du phénomène étudié.

Selon l'AIP, l'analyse détaillée de la transcription est l'étape clé pour permettre d'accéder au contenu expérientiel du sujet et développer une analyse phénoménologique. Ceci nécessite de la part du chercheur l'identification, la description et la compréhension de deux aspects importants chez le participant : 1) les « préoccupations » dans le monde du participant, et 2) les « constats expérientiels » qui y sont associés (Smith et al., 2009). L'accès du chercheur au contenu latent du discours est par ailleurs complexifié par ses propres conceptions du monde et du phénomène à étudier, menant au concept du cercle herméneutique. La métaphore du cercle représente le mouvement continu entre les parties et la totalité du phénomène analysé, ce qui permet d'en dégager le sens global (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007). Pour Heidegger (1962), l'interprétation du chercheur ne peut être dissociée de ses idées préconçues de la situation ; par conséquent, l'analyse sera inévitablement teintée par ses expériences passées. C'est donc un va-et-vient constant entre les nouvelles informations et les préconceptions du chercheur, de sorte que les unes sont nécessairement modelées par les autres.

Un second concept central d'intérêt méthodologique est celui de la double herméneutique. Pendant le processus d'analyse, le chercheur dirige son attention sur différents aspects du monde du

participant, et de l'autre côté, différentes parties de ce monde sont relevées par le participant ; chaque analyse aura donc une « saveur » particulière (Smith et al., 2009). Autrement dit, le participant tente de donner un sens à son monde, tandis que le chercheur tente de donner un sens au participant (Smith et al., 2009). On comprend alors la dualité du rôle du chercheur qui, d'une part, ressemble au participant, en ce qu'il est un être humain qui doit composer avec les mêmes outils pour comprendre le monde et qui, d'autre part, doit se distancer du participant pour avoir un regard informé et neuf sur la situation afin d'en extraire le sens (Smith et al., 2009).

3.2 Milieu d'étude

Cette étude s'est déroulée dans un centre hospitalier universitaire d'une grande ville de l'Ontario. Les données ont été recueillies auprès de patients et d'infirmier(e)s de deux unités : l'unité psychiatrique et l'unité d'urgence psychiatrique. L'unité de psychiatrie comprend un total de 87 lits répartis sur deux campus et admet une population adulte ayant une variété de diagnostics en santé mentale, incluant les troubles alimentaires. La majorité des patients proviennent de l'unité d'urgence psychiatrique, et environ 80 à 85% d'entre eux y sont admis involontairement (documents institutionnels, 2015). La durée moyenne de séjour sur cette unité est de 11 à 13 jours. Toutefois, certains patients ont des besoins particuliers/complexes qui nécessitent un séjour plus long, d'une durée maximale de deux ans (documents institutionnels, 2015). L'unité d'urgence psychiatrique, quant à elle, se spécialise dans l'évaluation d'individus souffrant de problèmes psychiatriques et vivant une situation de crise. Également réparti sur deux campus, ce service contient un total de 10 de lits dans des unités sécurisées (dont 5 lits situés au campus où s'est déroulé l'étude), situées au sein même des unités d'urgences générales. Les personnes admises à l'unité d'urgence psychiatrique sont évaluées par une équipe multidisciplinaire et sont par la suite dirigées vers le service approprié (c'est-à-dire les services internes, externes ou les autres cliniques). Les séjours y sont normalement

courts (de 1 à 2 jours) mais peuvent s'étendre lorsque l'unité psychiatrique interne est au maximum de sa capacité, ce qui entraîne un surplus de patients qui sont alors admis à l'unité mais pris en charge par l'unité d'urgence psychiatrique. Ces deux unités ont été sélectionnées pour cette étude en raison de l'usage fréquent des contentions mécaniques, ainsi que de l'appui et l'ouverture du bureau des soins infirmiers de l'Hôpital à l'égard du projet.

3.3 Échantillonnage et recrutement

La méthode d'échantillonnage en recherche qualitative doit d'abord tenir compte de l'objectif de l'étude et du contexte situationnel impliqué (Smith et al., 2009). En choisissant un milieu où le personnel est régulièrement en contact avec la contention mécanique, nous avons effectué un échantillonnage de convenance qui nous a permis d'aller à la rencontre des personnes disponibles et intéressées pouvant potentiellement fournir de l'information substantielle et riche. Les critères d'inclusion pour le recrutement du personnel infirmier dans le milieu d'étude étaient : 1) Être employé par l'une des unités psychiatriques désignées à titre d'infirmière autorisée ; et 2) Avoir fourni des soins à un patient sous contention mécanique. Le personnel a été recruté sur une base volontaire suite à une présentation du protocole de recherche au groupe d'infirmier(e)s concerné(e)s (voir présentation en Annexe I). Après avoir reçu les informations relatives à la participation à notre recherche, un total de 21 infirmier(e)s se sont porté(e)s volontaires pour participer. L'emploi de la méthode d'AIP et son approche idiographique nécessite de surcroît un échantillon relativement petit, afin de permettre une étude en profondeur de chacun des cas (Smith et al., 2009). Une lecture attentive de chacune des 21 transcriptions d'entrevues nous a alors permis de sélectionner les entrevues en fonction de la richesse et de la pertinence de leur contenu pour notre étude. L'atteinte d'un point de saturation des données ou de redondance thématique fut observée après l'analyse de huit entrevues, auxquelles nous avons décidé d'ajouter huit autres entrevues afin d'avoir accès à une

qualité d'analyse et d'extraits appréciable pour la présentation des résultats. Un total de seize entrevues ont été analysées ($n=16$). Quatorze des seize participants étaient des femmes, et deux des hommes. Le nombre d'années d'expérience de travail en psychiatrie variaient entre un et 35 ans.

3.4 Méthode de collecte des données

Les personnes volontaires ont participé à une entrevue individuelle semi-dirigée d'environ 45 minutes, captée par enregistrement audionumérique. Les entrevues ont été faites en anglais ou en français, selon le choix du participant, et ont été conduites dans une salle privée de l'hôpital, où seule la présence de l'intervieweur était permise pour créer un environnement propice à la confiance. Il est important de souligner que les entrevues ont été conduites par un assistant de recherche, et non par l'auteur de cet ouvrage. Avant d'amorcer les entrevues, l'objectif de l'étude fut revu avec les participants et le formulaire de consentement signé. Les entrevues n'étaient pas directives et étaient composées de questions ouvertes pour chercher à comprendre 1) comment les contentions mécaniques étaient utilisées?; 2) comment la personne a-t-elle vécu cette expérience?; et 3) s'il existe une approche alternative à l'utilisation des contentions mécaniques (voir le guide d'entrevue utilisé en Annexe II). Selon l'AIP, le rôle de l'intervieweur est de faciliter le récit des participants et d'explorer les différentes significations du phénomène pour chacun d'entre eux (Larkin & Thompson, 2012). L'intervieweur s'est donc permis au besoin de sortir du cadre du guide d'entrevue pour demander une explication, ou encore, pour pousser certains sujets un peu plus loin avec le participant.

3.5 Méthode d'analyse des données : AIP

L'analyse des données est au cœur de la phénoménologie herméneutique ; elle permet de développer une représentation détaillée, plausible et transparente de la *signification* des données (Larkin & Thompson, 2012). Les entrevues ont été transcrites intégralement par des assistants de recherche et

ont été analysées selon la méthode AIP par Smith et al. (2009). En précisant que l'approche d'AIP se veut un processus intuitif et flexible, Smith et al. (2009) décrivent dans leur ouvrage les six étapes clés de l'AIP:

1) *Lecture et relecture*; cette première étape sert principalement à réaliser une immersion totale par le chercheur en le rapprochant le plus possible des données brutes. L'écoute de l'enregistrement audio peut également être utile à cette étape afin de mieux saisir l'atmosphère, les silences, les malaises, les rires, etc.

2) *Notation initiale et codification*; ce processus consiste d'abord à lire les transcriptions et annoter tout ce que le chercheur désire, que ce soit une émotion, des idées, des thèmes potentiels, etc. Ce processus doit être le plus libre et le plus ouvert possible, car il sert entre autres à mettre sur papier les idées et préconceptions initiales. Le chercheur peut ensuite s'adonner à une codification ligne par ligne plus systématique, dite « phénoménologique », qui s'intéresse à chacune des préoccupations du participant, ainsi qu'aux constats expérientiels inférés par le chercheur.

3) *Catégorisation*; ceci représente la recherche de liens entre les thèmes émergents et l'organisation des différents thèmes relevés en catégories plus générales, qui pourront par la suite être comparés entre les différents cas (étape 5).

4) *Passer au cas suivant*; d'une transcription à l'autre, le chercheur doit autant que possible réaliser les étapes 2 et 3 de façon distincte et indépendante. Ainsi, les cas sont analysés dans leur singularité, afin de conserver la couleur et l'authenticité de chaque témoignage.

5) *Mise en relation*; cette étape consiste à rechercher les thèmes récurrents entre les cas et entreprendre le processus spéculatif et interrogatif pour comprendre les différentes

dimensions qui rattachent chacun des transcrits. Ceci peut comprendre l'élaboration de catégories plus abstraites, l'ouverture d'un dialogue avec d'autres chercheurs et la mise en relation avec les écrits théoriques, l'emploi de métaphores, etc. (Larkin & Thompson, 2012).

6) *Intégration/écriture*; organisation des différents résultats dans un format plus concis et évocateur. L'identification des « étiquettes » finales pour chacun des thèmes doit être représentative de leur contenu. Les données peuvent également être réarrangées sous forme de tableaux ou de schémas pour faciliter la compréhension de la relation entre chacun des thèmes.

Il est à noter que dans le cadre de cette étude, le processus d'analyse des résultats n'a pas été effectué de façon linéaire. Chaque étape fut effectuée dans un va-et-vient constant entre les données brutes, les différentes inductions du chercheur et les écrits théoriques, sans compter la contribution périodique des différents collaborateurs/chercheurs de l'étude. Le but, ainsi que le cadre théorique de cette recherche, ont été les principaux guides pour la codification et l'interprétation. En somme, l'interprétation des résultats fut réalisée en focalisant nos réflexions sur « pourquoi » et « comment » chacun des thèmes surgit, attire l'attention, ou au contraire, va à l'encontre de ce qui était initialement supposé.

3.6 Considérations éthiques

3.6.1 Consentement éclairé

Le protocole de recherche a été soumis – et accepté – par le Comité d'éthique de l'établissement où la recherche a été réalisée, de même qu'au Comité d'éthique et d'intégrité de la recherche de l'Université d'Ottawa (voir les approbations éthiques en Annexe III). Les participants ont dû signer un formulaire de consentement (voir Annexe IV) indiquant qu'ils comprenaient les buts, risques et

bénéfices de l'étude. Les risques identifiés pour cette étude sont minimes, outre la possibilité d'une augmentation du niveau d'anxiété dû à la nature sensible des questions. Les participants ont été informés qu'ils sont libres de ne pas répondre à une question et qu'ils peuvent se retirer de l'étude à tout moment. Nous sommes conscients de la sensibilité du sujet pour les participants et de leur appréhension potentielle à répondre à certaines questions, ce pourquoi une attention particulière a été portée à la création d'une relation de confiance mutuelle entre l'intervieweur et l'interviewé, dans une atmosphère détendue et propice à la confiance. Les participants ne tirent aucun bénéfice direct de cette étude et aucune compensation n'a été offerte. Toutefois, il est possible que l'expérience de partage avec l'intervieweur et les discussions suscitées dans le milieu de travail aient eu un effet positif sur les participants.

3.6.2 Confidentialité

Plusieurs stratégies ont été employées afin de minimiser le risque de violation de la confidentialité pour les participants. D'abord, les entrevues ont été conduites dans une salle privée située sur le lieu de travail, laquelle seuls le participant et l'intervieweur étaient admis. De plus, l'attribution de code alphanumérique pour l'identification des enregistrements et transcription (ex.: RN1 pour infirmière no.1), de même que l'attribution de noms fictifs dans les transcriptions permettent d'éliminer les risques liés à l'utilisation des noms des participants. Les éléments d'identification ont également été éliminés des notes d'observation et évolutives du chercheur. Les données de recherche ont été et seront conservées sous clé pendant une période de dix ans suivant la fin de l'étude dans un bureau sécurisé de l'Université d'Ottawa, et détruites par la suite. Ces données comprennent les enregistrements audio, les transcriptions, les documents obtenus de l'établissement en question, ainsi que les notes de terrain et réflexions. Enfin, lors de publications et présentations futures au sujet de cette recherche, les renseignements d'identification des participants et de l'établissement

de recherche seront toujours gardés confidentiels.

3.7 Rigueur méthodologique

L'évaluation des données qualitatives fait l'objet de plusieurs débats quant aux critères à utiliser pour estimer la « véritable valeur » de la recherche (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007). Toutefois, quatre critères incontournables ont été étayés par (Lincoln & Guba, 1985) pour établir la véracité des résultats qualitatifs : la crédibilité, la fiabilité, la confirmabilité et la transférabilité. Notons que ces critères ne se limitent pas à la seule évaluation de la valeur des données qualitatives, mais touchent également l'évaluation du processus d'interprétation et des conclusions (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007). Nous verrons dans cette section les spécificités de chacun de ces critères.

3.7.1 Crédibilité

La crédibilité, ou la confiance que l'on accorde à la véracité des données (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007), est un critère particulièrement complexe à évaluer étant donné la nature subjective de la recherche qualitative (Cutcliffe & McKenna, 1999). Ceci est d'autant plus vrai en phénoménologie herméneutique (Cutcliffe & McKenna, 1999). L'une des techniques acceptées pour améliorer la crédibilité en recherche qualitative est la triangulation, qui consiste à employer différentes méthodes pour recueillir et analyser les données, de façon à faire ressortir la complexité et les nuances du phénomène étudié (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007). Dans cette étude, nous avons utilisé dans un premier temps la triangulation des données (en interviewant les infirmières et les patients sur le thème de la contention pour recouper les résultats et identifier les thèmes émergents et divergents) et la triangulation des chercheurs (deux chercheurs ont effectué des analyses indépendantes d'une partie des données). En multipliant ainsi les sources pour la cueillette et l'analyse des données, il a été possible d'explorer et de discuter des divergences en regard de l'interprétation des données. De plus, quelques rencontres d'échanges entre pairs-chercheurs ont eu

lieu pour examiner différents aspects de l'étude. De cette façon, nous avons pu bénéficier des connaissances et de l'expertise de chacun des collègues pour confirmer ou infirmer certaines hypothèses et interprétations, et ce, tout en permettant de diminuer le biais lié à la crédibilité du chercheur (voir section 3.7.1.1). Une troisième méthode utilisée pour améliorer la crédibilité est la recherche de cas divergents par l'analyse de cas négatifs, qui consiste à inclure dans les résultats les cas qui semblent infirmer les propositions de l'étude.

3.7.1.1 Biais potentiels et limites méthodologiques

Nous croyons qu'il est pertinent d'apporter certaines précisions quant aux biais potentiels qui pourraient affecter la crédibilité des données. Dans un premier temps, une limitation importante résulte du fait que l'auteur de cette étude n'a pas pu conduire les entrevues, celles-ci ayant été réalisées par un assistant de recherche. Ceci mène à une situation où le chercheur n'a pas pu interagir avec les participants, et tente alors de se représenter les dynamiques présentes au moment de l'entrevue ainsi que les éléments significatifs co-construits par l'intervieweur et l'interviewé. Nous pouvons rattacher ce phénomène à une triple herméneutique, car le chercheur crée un cercle herméneutique à partir des cercles herméneutiques de l'intervieweur et de l'interviewé. Le deuxième élément à souligner concerne la crédibilité du chercheur. Dans notre contexte, l'expérience sommaire de l'intervieweur et de l'auteur dans le domaine de la santé mentale peut influencer la façon de collecter, d'analyser et d'interpréter les données, négativement ou positivement (Patton, 2002). Nous avons tenté de réduire au maximum cet effet en utilisant les techniques d'assurance de la crédibilité énoncées en 3.7.1., dont la triangulation des chercheurs et la vérification par les pairs. Enfin, en raison de la nature sensible du sujet, nous devons considérer la possibilité du biais de désirabilité sociale sur les participants. En recherche qualitative, la désirabilité sociale induit une modification de comportement chez le participant: se sachant observé/étudié, celui-ci a tendance à

vouloir se présenter sous son meilleur jour à son interlocuteur (McCambridge, Witton, & Elbourne, 2014). Dans cette étude, ceci signifie que l'interviewé pourrait, consciemment ou non, rapporter une expérience conforme aux valeurs et normes professionnelles, aux protocoles de l'institution, etc., pour refléter l'image d'un(e) « bon(ne) » infirmier(e) et ainsi masquer une réalité différente. Selon McCambridge et al. (2014), il y a des évidences de l'existence de ce phénomène dans la recherche en santé. Toutefois, les connaissances sur les conditions d'opération, les mécanismes en jeu et l'étendue de son effet demeurent limitées. En somme, la prise de conscience sur le biais de désirabilité sociale, de même que la transparence vis-à-vis des limitations méthodologiques, permettent tant au chercheur qu'au lecteur de comprendre toutes subtilités qui pourraient altérer la crédibilité des données.

3.7.2 Fiabilité

La fiabilité se définit par l'uniformité des résultats au fil du temps et selon les conditions (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007). Dans le cadre de cette recherche, un point important à souligner est celui de l'influence des éléments de double herméneutique et de cercle herméneutique dans la fiabilité des résultats, qui peuvent ultimement masquer le sens des propos du participant au profit de l'interprétation du chercheur. Pour y pallier, nous avons inclus un grand nombre de citations et d'extraits afin de conserver le langage des participants, en utilisant leurs propres mots. De plus, la technique qui a été employée pour assurer la fiabilité des résultats est la reproduction progressive, qui, semblable à la triangulation des chercheurs, fait appel à deux chercheurs pour analyser séparément les données et comparer leurs conclusions. Une attention spéciale fut apportée à l'identification de thèmes récurrents entre les cas, une composante essentielle à la phénoménologie herméneutique pour apporter une valeur et une fiabilité au contenu textuel (Benner, 1994).

3.7.3 Confirmabilité

La confirmabilité, qui renvoie à la congruence des données et à la rigueur d'analyse (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007), est assurée par la mise au point d'une piste de vérification (*audit trail*) compilant les données brutes, les données codifiées, la synthèse des résultats, les notes d'évolution et les réflexions du chercheur. Ceci permet à un vérificateur indépendant de procéder au besoin à l'analyse des données pour en confirmer la fiabilité (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007). Le critère de confirmabilité peut également signifier l'objectivité et la neutralité de l'étude (Polit & Beck, 2004). Celles-ci se déploient en reconnaissant dès le départ les différentes influences du chercheur par rapport au phénomène étudié, lesquelles ont été identifiées dans la position épistémologique (section 1.4), ainsi que dans le cadre théorique (chapitre 2) de cet ouvrage. Enfin, la tenue d'un journal de réflexions constitue une technique permettant au chercheur de mieux discerner les interprétations personnelles et d'éviter l'intromission de ses propres émotions sur l'expérience des participants (Lincoln & Guba, 1985).

3.7.4 Transférabilité

En ce qui a trait à la transférabilité des résultats, il est important de souligner que la nature du devis de recherche ne tend pas à garantir la transférabilité, mais tente plutôt de faire état de l'existence d'un phénomène. L'évaluation de la transférabilité doit alors être faite par un lecteur intéressé qui, grâce à une description étoffée du contexte et du processus de recherche, pourra conclure si le transfert peut être considéré ou non (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007). Ceci dit, nous avons pris le soin de fournir une description riche et détaillée de l'étude afin de permettre aux lecteurs de se faire une opinion sur la similarité contextuelle et sur le potentiel de transférabilité.

CHAPITRE IV

RÉSULTATS

Selon la méthode AIP, les résultats doivent d'abord être tirés de l'étude de chacun des cas individuels, pour ensuite être mis en relation en recherchant les thèmes communs qui les recoupent. Au cours du processus d'analyse, nous nous sommes penché sur les témoignages de chacun des participants ainsi que sur les constats expérientiels qui s'en dégagent afin de construire un ensemble de codes représentatifs de l'expérience du participant. Cet exercice a permis de créer un ensemble de catégories, lesquelles ont été regroupées par thèmes et sous-thèmes (voir schéma des résultats en Annexe V). Trois thèmes centraux caractéristiques de l'expérience des infirmier(e)s ont été obtenus et sont présentés de façon détaillée dans le présent chapitre : 1) Contexte de pratique; 2) Procédure de contention mécanique; 3) Recourir à la contention mécanique.

4.1 Contexte de pratique

Les participants ont tous, de façon directe ou indirecte, témoigné des éléments contextuels ou situationnels qui influencent leur pratique et, incidemment, leur usage de la contention mécanique. Certains affirment que ces éléments qui forment l'environnement de pratique occupent une place importante et que le contexte de pratique modifie leur façon d'aborder le travail infirmier. En contrepartie, pour d'autres participants, l'aspect contextuel est peu important, et l'on ressent que l'expérience de contention est vécue de façon plus personnelle et introspective. Après avoir regroupé les codes récurrents au regard du contexte de pratique, les propos des participants se déclinent en cinq axes ou sous-thèmes : 1) Clientèle et mixité des diagnostics; 2) Organisation spatiale sur l'unité; 3) Ressources disponibles; 4) Expérience et formation; 5) Équipe de travail.

4.1.1 Clientèle et mixité des diagnostics

Le facteur d'influence sur la pratique infirmière le plus fréquemment cité par les participants est le type de clientèle admise sur l'unité psychiatrique, une clientèle qui, au dire des infirmier(e)s interrogé(e)s, représente un défi particulier compte tenu de l'occurrence de comportements violents de la part de patients psychotiques, toxicomanes, souffrant de troubles développementaux ou de démence. En d'autres termes, cette clientèle comprend des personnes ayant des comportements difficiles à gérer pour la société, et qui doivent donc être prises en charge par le personnel soignant de l'hôpital. Dans ces circonstances, plusieurs infirmier(e)s témoignent de l'impasse thérapeutique qui mène ultimement à l'usage de la contention.

Parce que là ils vont attaquer, ils vont cracher, ils sont... je veux dire, ils ne sont pas dans leur état mental... je veux dire, normal. [...] Les patients tellement psychotiques ou tellement sur les drogues, surtout les psychotropes, tu sais, qu'ils vont halluciner et tout, puis quand ils viennent en *withdrawal* alors là c'est encore pire, ça souvent, t'as pas le choix. On en a aussi qui sont *forensic*, donc ils ont tué du monde, ils ont battu du monde, je veux dire écoute, ils sont...ils sont tellement psychotiques paranoïdes [...] Donc à ce moment-là, c'est la population (qu'on a), puis on n'est pas équipés pour *dealer* avec ça. (Participant 9, lignes 78-79, 348-351, 400-406)

We also have a lot of patients with developmental problems that are on our unit, which, this unit really isn't the place for. (Participant 8, lignes 359-361)

I've seen instances where we've had staff beaten up, we've had patients beaten up and it was because the person was very ill and hearing commands, hallucination and, so in an instant like that... you can give them a lot of medication and it might not work. (Participant 19, lignes 302-308)

La mixité des diagnostics au sein de l'unité est également un facteur problématique soulevé par le personnel. La présence d'hommes et de femmes de tout âge ayant différentes problématiques de santé mentale représente une situation peu idéale qui fait craindre le pire à plusieurs infirmier(e)s.

Because you're, mixing up all these various diagnoses and age groups [...] but it just seems like such a mess and it just seems like asking for trouble

that you're going to have like geriatrics psych population, personality disorders, Axis ones, schizophrenia, bipolar all these things and you're just going to throw them all together. (Participant 7, lignes 337-345)

De plus, les participants considèrent la clientèle gériatrique et féminine comme plus vulnérable aux attaques, et par conséquent, ils ressentent le besoin d'intervenir plus pro-activement sur les comportements agressifs afin d'assurer la protection de tous.

We've got the little old ladies on the unit, I mean they could, they could be more than just a serious, they could really, he could potentially kill somebody, so we have had to restrain him, when he gets very angry we've had to restrain him on occasion. So we're dealing with lots of different personalities and illnesses on this unit. (Participant 8, lignes 383-387)

We have a lot of young male testosterone with being in acute care [...] we have a very mixed population, [...] some young guy clobbering some older person with a walker being run over. (Participant 6, lignes 102-104, 115-116)

4.1.2 Organisation spatiale de l'unité

Le personnel infirmier perçoit également l'organisation spatiale de l'unité comme ayant un rôle déterminant sur l'incidence et la gestion des comportements perturbateurs. Les éléments telle la configuration des chambres, l'absence de fumoir ou de salle d'isolement, de même que l'unité fermée (verrouillée) forment un contexte de pratique qui peut contribuer soit à l'escalade de comportements violents, soit à l'usage prématuré de la contention mécanique.

This unit is locked [...] I've worked on locked units, I've worked unlocked units and I think locked units promotes aggression. [...] Another (unit), well we had a small locked unit within an open unit and then, they decided to open that locked unit and we had far less aggression. [...] I've worked both systems and I think not having locks is a good thing you know. (Participant 13, lignes 200-202, 232-233, 480-482)

It would be nice if it wasn't just one big general psych ward (Participant 7, lignes 294-295)

[...] and we don't have a smoking room. Which I don't think is a bad thing because I'm anti-smoking, but you know that can be... they feel their rights are being impinged on. (Participant 13, lignes 253-260)

4.1.3 Ressources disponibles

La majorité des participants a également fait mention des ressources disponibles sur l'unité, facteur qui influence directement la pratique infirmier(e) au sens large, que ce soit en termes de temps passé avec les patients, de gestion des comportements agressifs, de prise de décision ou encore de surveillance des patients sous contention. De façon générale, le manque de temps et le nombre d'employés disponibles pour accomplir toutes les tâches (ratio patient/infirmier) sont les principales préoccupations des infirmier(e)s.

It's a matter of, we don't have the time, [...] so you formulate a technique how to make the time, [...] A nurse cannot sit down one to one with a patient for X number of minutes, that is because so many other things will be coming up. We don't have the time especially for psychiatric, that's kind of a one to one, you know, because when I started over 25 years ago, every patient was getting 15 minutes of one-to-one listening time, that became a luxury. So you do multitasking. (Participant 18, lignes 325-348)

If you can see it coming and [...] try and avoid putting them in mechanical restraints but often it, it happens, and then it's sort of...hindsight is 20-20 and we should have done that first, but we didn't have the time. (Participant 2, lignes 299-302)

If you can monitor them every half hour, every 20 minutes if you have time but nurses usually have a very heavy workload, so if we had a more staff, you could. (Participant 8, lignes 304-307)

Ces participants démontrent bien à quel point le temps est une ressource déterminante dans l'usage de la contention mécanique. Par manque de temps, certaines mesures préventives sont omises, ce qui pousse le personnel à gérer de façon urgente une situation explosive, qui aurait pu être gérée autrement à l'apparition des comportements précurseurs de violence. En d'autres termes, on remarque que le manque de temps entraîne la résolution de façon réactive plutôt que de façon

proactive. Souvent, cette référence au temps est nommée par les participants comme une conséquence d'une charge de travail trop lourde ou d'un manque de personnel. Une autre lacune au niveau des ressources évoquée par les participants est le faible nombre de préposés disponibles pour surveiller des patients instables, ce qui peut mener, par mesure préventive, à un usage précoce de la contention mécanique. De plus, un participant a soulevé le peu d'activités (ex.: yoga, sport, etc.) offertes aux patients pendant leur séjour. Les patients se retrouvent ainsi souvent laissés à eux-mêmes, et sont possiblement plus enclins à avoir des pensées ou des comportements précurseurs d'agressivité ou de violence (ex.: rumination, pensées envahissantes/obsessives, agitation psychomotrice).

D'autre part, plusieurs éléments contextuels considérés problématiques par les participants (dont la mixité des diagnostics, l'organisation spatiale de l'unité, la charge de travail, et le manque d'activités) sont perçus par le personnel comme une conséquence du sous-financement.

You know if we were funded, like we should have been funded for (psychiatric) intensive care area, with the units set up the way it is (Participant 6, lignes 398-399)

Because you are mixing up all these various diagnoses and age groups, and to me, I guess can't even believe them (management), they do this and it makes sense. I understand that it's money, it always comes down to money and psychiatry is always like the bottom in the hospital. (Participant 7, lignes 337-341)

They need stuff to do here. A patient actually one time suggested having a yoga group, I thought that was amazing, like that would actually be great [...] it's not that they (management) don't want that to happen for the patients but it's just the nature of our health care funding, there's no way that they're gonna agree to give yoga classes to psych patients when they need radiation equipment for cancer patients. (Participant 7, lignes 365-367, 382-385)

4.1.4 Expérience et formation

Un autre aspect soulevé par plusieurs participants est lié à l'expérience de travail du personnel dans le domaine psychiatrique. Les infirmier(e)s expérimenté(e)s comme les moins

expérimenté(e)s admettent que les années d'expérience clinique permettent d'acquérir plus d'expertise, et même de développer un certain instinct qui facilite l'identification des indices précurseurs de violence et la désescalade de celle-ci.

Yeah this floor is, I would say, much older on average, so they (staff) have a lot of experience and they obviously have a lot of experience with restraints and they have the past history of how things worked you know 30 years ago but they've obviously seen psychiatry evolve and so they, they're a really good resource of how to just maintain a calm demeanor and good techniques to de-escalate. (Participant 7, lignes 153-159)

After you work for a long time you just get a gut feeling, right? (Participant 13, lignes 82-83)

De plus, la formation du personnel de soutien qui intervient lors de la contention mécanique est également relevée par un des participants. Ce participant note en exemple le travail des préposés aux bénéficiaires, pour qui les lacunes sur le plan de la formation mèneraient à une approche moins sensible à la réalité thérapeutique du milieu.

There are certain PCAs [Personal Care Assistant], they don't have the training like we do, so like I wish there was more training for the PCAs on, and they don't have all the information, they don't have that bond all the time we do, like that therapeutic bond. (Participant 19, lignes 331-336)

4.1.5 Équipe de travail

Les infirmier(e)s font également état de la dynamique de travail avec les collègues, qui peut influencer positivement ou négativement la gestion d'une situation de crise. La décision d'appliquer la contention mécanique est difficile pour certains (voir 4.3); l'approbation des collègues, et tout particulièrement des gestionnaires permet de soulager quelque peu cette tension émotionnelle car elle laisse sous-entendre un partage de responsabilités, entre autres.

We have a really supportive manager and clinical care leader and the doctors are very much on board, so as a team it is very supportive because it must be very difficult to work somewhere else where it's divided. Like if you didn't have the

support of the doctor or the manager to use restraints that would be dangerous, and obviously very hard to make that call (Participant 7, lignes 159-164)

Selon un participant, les interventions utilisées dépendent aussi du personnel infirmier en place et de la dynamique de l'équipe. Certaines équipes semblent utiliser plus rapidement la contention mécanique que d'autres.

Moi en général j'ai tendance à essayer de ne pas l'utiliser (la contention mécanique), mais encore là, ça va avec la dynamique du plancher. [...] Avec mes collègues [...] on n'a pas la même mentalité, ce qui fait que souvent on est obligé d'aller à l'extrême versus qu'on pourrait être, tu sais, vraiment au minimum (de contention). (Participant 9, lignes 50-55)

Par ailleurs, l'expérience de contention peut différer en fonction du sexe du soignant. Le personnel de sexe masculin est appelé à intervenir physiquement dans la majorité des situations de contention mécanique. Selon les participants, le risque de traumatisme physique ou physiologique serait accru pour ces infirmiers qui sont confrontés plus fréquemment à la contention que leurs collègues infirmières.

Unfortunately a lot of the male staff, every time that they're asked to go and restrain the patient, every time I always think somebody's gonna get hurt like they take that chance every time. (Participant 7, lignes 249- 252)

C'est malheureux, je veux dire ça fait partie des choses de la vie. Je travaille avec mes collègues en majorité des femmes, je ne les dénigre pas, je ne leur enlève rien [...], mais souvent elles ont tendance à nous référer les (patients) plus violents. (Participant 9, lignes 35-39)

Alors que ces derniers témoignages reflètent le support et l'implication des hommes lors de la contention, d'autres participants sont plus critiques face à leur approche. Cette participante rapporte que les techniques d'intervention physique employées par le personnel soignant masculin sont parfois plus brutales que nécessaire.

Sometimes I see, especially for males their testosterone [...] I just think it's the testosterone that just kicks in and because I've only seen that in males,

when you threaten the male they have their own hormones that kick in and sometimes I think it kicks in a little bit too much. Not that they've ever gone and punch them or anything, like they're holding their (the patients') head down a little bit too hard, you know what I mean? (Participant 19, lignes 362-363, 622-630)

La constitution de l'équipe semble donc être un facteur décisif qui peut influencer à la fois la fréquence, la façon de procéder et l'acceptabilité de la contention au sein de l'équipe. Le fait d'avoir plusieurs hommes sur un quart de travail, ou encore la présence de l'équipe médicale ou de gestion sont des composantes qui peuvent ultimement influencer le vécu de chacun des participants lors d'un épisode de contention.

4.1.6 Spécificités liées à l'urgence psychiatrique

Le contexte de pratique englobe une réalité très différente en fonction du milieu de travail. Les quelques participants interviewés travaillant à l'unité d'urgence psychiatrique doivent accueillir et stabiliser une clientèle variée, majoritairement instable psychologiquement et qui est souvent réfractaire à l'évaluation psychiatrique. Selon les estimations des participants de l'occurrence de la contention mécanique, il y aurait une utilisation plus courante de la contention mécanique à l'urgence psychiatrique en comparaison avec l'unité psychiatrique.

We are dealing with it fairly regularly. (Participant 15, lignes 226-227)

Le ratio infirmier-patient se trouvant augmenté sur cette unité, le personnel bénéficie davantage de temps pour l'observation et l'évaluation du patient, ainsi que pour consulter l'équipe avant, pendant et après la contention. De plus, la présence de caméras de surveillance dans chacune des chambres permet un monitoring plus serré de ces patients instables. L'utilisation plus courante des contentions mécaniques dans ces conditions améliorées peut sembler contradictoire, il s'agit ici d'un paradoxe lié aux éléments contextuels de l'urgence, à sa clientèle souvent en état de crise

et aux facteurs aggravants spécifiques au milieu (ex. : garde préventive et évaluation psychiatrique imposées, environnement chaotique, longue attente, etc.).

En somme, il est clair que divers aspects du contexte de pratique ont une influence sur les modalités d'intervention du personnel infirmier. Ces aspects, qu'ils soient intégrés de manière consciente ou non par les participants, forment un tout qui façonne l'environnement de multiples façons, positives ou négatives. Ce participant rapporte d'ailleurs comment, selon ses observations, une utilisation accrue des contentions mécanique serait causée par les différents facteurs contextuels dont nous venons de faire la description.

Whether it's because of workload, whether it's because we don't have the experienced nurses we have, or whether it's because we've been exposed to more violence with patients, and... people are using restraints more quickly than they used to. (Participant 3, lignes 381-385)

4.2 Processus de contention

Lorsqu'interrogés sur leur expérience d'application des contentions mécaniques, l'ensemble des participants font aussitôt référence au processus, à la démarche de contention. Parfois même, ils font référence à certaines étapes du processus pour répondre à des questions portant, par exemple, sur la relation thérapeutique ou le respect du code de déontologie. Ce thème est donc omniprésent dans chacune des entrevues, et ce, de façon très similaire d'un participant à l'autre. Les participants ont d'ailleurs mis l'accent sur le caractère urgent des situations qui nécessitent la contention mécanique, quelques participants employant l'expression « *managing a fire* » pour décrire des interventions de crise particulièrement explosives et risquées. L'ensemble des sous-thèmes qui suivent décrivent sommairement les étapes de ce processus tel que vécu ou réalisé par les membres du personnel infirmier.

4.2.1 Usage de la contention mécanique

Dans un premier temps, les participants ont dû identifier dans quelles circonstances ils ont recours à la contention mécanique. De façon unanime, la principale raison évoquée est le danger que représente le patient pour lui-même ou pour autrui. Les termes utilisés par les participants pour nommer ces situations de danger comprennent entre autres « risque pour la sécurité », « incapable de demeurer en contrôle », « violence », « agressivité », et « assaut physique ».

The reason would be when a person becomes, comes to the point where he's going to be a danger either to himself or to others, to people on the ward. (Participant 19, lignes 41-44)

It's usually safety reasons, the patient is at the risk of hitting themselves, hitting another staff, hitting other patients, unable to maintain control I just basically violence and safety risk. (Participant 5, lignes 28-30)

Chacun des participants nomme que la contention mécanique est une intervention de dernier recours, soit lorsque toutes les alternatives ont échoué.

The nurses on this unit are well-trained and I know they would use it as a last resort. It's least restraint policy and it would have been a very last resort to use the restraints. (Participant 8, lignes 171-173)

I always work to my best ability to be able to avoid restraints [...] it's really a last resort because of safety for the patient and for others, but I'll do everything that I can do to prevent them ending up needing to be put in restraints (Participant 21, lignes 135-139)

Alors que les participants semblent unanimes quant à l'importance de la notion de *danger* pour faire usage de la contention, certaines raisons d'utilisation évoquées par les participants révèlent la malléabilité de cette notion. Notamment, dans ce prochain témoignage, où le participant aborde l'incapacité à répondre aux commandes et à demeurer calme comme raison d'utilisation de la contention mécanique.

The patient was not able to take direction, was not able to calm themselves down, medication was not working and or safety for the patient if they were

threatening to do something to themselves or to others, that would be why.
(Participant 4, lignes 26-29)

Ce participant évoque en réalité un danger potentiel plutôt que réel, démontrant du même coup les différentes perceptions et interprétations possibles de la notion de danger.

4.2.2 *Évaluation du patient*

La toute première étape du déroulement de la contention relevée par les infirmier(e)s est celle de l'évaluation du patient. L'identification des patients à risque est une étape clé qui permet d'enclencher les techniques d'intervention à suivre.

The first part is always going to be the assessment, that's done by the staff.
(Participant 12, lignes 66-67)

The first step is always to speak with the patient and to do an assessment of what the patient's status is at that point, see if they continue to be a threat, because often maybe a geriatric person might strike out and it's not as though they are intended to continue to be combative or assault somebody. So it's a matter of doing an assessment to see that there is an ongoing risk and that there still potential for further risk. (Participant 3, lignes 63-69)

Au cours de l'évaluation du patient, l'approche du personnel ainsi que le processus d'observation sont particulièrement cruciaux pour détecter les signes précurseurs, comme en témoigne ce participant.

Je pense que c'est l'approche de différentes personnes, comment tu les observes aussi. Tu sais, pour moi, c'est tout un *body language*. En dedans de deux minutes, je peux te dire si le patient va escalader. (Participant 9, lignes 445-448)

4.2.3 *Interventions préventives*

Après avoir jugé qu'une intervention est nécessaire, l'ensemble des participants attestent qu'ils font usage de techniques préventives ou alternatives pour désamorcer la situation. Quatre mesures sont identifiées par les infirmier(e)s: 1) Retrait et dialogue; 2) Contention chimique; 3)

Démonstration de pouvoir; 4) Isolation improvisée. D'un témoignage à l'autre, ces techniques sont généralement appliquées dans le même ordre. Les participants précisent toutefois qu'en cas d'agression physique par un patient, la contention mécanique est appliquée aussitôt et ce, sans faire usage de ces techniques préventives.

4.2.3.1 Retrait et dialogue

La première intervention de désescalade de la violence employée par le personnel est de se retirer avec le patient dans un endroit calme et d'engager un dialogue. Le retrait permet entre autres de diminuer les stimuli qui pourraient exacerber l'escalade agressive, alors que le dialogue permet au patient de ventiler et de verbaliser ses frustrations à l'infirmier(e). De son côté, l'infirmier(e) peut tenter de résoudre le problème ou le conflit, s'il y a lieu.

Alternatives are always trialed first before restraint is as a last resort. So we're always trying other things first so things like de-escalation [...] where you're listening to the patient to find out what really is the problem, what is the crisis, what can I do to help you know [...] It's always trying to move the patient from the area of stimulation, take them someplace quiet and try to talk to them, try to find what the problem is, what's going on, try to resolve, that's my big piece. (Participant 12, lignes 69-76, 238-243)

[...] je prends cinq, dix minutes pour m'asseoir avec eux autres puis j'explique le pourquoi, puis je dis : « oui, OK, mais oublie pas que tu as fait ça, là ton infirmière peut-être qu'elle a peur tu sais l'autre patient il avait peur, là ». [...] Donc ça m'a pris cinq minutes de mon temps, pas besoin de médicament, pas besoin de contention pas besoin de (agents de) sécurité, puis même quand qu'ils sont vraiment en colère. Ça, je l'ai vu souvent. Combien de fois qu'on prend pour acquis : ah tout de suite, sécurité, toute de suite, les contraintes, au lieu d'aller demander au patient. (Participant 9, lignes 523-526, 545-550)

So, if the behavior is escalating I guess we try redirection first but sometimes it doesn't work, sometimes it does, yeah but I always try and spend time with them and try to get them into a low stimulus environment to try and get them to settle [...] One of the nurses says "she seems really upset I think we should restrain her" and I was uncomfortable with that, so I just decided I had time, so I just sat with her for 30 minutes until she settled. (Participant 2, lignes 64-67, 315-318)

Comme le précisent ces participants, cette première intervention peut s'avérer efficace pour diminuer la tension chez le patient. Dans le cas où la tension ne diminue pas, les infirmier(e)s ont donc recours à la négociation pour l'administration d'une contention chimique.

4.2.3.2 *Contention chimique*

Cette intervention se décline en deux différentes approches, et en deux temps. D'abord, les patients se font offrir une médication calmante *Pro Re Nata* (PRN; au besoin) à prendre oralement. Selon les participants interrogés, ceci tourne souvent en un processus de négociation entre les deux partis ; à cette étape, le soignant doit obtenir la collaboration du patient pour une modification du comportement, autrement des mesures plus oppressives devront être mises en place pour arriver à contrôler le comportement du patient. Si celui-ci refuse de collaborer, il devra recevoir cette médication contre son gré sous forme d'injection intramusculaire (IM), un processus souvent chaperonné par des agents de sécurité.

So we ask them to take the medication, we give them quite a few choice, chances, if they refuse and we see it's not gonna go anywhere, then we give them an IM, and usually with security there. (Participant 19, lignes 88-92)

Je leur dis : « je te le donne par la bouche ». « Non, je n'en veux pas ». « S'il vous plaît prend le par la bouche ». Puis là, j'ai dit : « Je ne te donne pas l'option à ce temps-ci. Je ne te fais pas confiance, et puis je ne veux pas que tu mettes personne en danger, toi inclus, fais que j'ai dit, tu les prends les médicaments ». (Participant 9, lignes 150-154)

I prefer trying to encourage somebody to medicate, take some medication before it escalates to that point. (Participant 6, lignes 47-49)

Les participants précisent que pour tous les patients qui seront placés sous contention mécanique, cette étape de contention chimique est inévitable, à un moment où un autre. Comme l'explique le prochain participant, la contention mécanique se veut, généralement, une période de

sursis afin de permettre à la contention chimique de prendre effet. Elle favorise également un retour au calme plus rapide et donc un retrait plus rapide de la contention mécanique.

[...] Most of the time the restraints, it's to give the medication opportunity to work right. (Participant 12, lignes 406-407)

[...] If they are put in restraints, 99% of the time we've given medication prior to that because the restraints are the last resort. So at that point, usually the restraints help settle them, and the medication kicks in so it's not a time you'd want to talk to them, you would want them to sleep and calm down. (Participant 4, lignes 74-78)

Pour d'autres participants, la sédation occasionnée par la contention chimique est bénéfique et plus éthiquement acceptable étant donné qu'elle diminue le niveau de conscience du patient pendant la contention mécanique.

I would never put somebody in restraints without having medicating them because I think that's inhumane. (Participant 13, lignes 112-115)

Je n'ai jamais mis un patient en contrainte sans médicaments. Jamais. Ça, c'est contre ma philosophie. (Participant 9, lignes 95-96)

4.2.3.3 Démonstration de pouvoir

Pendant le processus de négociation avec le patient, si celui-ci n'est pas collaborant (à la prise de médication ou toute autre consigne du personnel), les infirmier(e)s ont recours à une stratégie de démonstration de pouvoir. Ceci signifie qu'il(elle)s font appel à plusieurs membres du personnel, incluant des gardes de sécurité, afin qu'une équipe soit présente et surtout visible lors de la négociation. La présence de l'équipe autour du patient représente une image forte, un avertissement que l'équipe est prête à intervenir physiquement en cas de dérapage. D'après les participants, cette technique intimidante s'avère plutôt efficace ; le fait de démontrer au patient que le personnel est en position de force dissuade certains comportements perturbateurs et favorise une meilleure collaboration. Notons toutefois que le prochain participant utilise un langage contradictoire pour

parler de cette technique, en spécifiant faire usage de la démonstration de pouvoir tout en ne voulant pas intimider la personne.

We will go to what we call a “med assist” where we will call security, it's not announced overhead or anything, we will just call and ask: “do you have a few security guards that can come and assist us and administer medication to this particular patient?” And they will come and it's not to intimidate or anything like that, but sometimes just to show of force, they will not force but somebody in uniform, they are standing there and you know the patient sometimes will say: “okay, okay I will take it”. (Participant 12, lignes 109-120)

Parfois juste d'appeler la sécurité, tu sais, juste la présence, deux gros gaillards, on a un de six pieds et neuf, 300 livres là il est... ouais, donc quand j'ai un patient qui est moindrement assez costaud, j'en fais venir trois de même et on s'entend qu'il s'assoit et qu'il se calme. [...] Mais en général la présence des gardes de sécurité, juste la manière dont ils lui parlent, c'est bon en masse. Tu sais, ou la présence d'un *team*, juste d'avoir quatre cinq personnes autour, ça fait une différence. (Participant 9, lignes 127-131, 166-169)

4.2.3.4 *Isolation improvisée*

Cette autre technique alternative employée par le personnel soignant serait, selon les participants, engendrée par l'absence de salle d'isolement sur les unités où s'est déroulée cette recherche. L'isolation improvisée consiste en l'isolement d'un patient dans un espace clos qui n'est pas prévu à cet effet, généralement une chambre, en plus d'une surveillance constante par des agents de sécurité. L'isolation improvisée permet à la fois de réduire les stimuli pour le patient et d'assurer un environnement sécuritaire pour le personnel et les autres patients. Les participants précisent que cette isolation temporaire est nécessaire afin de laisser la médication atteindre son effet maximal.

There's some people where if they've sort of shown a pattern of escalating behavior that we'll put them on a semi (semi isolation) so they're on constant observation with the security guard and get them to stay in the room except for to come out just to sort of wanting to keep them isolated so that other patients are safe and the staff are safe. (Participant 2, lignes 291-295)

What we do is we'll, get, put somebody on what we call a one-to-one, where they are confined to their area, their small space of their room, the bathroom, the small hallway they are in, and we find that it actually even helps just getting them out of the mainstream, reducing their stimulation [...] We have to keep a guard or an orderly at the door to maintain the space [...] It's almost seclusion, but they've got somebody with them. (Participant 3, lignes 262-277)

[...] If patients didn't agree to stay in the room or stay in the bed, we put the restraints on, usually for at least half an hour. (Participant 14, lignes 65-67)

Tel qu'énoncé par ce dernier participant, l'échec de cette mesure alternative mène généralement à l'application de la contention mécanique.

4.2.4 Application de la contention mécanique

Le procédé de mise sous contention est décrit par nos participants de façon très uniforme d'un témoignage à l'autre. Dans un premier temps, ils décrivent comment l'équipe soignante est mobilisée pour maîtriser physiquement le patient, ainsi que pour installer le dispositif de sangles à la civière et aux membres du patient.

Well it's, there's usually a number of staff, PCAs [Personal Care Assistants], nurses, very often security, there's at least one person holding a limb. Sometimes patients actually cooperate a little bit more, they will lie down. So we're assisting them into the position of the bed, there's at least one person on each limb, usually the nurse who has a patient is the one person trying to communicate calmly and simply giving directions, and it is a matter of putting the restraints on the bed and on the patient. Well very often each limb has to be held, until the restrain is attached. (Participant 16, lignes 75-88)

[...] while some are holding them down, others - because it's a big team approach - are putting the restraints on the bed, getting them secure and we want them the proper length so we check the length and everything, and put the person in there. Then if we have to, we give the injection on the side of the leg, and then after that's done, everybody leaves because it takes away all the stimulation. (Participant 19, lignes 106-115)

Comme le précise nos informants, l'infirmier(e) responsable du patient ne s'implique pas toujours dans cette étape physique de mise sous contention, mais il(elle) demeure présent(e) pour

mener l'opération, administrer la médication au besoin, ainsi que rassurer et calmer le patient. De plus, certains infirmier(e)s sont conscient(e)s du possible ressentiment que le patient peut développer envers le soignant qui applique la contention. Il(elle)s précisent donc que leur abstention à cette étape peut contribuer au maintien de la relation thérapeutique.

On the unit as nurses we try our best not to be involved in the physical putting on of the mechanical restraint, you know that it's hard to convince somebody that I have your best interests at heart when I'm tying you down, like it's a fine line, so we try to let the security guards do as much as the physical putting on of the restraints so that we can maintain that therapeutic relationship with the patient. (Participant 12, lignes 134-143)

In part it's for that physical restraint it's also for me to be able to take just a step back, not be hands-on as much and to try and preserve some of that therapeutic alliance. (Participant 21, lignes 71-73)

Lors de la mise sous contention, les infirmier(e)s expliquent comment se déroule la prestation de soins. Le bien-être psychologique du patient, qui est assuré par une bonne communication, est un aspect des soins qui est mis de l'avant par les participants. Pour ceux-ci, il est primordial de rassurer le patient et d'expliquer les raisons de la contention.

The first thing I'll need to do is reassure the patient that we've had to make that choice for their safety or the staff safety and that we will be ongoing, doing an ongoing assessment to see when we can release them, that we want them on for as short of time as possible, so to explain to the patient what's happening. (Participant 3, lignes 73-77)

The optimal situation for me is when someone can be informed and you can try and do some of that reassurance that this is not punishment this is to help your body and to help you to keep you safe. (Participant 21, lignes 56-59)

[...] You do tell them: "this isn't a punishment, this is to help you maintain control, we tried other things, other methods and they don't work. This is only temporary, somebody will set you for the duration of the process, and we check up on you regularly, and as soon as you're able to maintain control, we will remove that". (Participant 5, lignes 73-78)

De plus, les participants expliquent comment ils préservent le bien-être physique en assurant une surveillance régulière et une prestation optimale des soins de confort pendant la contention. Ces soins comprennent : lever la tête du lit, couvrir le patient à l'aide d'une couverture, assurer l'intégrité de la peau et une bonne circulation sanguine dans tous les membres, ainsi que répondre aux besoins de base tels que l'hydratation et l'élimination.

I think as nurses we go around and make sure that they're (restraints) put on properly, we always raise the head of the bed up so that the patient is not lying completely flat. Then we usually look for things to make them more comfortable while they're in the restraints, [...] and then we do checks every 15 minutes after that, to make sure there's good circulation and skin integrity. (Participant 15, lignes 96-108)

Yeah obviously you want to maintain like their privacy in their dignity so we try to not do anything in the hallway, we try to get them in their rooms so that they are isolated, other patients aren't seeing what's going on. (Participant 7, lignes 80-83)

I think you're gonna make sure that they're safe in restraints, like that would be a priority. You're gonna make sure that if they're awake, that they get fluids, that their ADL was met and, but to me they come out of the restraints as soon as they're settled yeah. (Participant 13, lignes 168-174)

Enfin, en ce qui a trait au retrait de la contention, les participants s'accordent sur une durée minimale de contention déterminé par le temps requis au patient pour se calmer. D'après les témoignages, la durée usuelle de contention varie de quelques minutes à une heure.

4.2.5 Retour sur la contention

4.2.5.1 Débriefage avec le patient

Suite à la contention, la plupart des participants tentent de faire un retour avec le patient et ce, afin de rassurer le patient, de faire de l'enseignement et de renforcer la relation thérapeutique.

With every conflict you resolve it by dialoguing, you're gonna talk about it so you know you will have that discussion with the patient, and again as we talked about debriefing them, that teachable moment, that's gonna help you,

help the patient and help you to rebuild that relationship. (Participant 12, lignes 478-485)

[...] oui quinze minutes je dirais après, je retourne voir. Là je dis : je m'excuse de qu'est-ce qui est arrivé, mais j'ai dit je pense que tu l'avais mérité. Puis là il commence à réaliser : « ouais c'est vrai que j'étais un peu hors contrôle ». J'ai dit : « oui, un peu beaucoup ». Mais j'explique le pourquoi, puis souvent ça va mieux après. (Participant 9, lignes 385-389)

Notons dans ce dernier témoignage l'emploi d'une formule plus accusatoire par l'infirmier(e) en employant les termes « tu l'avais mérité », plutôt que « c'était nécessaire ». Par ailleurs, plusieurs participants ont indiqué que la sédation induite par la contention chimique rend souvent le patient trop somnolent pour un suivi immédiat.

After the application of the restraint do you usually have the chance to talk about it with the patient, go back, go over what happened with them?

Yeah, it might not be right away, it might be a few days later after they've had some medication, once they are more lucid and their thought process is more organized and that they're able to, that they can comprehend what led up to that or why that was necessary. (Participant 7, lignes 90-97)

Cette incapacité à effectuer un débriefage avec le patient semble être encore plus criante dans le contexte de l'urgence psychiatrique.

Do you usually debrief with them on what happened?

Usually they are sedated because we do go to chemical restraints prior to the mechanical restraint [...] We see it more like a crisis, and so I would hope that once they got up on the unit and the sedation had worn off and all that and they had been in mechanical restraints, I would hope that someone would sort of talk about that experience with them, but as far as us, we're sort of just putting out fires kind of thing so we don't, I don't think we ask. (Participant 15, lignes 130-131, 156-164)

4.2.5.2 Débriefage avec les collègues de travail

En ce qui a trait aux séances de débriefage avec les autres infirmier(e)s, les participants affirment que ce n'est pas une pratique courante dans leur milieu de travail. Ce suivi en équipe se fait plutôt de façon ponctuelle à la suite des événements les plus éprouvants. Alors que certains entrevoient ce type de partage de façon positive et y voient une opportunité de ventiler et de se supporter les uns les autres, d'autres avouent être moins à l'aise de s'exprimer en groupe et craignent le jugement ou les accusations de leurs collègues. Afin de pallier ce problème, plusieurs optent pour un débriefage informel entre deux collègues lorsque le besoin se fait sentir.

[...] not all of them are gonna be comfortable sitting in a room debriefing, some of them it's better just later to just pop over and say: "look that was really difficult, are you okay with what happened or is there anything?". Sometimes a one-on-one is much better than sitting in a debriefing. We have had a couple of situations that have been over the top and we have gotten together as a group after and debriefed, but the more I think it's, it has to be more specific to who is involved and what the situation was [...] it's hard to bring it up, and even in the debriefing, not to look like you are criticizing someone's practice, that's a challenge. (Participant 3, lignes 332-339, 623-625)

Cet extrait illustre dans quelle mesure il peut être difficile de verbaliser son désaccord avec un collègue de façon tacite, sans avoir l'air de critiquer la pratique professionnelle de l'autre. Et ceci, plus particulièrement dans le contexte du débriefage lorsque les événements sont déjà passés, comme le précise ce participant.

[...] we all have similar listening approaches and tolerance, but unfortunately there are times when that type of approach is not taken. Sometimes you can offer a little bit of advice unfortunately has to be after the fact. It's a done deal the person is in restraints because you can't do that table talk so unfortunately, you just have to sit back and, and then try and do a little bit of work on the sidelines of... "you know, maybe a different approach...", but that can be difficult at times. (Participant 21, lignes 233-241)

Un autre élément exposé dans le prochain extrait concerne les difficultés émotionnelles qui peuvent être ressenties lors des séances de discussion post-contention. Celles-ci impliquent parfois une mise à nu devant des collègues de travail, un élément qui n'est pas nécessairement apprécié par tous.

No I'm not a great debriefer. I debrief, I've got a few close colleagues I work with I don't do drama well, very honestly, I just don't... and yes for some people yes, you need to debrief, you need to talk about it, well I will but I will pick and choose who I speak with [...] I'm the type that, please don't make a big deal of it [...] my God don't give me kind words, that's when I'll fall apart, I don't want to fall apart at work you know these are people I work with, these are not for the most part friends. I can get along with everyone, but that's not who I choose to show my personal self to. (Participant 6, lignes 278-281, 291-297)

4.2.6. *Pratique réflexive*

Les participants décrivent le processus de contention avec assurance : aucun d'entre eux n'a de problème à nommer les éléments du protocole et à identifier les meilleures pratiques qu'ils mettent en œuvre lors de l'application de la contention mécanique. En revanche, ils sont nombreux à porter un regard critique sur certaines pratiques de leurs collègues, qui à l'occasion, peuvent déroger de ces documents de référence. Ces prochains extraits sont des exemples de réflexions critiques par rapport aux pratiques du milieu.

The situation I have difficulty with is when by my assessment or by my standards somebody is put into restraints before I feel they needed to be in restraints [...] when it's not my patient, and as a team member I'm having to intervene with them, where I see that maybe just a little bit more explaining and just a little bit more time to let them say what they needed to say... Let them say, they de-escalate, no restraints needed. (Participant 21, lignes 218-220, 225-229)

[...] je trouve c'est (contentions mécanique) utilisé trop fréquemment, à mauvais escient. Ça, c'est mon opinion personnelle [...] Il y a en a beaucoup qui gardent les contraintes *ad vitam æternam*, pas moi. Je déteste ça, je trouve ça manquer de respect à mon patient. (Participant 9, lignes 420-421, 216-218)

People are using restraints more quickly than they used to but I don't see the time being taken to try and de-escalate as much as we'd like to see it. (Participant 3, lignes 384-386)

And I have seen them used for that, not often to be fair, but I have seen them: “you do as I say or you'll go in restraints”. It's a stupid reason to put somebody in restraints. (Participant 6, lignes 640-642)

I think sometimes people feel that to set limits with somebody is to be an authoritative, they can be kind of aggressive, I don't believe in that. (Participant 13, lignes 371-373)

But in some of the PCAs [Personal Care Assistants] and I've seen it a few times, a little bit too rough you know to hold them down [...] every once in a while you see somebody being just a little too rough [...] (Participant 19, lignes 368-369, 615-617)

Ces commentaires des participants mettent en lumière la variabilité des pratiques de contention dans le milieu de recherche. Les exemples qui suivent montrent d'ailleurs à quel point l'usage de la contention mécanique semble être influencé par le degré de tolérance du personnel face aux comportements perturbateurs.

The amount of restraints I use is always very very low because I have a high tolerance for people calling me names. (Participant 12, lignes 284-286)

[...] quand c'est mes patients il y a bien souvent même je ne les mets pas en contrainte toute la journée, oui ça me prend beaucoup plus de mon temps, puis quand je pars, une heure, deux heures après, il se ramasse en contrainte tout le temps. (Participant 9, lignes 57-60)

Bref, on peut sans contredit affirmer que le processus de contention mécanique occupe une place importante dans l'expérience infirmière. Les responsabilités légales et professionnelles nécessitent de l'infirmier(e) un degré d'attention élevé quant au respect des politiques et procédures, qui laisse parfois peu de place à l'introspection. Toutefois, on observe chez certains participants un souci des bonnes pratiques, qui se traduit en une critique et une réflexivité par rapport à différentes façons de faire des collègues de travail. C'est donc à travers le regard critique

des participants qu'il nous est possible de constater une fluctuation des conditions et modalités d'intervention au sein de l'équipe soignante, de même que l'existence d'usages inadéquats ou abusifs de la contention mécanique.

4.3 Recourir à la contention mécanique

Le troisième thème porte sur le vécu introspectif du participant lors de la contention mécanique. C'est en abordant cet aspect de l'expérience que les participants ont davantage dévoilé leurs « couleurs ». Alors que certains se sont montrés plutôt apathiques et impassibles, d'autres ont clairement verbalisé leurs craintes et leur désarroi suite à l'usage de la contention mécanique. Avoir recours à la contention mécanique enclenche chez les participants une cascade de processus internes, que nous présentons ici en plusieurs sous-thèmes, dont la justification, les perceptions, les attitudes face à la contention, les émotions, ainsi que les dynamiques interactionnelles.

4.3.1 Justification

Dès que les infirmier(e)s prennent la décision de placer un patient sous contentions, il(elle)s doivent dès lors justifier cette intervention en documentant l'évènement. La justification est donc une démarche bien établie chez nos participants. Hormis l'argument reconnu pour avoir recours à la contention mécanique, soit le danger que représente le patient pour lui-même ou pour autrui, les participants ont également ressenti le besoin de justifier davantage leurs décisions sur le plan individuel. En effet, la justification semble être un mécanisme par lequel de nombreux participants arrivent à gérer les impacts de cette intervention difficile.

4.3.1.1 Maintien de la sécurité et gestion du risque

Les principales justifications se centrent autour du thème du maintien de la sécurité et la gestion du risque. Les participants soulignent l'importance de ce rôle, qu'il fait partie intégrante de la

pratique clinique psychiatrique et qu'il est prioritaire par rapport aux aspects thérapeutiques de la profession.

Part of me being able to practice my profession, and a lot of what I'm doing is maintaining safety, and I think safety, above all else is a priority. So I try to always make that number one so therefore, if you know it's to the point where we can no longer maintain the safety of the unit and we need to do that, then I'm okay with that. (Participant 15, lignes 283-291)

Safety is the biggest problem or biggest concern that we have, safety of the patients as I said, for the particular patient as well as the others [...] I wish I can do something better, and I will always think about it, but I tell my patients sometimes that because the nature of the illness we will have to control, sometimes the least the better. It's unfortunate but somebody has to take control for the safety, so if it happens it happens, I have no regrets per se. (Participant 18, lignes 50-53, 236-243)

I really try and use them as little as possible, so I certainly agree that it sort of goes against what you think of nursing, but you have to maintain a safe environment and yeah it's something that, I guess you sort of have to find a balance of where each nurse is comfortable. (Participant 2, lignes 236-239)

Plusieurs font également état du principe de risque. Selon eux, il ne s'agit pas nécessairement de gérer un comportement agressif, mais de gérer le risque de dangerosité que le patient représente pour l'unité.

I like to think I've only used it when absolutely necessary, definitely there were times when people have been escalating and nothing violent has happened yet, and it's impossible to know if a nice situation is going to escalate to violence or not. There have definitely been times where I have put people in restraints and it's just sort of... "I don't feel safe around this person right now" and I think something is gonna happen, but you can never know for sure. (Participant 2, lignes 371-377)

Well I think your first responsibility is gonna be to... you're dealing not with one person, you're dealing with the ward around you, and the safety of everybody, you have to consider that, you can't just go by the singular person sometimes. (Participant 13, lignes 193-198)

We just need to give them time. Most of the time the restraints it's to give the medication the opportunity to work right, but during that time they could rip this place apart or maybe kill somebody if you don't have it. (Participant 12, lignes 365-370)

Dans l'extrait suivant, ce participant admet que la contention va à l'encontre du bien-être du patient, mais se conforte dans cette position grâce à l'argument de sécurité.

I think as nurses we are here to care for patients, so I guess if you look at restraints in the true sense of its definition, then it doesn't go with it. But if you look at it from the other point of view that well, it is used as a last resort, everything else has been tried, and this is a matter of safety, it's used to ensure this patient's safety and the safety of others, then that makes me sleep at night. (Participant 12, lignes 394-403)

4.3.1.2 Conséquences positives pour le patient

Un second élément justificatif évoqué par les infirmier(e)s est la répercussion positive pour le patient suite à la contention. Pour un certain nombre de participants, l'efficacité de la contention pour calmer le patient, améliorer son état mental et prévenir un incident violent est un facteur non négligeable dans le processus décisionnel.

Some people even with medication, they fight the medication so to be laying still in bed is almost like, they appreciate almost in the way that "I can finally rest, I'm not able to fight the medication", so it's allowing the body to accept the medication and give them the feeling of being settled and calm. (Participant 4, lignes 157-161)

Do you perceive that it helps improve the patient's mental health state?

Yes. [...] if that's what it takes, they are usually in a totally different frame of mind, likely, we see improvement all the time yeah [...] They don't get worse, they always get better. (Participant 19, lignes 447-467)

I never like having to put somebody in, but I then go to my personal, my professional knowledge and background knowing that this is for the better, this is keeping them safe. There's the counter "Is it therapeutic?". Not in the sense of, you know, it's not a positive therapy, you're not teaching them you're not... It's, it's, it's therapeutic in the sense of you keeping them safe. (Participant 21, lignes 197-202)

[...] at that time they are in crisis and you are helping them so I think for a short-term I, I know it's for their well-being and the well-being of the unit. (Participant 8, lignes 163-165)

Une autre conséquence considérée positive par le personnel est l'attitude repentante du patient suite la contention mécanique. Les remords du patient face à l'escalade violente passée contribuent à conforter les infirmier(e)s dans leur décision d'utiliser les contentions.

And we then removed them (restraints) and the patient was quite remorseful, and obviously the medication had to take effect, he apologized and said he hoped he hadn't hurt the patient because he hadn't meant to [...] In fact he was concerned, "Oh did I hurt him, I hope I didn't hurt him, I didn't mean to hurt him". (Participant 8, lignes 97-105)

There's been times that I've had to put somebody in physical restraints but I went through the whole process with them, helped them with their dignity. Next day in the hallway they have apologized for losing control. (Participant 5, lignes 297-300)

4.3.1.3 Absence d'alternatives

Ce troisième élément justificatif est omniprésent dans le discours des participants. À plusieurs reprises, chacun d'entre eux affirme que l'usage de la contention résulte en grande partie du manque d'alternatives disponibles. Dans certains cas, l'alternative manquante est identifiée explicitement, par exemple, l'absence de salle d'isolement.

I guess somewhat it is unethical to be tying somebody down. I wish, I suppose if I was given a choice, if there was a safe room on our unit [...] that would certainly be my preference, I would guess the patient's preference. (Participant 16, lignes 183-191)

Dans d'autres cas, le sentiment d'impuissance est encore plus grand, car il découle de l'impression de l'absence de choix, ou de l'obligation d'intervenir avec cet outil.

I think right now it is, like where I work and probably across a bunch of different areas in mental health treatment, I unfortunately think that's what we have right now to work with, I think I could probably talk for a lot longer about, like, the nature of, sort of like acute-care psychiatry. Like in general hospital setting, it's not ideal at all and I think unfortunately this is kind of the best, this is the only option that we have. I don't have anything else, like nobody wants to restrain people. I would hope nobody would want to, but I don't have any other option. (Participant 7, lignes 269-276)

We've had situations where we've had terribly terribly violent patients and afterwards we've talked about if we didn't have restraints what else could we have done? (Participant 3, lignes 230-232)

I think we had no further choices, we always try to, least restraints, last resort policy. But we don't have a lot of choices as nurses. I, I don't want to do that, but there's nothing else that we can do to protect people here so [...] Yeah I think that it's okay, we don't have any choices. Like if other people have to deal with the situation, any other profession I think they would probably do but they don't have to, we're on like the frontline to deal with this kind of situation. (Participant 14, lignes 176-190)

Comme on peut le constater avec ce dernier extrait, il semble se dégager un sentiment d'acceptation relativement à la nature du travail et à l'usage de la contention mécanique. Le fait d'estimer avoir tout tenté avant d'en arriver à la contention permet aux participants de relativiser et de comprendre le caractère nécessaire de cette intervention, ce qui les aide ultimement à y avoir recours sans éprouver trop de remords. Le prochain extrait révèle une conception limpide et réflexive de la pratique psychiatrique, de même qu'une résilience relativement aux dilemmes difficiles auxquels ils sont confrontés régulièrement.

Sometimes they're (patients) coming in very ill and you're working in acute care hospital, you see kind of the worst of the worst so you kind of have to accept that, that goes with the territory just like in other areas of nursing you're gonna have to deal with things that are challenging and raise ethical questions all the time. So as long as you're always taking really good care of your patient, and you're doing everything that you're expected to do as a nurse and you're following the college standards and then it's just, it's a difficulty that you have to deal with working in psychiatry, but I don't think it means that you're not being an ethical nurse. (Participant 7, lignes 255-264)

4.3.2 Perceptions

D'après leurs expériences personnelles, chacun des participants perçoit différemment certains enjeux liés à l'usage de la contention mécanique. Que ce soit au niveau de la valeur thérapeutique de l'intervention, de l'impact sur la relation thérapeutique, ou du respect de la déontologie

infirmière, les perceptions des participants sont très variées. Cette diversité des croyances contribue à une meilleure compréhension de la nature controversée de la contention mécanique.

4.3.2.1 Valeur thérapeutique

Pour la plupart des participants, la contention mécanique ne constitue pas une intervention thérapeutique en soi, dans le sens où elle n'est pas employée dans le but d'améliorer l'état mental du patient. Les infirmier(e)s admettent que la contention peut être une expérience difficile et traumatisante pour le patient (voir 4.3.3). Toutefois, certain(e)s précisent que la contention mécanique sert à prévenir des incidents et que, par conséquent, elle contribue au bien-être général de la personne.

[...] the restraints themselves, as is, no I don't think that they're therapeutic per se. (Participant 16, lignes 231-232)

Ça (la contention) ne les aide pas dans le sens non plus quand ils sont tellement psychotiques et ils savent même pas, ils savent qu'ils sont attachés, mais là parfois ils voient Satan, parfois ils voient des lutins, ils voient Dieu qui..., tu sais, on le sait pas. Donc oui, c'est une forme de punition mais dans un autre sens c'est une forme de protection pour le patient même puis envers nous autres. (Participant 9, lignes 502-507)

[...] it's in their best interest that they are restrained. It's not that we're trying to do it, a punitive thing, I'm very far against, and it is, it doesn't sound very therapeutic, but it's what we have to do to maintain safety, they (patients) have not given us any other option. (Participant 3, lignes 168-172)

De plus, des participants établissent un lien entre la valeur thérapeutique et le comportement du patient suivant la contention. Si, après l'évènement, le patient est en mesure de revenir au calme, de comprendre pourquoi il a reçu ce traitement et qu'il fait preuve d'autocritique, la contention est alors considérée plus thérapeutique (voir 4.3.4.2). En d'autres termes, pour plusieurs participants, la fin justifie les moyens.

Enfin, un participant rapporte que quelques patients l'ont approché pour être mis sous contention. Ceci démontre qu'il est également possible que les contentions mécaniques peuvent être utilisées suite à la demande des patients eux-mêmes et qu'elles pourraient possiblement être perçues comme étant confortables et même sécurisantes.

[...] some patients actually asked to go in restraints because they feel comfortable and they feel safe in restraints, we don't do that, but some in the past have asked. (Participant 5, lignes 47-49)

4.3.2.2 Intervention indispensable

Malgré le manque de consensus en ce qui a trait à la valeur thérapeutique de la contention mécanique, tous s'entendent pour affirmer la nécessité de cette intervention. Les participants considèrent qu'en cas de débordements violents, la contention est le seul outil qui peut assurer la sécurité du patient et celle de l'entourage. Les alternatives et méthodes de désamorçage de la violence sont parfois inefficaces et l'ensemble des infirmier(e)s perçoivent donc la contention mécanique comme une option imparfaite, certes, mais tout à fait nécessaire pour ce genre de situations.

It's 120% necessary, it's needed because otherwise if somebody is hurting themselves, how are you going to stop that? If somebody's hitting other people, how are you going to stop that? Because that person will not stop on their own [...] How many staff do you want getting injured while this person is going through their psychotic episode? There's no other method [...] if they come up with a better way that they can do this, we will gladly welcome them. (Participant 5, lignes 239-242, 245-246, 260-261)

For this unit I do feel like it's necessary for the staff safety and the patient, the safety of the other patients, that we have that option as a last resort. (Participant 2, lignes 274-276)

Les infirmier(e)s ajoutent que cette perception de nécessité d'utiliser les contentions en cas d'urgence se positionne dans un contexte environnemental de pratique bien précis. Tel qu'exposé

dans le premier thème (voir 4.1), dans les conditions actuelles (ex. : absence de salle d'isolement), la contention devient la seule option *disponible* aux infirmier(e)s en cas de violence, d'où la perception de nécessité.

In this context the way it is now, with the world the way it is now, yeah it's probably needed until some better alternative can be found because you can't automatically knock them down and some people just don't respond to meds. So it is probably needed. (Participant 6, lignes 423-426)

Without knowledge of and access to other solutions [...] right now in our environment, it's hard for me to imagine how I would do that, but if we did have a different approach and different abilities, sure, I would love to have that. (Participant 21, lignes 312, 322-325)

Ce dernier participant exprime ce que plusieurs ont manifesté, soit le fait de ne pas connaître d'autres alternatives. Certains ont abordé la salle d'isolement comme option de rechange, mais les témoignages reflètent un sentiment général d'impuissance face à la problématique de la violence en psychiatrie, renforçant encore davantage l'aspect nécessaire de la contention mécanique.

4.3.2.3 Relation thérapeutique

En ce qui a trait à l'impact de la contention mécanique sur la relation thérapeutique, les participants sont divisés. Plusieurs soignants perçoivent que la relation infirmier(e)-patient n'est pas affectée, car un maximum d'effort est déployé avant, pendant et après la contention afin de bien communiquer la situation au patient et d'être le plus transparent possible. Ce dernier est alors en mesure de ne pas accuser personnellement l'infirmier(e) pour la mise sous contention, mais de mieux comprendre que c'est la situation qui a exigé une telle mesure.

I get all positive compliments from the patients for being that open and going back and revisiting the things that happened [...] Usually I have never never told, or was told by any patients that since I put them in restraints they hate me, never have that, because I will make sure that it's not a personal thing, it's nothing personal, nothing. They are sick they are not criminals, they are

at the hospital not in the prison. I will explain to them this is what, it doesn't give me any kind of power, it doesn't give me any kind of satisfaction but that is the only way to protect everybody [...] So I personally don't have any, like the patients don't hate me or disrespect me for that because I give them all the reasons and the time for them to take control. (Participant 18, lignes 325-238, 355-365, 270-273)

D'autres infirmier(e)s vivent la situation autrement, c'est-à-dire qu'il(elle)s ressentent que l'utilisation des contentions modifie l'attitude du patient, ou du moins, qu'elle crée une dynamique différente entre le soignant et le soigné. Le ressentiment ou la méfiance peuvent s'installer de chaque côté.

I mean of course as soon as you do that to someone, they're gonna look at you completely differently and you know, think: "you did that to me, you can do it again" and it's like jail pretty much. (Participant 7, lignes 313-315)

[...] but I always feel that to develop a rapport with someone, the least restraint is the better. (Participant 13, lignes 198-200)

I'm sure even when they're settled, it can be hard for them, and I know that if I had someone who had to have been involved in restraining them, it's like working with them again, it's, you kind of have to... I find I have to prepare myself a little bit, like I know that I've been through this with this person and you have to try and approach it, it's hard to approach sometimes. (Participant 2, lignes 339-344)

4.3.2.4 Respect de la déontologie infirmière

Lorsqu'interrogés sur le respect du code déontologique, la majorité des participants affirment qu'ils répondent au code déontologique en appliquant la contention de manière appropriée et en donnant des soins compatissants et de qualité pendant la contention.

Because of my approach, and when I will use them and when I won't use them, I don't feel that I am going against the code of ethics of my, of my profession or of just the basic dignity and rights of the person, I don't think so. (Participant 21, lignes 304-307)

It makes me feel okay, that as a professional, that I haven't really done anything wrong, as long as I'm following the policies and procedures of the

hospital, and following the law itself, you know. I'm making sure that anybody that meets the patient needs criteria before I do this, then I'm okay with it, yeah. (Participant 12, lignes 443-450)

Une minorité de participants a par ailleurs admis que le respect des obligations légales, ainsi que les risques de perte du permis professionnel sont des facteurs qui motivent à faire preuve d'une grande précaution dans la prise de décision et dans la prestation de soins.

[...] if something happened when they were in restraints, that would be the worst and you would lose your license and that's not something you take lightly at all. (Participant 7, lignes 228-231)

4.3.2.5 Potentiel d'amélioration

Les participants se sont montrés plutôt critiques vis-à-vis des outils à leur disposition dans leur milieu de travail. De façon générale, les contentions mécaniques disponibles sur l'unité sont perçus comme étant trop rigides, inconfortables et posant un risque pour l'intégrité de la peau des patients. Lorsqu'interrogés sur les possibilités d'améliorer l'outil de contention en tant que tel, les participants avaient plusieurs idées, dont un dispositif à 4-points plus flexible et plus doux pour la peau, ou encore un différent type de contention mécanique qui couvrirait le corps entier plutôt que les membres.

Improve the restraints, oh I think the restraints we have are terrible, they're leather, they're hard, I think a softer, there's got to be better restraints on the market, than what we even have available to us, because I think if you have to put somebody in restraints you want them to be as comfortable as possible. (Participant 13, lignes 389-396)

If you could describe maybe more in details what would be the perfect state-of-the-art of mechanical restraints, like if you could improve them, what would you do?

It would be something soft, and pliable, some sort of Velcro, something that could get thrown in the washing machine or go through the laundry whatever. It would be something that's easy to put on but also easy to take off and it, it wouldn't be anything that could possibly pinch or, yeah I don't, I don't know it certainly wouldn't be the style that we have now. (Participant 16, lignes 293-307)

Quelques-uns ont mentionné l'inconfort des contentions en situation d'urgence, pouvant potentiellement nuire à l'intervention et poser un risque pour le personnel. Le délai encouru par la recherche et l'installation des contentions sur la civière, de même que la difficulté à nettoyer les sangles sont des aspects problématiques identifiés par le personnel qui pourraient être améliorés. Le prochain participant décrit sa vision d'une meilleure contention.

So all the beds would be already made, all beds in mental health area and in emerge or wherever, would be already made with restraints on them, that are very discrete, patients can't tell that the restraints are actually there by just looking at the bed, but it's there. It would be something that we just flip out you know, like we just remove it right from underneath the mattress or something like that, so we're not running for them so they're already attached, and all we have to do is just attach it to the patient's wrist or the patient's ankle or whatever, and be done with it. So that would be my dream. (Participant 12, lignes 515-528)

4.3.3 Attitudes et émotions

De façon générale, les participants sont plutôt désolés d'avoir à recourir à la contention mécanique. Ils considèrent cette méthode d'intervention radicale, invasive, barbare et, à tout le moins, délicate à appliquer. L'attitude plutôt négative envers la contention provient d'abord de la tension créée par le dilemme éthique.

I do not like restraints, I do not like using restraints, I will give people an opportunity to try to hold themselves together, so for me it's a tough decision to put somebody in restraints, it's nothing I take lightly, it's something I don't like [...] it's very archaic to me. (Participant 6, lignes 46-50, 317)

It's not a decision I like to make or make lightly. (Participant 3, lignes 48-49)

Well it's always hard, you know because it's something that's so out of the ordinary, like it's an unusual occurrence to be tying somebody down in the hospital. It's just, it doesn't go with our philosophy of caring and compassion [...] I'm also not very comfortable doing it because it just seems so barbaric you know. (Participant 12, lignes 261-266, 300-302)

La frustration exprimée par les participants provient également d'un sentiment d'obligation, c'est-à-dire l'impression que l'usage de cette méthode est incontournable afin d'assurer la sécurité de tous, une situation exacerbée par le manque d'alternatives disponibles à la contention mécanique.

You know, I'm here as a nurse, I'm not here as a judge, I'm not here is a policeman, I'm here as a nurse. I can set limits, I don't have a problem with setting limits but I will treat people I think relatively fairly. (Participant 6, lignes 355-358)

I don't want to do that but there's nothing else that we can do to protect people here. (Participant 14, lignes 178-180)

This is the only option that we have, I don't have anything else, nobody wants to restrain people, I would hope nobody would want to but I don't have any other option. (Participant 7, lignes 275-276)

En contrepartie, une minorité de participants démontrent une capacité à accepter les difficultés telles qu'elles sont et perçoivent par le fait même la contention de manière moins négative. Ces participants semblent d'ailleurs être plus à l'aise avec la prise de décision et l'usage de la contention en général.

We are dealing with it (restraints) fairly regularly so I think a lot of us have developed our own coping mechanisms to deal with those types of situations because they do happen often enough. (Participant 15, lignes 226-230)

When I first started, like it was hard, it was, and even still it's not like it's easy now but I think just with time you kind of, you realize it has to be done otherwise someone is really going to get hurt. (Participant 7, lignes 112-114)

When I was placement during my nursing studies [...] I was almost like I can't believe that this is a nursing job, like this is crazy, this is so not what nursing is about. And definitely there's occasions where I might not think like that it's absolutely... there are sometimes where people get put in restraints and everyone has a different perception of what needs to be restrained and what doesn't. (Participant 2, lignes 221-229)

Relativement aux réactions émotionnelles des participants suite à un épisode de contention mécanique, rares sont ceux qui demeurent indifférents. Plusieurs émotions négatives sont rapportées chez les infirmier(e)s, dont la tristesse, l'anxiété, la peur et la culpabilité. Les prochains extraits démontrent l'anxiété comme émotion prédominante avant et pendant la contention.

Yes I think the nurses' anxiety is huge [...] There are people that have their own stuff, I think just a fear of being hurt, you know I can touch wood and say that over the past 30 years, I've never been hurt, never been hurt. So there's still some heavy handedness but again, you see the fear. (Participant 3, lignes 500, 538-540, 580-581)

Sometimes it's really stressful especially if a code white had to be called and if it ever, if someone is, if they were violent. I find that those ones are hard to deal with because it's sort of I find everyone's adrenaline is going and it can be a little bit hectic, and it can definitely be sort of like emotional. I find that emotions can be running high because lots of people are involved and if anyone's safety is at risk, obviously everyone is trying to act as quickly as they can, so it's definitely a stressful situation. (Participant 2, lignes 142-149)

I think once they are in restraints, I think it's like a big sigh of relief amongst the nurses, like the danger is over now and it's just a matter of making them comfortable. (Participant 19, lignes 212-215)

Ces prochains participants racontent la nature envahissante de ces émotions, qui créent une tension physique et psychologique non négligeable.

Feel very very very disappointed, why my patient is tied up like that, they don't have any control over their own life [...] it's a sad sad thing [...] We feel it, it's an emotional strain on the staff also, putting somebody in restraints. (Participant 18, lignes 116-118, 126-127, 109-111)

(It feels) just awful, sometimes I think if it were me, I don't know if I could stand it, and the worst case scenario when it does happen unfortunately the odd time, is when it's an elderly demented person has to be put in, that's the ultimate worst and, it's, it's, it's a terrible feeling. (Participant 16, lignes 122-128)

I felt really upset inside and scared, a lot of time we have to be professional, but it is very intimidating when these people like, what they do it's very scary [...] I have run for my safety a couple of times already. (Participant 19, lignes 179-182, 198-199)

Ce prochain participant suppose que la peur est précisément un moteur dans la décision de recourir aux contentions, et serait la cause de l'usage abusif de la contention.

Moi je trouve qu'on les utilise peut-être trop, puis encore là c'est la peur. Puis ça, j'ai entendu ça souvent avec mes collègues, les femmes surtout, puis c'est normal, puis je leur explique, j'ai dit c'est normal d'avoir peur, j'ai dit moi aussi j'ai peur. Oui, parce que monsieur fait six pieds et deux, puis il pèse deux cent soixante livres, les bras gros comme ça, tu sais il fait des haltères tous les jours ou il a quatre ceintures noires, j'ai dit oui, moi aussi j'ai peur, mais ça me donnes-tu le droit de le mettre en contrainte ? (Participant 9, lignes 429-438)

D'autre part, à l'opposé, quelques membres du personnel vivent des émotions moins intenses et sont plus cérébraux dans leur façon de gérer ces situations difficiles. Les témoignages suivants reflètent une vision plus positive de la contention.

I felt perfectly okay with it because I knew it was for their well-being.[...] at that time they are in crisis and you are helping them so I think for a short-term, I know it's for their well-being and the well-being of the unit. [...] So you can tell that I am pro mechanical restraints. (Participant 8, lignes 152-153, 163-165, 417-418)

How did I feel putting them into the restraints? Well, I think when the time is appropriate, I think it's a positive thing because in the end you don't want them hurting themselves you don't want them hurting someone else, I guess the only time where I feel a bit hesitant is with the elderly, putting them in restraints, it's kind of an overall, I don't know, makes you feel bad or it makes you not feel good if they are not understanding why. I mean people who are agitated, no, you know, behavior equals consequence but with the elderly if they are in for something like dementia, which we are getting a lot more, it's difficult. (Participant 4, lignes 97-105)

En racontant leur expérience avec la contention mécanique, beaucoup de participants témoignent également des émotions qu'ils perçoivent chez le patient. Cette empathie – se mettre dans la peau du patient – leur permet de déceler et d'être sensibles aux impacts de la contention,

dont le déclenchement d'émotions telles que la peur, l'impuissance, l'inconfort, la détresse, et le sentiment d'être menacé.

I think it's very distressing to them. (Participant 13, ligne 145)

He's being overpowered by a whole bunch and actually, to see the actual patients, like they are petrified at that point. Their head is being held it down... I can't imagine it being comfortable for them and they're fighting, I have not seen one patient who enjoys the process. When they're fighting, they are petrified. (Participant 19, lignes 599-606)

L'empathie permet au personnel infirmier d'intégrer dans sa pratique des interventions qui répondent à certaines craintes des patients et peuvent contribuer à diminuer leur détresse, lorsque soumis à la contention mécanique.

I think often fear is behind it and if I was the person that was feeling very threatened, and in a new setting, and possibly psychotic on top of that, and I see three or four people coming at me, more people coming down the hall, I think it's gonna escalate me versus possibly help me get a grip on things. So I think we need to be able to be a little bit more cognizant of that, how we, how they could perceive us as more of a threat. (Participant 3, lignes 411-418)

Moi je trouve c'est menaçant pour le patient, oui, oui si c'était moi là je me sentirais... puis en plus il faut se rendre compte que la famille vient, fait que moi quand que la famille va venir, comme c'est arrivé souvent puis même il y a des familles qui ont demandé à me voir, moi [...] mon approche elle est peut être différente, plus d'empathie j'essaye de connecter plus, j'essaye de me mettre dans les souliers du patient, dans les souliers des parents, la famille. Comment moi je réagirais ? Puis ça c'est beaucoup ça, il y en a ben qui ne font pas ça. Ils restent l'autre bord de la clôture... (Participant 9, lignes 228-237)

They (patients) might not realize what they're doing so they might be really embarrassed afterwards when they realize [...] but just try and maintain the dignity while, while that has to happen. (Participant 7, lignes 83-84, 88)

Ces extraits démontrent que l'empathie est importante pour déceler les impacts potentiels de chaque action sur le patient. Plusieurs participants vont plus loin et proposent littéralement un

inversement des rôles le temps d'une expérience et ce, afin de mieux pouvoir ressentir ce que vit le patient sous contention.

I got restrained for a while to see what it was like [...] I can't imagine what it would feel ever being agitated or trying to hurt yourself and someone taking full control of you like that, so I've been through it calm and a willing participant and I hope it never happens again [...] so I do think it was a beneficial experience just to physically know what it feels like. So if there was the time for everyone to do that I think it would probably be a good thing but unfortunately I don't think it's possible. (Participant 2, lignes 414-423, 434-437)

I think every nurse should have to be in physical four-point restraint in a bed for five minutes just to see what it feels like, because I think it's got to be hard and I don't think, I don't think people appreciate how awful it is for that patient.[...] just even the physicalness of being restrained in that position I think, I think nurses need to know what that must feel like. [...] I think there's lots more to learn. (Participant 3, lignes 595-608)

À l'opposé, certains participants démontrent des attitudes qui vont à l'encontre du concept d'empathie, en identifiant des patients à l'aide de qualificatifs à connotation péjorative, qui peuvent faire référence à leur différence, à leur maladie ou à leur comportement.

On en a aussi qui sont *forensic*, fait qu'ils ont tué du monde, ils ont battu du monde, je veux dire, écoute, sont tellement psychotiques paranoïdes, que je veux dire tu peux même pas, même moi je les traite comme des serpents à sonnette. Je veux dire, jamais moi je vais leur montrer mon dos, tu sais parce que tellement qu'ils sont violents. (Participant 9, lignes 400-404)

Women were nasty little favors, they really are, I mean you know man goes for a punch, a woman will bite and claw and do whatever. (Participant 6, lignes 208-210)

Tout comme l'empathie peut modifier les interventions de façon positive, l'étiquetage par des stéréotypes semble modifier également certaines réactions ou attitudes du personnel envers cette clientèle.

[...] vraiment psychotique ou même des fois nos *borderline personality*, tu viens que tu les connais, tu sais comment *dealer* avec, puis je vais dire c'est,

moi je trouve que tu deviens comme un détective. (Participant 9, lignes 21-24)

[...] they are a spitter or a biter and then they just get up and, so you know so that means you're restraining them, you have to put the restraints tighter on the bed. (Participant 6, lignes 636-638)

Ces extraits sont révélateurs d'une expérience bien tangible. Les termes employés par certains participants témoignent de situations combatives entre le personnel et les patients et qui accentuent du même coup l'importante ségrégation entre ces deux groupes. Le prochain sous-thème, celui des dynamiques interactionnelles, vient par ailleurs corroborer ce constat.

4.3.5 Dynamiques interactionnelles

L'expérience des infirmier(e)s avec la contention se traduit par des dynamiques relationnelles qui définissent un bon nombre de moments-clés liés cette intervention. Les divergences d'opinions ainsi que la gamme d'émotions suscitées par la contention mécanique parmi les participants sont des terreaux fertiles à l'établissement de tensions entre les acteurs.

4.3.5.1 Infirmier(e) – Patient

Au sein de l'unité psychiatrique, l'infirmier(e) doit gérer l'opération de maintien de l'ordre et de la sécurité au sein de l'unité tout en assumant le rôle de soignant. Pour cela, il(elle) se doit d'établir des règles et des limites, entraînant à l'occasion une lutte de pouvoir avec certains patients qui ne s'en laissent pas imposer. Ce participant décrit bien le type de situations qui peut survenir et conduire à l'usage de la contention mécanique.

(Il y a des patients qui) sont différents, puis c'est : « Now, moi ! C'est moi qui mène ici ». « Non, non, ce n'est pas toi, c'est le médecin ». Donc c'est là qu'on commence à avoir des confrontations, puis là ça dégénère des fois en combat, mais là les contraintes vont sortir. (Participant 9, lignes 113-117)

Certains participants sont plus critiques et déplorent que l'outil qu'est la contention devienne un instrument qui sert le soignant dans cette lutte de pouvoir. Le troisième extrait qui suit est particulièrement éloquent : le participant comprend bien les enjeux de pouvoir et l'image que projette la contention, une image péjorative de la psychiatrie, de laquelle il tente de se dissocier en réduisant au minimum l'usage de la contention.

It (use of restraints) becomes a power thing for some people. (Participant 6, ligne 142)

I find that it's certainly, it's taking away a lot of power from the patient. (Participant 2, lignes 234-235)

It's not a nice thing because it kind of reinforces that power dynamic of you versus them, and in other areas of nursing you don't have that and it's very stereotypical about psychiatry and it's always portrayed in Hollywood. And so it kind of reinforces that, and I find I'm very cognizant of that, that people think: "Oh psych floor like restraints and all that stuff and people are power-hungry and all that stuff" and that's awful. People come for help and they don't want that so it's hard, it's not something that I, I try, it's the very very last resort. (Participant 7, lignes 117-125)

Certains utilisent le terme « contrôle » pour expliquer les comportements d'agitation et l'application de la contention qui s'ensuit. Que ce soit dans le cas d'une perte de contrôle ou d'un besoin excessif de contrôle de la part du patient, le soignant doit, selon les participants, prendre le relais et imposer son propre contrôle pour le rétablissement de la situation.

They don't have any control over their own life and you just cannot give them the control, you take it over. (Participant 18, lignes 117-120)

Dans le prochain extrait, on peut constater que la contention chimique pendant le processus de contention mécanique peut également contribuer à la manifestation du pouvoir du personnel sur les patients.

There was also a mindset that if the patient said no to the pills and you said okay I have to draw the injection, and then they went with the injection, the patient was saying: "no no please I'll take the pills". The rule was no, you couldn't give it, they had already had a chance [...] Honestly I did have to

go to the director and the VP to get it changed in the policy, that they still are giving the option to have PO medication. Because I think the more control you take, the harder they fight to get some of the control back [...] and I had that changed because I thought no way that's, don't do that, if they want the pills give them the pills [...] because otherwise I think it's a power struggle. (Participant 3, lignes 520-529, 512-516, 557-558)

Notons ici que le participant en question utilise son rôle infirmier pour identifier et rapporter cette problématique, un exercice de pouvoir qui cette fois est appliquée pour la défense du patient, dans un contexte interactionnel entre les membres du personnel. Ces interactions sont d'ailleurs exposées en plus amples détails dans la section suivante.

4.3.5.2 Infirmier(e) – Collègues de travail

Lorsqu'une question délicate survient, les divergences d'opinions entre les membres du personnel peuvent susciter différentes réactions. La plupart des participants considèrent les relations somme toute harmonieuses, à l'exception de rares incidents où une pression fut exercée par un supérieur ou un médecin afin d'appliquer la contention mécanique. Dans les entrevues, seulement une minorité de participants considère que l'équipe de travail exerce une pression ou une influence sur l'administration de la contention. Ce participant en témoigne :

Do you sometimes feel pressure from other staff to use them more?

Yeah. Yeah, but I don't, I mean you do feel that pressure but I've worked long enough that I just say no, you know. (Participant 13, lignes 417-431)

Tel qu'évoqué dans la section 4.2.5.2 portant sur le processus de débriefage avec les collègues de travail, certains éprouvent un malaise avec la confrontation lorsque des difficultés surviennent, et préfèrent ainsi passer directement par le supérieur afin de rapporter des situations problématiques ou abusives. Ces « lanceurs d'alerte » illustrent une forme de pouvoir détenu par les infirmier(s) dans leur milieu de travail, et le rôle qu'il(elle)s jouent dans le changement des pratiques inappropriées.

I have been in at least one situation where my patient ended up being... needing restraints just because of the way things were handled, and I had a really hard time, but I would verbalize right away. I will speak to the people involved, I'll speak to (the manager). (Participant 21, lignes 222-225)

He (the patient) slipped behind and off the bed which to me, no big deal, you take the brakes off the bed and move the bed. These problems are solved, but security grabbed him, put him down, well of course then he had to start hitting and I mean, I reported it to (the manager) because I didn't think it was necessary. (Participant 6, lignes 127-131)

Puis ça va arriver que j'aille défendre son point (au patient) à mon coordonnateur ou ma coordonnatrice. C'est arrivé dans le passé. Ça reste confidentiel, puis je veux dire, c'est, qu'est-ce qu'elle va faire, c'est elle qui décide, moi après ça je me lave les mains, j'ai fait mon rapport, j'ai fait ce que moi je, qui était humainement possible à faire puis qui était éthiquement logique. (Participant 9, lignes 424-429)

Ce dernier participant expose une seconde stratégie de gestion des différends liés à l'usage de la contention mécanique, qui s'avère une rhétorique courante chez un bon nombre de participants : la déresponsabilisation. Contrairement aux lanceurs d'alerte, qui agissent en tant que défenseurs du patient selon leurs responsabilités professionnelles, certain(e)s infirmier(e)s plus apathiques emploient tantôt la fuite, tantôt le déni pour se détacher d'une situation problématique et éviter la confrontation.

I certainly you know not going to let anyone get hurt, but in certain cases, don't power trip because I will have nothing to do with it [...] meaning that I'm not gonna jeopardize my license because somebody else wants power, you want power take it all you want, just leave me out of it. (Participant 6, lignes 675-677, 684-686)

Souvent je me suis reculé dans un code blanc, puis il (un collègue) me demanda pourquoi, j'ai dis-je m'en mêle pas, je suis contre ça [...] encore là, ce n'est pas moi la personne en charge, c'est l'infirmier même où l'infirmière du patient [...] c'est une décision de groupe, donc tu suis le groupe, mais quand c'est mes patients, souvent même je ne les mets pas en contrainte toute la journée, oui ça me prend beaucoup plus de mon temps, puis quand je pars, une heure, deux heures après, il se ramasse en contrainte tout le temps. Donc ce qu'ils font quand moi je suis parti, j'en ai aucune idée, puis je ne veux pas le savoir. (Participant 9, lignes 469-475, 56-62)

Ces propos révèlent certes une forme de désengagement, mais ils traduisent également une réticence à participer aux pratiques abusives. Ces dynamiques interactionnelles sont donc d'une importance notable dans l'expérience de contention. Que ce soit avec des patients ou des collègues de travail, l'aboutissement ou non à la contention découle bien souvent de ces relations complexes de pouvoir, d'engagement et de désengagement face à l'autre.

4.4 Sommaire des résultats

Les résultats obtenus grâce aux entrevues semi-dirigées ont permis de compiler une trois thèmes centraux liés à l'expérience et la perception de l'infirmier(e) de la contention mécanique. Ces thèmes sont 1) Contexte de pratique; 2) Processus de contention; et 3) Recourir à la contention mécanique. Dans un premier temps, le contexte de pratique joue un rôle manifeste dans le recours à la contention. Les infirmier(e)s considèrent que plusieurs éléments situationnels et environnementaux, tels une clientèle particulièrement encline aux actes violents, la configuration spatiale de l'unité, le manque de ressources humaines, matérielles et financières, l'expérience du personnel, de même que la constitution de l'équipe de travail, peuvent chacun influencer grandement la propension à l'usage de la contention dans ce milieu. Ensuite, considérons que le processus d'application de contention mécanique occupe une place importante dans l'esprit des participants, lorsqu'interrogés sur leur expérience. La réalisation consciencieuse de chaque étape pour une prestation optimale de soins au patient qui subit la contention est une préoccupation centrale pour les participants. Plusieurs établissent un lien entre une application conforme de la contention, un dénouement positif pour le patient et une pratique infirmière éthiquement responsable. Bien que les participants assurent un usage personnel minimal et en dernier recours de la contention, des extraits reflétant la pensée critique nous permettent d'établir l'existence de pratiques inadéquates ou abusives sur les unités en question. Enfin, le troisième thème « recourir à

la contention » regroupe un ensemble de sous-thèmes témoignant des vécus intérieurs très variés des participants ayant recours à la contention mécanique. Nombreux sont ceux qui semblent ressentir le besoin de justifier et de rationaliser leurs actions, laissant peu de place à l'expression d'émotions. Bien que l'empathie soit reflétée dans la majorité des propos, on décèle également une certaine apathie et désensibilisation en regard de cette intervention considérée désolante, mais combien nécessaire. À l'inverse, des témoignages traduisent une sensibilité émotionnelle exprimant la peur, l'anxiété et le désarroi chez certains membres du personnel. On assiste ainsi à une pluralité de perceptions et de croyances, positives ou négatives, vis-à-vis la contention mécanique. Ces croyances deviennent essentielles dans l'établissement de dynamiques interactionnelles entre l'infirmier(e), les patients, ainsi que les collègues de travail. En somme, de la peur à la satisfaction, de l'action à l'inaction, et de l'engagement au désengagement, ces témoignages précieux nous ont permis de mettre en lumière et de mieux repérer la multitude de mécanismes internes et externes en jeu dans la détermination de l'expérience infirmière. La discussion qui suit présente les tenants et aboutissants de l'analyse détaillée de ces mécanismes, de même que les points saillants de cette recherche, interprétés par l'auteure selon les principes de la phénoménologie herméneutique.

CHAPITRE V

DISCUSSION

Les résultats présentés au chapitre IV constituent la matière brute avec laquelle il nous est possible de poursuivre l'exploration de notre sujet d'étude, soit l'expérience infirmière à l'égard de la contention mécanique. La participation précieuse des vingt-et-un répondants nous permet d'améliorer notre compréhension du phénomène tel que vécu de façon intime par le personnel infirmier. Ce chapitre étudie en profondeur les différents aspects du phénomène de la contention pour l'infirmier(e) en intégrant les ouvrages clés des écrits. L'examen de la perception infirmière de la contention se structure ici selon l'interprétation de la chercheuse de la signification de l'expérience infirmière, et ce, de façon à répondre aux questions de recherche posées au début de cet ouvrage. En guise de rappel, ces questions sont:

- Quelle signification l'infirmier(e) donne-t-il(elle) aux différents éléments contextuels (gestion de l'unité, collègues, ressources disponibles, etc.) dans le recours à la contention mécanique ?
- Quelles perceptions, attitudes et émotions émergent chez l'infirmier(e) avant, pendant et après l'usage de la contention mécanique ?
- Comment l'infirmier(e) perçoit-il(elle) le dilemme éthique qu'occasionne la contention mécanique et comment cette perception influence-t-elle sa décision de recourir à la contention mécanique ?

Chacune de ces questions nous a permis alors de répondre à la question principale de cette étude : quelle est l'expérience vécue par les infirmier(e)s en psychiatrie lors d'un/des épisode/s de contention mécanique ? Enfin, nous examinerons les limites de l'étude et les pistes de réflexion pour de futurs travaux sur le sujet, tout en soulignant l'apport de ces conclusions sur la recherche et la pratique infirmières.

5.1 Le contexte de soin, un enjeu crucial

Pour plusieurs participants, les éléments contextuels qui ceinturent la pratique infirmière occupent une position fondamentale et déterminante dans l'expérience de contention mécanique. Parmi ces éléments, un accent est mis sur la fonction de l'unité psychiatrique comme dernière ressource pour soigner un type de clientèle perçue comme étant à haut risque de violence. Ceci fait du lieu de travail un environnement où les pratiques de contrôle et de gestion de la violence sont socialement autorisées, un dispositif soigneusement décrit par Michel Foucault (1977). Initialement, le droit d'enfermer et de faire usage de méthodes coercitives origine du droit de la société à la protection ; l'hôpital psychiatrique est incidemment devenu un établissement dont les objectifs sont strictement centrés sur la protection, le contrôle et la réadaptation de ces personnes « dangereuses » (Foucault, 1977). En découlent donc certains jous organisationnels et économiques dont les participants de cette étude ont témoigné notamment, le verrouillage des portes, la disposition des chambres sur l'unité, la quantité de personnel pour assurer la surveillance, l'absence de fumoir, etc. Nous avons toutefois observé qu'au sein des extraits portant sur les aspects contextuels de leur pratique, l'argument du risque est omniprésent, nous menant ainsi aux travaux de Beck (2001). Tout comme lui, nous observons chez les participants un discours d'opérationnalisation de la gestion risque qui se traduit par le désir de modification des composantes environnementales du risque. En abordant, par exemple, l'absence de fumoir ou la façon de rendre la contention mécanique plus efficace et accessible, les participants témoignent d'un souci marqué pour l'aspect technique de la gestion de la violence, un constat qui fait écho à celui de Curtis et al. (2013). Les conclusions de leur étude montrent en effet que le personnel en psychiatrie est pleinement conscient des aspects techniques de la sécurité, comme l'efficacité des infrastructures ou la surveillance des patients, et cela au détriment des aspects sociaux et humains de la gestion du risque. Tout comme les participants de l'étude de Curtis et al. (2013), quelques participants de notre étude ont rapporté des lacunes dans

certain aspects thérapeutiques de la gestion du risque, dont les interventions verbales de désescalade de la violence. Plusieurs participants ont d'ailleurs soulevé des pistes de solutions centrées sur les composantes sociopersonnelles du risque, telle l'implantation d'activités stimulantes pour les patients, ainsi que la libération de temps pour permettre au personnel d'être plus présent pour les patients. De façon générale, on peut affirmer que le contexte – les circonstances – de pratique est entre autres forgé par l'environnement physique et social de l'unité. Ces éléments jouent un rôle certain dans le recours à la contention mécanique en ce qu'ils représentent, pour plusieurs participants, les dispositions techniques liées à la gestion du risque. Par exemple, la présence d'un gestionnaire ou d'infirmiers hommes dans l'équipe de travail n'est pas considéré comme un simple fait par le personnel, mais plutôt comme une condition qui modifie les paramètres du risque (ex. : probabilité d'incident agressif) et de gestion du risque (ex. : usage de la contention mécanique). Pour plusieurs, ces paramètres pourraient être modifiés afin de réduire davantage le risque (ex. : installation d'une chambre d'isolement, augmenter le ratio infirmier/patient) et contribuer à la prestation de soins plus adaptés à cette clientèle (ex. : mieux intervenir en prévention de la violence).

D'autres éléments contextuels liés cette fois à l'encadrement du personnel ont été relevés lors de l'analyse des résultats. Ceux-ci indiquent, dans un premier temps, une variabilité dans les réponses des participants, particulièrement au sujet des raisons d'utilisation de la contention mécanique et sur les séances de débriefage. Alors que la plupart font usage de cette intervention pour assurer la protection du patient et d'autrui lors d'un épisode d'agressivité ou de violence, certains ont mentionné l'utiliser lorsque le patient profère des menaces, est incapable de suivre les consignes du personnel ou lorsque la contention chimique n'a pas réussi à calmer suffisamment le patient. De plus, des participants affirment faire un retour sur la situation, un débriefage avec le patient concerné après la contention, tandis que d'autres ne le font pas. Ces variabilités dans les

réponses laissent présager soit des lacunes, soit une méconnaissance des protocoles en place par le personnel soignant.

Deuxièmement, les résultats indiquent qu'un encadrement par la formation du personnel ainsi que le support du personnel expérimenté et des gestionnaires sont d'autres éléments contextuels qui, aux dires des participants, seraient bénéfiques pour rassurer et sécuriser le personnel soignant et ultimement diminuer le recours à la contention mécanique. Par ailleurs, l'absence de séance de débriefing entre les membres du personnel soignant et l'aversion avouée par certains d'entre eux face à ces séances dénote la sensibilité du sujet de la contention mécanique. Nous croyons que les gestionnaires sont bien positionnés pour favoriser le dialogue, la collaboration par le partage d'idées et la valorisation du jugement clinique du personnel. Ces constats appuient les conclusions des études de Lee et al., Huckshorn (2004), Wieman et al. (2014) et Scalan (2010), qui confirment l'importance de l'environnement clinique ainsi que de la qualité de l'encadrement (formation du personnel et *leadership*) dans la réduction des pratiques coercitives en milieu psychiatrique.

5.2 Affects et croyances

Le thème des attitudes et émotions fut particulièrement éclairant et notre analyse démontre une complexité qui s'avère déterminante dans l'expérience de l'infirmier(e) en psychiatrie. Nous avons élaboré trois divisions distinctes dans l'analyse de ce segment, soient les émotions ressenties par le personnel, les sentiments du personnel envers le patient « contentonné », et l'attitude du personnel en regard de la contention mécanique.

De prime abord, il est important de rappeler que toutes proportions gardées, les éléments contextuels et procéduraux représentent une dimension du discours des participants ; l'expression émotionnelle se voit donc éoussée par rapport au reste des préoccupations. Nous pouvons

toutefois constater que certains participants se sont montrés plus démonstratifs quant aux émotions provoquées par la mise sous contention. Ceux-ci ont, de façon générale, témoigné d'un sentiment global de malaise face à l'acte de contentionner : « *it feels awful* », « *it makes you feel bad* ». Plus particulièrement, les émotions rapportées avant la contention sont l'anxiété et la peur et ce, en raison du comportement menaçant du patient. Ces émotions font ensuite place au soulagement dès l'application de la contention : « *once they are in restraints, I think it's like a big sign relief amongst the nurses, like the danger is over now* » (Participant 19, lignes 212-215). De ce fait, plusieurs auteurs ont identifié la peur comme une émotion courante chez le personnel en psychiatrie et ayant un impact sur les interactions avec le patient (Duxbury & Whittington, 2005; Foster, Bowers & Nijman, 2007; Needham, 2006; Kindy, Petersen, Parkhurst, 2005), ainsi que sur l'émergence d'un discours centré sur la prévention et la gestion de la violence (Perron et al., 2015, Jacob et Holmes, 2011). Nos résultats reflètent effectivement la présence et même l'omniprésence de ce discours chez le personnel infirmier (voir 5.1).

Lorsque le personnel parle des émotions suscitées par la contention mécanique, il manifeste également un sentiment marqué d'empathie à l'endroit du patient qui a subi la contention. « L'empathie consiste à saisir avec autant d'exactitude que possible les références internes et les composantes émotionnelles d'une autre personne et à les comprendre comme si l'on était cette autre personne » (Boulanger & Lançon, 2006, p. 498). Dans notre étude, le discours de nombreux participants est indéniablement imprégné d'un souci l'autre, que ce soit par la prestation de soins de contention sensibles au confort, à l'intimité et la dignité du patient, ou par l'effort de compréhension du vécu du patient qui subit la contention mécanique. L'utilisation de termes tels que « *threatening* », « *embarrassed* », « *distressing* » et « *petrified* » traduit la sensibilité du personnel en ce qui a trait à l'impact de la contention pour les patients. Les participants plus à l'affût de la réalité du patient suggèrent par ailleurs que cette sensibilité leur permet d'offrir des

soins compatissants et plus respectueux des appréhensions des patients. Par exemple, un participant raconte qu'il perçoit la contention comme une intervention brimant la dignité et la vie privée du patient, ce pourquoi il s'affaire systématiquement à recouvrir d'un drap les patients sous contention afin de préserver un maximum d'intimité et limiter les regards indiscrets d'autres patients.

À l'opposé, des membres du personnel affichent plutôt un sentiment défavorable à l'égard des patients psychiatriques. Plusieurs participants identifient des patients selon leur diagnostic ou leur symptôme, par exemple « nos borderline personalities », « paranoïde », « psychotique ». De plus, on remarque l'emploi de termes péjoratifs tels que « *nasty* », « *spitter* », « *bitter* », ou « serpent à sonnette » pour caractériser les récipiendaires de soins. L'emploi de ces étiquettes péjoratives et stéréotypées soulève la problématique que les participants ne semblent pas considérer le patient comme un semblable ayant son vécu et ses émotions propres. Canales (2000) et Moran et al. (2009) soutiennent que l'utilisation d'étiquettes péjoratives maintient les patients dans des représentations stigmatisantes et discriminantes de pathologie et d'irrationalité, menant à leur déshumanisation aux yeux des soignants. Cette déshumanisation par le soignant et ce clivage par rapport à l'Autre – le patient – correspond au concept d'altérité tel que discuté par Goffman (1963) et Gillett (2009). Contrairement aux participants plus empathiques, plutôt que de tenter une reconnaissance et une acceptation de la réalité l'Autre, ces participants maintiennent le fossé des soignants (le Soi) vs patients (l'Autre) si caractéristique de la culture psychiatrique. Gillett (2009) précise que cette opposition du Soi et de l'Autre mène à l'isolement et la violence infligée au patient. Sans pouvoir faire cette association directe de l'altérité et de la violence dans notre étude, nous établissons toutefois un lien entre l'altérité et certains comportements identifiés par les participants, entre autres le désengagement et la déresponsabilisation professionnelle du personnel lors d'évènements portant atteinte au bien-être du patient. En effet, certain(e)s infirmier(e)s ont affirmé ne pas vouloir se mêler des interventions ou des traitements des patients qui ne leur sont pas assignés, ou encore

ignorer volontairement les interventions problématiques infligées à leur patient par d'autres membres du personnel sur d'autres quarts de travail. Les participants justifient cette attitude en précisant que chaque infirmier(e) est responsable de ses propres actes et qu'une confrontation avec leurs collègues entraînerait des conflits indésirables. Nous interprétons ces comportements comme une forme de déni ou de fuite, révélant possiblement une volonté inconsciente de s'éloigner du vécu et de la souffrance d'autrui, et renforçant du même coup cette distance entre Soi et l'Autre.

Les résultats de notre étude apportent toutefois un éclairage additionnel quant aux possibles fondements ontologiques du concept d'empathie. Les participants, en plus d'exprimer la dimension émotionnelle et affective de l'empathie, semblent particulièrement touchés par l'expérience corporelle du patient. Plusieurs ont affirmé l'importance, en tant que membre du personnel, de « vivre » cette expérience traumatisante: « *just even the physicalness of being, being restrained in that position I think, I think nurses need to know what that must feel like* ». Certains membres du personnel croient important d'expérimenter concrètement l'acte qu'il fait subir, une façon efficace de se rapprocher du vécu authentique des patients l'espace d'un moment. Selon les participants, la simulation de la contention mécanique par le personnel bénéficierait à la prestation de soins plus sensibles à cette expérience difficile et favoriserait l'émergence d'un sentiment d'empathie plus fort chez le personnel. Ce parallèle entre l'expérience vécue et l'empathie nous conduit ultimement aux écrits phénoménologiques. Boucher et Lançon (2006), citant Stein (1964) nous éclairent :

Stein précise que le concept d'empathie n'est pas simplement limité aux sentiments ou émotions des autres. Il existerait une connotation plus élémentaire de l'empathie : l'autre est vécu en tant qu'autre comme en tant que soi-même à travers la reconnaissance de la similarité. Une part importante de celle-ci réside dans l'expérience commune de l'action.
(p.500)

L'expérience commune permet donc cette reconnaissance de la similarité, en ce qu'elle stimule une appréciation de la réalité de l'Autre située dans un monde qui n'est plus « le sien », ni

« le mien », mais « le nôtre ». Ainsi, l'expérience commune de la contention permettrait un rapprochement entre les pôles du Soi et de l'Autre, ou en d'autres termes, une diminution de l'altérité tout en renforçant le sentiment d'empathie chez le personnel.

D'autre part, l'accent mis par le personnel infirmier sur la nécessité de vivre l'expérience du patient révèle le rôle fondamental du corps et des sensations corporelles dans la façon de percevoir le monde et les phénomènes. Ceci rejoint les travaux fondateurs de Husserl et Merleau-Ponty sur la phénoménologie de la perception. Selon leurs postulats, l'union de l'âme et du corps n'est pas scellée par deux termes extérieurs, l'un objet, l'autre sujet, mais s'accomplit à chaque instant de l'existence et dans chaque mouvement (Merleau-Ponty, 1956). « L'homme [...] n'est pas un psychisme joint à un organisme, mais ce va-et-vient de l'existence qui tantôt se laisse être corporelle et tantôt se porte aux actes personnels » (Merleau-Ponty, 1945, p.104). L'expérience vécue n'est donc pas simplement un processus de la psychée, mais un mécanisme complexe impliquant à la fois le corps et l'esprit.

Les résultats de notre étude démontrent dans l'ensemble l'attitude univoque du personnel envers la contention mécanique. Chacun, à différents degrés, perçoit cette intervention de façon négative, et ce, en employant une gamme de qualificatifs allant de « déplorable » à « barbare » ou « archaïque » pour l'évoquer. Ces résultats correspondent d'ailleurs aux constats de Bonner et al., (2002) et Gelkopf et al. (2009), qui décèlent cette perception négative des infirmier(e)s face à la contention. Paradoxalement, la majorité des participants de notre étude affirme néanmoins y avoir recours de façon régulière afin d'assurer la protection de tous face à un danger imminent.

La question qui s'impose est donc la suivante : comment le personnel parvient-il à composer avec cette discordance ? Pour y répondre, nous nous référons aux travaux de Festinger sur la dissonance cognitive (1957), phénomène défini par une tension engendrée par la présence de deux cognitions contradictoires. Dans le cas qui nous intéresse, cette dissonance a lieu lorsque

l'infirmier(e) qui est en désaccord avec l'usage de la contention mécanique, se voit dans l'obligation de l'appliquer. La dissonance cognitive crée un inconfort psychologique désagréable chez la personne (Festinger, 1957), qu'il nous est en mesure d'observer chez les participants de cette étude. En effet, on dénote chez plusieurs un inconfort et même une détresse verbalisés par l'emploi de termes tels « *emotional strain* », « *It feels awful* », « *terrible feeling* », « *I felt really upset inside* ». Toujours selon cette théorie, les personnes touchées tentent d'échapper à l'inconfort psychologique en adoptant des stratégies de réduction de la dissonance, entre autres, par la modification d'une attitude ou d'une opinion pour que celle-ci corresponde au comportement qui déclenche la dissonance (l'application de la contention). Ce mécanisme est présent chez les participants de cette étude et ce, à travers divers angles de l'expérience rapportée. Premièrement, on remarque une rhétorique « rationalisante » chez les participants, leur permettant d'atténuer le fardeau de leur intervention délétère. Beaucoup témoignent, par exemple, de la nécessité de la contention mécanique pour assurer la sécurité due à l'absence d'alternative disponible, un argument souvent amené pour justifier la décision de recourir aux contentions. D'autres soulèvent le respect des politiques et procédures, ainsi que l'usage approprié en tout dernier recours afin d'être en paix avec la décision de recourir aux contentions. Cette stratégie est particulièrement bien illustrée par l'un des participants :

I think as nurses we are here to care for patients, so I guess if you look at restraints in the true sense of its definition, then it doesn't go with it. But if you look at it from the other point of view that well, it is used as a last resort, everything else has been tried, and this is a matter of safety, it's used to ensure this patient's safety and the safety of others, then that makes me sleep at night. (Participant 12, lignes 394-403)

Conformément à la théorie de Festinger, les participants semblent utiliser un second mécanisme de réduction de la dissonance cognitive, la « trivialisation », en accordant peu d'importance ou en ignorant un élément dissonant. Comme mentionné précédemment, tous

reconnaissent les méfaits de la contention mécanique ou, du moins, les désagréments qu'elle peut occasionner pour le patient. Cependant, nombreux sont ceux qui minimisent cet impact en percevant la contention comme un outil efficace et ayant des conséquences positives pour le patient (ex.: retour au calme, amélioration du comportement, prévention de blessures induites par la violence). Plusieurs participants citent en exemple un patient ayant eu une attitude repentante ou encore ayant été satisfait des soins reçus pendant la contention. Notons également qu'ils ne se questionnent pas sur le possible effet de désirabilité sociale (ex. : un patient qui présente des excuses pour « bien paraître »), ni sur la proportion des réactions négatives des patients par rapport aux réponses positives. Ces participants semblent donc accorder un poids important aux bénéfices observés par rapport aux torts occasionnés au patient.

Outre la rationalisation cognitive et la « trivialisation », on détecte un ajustement de l'attitude et même du comportement chez certains participants. L'identification d'un patient par une étiquette péjorative est révélatrice de l'altérité du personnel envers les patients. Cette altérité observée constitue un exemple d'attitude qui est plus cohérente avec l'utilisation de la contention mécanique et qui ainsi évite au personnel d'être trop affecté par la souffrance du patient. En d'autres termes, le maintien du patient dans des représentations stigmatisantes et discriminatoires « objectivise » le patient et permet au personnel d'avoir un certain détachement émotionnel, facilitant ainsi l'application de cette intervention difficile (Moran et al., 2009). De plus, le désengagement et la déresponsabilisation professionnelle du personnel lors d'événements portant atteinte au bien-être du patient sont d'autres comportements qui réduisent la dissonance cognitive. Tel que mentionné précédemment, certains participants révèlent ne pas vouloir se mêler des décisions avec lesquelles ils sont en désaccord car, selon eux, la déontologie est une responsabilité qui revient personnellement à chaque infirmier(e). Ceci signale à tout le moins certains manquements professionnels en ce qui a trait à la défense des intérêts et du bien-être du patient.

Cette déresponsabilisation et conséquemment, cette distanciation vis-à-vis de l'Autre deviendrait, selon Moran et al. (2009), un mécanisme de blocage des émotions négatives induites par l'usage de la contention mécanique. Ainsi donc, l'action de recourir aux contentions correspond davantage avec une attitude stigmatisante et désintéressée, réduisant la dissonance cognitive vécue par les infirmier(e)s.

Il est néanmoins important de souligner qu'une minorité de participants semble réduire la dissonance cognitive en adoptant des comportements opposés, soit en « sonnant l'alarme » et en agissant comme défenseur du patient lorsque des actes fautifs sont commis. Selon la théorie de Festinger (1957), ces actes de protection du patient seraient un autre moyen pour le personnel d'harmoniser leur perception négative de cette intervention en réduisant au maximum les torts associés. L'implication de ces quelques participants rend donc le portrait de cette analyse plus favorable; on peut ainsi comprendre que les mécanismes de réduction de la dissonance cognitive peuvent tout aussi bien générer des attitudes indésirables de détachement et de déresponsabilisation professionnelle, que des initiatives bienveillantes de défense du patient. En somme, nous interprétons les mécanismes de réduction de la dissonance comme des processus cognitifs internes servant à déculpabiliser les infirmier(e)s d'avoir recours à une intervention qu'il(elle)s savent problématique. Cette déculpabilisation – consciente ou inconsciente – peut s'opérer de différentes façons chez le personnel, dont les principales manifestations observées dans cette étude sont à la fois l'engagement et le désengagement du personnel face au patient.

5.3 Processus décisionnel : pragmatisme avant altruisme

Pendant les entrevues, la majorité du personnel a pris une portion significative du temps accordé pour aborder les aspects procéduraux de leur expérience. Ceci peut expliquer que pour les participants, la décision de recourir aux contentions ne représente peu ou pas de dilemme éthique,

mais plutôt l'application d'une intervention conformément aux procédures et protocoles. Le personnel semble également être porté à croire à une certaine homogénéité dans la prise de décision, qui s'effectuerait selon des critères objectifs préétablis par l'établissement. Or, l'analyse des résultats laisse présager une plus grande variabilité dans les pratiques qu'il n'y paraît. Certains participants ont clairement affirmé utiliser les contentions de façon régulière, alors que pour d'autres, cette intervention n'est appliquée qu'en de très rares occasions. Il semble donc que le processus décisionnel ne se limite pas à l'application d'un protocole et soit également, de façon inconsciente, influencé par d'autres facteurs internes et externes (voir 5.1 et 5.2). Il nous est ici possible d'avancer que les éléments contextuels et les attitudes et émotions décrits précédemment sont des enjeux complexes qui, une fois rassemblés, déterminent si l'infirmier(e) aura recours à la contention mécanique. Ces constats sont semblables au modèle décisionnel de Laiho et al., (2013), qui avaient précisément identifié les éléments organisationnels, les indices comportementaux des patients, ainsi que les croyances et attitudes du personnel envers la contention comme facteurs principaux guidant l'usage de la contention. Cependant, la présente étude apporte un nouvel élément significatif dans l'expérience infirmière, celui de la nécessité. Pour le personnel, il s'agit d'une intervention nécessaire afin d'éviter des débordements violents. Pourtant, les participants assurent l'utiliser en dernier recours, autrement dit, lorsqu'aucune autre méthode d'intervention n'est possible. Il semble donc y avoir un flou quant à la définition opérationnelle du terme « dernier recours ». Certains participants croient que l'accessibilité à une salle d'isolement, ou même la possibilité d'avoir davantage de temps avec le patient pour désamorcer la situation pourraient être des alternatives adéquates à la contention mécanique dans certains cas. On comprend donc que le dernier recours ne signifie pas qu'aucune autre intervention n'est possible, mais bien qu'aucune autre intervention n'est accessible ou réalisable en pratique dans ce milieu donné.

Les entrevues révèlent que les infirmier(e)s portent un regard critique sur les pratiques de leurs collègues, mais peu font preuve d'autocritique dans leur discours. Pour la majorité des participants, la conformation aux politiques et procédures de l'établissement représente un gage de pratique éthique et de respect des normes déontologiques. Le recours fréquent au cadre procédural et légal pour justifier ses pratiques met en évidence une rhétorique pragmatique chez le personnel, omettant de poser un regard critique sur ses propres façons de faire. Le processus décisionnel devient alors un processus « automatisé » pour plusieurs, qui s'attardent peu ou pas à l'aspect affectif et incarné de l'intervention. Ceci dévoile du même coup certaines lacunes en termes d'altruisme que nous pouvons tenter d'expliquer par la théorie de la dissonance cognitive et ses mécanismes de réduction (5.2.3). Par contre, certaines actions du personnel nous mènent à constater une volonté d'utiliser des méthodes moins invasives ou moins traumatisantes, comme l'application de procédures d'isolement « improvisées », et la réflexion sur un type de contention moins dommageable pour la peau. Bref, les participants ont manifesté, au cours des entrevues, que malgré l'omniprésence des discours pragmatiques – et parfois même aliénants – liés aux procédures et au caractère essentiel de la contention mécanique, ils demeurent toujours sensibles à la réalité des patients par la recherche de solutions plus humanisantes.

5.4 Limites de l'étude

Tel que mentionné au chapitre III, cet examen de l'expérience infirmière est restreint, dans un premier temps, par les choix épistémologiques et méthodologiques de cette étude. Le devis qualitatif mène à des résultats non généralisables, ce qui est couramment représenté comme une « limite » dans les écrits scientifiques. Les catégories et thèmes trouvés se rapportent ainsi au milieu de pratique étudié et peuvent difficilement être considérés représentatifs de tous les milieux psychiatriques institutionnels. Nous considérons plutôt ces résultats comme une exploration des

différentes pistes de compréhension de l'expérience de l'infirmier(e) en psychiatrie qui a recours à la contention mécanique. Évidemment, ces constats sont également largement influencés par les subjectivités que l'analyse phénoménologique herméneutique mobilise lors de l'interprétation des résultats. Les positions et conclusions adoptées ne sont en aucun cas absolus ni exclusifs, la compréhension phénoménologique demeurant un processus complexe aux questionnements perpétuels.

De plus, les résultats sont limités par la motivation des participants à partager une partie de leur réalité. La sensibilité du sujet d'étude peut déstabiliser certaines personnes et il est probable que certains participants se soient censurés pour différentes raisons au cours de l'entrevue. Par exemple, les réponses peuvent être modulées par le biais de désirabilité sociale, où les participants peuvent avoir embelli leur discours pour correspondre aux normes sociales attendues d'un professionnel de la santé et faire bonne figure devant l'intervieweur.

5.5 Implications pour la discipline infirmière

5.5.1 Pratique clinique

Nous pouvons tirer de précieux constats de l'expérience des infirmier(e)s ayant eu recours à la contention mécanique afin de les mettre à contribution pour l'avancement de la discipline infirmière. En ce qui a trait à la pratique clinique, l'expérience du personnel montre l'impact des décisions institutionnelles qui modulent l'environnement et le contexte de pratique pour les infirmier(e)s. Des éléments qui peuvent sembler anodins, tel que le temps alloué aux interventions infirmier(e)-patient, la disponibilité du personnel de soutien, la disposition de l'unité ou l'accès à une salle d'isolement semblent jouer un rôle significatif dans l'usage de la contention mécanique. Dans un deuxième temps, la variabilité observée dans l'expérience des participants, par exemple dans l'indication de la contention mécanique ou le débriefage post-contention avec le patient et les

infirmier(e)s, peuvent receler des faiblesses dans les protocoles en place ou encore, la méconnaissance des protocoles par le personnel. Troisièmement, les participants ont soulevé l'importance de la formation du personnel, que ce soit pour améliorer les techniques de désescalade de la violence ou pour offrir des séances de simulation afin de développer la sensibilité et l'empathie du personnel face au client qui subit la contention. Quatrièmement, le support des gestionnaires est essentiel pour appuyer émotionnellement le personnel, tout en agissant à titre de *leader* pour encourager les pratiques favorisant à la fois l'engagement du personnel dans la démarche de soins et la diminution de l'usage de la contention mécanique. Enfin, plusieurs de ces éléments touchent la branche administrative de la pratique. D'un point de vue administratif, l'allocation de ressources est primordiale afin de mieux outiller le personnel, créer des interventions alternatives, mettre en place des activités pour les patients, etc. En somme, nous pouvons affirmer sans contredit que le contexte de soin est un élément crucial à considérer pour l'amélioration des pratiques cliniques, que ce soit en termes d'environnement physique ou d'interactions sociales dans le milieu.

5.5.2 Recherche

Nous considérons que cette étude revêt un intérêt particulier pour la recherche, en ce qu'elle apporte un éclairage nouveau sur l'expérience de l'infirmier(e) en psychiatrie. Nous croyons qu'une démarche multidisciplinaire en sciences infirmières est une approche avantageuse, et c'est dans cette optique que nous avons inclus des travaux issus des domaines de la sociologie et de la psychologie afin de mieux comprendre les mécanismes en jeu dans l'expérience de la contention mécanique. L'ouverture aux théories du risque et de la dissonance cognitive, entre autres, offre tout un éventail de possibilités dans la recherche en sciences infirmières, dont les travaux en psychiatrie (notamment ceux qui se détachent d'une perspective biopsychiatrique et épidémiologique) n'en

sont qu'à leurs balbutiements. Sans oublier l'éclairage que nous apportons sur l'importance du contexte de pratique dans la prestation de soins optimaux. Des possibilités pour la recherche comprennent – s'en toutefois s'y limiter – la mise en place de procédures alternatives à la contention mécanique, l'analyse des enjeux liés à l'omniprésence d'un discours du risque chez les infirmier(e)s en psychiatrie, ou encore, l'exploration plus approfondie des mécanismes de dissonance cognitive chez les infirmier(e)s. Évidemment, cette étude faisant partie d'un plus large projet de recherche, l'apport des travaux de Holmes, Jacob et Rioux (à paraître) seront complémentaires à cet ouvrage en ce qu'ils examineront l'articulation de l'expérience des patients, des pratiques institutionnelles et de l'expérience infirmière pour la mise en place d'alternatives et la valorisation d'un discours éthique plus sensible à l'expérience des patients. Dans une perspective plus globale, nous espérons que cette contribution offre matière à réflexion quant aux enjeux éthiques actuels en regard des méthodes coercitives employées en psychiatrie. L'apport du soignant dans ce débat est nécessaire ; il nous permet de comprendre les obstacles réels auxquels le personnel est confronté dans cet environnement où l'ordre et la peur se côtoient quotidiennement.

5.5.3 Enseignement

Enfin, nous souhaitons que cette étude ait une portée éducationnelle à la fois pour le personnel soignant, les gestionnaires et les futurs infirmier(e)s en formation. Notre analyse démontre la nécessité de sensibiliser le personnel et les futurs infirmier(e)s aux enjeux éthiques et déontologiques de la contention mécanique, sans compter la revalorisation de l'expérience et la voix du patient dans le processus décisionnel infirmier. Il est également fondamental de repositionner le jugement clinique comme une force positive en encourageant les séances de débriefage et les réunions entre les membres du personnel infirmier. De leur côté, les gestionnaires d'unité et d'établissement doivent reconnaître l'impact des choix structuraux et organisationnels

sur la pratique infirmier(e) en psychiatrie, de même que la pertinence d'implanter des programmes de formation et de soutien au personnel.

CONCLUSION

C'est dans un contexte de perpétuation des pratiques coercitives en psychiatrie, depuis longtemps condamnées par différentes instances (Szasz, 1997, 2012; Mendéz, 2013), que la présente étude s'est attardée à mieux comprendre les enjeux liés à l'usage de la contention mécanique par le personnel infirmier. L'accumulation de recherches et de données probantes contre l'emploi de cette intervention mène la communauté médicale, scientifique et même politique à en peser plus sérieusement les risques et les bénéfices. Ce débat éthique qui sévit omet toutefois de considérer les perspectives du soignant et du soigné, lacune que nous avons tenté de combler (partiellement) dans cette étude en nous attardant sur l'expérience phénoménologique de ces acteurs, et plus précisément dans cet ouvrage, sur la façon dont cette expérience est vécue par les infirmier(e)s en psychiatrie. L'inclusion de l'herméneutique dans cette analyse phénoménologique nous a fait tendre naturellement vers une approche critique, qui permet une implication du chercheur dans l'analyse des différentes conjonctures relationnelles et sociales de l'expérience infirmière. Le cadre théorique s'est articulé autour des travaux de Foucault, Goffman, Beck et Festinger, un corpus regroupant des écrits majeurs sur la culture psychiatrique, le risque, la dissonance cognitive et l'altérité.

Afin de bien pouvoir cerner les différentes significations pour le personnel infirmier, nous avons utilisé la méthode d'AIP. Les entrevues semi-dirigées auprès de vingt-et-un(e)s infirmier(e)s ont été transcrites, codées et analysées selon cette méthode, ce qui nous a permis d'identifier trois thèmes principaux : 1) *Contexte de pratique*; 2) *Processus de contention*; et 3) *Recourir à la contention mécanique*. L'ensemble des thèmes et sous-thèmes nous ont ensuite menés vers un processus d'interprétation approfondi, dont nous avons tiré trois significations : 1) *Le contexte de soin, un enjeu crucial*; 2) *Affects et croyances*; et 3) *Processus décisionnel : pragmatisme avant altruisme*.

Ces significations cernent les principales perceptions de l'infirmier(e); il est donc approprié de comprendre son expérience à travers les sphères contextuelles, procédurales et émotionnelles du soin. On y entend d'abord l'importance de l'organisation structurelle de la pratique en termes de ressources physiques et humaines disponibles pour le personnel dans la détermination de l'usage de la contention. On perçoit également une préoccupation certaine pour l'application correcte et conforme de la contention mécanique, un standard reconnu par le personnel comme un gage de pratique éthique. Enfin, nous avons relevé toute une gamme de réactions émotives vécues par les infirmier(e)s, de la peur au soulagement, et de l'empathie à l'apathie, provoquant à leur tour une gamme de comportements et d'attitudes, de l'engagement au désengagement. C'est entre autres la présence d'une rhétorique justificatrice et d'une altérité *désunifiante* et stigmatisante chez le personnel qui nous ont guidé vers la théorie de la dissonance cognitive de Festinger, laquelle donne un sens aux variations et contradictions observées dans les discours et entre les discours.

Cette recherche illustre ainsi plusieurs éléments cruciaux sur lesquels les établissements, gestionnaires et infirmier(e)s doivent focaliser leur attention afin d'améliorer et ultimement diminuer les pratiques de contention. Notamment, la formation du personnel sur la déontologie et les techniques de communication (ex. : pacification et désescalade de la violence, débriefage avec le patient et le personnel), la sensibilisation auprès des institutions sur les ressources-clés permettant au personnel d'intervenir pour un maximum de bénéfices au patient (ex. : meilleur ratio infirmier(e)/patient, accès à une salle d'isolement, etc.), ainsi que la mise en place d'initiatives favorisant l'engagement, le *leadership* et l'*empowerment* chez le personnel infirmier constituent autant d'avenues possibles par lesquelles appréhender la question complexe de l'usage des contentions mécaniques en contexte psychiatrique.

Finalement, les avancées de cette recherche vont au-delà de la compréhension de l'expérience infirmière de la contention. Elles ont permis de relier la discipline infirmière à d'autres

champs des sciences humaines. Cette perspective multidisciplinaire enrichit la façon de percevoir le monde infirmier et ses phénomènes. Celui des interventions coercitives occupe malheureusement une place importante dans le vécu de l'infirmier(e) en psychiatrie, et nous espérons que cette contribution permettra de bâtir de nouveaux ponts entre la voix de l'infirmière et l'édification d'une nouvelle éthique plus à l'écoute de la réalité du patient psychiatrique.

RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (1st ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Nurses Association [APNA]. (2014). *Position Statement on the Use of Seclusion and Restraint: revised, 2014*. Tiré le 25 sept. 2015 de :
<http://www.apna.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=3728>
- Alty, A. (1997). Nurses' learning experience and expressed opinions regarding seclusion practice within one NHS trust. *Journal of Advanced Nursing*, 25(4), 786-793.
- Appleton, J. V., & King, L. (1997). Constructivism: A naturalistic methodology for nursing inquiry. *Advances in Nursing Science*, 20(2), 13-22.
- Aronson, E. (1972). *The social animal*. New York : Viking.
- Ashcraft, L., & Anthony, W. (2008). Eliminating seclusion and restraint in recovery-oriented crisis services. *Psychiatric Services*, 59(10), 1198-1202.
- Barnett R., Stirling C. & Pandyan A.D. (2012) A review of the scientific literature related to the adverse impact of physical restraint: gaining a clearer understanding of the physiological factors involved in cases of restraint related deaths. *Medicine, Science, and the Law* **52**, 137–142.
- Beck, U. (2001). *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*. Paris: Flammarion.

- Benner, P. (1994). *Interpretive phenomenology: Embodiment, caring, and ethics in health and illness*. Thousand Oaks, CA: Sage publications.
- Bentley, K. J. (1987). Major legal and ethical issues in behavioral treatment: Focus on institutionalized mental patients. *Behavioral Sciences & the Law*, 5(3), 359-372.
- Bigwood, S., & Crowe, M. (2008). 'It's part of the job, but it spoils the job': A phenomenological study of physical restraint. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17(3), 215-222.
- Bloch, S., & Green, S. A. (2006). An ethical framework for psychiatry. *British Journal of Psychiatry*, 188, 7-12.
- Bonner, G., Lowe, T., Rawcliffe, D., & Wellman, N. (2002). Trauma for all: A pilot study of the subjective experience of physical restraint for mental health inpatients and staff in the UK. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 9(4), 465-473.
- Bonsack, C., Morandi, S., Favrod, J., & Conus, P. (2013). Le stigmatisme de la «folie»: de la fatalité au rétablissement. *Rev Med Suisse*, 9(377), 588-92.
- Boulanger, C., & Lançon, C. (2006). L'empathie: réflexions sur un concept. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 164 (6), 497-505.
- Bowers, L. (2006). On conflict, containment and the relationship between them. *Nursing Inquiry*, 13(3), 172-180.
- Bowers, L., Van Der Merwe, M., Paterson, B., & Stewart, D. (2012). Manual restraint and shows of force: The city-128 study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(1), 30-40.
- Bowers, L. (2014). Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards.

Journal of psychiatric and mental health nursing, 21(6), 499-508.

Bracken, P., & Thomas, P. (2010). From Szasz to Foucault : On the role of critical psychiatry.

Philosophy, Psychiatry & Psychology, 17, 219-228.

Brookbanks, W. (2014). Post-psychiatry: A new orthodoxy? *Psychiatry, Psychology and Law*, 21(6), 845-857.

Brown, J. S., & Tooke, S. K. (1992). On the seclusion of psychiatric patients. *Social Science and Medicine*, 35(5), 711-721.

Canales, M. K. (2000). Othering: Toward an understanding of difference. *Advances in Nursing Science*, 22(4), 16-31.

Carmel S. 2006. Health care practices, professions and perspectives: A case study in intensive care. *Social Science and Medicine* 62: 2079–90

Castel R. (1984). *La gestion des risques : De l'anti-psychiatrie à l'après- psychanalyse*. Paris : Éditions de Minuit.

Castel, R. (1991). From dangerousness to risk. In *The Foucault Effect* (Burchell, Gordon & Miller Eds.)(pp 281-298). Chicago: University of Chicago Press.

Cheek, J. (1999). *Postmodern and poststructural approaches to nursing research*. Sage Publications.

Chien, W. T., Chan, C. W. H., Lam, L. W., & Kam, C. W. (2005). Psychiatric inpatients' perceptions of positive and negative aspects of physical restraint. *Patient Education and Counseling*, 59(1), 80-86.

Charon J. (1992) *Symbolic Interactionism: An Introduction, An Interpretation, Integration*,

Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ.

Cleary, M. (2003). The challenges of mental health care reform for contemporary mental health nursing practice: Relationships, power and control. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12(2), 139-147.

Colaizzi, J. (2005). Seclusion & restraint: A historical perspective. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 43(2), 31-7.

Cowin, L., Davies, R., Estall, G., Berlin, T., Fitzgerald, M., & Hoot, S. (2003). De-escalating aggression and violence in the mental health setting. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12(1), 64-73.

Cowman, S. (2006). Safety and security in psychiatric clinical environments. In *Violence in Mental Health Settings* (pp. 253-271). Springer New York.

Curtis, S., Gesler, W., Wood, V., Spencer, I., Mason, J., Close, H., et al. (2013). Compassionate containment? balancing technical safety and therapy in the design of psychiatric wards. *Social Science & Medicine*, 97(Complete), 201-209.

Cutcliffe, J. R., & McKenna, H. P. (1999). Establishing the credibility of qualitative research findings: the plot thickens. *Journal of advanced nursing*, 30(2), 374-380.

Cutcliffe, J. R., & Riahi, S. (2013). Systemic perspective of violence and aggression in mental health care: Towards a more comprehensive understanding and conceptualization: Part 2. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22(6), 568-578.

- Davis, K., & Glass, N. (1999). Contemporary theories and contemporary nursing-advancing nursing care for those who are marginalised. *Contemporary Nurs*, 8(2), 32-38.
- Deacon, J. (2004). Testing boundaries: The social context of physical and relational containment in a maximum secure psychiatric hospital. *Journal of Social Work Practice*, 18(1), 81-97.
- De Benedictis, L., Dumais, A., Sieu, N., Mailhot, M. P., Létourneau, G., Tran, M. A. M., ... & Lesage, A. D. (2011). Staff perceptions and organizational factors as predictors of seclusion and restraint on psychiatric wards. *Psychiatric Services*, 62(5), 484-491.
- Depraz, N. (2001). The Husserlian Theory of Intersubjectivity as Alterology: Emergent Theories and Wisdom Traditions in the Light of Genetic Phenomenology. *Journal of Consciousness Studies*, 8, 169–78.
- Deveau, R., & McDonnell, A. (2009). As the last resort: reducing the use of restrictive physical interventions using organisational approaches. *British Journal of Learning Disabilities*, 37(3), 172-177.
- Dix, R., Betteridge, C., & Page, M. J. (2008). Seclusion - past, present and future. In M. D. Beer, S. M. Pereira & C. Paton (Eds.), *Psychiatric intensive care* (2 nd ed., pp. 133- 155). New York: Cambridge University Press.
- Dodds, P., & Bowles, N. (2001). Dismantling formal observation and refocusing nursing activity in acute inpatient psychiatry: a case study. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 8(2), 183-188.
- Donovan A., Siegel L., Zera G., et al. (2003). Seclusion and restraint reform: an initiative by a child and adolescent psychiatric hospital. *Psychiatric Services*, 54, 958–959.

- Douglas, M. (1990). Risk as a forensic resource. *Daedalus*, 119(4), 1-16.
- Downey, L. V. A., Zun, L. S., & Gonzales, S. J. (2007). Frequency of alternative to restraints and seclusion and uses of agitation reduction techniques in the emergency department. *General Hospital Psychiatry*, 29(6), 470-474.
- Du Plessis, R. (2013). Constructing patient–psychiatrist relations in psychiatric hospitals: The role of space and personal action. *Social Semiotics*, 23(3), 424-443.
- Duxbury, J. (2002). An evaluation of staff and patient views of and strategies employed to manage inpatient aggression and violence on one mental health unit: a pluralistic design. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 9(3), 325-337.
- Duxbury, J., & Whittington, R. (2005). Causes and management of patient aggression and violence: Staff and patient perspectives. *Journal of Advanced Nursing*, 50(5), 469-478.
- Duxbury, J. (2015a). Minimizing the use of coercive practices in mental health: The perfect storm. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(2), 89-91.
- Duxbury, J. (2015b). The eileen skellern lecture 2014: Physical restraint: In defence of the indefensible? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(2), 92-101.
- English, F.W. (2003). *The postmodern challenge to the theory and practice of education and administration*. Springfield, IL: C.C. Thomas.
- Evans, D., Wood, J., & Lambert, L. (2003). Patient injury and physical restraint devices: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 41(3), 274-282.
- Ewald, F. (1996). *Histoire de l'État-Providence*. Paris: Grasset et Fasquerelle.

- Fakhoury, W., & Priebe, S. (2007). Deinstitutionalization and reinstitutionalization: major changes in the provision of mental healthcare. *Psychiatry*, 6(8), 313-316.
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Redwood: Stanford University Press.
- Fish, R., & Culshaw, E. (2005). The last resort? *Journal of Intellectual Disabilities*, 9(2), 93-107.
- Fisher, W.A. (1994). Restraint and Seclusion : A Review of the Literature. *The american Journal of Psychiatry*, 151(11), 1584-92.
- Fronczek, M. (2014). Physical restraints: To use or not to use? *Nursing made Incredibly Easy*, 12(2), 54-55.
- Foster, C., Bowers, L., & Nijman, H. (2007). Aggressive behaviour on acute psychiatric wards: prevalence, severity and management. *Journal of advanced nursing*, 58(2), 140-149.
- Foucault, M. (1971). *The order of things: an archaeology of the human sciences*. New York: Pantheon Books.
- Foucault, M. (1977). *Discipline and punish: The birth of the prison*. New York: Vintage.
- Foucault, M. (1988). *Madness and civilization: A history of insanity in the age of reason*. New York: Vintage.
- Foucault, M. (1997). Psychiatric power. Dans: *Michel Foucault: Ethics* (ed. P. Rabinow), p. 39–50. New York: The New Press.
- Foucault, M. (2006). *History of madness*. London : Routledge.
- Furedi, F. (2006). *Culture of fear revisited*. London: Continuum.

- Fronczek, M. (2014). Physical restraints: To use or not to use?. *Nursing made Incredibly Easy*, 12(2), 54-55.
- Gastmans, C. (2010). Clinical-ethical considerations on the use of physical restraint. In R. Hughes (Ed.), *Rights, risks and restraint-free care of older people*, pp. 106-119. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Gelkopf, M., Roffe, Z., Behrbalk, P., Melamed, Y., Werbloff, N., & Bleich, A. (2009). Attitudes, opinions, behaviors, and emotions of the nursing staff toward patient restraint. *Issues in Mental Health Nursing*, 30(12), 758-763.
- Gerolamo, A. M. (2006). The conceptualization of physical restraint as a nursing-sensitive adverse outcome in acute care psychiatric treatment settings. *Archives of Psychiatric Nursing*, 20(4), 175-185.
- Gildberg, F. A., Bradley, S. K., & Hounsgaard, L. (2013). Comparing the Obvious: Interactional characteristics of staff in acute mental health nursing and forensic psychiatric nursing. *International Journal of Forensic Mental Health*, 12(3), 205-214.
- Gillett, G. (2009). *The Mind and its Discontents: An Essay in Discursive Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.
- Goethals, S., Dierckx de Casterlé, B., & Gastmans, C. (2012). Nurses' decision-making in cases of physical restraint: A synthesis of qualitative evidence. *Journal of Advanced Nursing*, 68(6), 1198-1210.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

- Goffman, E. (1968). *Asiles: études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. Paris: Les Éditions de Minuit.
- Groenewald, T. (2004). A phenomenological research design illustrated. *International Journal of Qualitative Methods*, 3(1), 1.
- Guba, E., & Lincoln, Y. (1998). Competing paradigms in qualitative research. In N. Denzin, & Y. Lincoln (Eds.), *The landscape of qualitative research*, pp. 195-220. Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Gudjonsson, G. H., Rabe-Hesketh, S., & Szmukler, G. (2004). Management of psychiatric in-patient violence: Patient ethnicity and use of medication, restraint and seclusion. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 184, 258-262.
- Hall, J. E. (2004). Restriction and control: The perceptions of mental health nurses in a UK acute inpatient setting. *Issues in Mental Health Nursing*, 25(5), 539-552.
- Hamilton, B., & Manias, E. (2008). The power of routine and special observations: Producing civility in a public acute psychiatric unit. *Nursing Inquiry*, 15(3), 178-188.
- Harris, J. (1985). *The value of life*. London: Routledge.
- Heidegger, M. (1962). *Being and time*. Oxford: Blackwell.
- Holmes, D., Kennedy, S. L., & Perron, A. (2004). The mentally ill and social exclusion: a critical examination of the use of seclusion from the patient's perspective. *Issues in Mental Health Nursing*, 25(6), 559-578.
- Holmes, D., Perron, A. & Guimond, P. (2007). Le personnel infirmier et l'isolement en

psychiatrie: critique du processus de décision. *Santé mentale*, 116, 17-23.

Hottois, G., & Missa, J. N. (2001). *Nouvelle encyclopédie de bioéthique: Médecine, environnement, biotechnologie*. Bruxelles: DeBoeck Université.

Huckshorn, K. A. (2004). Reducing the use of seclusion and restraint in mental health systems: A public health prevention approach with interventions. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 42(9), 22-33.

Huizing, A. R., Hamers, J. P. H., de Jonge, J., Candel, M., & Berger, M. P. F. (2007). Organisational determinants of the use of physical restraints: A multilevel approach. *Social Science & Medicine*, 65(5), 924-933.

Institut canadien d'information sur la santé. [ICIS]. (2011). Restraints use and other control interventions for mental health inpatients in Ontario. Tiré le 12/01, 2014, du site: https://secure.cihi.ca/free_products/Restraint_Use_and_Other_Control_Interventions_AIB_EN.pdf

International Society of Psychiatric-Mental Health Nurses. (1999). *Position Statement on the Use of Restraint and Seclusion*. Tiré le 25 sept. 2015 de: [http://www.ispn-
psych.org/docs/99Restraint-Seclusion.pdf](http://www.ispn-psych.org/docs/99Restraint-Seclusion.pdf)

Irving, K. (2002). Governing the conduct of conduct: Are restraints inevitable? *Journal of Advanced Nursing*, 40(4), 405-412.

Jacob, J. D., & Holmes, D. (2011). Working under threat: Fear and nurse?patient interactions in a forensic psychiatric setting. *Journal of Forensic Nursing*, 7(2), 68-77.

- Jacob, J. D., Perron, A., & Corneau, P. (2014). Structural othering: Towards an understanding of place in the construction of disruptive subjectivities. In D. Holmes, J. D. Jacob & A. Perron (Eds.), *Power and the psychiatric apparatus: Repression, transformation and assistance*. Surrey: Ashgate.
- Janssen, W., Noorthoorn, E., van Linge, R., & Lendemeijer, B. (2007). The influence of staffing levels on the use of seclusion. *International journal of law and psychiatry*, 30(2), 118-126.
- Johnson, M. E. (1998). Being restrained: a study of power and powerlessness. *Issues in Mental Health Nursing*, 19(3), 191-206.
- Johnston, M. (2012). *"We Don't Want the Loonies Taking Over": Examining Masculine Performatives by Private Security in a Hospital Setting*. Uottawa thesis, tiré en ligne le 11 février 2016 du <http://hdl.handle.net/10393/23196>.
- Kaltiala-Heino, R., Tuohimäki, C., Korkeila, J., & Lehtinen, V. (2003). Reasons for using seclusion and restraint in psychiatric inpatient care. *International Journal of Law and Psychiatry*, 26(2), 139-149.
- Katsakou, C., & Priebe, S. (2007). Patient's experiences of involuntary hospital admission and treatment: a review of qualitative studies. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 16(2), 172-178.
- Keski-Valkama, A., Sailas, E., Eronen, M., Koivisto, A., Lönnqvist, J., & Kaltiala-Heino, R. (2007). A 15-year national follow-up: Legislation is not enough to reduce the use of seclusion and restraint. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(9), 747-752.
- Keski-Valkama, A., Sailas, E., Eronen, M., Koivisto, A., Lönnqvist, J., & Kaltiala-Heino, R.

(2010). The reasons for using restraint and seclusion in psychiatric inpatient care: A nationwide 15-year study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 64(2), 136-144.

Kindy, D., Petersen, S., & Parkhurst, D. (2005). Perilous work: Nurses' experiences in psychiatric units with high risks of assault. *Archives of Psychiatric Nursing*, 19(4), 169-175.

Kirk, A. S., Gomory, T., & Cohen, D. (2013). *Mad science: Psychiatric coercion, diagnosis, and drugs*. New Jersey: Transaction Publishers.

Kitzinger C. & Wilkinson S. (1996) Theorizing representing the Other. In: *Representing the Other: a Feminism and Psychology Reader* (Wilkinson S. & Kitzinger C., eds). Sage, London.

Knowles, S. F., Hearne, J., & Smith, I. (2015). Physical restraint and the therapeutic relationship. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 26(4), 461-475.

Kontio, R., Joffe, G., Putkonen, H., Kuosmanen, L., Hane, K., Holli, M., & Välimäki, M. (2012). Seclusion and restraint in psychiatry: Patients' experiences and practical suggestions on how to improve practices and use alternatives. *Perspectives in Psychiatric Care*, 48(1), 16-24.

Kynoch, K., Wu, C. J., & Chang, A. M. (2009). The effectiveness of interventions in the prevention and management of aggressive behaviours in patients admitted to an acute hospital setting: a systematic review. *JBIC Library of systematic reviews*, 7(6), 175-223.

Laiho, T., Kattainen, E., Åstedt-Kurki, P., Putkonen, H., Lindberg, N., & Kylmä, J. (2013). Clinical decision making involved in secluding and restraining an adult psychiatric patient: An integrative literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(9), 830-839.

- Landeweer, E. G., Abma, T. A., & Widdershoven, G. A. (2011). Moral margins concerning the use of coercion in psychiatry. *Nursing Ethics*, 18(3), 304-316.
- Larkin, M., & Thompson, A. (2012). Interpretative phenomenological analysis. in A Thompson & D Harper (eds), *Qualitative research methods in mental health and psychotherapy: a guide for students and practitioners*. Oxford: John Wiley.
- Larkin, M., Watts, S., & Clifton, E. (2006). Giving voice and making sense in interpretative phenomenological analysis. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 102-120.
- Laverty, S. M. (2003). Hermeneutic phenomenology and phenomenology: A comparison of historical and methodological considerations. *International Journal of Qualitative Methods*, 2(3), 21-35.
- Lay B., Nordt C. & Rössler W. (2011) Variation in use of coercive measures in psychiatric hospitals. *European Psychiatry*, 26(4), 244–251.
- Lebel, J. L., Duxbury, J. A., Putkonen, A., Sprague, T., Rae, C., & Sharpe, J. (2014). Multinational experiences in reducing and preventing the use of restraint and seclusion. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 52(11), 22-29.
- Lee, S., Gray, R., Gournay, K., Wright, S., Parr, A., & Sayer, J. (2003). Views of nursing staff on the use of physical restraint. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 10(4), 425-430.
- Le Moigne, J.L., (1995). *Les épistémologies constructivistes* . Que sais-je. Paris : Presses universitaires de France.

- Lemonidou, C., Priami, M., Merkouris, A., Kalafati, M., Tafas, C., & Plati, C. (2002). Nurses' perceptions toward seclusion and use of restraints for psychiatric patients in Greece. *The European journal of psychiatry*, 16(2), 81-90.
- Levinson, D.R. (2006). *Hospital Reporting of Deaths Related to Restraint and Seclusion, USA*.
- Lincoln, Y., & Guba, E. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park, CA: Sage publications.
- Lindsey, P. L. (2009). Psychiatric nurses' decision to restrain. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 47(9), 41-49.
- Loi de 2001 sur la réduction au minimum de l'utilisation de la contention sur les malades*. (2010)
L. O. 2001, c. 16. Tiré le 26 sept. 2015 du gouvernement de l'Ontario:
<http://www.ontario.ca/fr/lois/loi/01p16>
- Loi sur la santé mentale*. (2001). L.R.O. 1990, c. M.7. Tiré le 26 sept. 2015 du gouvernement de l'Ontario: <http://www.ontario.ca/fr/lois/loi/90m07>
- Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé*. (2015). L.O. 1996, c. 2 (A). Tiré le 26 sept. 2015 du gouvernement de l'Ontario : <http://www.ontario.ca/fr/lois/loi/96h02>.
- Loiselle, C., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières: Approches quantitatives et qualitatives*. Québec: ERPI.
- Love, C.C., & Morrison, E. (2003). American Academy of Nursing Expert Panel on violence policy recommendations on workplace violence. *Issues Ment Health Nurs*, 24(6-7), 599-604.
- Lyons, D., & McLoughlin, D. M. (2001). Psychiatry. *BMJ : British Medical Journal*, 323(7323),

1228–1231.

- McCain, M., & Kornegay, K. (2005). Behavioral health restraint: the experience and beliefs of seasoned psychiatric nurses. *Journal for Nurses in Professional Development*, 21(5), 236-242.
- McCambridge, J., Witton, J., & Elbourne, D. R. (2014). Systematic review of the Hawthorne effect: new concepts are needed to study research participation effects. *Journal of clinical epidemiology*, 67(3), 267-277.
- McVilly, K. (2008). *Physical restraint in disability services: current practices; contemporary concerns and future directions*. A report commissioned by the Office of the Senior Practitioner, Department of Human Services, Victoria, Australia.
- Meehan, T., Vermeer, C., & Windsor, C. (2000). Patients' perceptions of seclusion: A qualitative investigation. *Journal of Advanced Nursing*, 31(2), 370-377.
- Méndez, J.E. (2013). *Report of the special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment*. Human Rights Council, Twenty-second session, Agenda item 3, United Nations.
- Mérineau-Côté, J., & Morin, D. (2014). Restraint and seclusion: The perspective of service users and staff members. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 27(5), 447-457.
- Merleau-Ponty, M. (1945). *Phénoménologie de la perception*. Paris: Gallimard. Mohr, W. K. (2010). Restraints and the code of ethics: An uneasy fit. *Archives of Psychiatric Nursing*, 24(1), 3-14.

- Mertens, D. M. (2009). *Research and evaluation in research and psychology: Integrating diversity with quantitative, qualitative and mixed methods*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Metzner, J. L., Tardiff, K., Lion, J., Reid, W. H., Recupero, P. R., Schetky, D. H., . . . Janofsky, J. S. (2007). Resource document on the use of restraint and seclusion in correctional mental health care. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, 35(4), 417-425.
- MIND (2013). *Mental health crisis care : Physical restraint in crisis, A report on physical restraint in Hospital settings in England*. Tiré le 12 août 2015 de : http://www.mind.org.uk/media/197120/physical_restraint_final_web_version.pdf
- Mohr, W. K. (1999). Deconstructing the language of psychiatric hospitalization. *Journal of Advanced Nursing*, 29(5), 1052-1059.
- Mohr, W. K., Petti, T. A., & Mohr, B. D. (2003). Adverse effects associated with physical restraint. *Canadian Journal of Psychiatry - Revue Canadienne De Psychiatrie*, 48(5), 330-337.
- Mohr, W. K. (2010). Restraints and the code of ethics: An uneasy fit. *Archives of psychiatric nursing*, 24(1), 3-14.
- Moran, A., Cocoman, A., Scott, P. A., Matthews, A., Staniulienė, V., & Valimaki, M. (2009). Restraint and seclusion: A distressing treatment option? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(7), 599-605.
- Morrison, E. F. (1990). The tradition of toughness: A study of nonprofessional nursing care in

psychiatric settings. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 22(1), 32-38.

Morse, J. M. (1991). Negotiating commitment and involvement in the nurse-patient relationship.

Journal of advanced nursing, 16(4), 455-468.

Morse, J. M. (2001). Toward a praxis theory of suffering. *Advances in Nursing Science*, 24(1), 47-59.

Moylan, L. B., & Cullinan, M. (2011). Frequency of assault and severity of injury of psychiatric nurses in relation to the nurses' decision to restrain. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(6), 526-534.

Muir-Cochrane, E. C., Baird, J., & McCann, T. V. (2015). Nurses' experiences of restraint and seclusion use in short-stay acute old age psychiatry inpatient units: A qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(2), 109-115.

Murray, S. J., & Holmes, D. (2013). Toward a critical ethical reflexivity: Phenomenology and language in maurice merleau-ponty. *Bioethics*, 27(6), 341-347.

Murray, S., J. (2012). Phenomenology, ethics, and the crisis of the lived-body. *Nursing Philosophy*, 13(4), 289-294.

NAMI. (2003). *Seclusion and Restraints : Task Force Report*. Tiré le 12 août 2015 de :

https://www2.nami.org/Content/ContentGroups/Policy/Issues_Spotlights/seclusion_and_restraints.pdf.pdf

National Institute for Health and Care Excellence. (2015). *Violence and Agression: The Short-term Management in Mental Health, Health and Community Settings*. Tiré le 25 sept. 2015 de:

<http://www.nice.org.uk/guidance/NG10>

Needham, I. (2006). Psychological responses following exposure to violence. In *Violence in mental health settings* (pp. 295-318). Springer New York.

Nelstrop, L., Chandler-Oatts, J., Bingley, W., Bleetman, T., Corr, F., Cronin-Davis, J., . . .

Tsuchiya, A. (2006). A systematic review of the safety and effectiveness of restraint and seclusion as interventions for the short-term management of violence in adult psychiatric inpatient settings and emergency departments. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 3(1), 8-18.

Niget & Petitclerc, 2012. *Pour une histoire du risque: Québec, France, Belgique*. Québec: Presses de l'Université du Québec.

Nijman, H., Bjørkly, S., Palmstierna, T., & Almvik, R. (2006). Assessing aggression of psychiatric patients: Methods of measurement and its prevalence. In *Violence in Mental Health Settings* (pp. 11-23). Springer New York.

O'Brien, A. J., & Golding, C. G. (2003). Coercion in mental healthcare: The principle of least coercive care. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 10(2), 167-173.

O'Byrne, P. (2008). The dissection of risk: A conceptual analysis. *Nursing inquiry*, 15(1), 30-39.

Ordre des infirmiers et infirmières de l'Ontario [OIIO]. (2009). Restraints. Tiré le 12/01, 2014, du site: http://www.cno.org/Global/docs/prac/41043_Restraints.pdf

Ottawa Hospital, The. (2015). *Our services: Mental health*. Tiré en ligne le 31 août 2015 de : <https://www.ottawahospital.on.ca/wps/portal/Base/TheHospital/ClinicalServices/DeptPgrmC>

S/Departments/MentalHealth/OurServices

- Papadopoulos, C., Ross, J., Stewart, D., Dack, C., James, K., & Bowers, L. (2012). The antecedents of violence and aggression within psychiatric in-patient settings. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125(6), 425-439.
- Paterson, B., & Duxbury, J. (2007). Restraint and the question of validity. *Nursing Ethics*, 14(4), 535-545.
- Patton, M.Q. (1978). *Utilization-focused evaluation*. Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- Patton, M.Q. (2002). *Qualitative evaluation and research methods* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Peele R. & Chodoff P. (2000) The ethics of involuntary treatment and deinstitutionalization. In: *Psychiatric Ethics*, 3rd edn (eds S. Bloch, P. Chodoff & S.A. Green), p. 423–440. New York: Oxford University Press.
- Pegues, H. (2007). Of paradigm wars: Constructivism, objectivism, and postmodern stratagem. In *The Educational Forum*, 71 (4), 316-330).
- Perkins, E., Prosser, H., Riley, D., & Whittington, R. (2012). Physical restraint in a therapeutic setting; a necessary evil? *International Journal of Law and Psychiatry*, 35(1), 43-49.
- Perron, A., & Holmes, D. (2011). Constructing mentally ill inmates: Nurses' discursive practices in corrections. *Nursing inquiry*, 18(3), 191-204.
- Perron, A., Jacob, J. D., Beauvais, L., Corbeil, D., & Bérubé, D. (2015). Identification et gestion de la violence en psychiatrie: perceptions du personnel infirmier et des patients en matière de

sécurité et dangerosité. *Recherche en soins infirmiers*, 120, 47-60.

Polifroni, E. C., & Welch, M. (1999). *Perspectives on philosophy of science in nursing: An historical and contemporary anthology*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: Principles and methods*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Powers, B. A., & Knapp, T. R. (2010). *Dictionary of nursing theory and research*. Springer Publishing Company.

Putkonen A., Kuivalainen S. & Louheranta O. (2013). Cluster randomized control trial of reducing seclusion and restraint in secured care of men with schizophrenia. *Psychiatric Services*, June, 1–6.

Prinsen, E. J., & van Delden, J. J. (2009). Can we justify eliminating coercive measures in psychiatry? *Journal of Medical Ethics*, 35(1), 69-73.

Psychiatric Patient Advocate Office [PPAO]. (2001). *Review of Seclusion and Restraint Practices in Ontario Provincial Psychiatric Hospitals Perspectives of Patients, Clinicians and Advocates*.

Quirk, A., Lelliott, P., & Seale, C. (2006). The permeable institution: An ethnographic study of three acute psychiatric wards in london. *Social Science & Medicine*, 63(8), 2105-2117.

Raboch, J., Kališová, L., Nawka, A., Kitzlerová, E., Onchev, G., Karastergiou, A., et al. (2010). Use of coercive measures during involuntary hospitalization: Findings from ten european countries. *Psychiatric Services*, 61(10), 1012-1017.

- Rapport, F., & Wainwright, P. (2006). Phenomenology as a paradigm of movement. *Nursing Inquiry*, 13(3), 228-236.
- Reich W. (2000) Psychiatric diagnosis as an ethical problem. Dans: *Psychiatric Ethics*, 3rd edn (eds S. Bloch, P. Chodoff & S.A. Green), p. 193–224. New York: Oxford University Press.
- Roberts, M. (2005). The production of the psychiatric subject: Power, knowledge and michel foucault. *Nursing Philosophy*, 6(1), 33-42.
- Ryan, C. J., & Bowers, L. (2006). An analysis of nurses' post-incident manual restraint reports. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(5), 527-532.
- Sailas, E., & Fenton, M. (2000). Seclusion and restraint in psychiatry: A cochrane systematic review. *Schizophrenia Research*, 41(1), 232-232.
- Sainsbury Centre for Mental Health [SCMH]. (1998) *Acute Problems: A Survey of the Quality of Care in Acute Psychiatric Wards*. London: SCMH
- Scanlan, J. (2010). Interventions to reduce the use of seclusion and restraint in inpatient psychiatric settings: What we know so far a review of the literature. *International Journal of Social Psychiatry*, 56(4), 412-423.
- Schein, E. H. (2010). *Organizational culture and leadership*. San Francisco: John Wiley & Sons.
- Scott, P. A. (2006). Perceiving the moral dimension of practice: insights from Murdoch, Vetlesen, and Aristotle. *Nursing Philosophy*, 7(3), 137-145.
- Sequeira, H., & Halstead, S. (2002). Control and restraint in the UK: Service user perspectives. *British Jnl Forensic Practice*, 4(1), 9-18.

- Sequeira, H., & Halstead, S. (2004). The psychological effects on nursing staff of administering physical restraint in a secure psychiatric hospital: 'When I go home, it's then that I think about it'. *British Jnl Forensic Practice*, 6(1), 3-15.
- Simon, L., Greenberg, J., & Brehm, J. (1995). Trivialization: The forgotten mode of dissonance reduction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 247-260.
- Smith, J. A., & Osborn, M. (2003). Interpretive phenomenological analysis, Qualitative psychology. A practical guide to research methods. London: Sage.
- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research*. London: Sage.
- Soininen, P., Välimäki, M., Noda, T., Puukka, P., Korkeila, J., Joffe, G., et al. (2013). Secluded and restrained patients' perceptions of their treatment. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22(1), 47-55.
- Southcott, J., Howard, A., & Collins, E. (2002). Control and restraint training in acute mental health care. *Nursing Standard*, 16(27), 33-36.
- Steinert, T., Lepping, P., Bernhardsgrütter, R., Conca, A., Hatling, T., Janssen, W., et al. (2010). Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: A literature review and survey of international trends. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(9), 889-897.
- Stewart, D., Bowers, L., Simpson, A., Ryan, C., & Tziggili, M. (2009). Manual restraint of adult psychiatric inpatients: A literature review. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 16(8), 749-757.

- Strout, T. D. (2010). Perspectives on the experience of being physically restrained: An integrative review of the qualitative literature. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19(6), 416-427.
- Stubbs, B. (2009). The manual handling of the aggressive patient: A review of the risk of injury to nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(4), 395-400.
- Szasz, T. (1987). *Insanity: The idea and its consequences*. New York: Wiley.
- Szasz, T. (1997). The case against psychiatric coercion. *The Independent Review*, 1(4), 485-498.
- Szasz, T. (2007). *The Medicalisation of Everyday Life - Selected Essays*. New York : Syracuse University Press.
- Szasz, T. (2012). Varieties of psychiatric criticism. *History of Psychiatry*, 23(3), 349-355.
- Tavris, C., & Aronson, E. (2008). *Mistakes were made (but not by me): Why we justify foolish beliefs, bad decisions, and hurtful acts*. Orlando, FL: Houghton Mifflin Harcourt.
- Terpstra, T. L., Terpstra, T. L., & Melville, H.M. (2001). Nursing staff's attitudes toward seclusions & restraint. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 39(5), 20.
- Thomas, S., Shattell, M., & Martin, T. (2002). What's therapeutic about the therapeutic milieu?. *Archives of psychiatric nursing*, 16(3), 99-107.
- Thompson, I., Melia, K.M. & Boyd, K.M. (2001). *Nursing Ethics*. London: Churchill Livingstone.
- Tunde-Ayinmode, M., & Little, J. (2004). Use of seclusion in a psychiatric acute inpatient unit. *Australasian Psychiatry*, 12(4), 347-351.

- Ussher J.M. (1991). *Women's Madness: Misogyny or Mental Illness*. London: Harvester Wheatsheaf.
- Vaidis D. et Halimi-Falkowicz S. (2007). La théorie de la *dissonance cognitive* : une théorie âgée d'un demi-siècle. *Revue électronique de Psychologie Sociale*, 1, 9-18.
- Van der Merwe, M., Muir-Cochrane, E., Jones, J., Tziggili, M., & Bowers, L. (2013). Improving seclusion practice: Implications of a review of staff and patient views. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(3), 203-215.
- Van der Zwan, R., Davies, L., Andrews, D., & Brooks, A. (2011). Aggression and violence in the ID : Issues associated with the implementation of restraint and seclusion. *Health Promotion Journal of Australia*, 22, 124-127.
- Vuckovich, P., & Artinian, B. (2005). Justifying coercion. *Nursing Ethics*, 12(4), 370-380.
- Weaver, K., & Olson, J. K. (2006). Understanding paradigms used for nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 53(4), 459-469.
- Weiner, D. B. (1992). Philippe pinel's 'memoir on madness' of december 11, 1794: A fundamental text of modern psychiatry. *The American Journal of Psychiatry*, 149(6), 725.
- Weis, L. (1995). Identity Formation and the Processes of "Othering": Unraveling Sexual Threads. *Educational Foundations*, 9(1), 17-33.
- Welsh, S., & Deahl, M. P. (2002). Modern psychiatric ethics. *The Lancet*, 359(9302), 253-255.
- Wieman, D. A., Camacho-Gonsalves, T., Huckshorn, K. A., & Leff, S. (2014). Multisite Study of an Evidence-Based Practice to Reduce Seclusion and Restraint in Psychiatric Inpatient

Facilities. *Psychiatric Services*, 65(3), 345-351.

Winick, B. J. (2008). A therapeutic jurisprudence approach to dealing with coercion in the mental health system. *Psychiatry, Psychology and Law*, 15(1), 25-39.

Whittington, R., & Balsamo, D. (1998). Violence: fear and power. *Critical perspectives in forensic care: Inside out*, 64-84.

Whittington, R., Baskind, E., & Paterson, B. (2006). Coercive measures in the management of imminent violence: restraint, seclusion and enhanced observation. In D. Richter & R. Whittington (Eds.), *Violence in mental health settings: causes, consequences, management* (pp. 145-172). New York: Springer Verlag.

Whittington, D., & McLaughlin, C. (2000). Finding time for patients: an exploration of nurses' time allocation in an acute psychiatric setting. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 7(3), 259-268.

Whittington, R., Bowers, L., Nolan, P., Simpson, A., & Neil, L. (2009). Approval ratings of inpatient coercive interventions in a national sample of mental health service users and staff in England. *Psychiatric Services*, 60(6), 792-798.

Whittington, R., & Richter, D. (2006). From the individual to the interpersonal: Environment and interaction in the escalation of violence in mental health settings. In *Violence in mental health settings* (pp. 47-68). Springer New York.

Whittington R. & Wykes T. (1994) Going in strong: confrontive coping by staff. *Journal of Forensic Psychiatry*, 5, 609-614.

- Wright, S. (2003). Control and restraint techniques in the management of violence in inpatient psychiatry: a critical review. *Medicine, science and the law*, 43(1), 31-38.
- Wynaden, D., Chapman, R., McGowan, S., Holmes, C., Ash, P., & Boschman, A. (2002). Through the eye of the beholder: to seclude or not to seclude. *International Journal of Mental Health Nursing*, 11(4), 260-268.
- Wynn, R. (2003). Staff's attitudes to the use of restraint and seclusion in a Norwegian university psychiatric hospital. *Nordic Journal of Psychiatry*, 57(6), 453-459.
- Wynn, R. (2004). Psychiatric inpatients' experiences with restraint. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 15(1), 124-144.
- Wynn, R. (2006). Coercion in psychiatric care: Clinical, legal, and ethical controversies. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 10(4), 247-251.
- Yorks, L., & Sharoff, L. (2001). An extended epistemology for fostering transformative learning in holistic nursing education and practice. *Holistic Nursing Practice*, 16(1), 21-29.
- Zahavi, D (Ed). (2012). The oxford handbook of contemporary phenomenology. Oxford: Oxford University Press.
- Zun, L. S. (2003). A prospective study of the complication rate of use of patient restraint in the emergency department. *Journal of Emergency Medicine*, 24(2), 119-124.

ANNEXES

ANNEXE I

PRÉSENTATION – RECRUTEMENT DU PERSONNEL INFIRMIER

Recension des écrits

- Certaines pratiques soulèvent des questions éthiques dans les milieux cliniques psychiatriques particulièrement lorsque l'utilisation de mesures coercitives, telles que l'utilisation de la salle d'isolement et les contentions mécaniques, sont utilisées comme mesures répressives alors qu'elles sont présentées comme interventions « thérapeutique » (Holmes, Kennedy, & Perron, 2004; Holmes & Murray, 2011; Mason, 1994; Mohr, 2009).

Recension des écrits

Contentions mécaniques - définition

Essentiellement, la « contention mécanique » implique que l'on *contraint* physiquement les mouvements. Ce terme est souvent utilisé pour décrire une pratique qui consiste à immobiliser des parties de corps (bras (2), jambes(2) et tronc) sur un lit spécialement conçu (c'est-à-dire selon « 4 points » ou « 5 points »). La contention peut également signifier le « confinement » d'une personne à une chaise en limitant les mouvements des bras ou des jambes (« contrainte ambulatoire »), ou de restreindre l'ensemble du corps à l'aide d'une « camisole de force » (Mohr, Petti and Mohr, 2003, p.330).

Recension des écrits

Raisons principales justifiant l'utilisation des contentions mécaniques :

- [1] à des fins thérapeutiques (par exemple pour aider le patient à reprendre un certain contrôle);
- [2] à des fins de sécurité (pour empêcher un patient de se livrer à des actes qui sont dangereux pour lui-même et/ou pour les autres);
- [3] à des fins punitives (dans le cadre d'un plan de modification de comportement).

Objectifs de la recherche

- Acquérir une meilleure compréhension de l'utilisation des contentions mécaniques dans le domaine de la santé mentale;
- Explorer les tensions éthiques que suscitent l'utilisation des contentions mécaniques dans le domaine de la santé mentale à partir de l'expérience vécue des patients.

Considérations méthodologiques

Paradigme de recherche

- Théorie critique (Guba & Lincoln, 1998)

Devis de recherche

- Analyse phénoménologique interprétative - *Interpretive Phenomenological Analysis* (Smith, Flowers & Larkin, 2009).

Considérations méthodologiques

Site

Échantillonnage

- Échantillon de convenance:
 - 20 infirmières (ayant dispensé des soins à un patient sous contentions mécaniques);
 - 20 patients (ayant été placés sous contentions mécaniques);

Considérations méthodologiques

Collecte des données

Les données seront recueillies à partir de différentes sources :

- Entretiens avec certains membres du personnel infirmier et des patients hospitalisés en psychiatrie;
- Documents liés aux politiques et procédures qui encadrent l'utilisation des contentions mécaniques;
- Observation/description des contentions mécaniques utilisées.

Considérations éthiques

- Participation volontaire;
- Droit de se retirer de l'étude à n'importe quel moment ;
- Confidentialité des informations;
- Consentement éclairé et signé;
- Projet évalué par le Comité d'éthique [REDACTED] (révision initiale et finale) et de l'Université d'Ottawa (révision administrative).

ANNEXE II

GUIDE D'ENTREVUE

Guide d'entrevue semi-structurée – Infirmier(ère)s

Étapes de pré-entrevue

1) Bienvenue et introduction

Merci d'avoir accepté de participer à cette entrevue, mon nom est ...

2) Contexte de l'entrevue

Le but de cette recherche est de comprendre l'expérience vécue en regard de l'utilisation des contentions mécaniques – quelle est votre expérience en regard de l'utilisation des contentions mécaniques et en regard des soins qui ont été prodigués aux patients placés sous contentions mécaniques.

De manière plus spécifique, cette recherche vise à répondre aux questions suivantes:

- Comment les contentions mécaniques sont-elles utilisées?
- Y-a-t-il des approches alternatives à l'utilisation des contentions mécaniques?

Afin de répondre à ces questions de recherche, je conduirai plusieurs entrevues semi-structurées avec du personnel soignant et des patients dans ce milieu psychiatrique.

3) Revue et signature du formulaire de consentement par le participant (le participant gardera une copie signée du formulaire de consentement)

4) Avertissement avant le début de l'entrevue

- Je prendrai des notes pendant l'entrevue.
- Pendant l'entrevue, je regarderai l'enregistreur digital afin de m'assurer qu'il enregistre (si le participant accepte d'être enregistré pendant l'entrevue).

5) Questions avant le début de l'entrevue

Avant de débiter l'entrevue, avez-vous des questions au sujet de l'entrevue ou au sujet du projet de recherche?

Questions

1. Au cours des 6 derniers mois, combien de fois avez-vous contentionné un patient?
2. Pour quelles raisons avez-vous décidé d'utiliser des contentions mécaniques?
3. Pouvez-vous décrire le processus suivi lors de l'utilisation des contentions mécaniques?
 - a. Avant l'utilisation des contentions mécaniques?
 - b. Pendant l'utilisation des contentions mécaniques?
 - c. Après l'utilisation des contentions mécaniques?
4. Quelle a été votre expérience générale en regard des soins offerts à un patient sous contentions mécaniques (comment vous sentiez-vous, comme avez-vous réagit)?
5. Comment évaluez-vous la qualité des soins offerts aux patients placés sous contentions mécaniques (même que lorsque le patient n'est pas sous contentions, pire ou meilleure)? Veuillez expliquer.
6. Avez-vous l'impression que le fait de placer un patient sous contentions mécaniques vous empêche de respecter les principes déontologiques de votre profession? Veuillez expliquer.
7. Selon vous, quelle est l'importance que revêt l'utilisation des contentions mécaniques? Est-ce un outil d'intervention nécessaire? Croyez-vous que cela améliore la condition clinique (état mental) des patients?
8. Est-ce que l'utilisation des contentions mécaniques affecte la relation thérapeutique que vous avez avec le patient? Comment?
9. Croyez-vous qu'il pourrait y avoir une méthode alternative à l'utilisation des contentions mécaniques? Veuillez expliquer.
 - a. Le cas échéant, avez-vous essayé cette méthode?
 - b. Cela a-t-il été un succès?

10. Veuillez décrire dans vos propres mots à quoi devrait ressembler la contention mécanique parfaite?

Fin de l'entrevue

10. Y-a-t-il d'autres sujets ou avez-vous d'autres questions dont vous aimeriez discuter?

Remercier le participant

Informations relatives aux prochaines étapes de la recherche:

- Transcription et analyse de toutes les entrevues;
- Présentation des résultats de recherche au sein de l'hôpital;
- Publication des résultats de recherche dans des revues scientifiques et présentation des résultats de recherche à des conférences

ANNEXE III APPROBATIONS ÉTHIQUES

uOttawa

Wednesday, March 12, 2014

Dr. Dave Holmes
University of Ottawa
School of Nursing
451 Smyth Road
Ottawa, ON K1H 8M5

Dear Dr. Holmes:

Re: Protocol # 20130894-01H Expanding our understanding of mechanical restraints in psychiatry: A Phenomenological study

Thank you for the French documents received March 7, 2014. They are approved.

Approval is for the following:

- French Information Letter and Consent Form- Inpatients (version 2) dated March 7, 2014
- French Information Letter and Consent Form- Nurses (version 2) dated March 7, 2014
- French Semi-Structured Interview Guide- Inpatients (version 1) dated March 7, 2014
- French Semi-Structured Interview Guide- Nurses (version 1) dated March 7, 2014

Approval is conditional upon receipt of the University of Ottawa Research Ethics Board approval letter.

Ethical approval has been extended to February 17, 2015 to include the recruitment of French speaking participants.

The [redacted] was created by the merger of both [redacted] and the [redacted] for meetings held at the [redacted]

[redacted] complies with the membership requirements and operates in compliance with the Tri-Council Policy Statement: Ethical Conduct for Research Involving Humans; the International Conference on Harmonization - Good Clinical Practice: Consolidated Guideline and the provisions of the Personal Health Information Protection Act 2004.

Yours sincerely,

[redacted signature block]

ANNEXE IV
LETTRE D'INFORMATION ET FORMULAIRE DE CONSENTEMENT
PARTICIPANT – PERSONNEL INFIRMIER

**Comprendre l'utilisation des contentions mécaniques en psychiatrie: une étude
phénoménologique**

Chercheurs

Dave Holmes, Inf., PhD
 Professeur titulaire, Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa
 Tél: 613.562.5800 ext. 8341

Jean Daniel Jacob, Inf., PhD
 Professeur agrégé, Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa

Collaboratrice

Colleen MacPhee, BScN, RN, MHA, CPMHN(C)
 Infirmière en pratique avancée, Programme de santé mentale, [REDACTED]

Source de financement:

Instituts de recherche en santé du Canada

Introduction

Vous êtes invité à participer à cette étude parce que vous êtes un/e infirmier/ière qui travaille (temps complet, temps partiel ou sur appel) à l'unité de psychiatrie aigue (D6) et/ou à l'urgence psychiatrique de [REDACTED], et avez eu une expérience directe avec l'application des contentions mécaniques.

L'objectif de cette étude est de mieux comprendre votre expérience en lien avec l'utilisation des contentions mécaniques. Avant que vous décidiez de participer à l'étude, il est important que vous compreniez le contenu de ce formulaire de consentement, y compris les risques et les bénéfices associés, et ce, afin de prendre une décision éclairée. Vous pourrez donc poser toutes vos questions en lien avec les aspects que vous ne comprenez pas. S'il-vous-plaît, veuillez lire le formulaire de consentement en entier; prenez votre temps avant de prendre une décision. Si vous décidez de participer à cette étude, vous serez invité à signer ce formulaire de consentement.

Nous estimons que 20 infirmières et 20 patients hospitalisés seront recrutés dans cette étude [REDACTED]

Objectifs de recherche

- Acquérir une meilleure compréhension de l'utilisation des contentions mécaniques dans le domaine de la santé mentale;
- Explorer les tensions éthiques que suscite l'utilisation des contentions mécaniques dans le domaine de la santé mentale à partir de l'expérience vécue des patients et du personnel infirmier.

À quoi devez-vous vous attendre si vous décidez de participer?

Votre participation à cette étude consistera à participer à une entrevue semi-structurée individuelle d'une durée d'une heure. L'entrevue aura lieu dans une salle privée située sur l'unité de soins; cette entrevue sera enregistrée. Vous pouvez choisir de ne pas répondre à certaines questions et / ou demander à ce que l'enregistrement soit arrêté à n'importe lequel moment durant l'entrevue. Vous pouvez participer à l'étude, même si vous choisissez de ne pas être (audio) enregistré. Les entrevues seront transcrites. Au cours de la transcription, tous les renseignements, mentionnés lors de l'entrevue, qui pourraient vous identifier, identifier un autre patient ou un employé ou identifier l'institution seront supprimés.

Durée de l'étude

L'étude durera environ 2 ans. Votre participation à l'étude sera d'environ 1 heure et sera terminée après l'entrevue.

Risque

Nous considérons que les risques associés à votre participation à l'étude sont minimes. Toutefois, en raison de la nature de l'entrevue, vous pourriez trouver difficile de discuter de votre expérience. Vous pouvez choisir de ne pas répondre à certaines questions si elles créent un inconfort pour vous et vous n'aurez pas à justifier pourquoi vous avez choisi de ne pas y répondre.

Si vous manifestez un niveau de stress ou d'anxiété élevé, vous serez orienté(e) vers la ressource d'aide psychologique appropriée (programme d'aide aux employés). Votre programme d'aide aux employés est fourni par [REDACTED]. Ce programme offre un service confidentiel de counseling pour des problèmes personnels. La confidentialité est respectée en tout temps. Personne à [REDACTED] (ou tout autre personne) ne reçoit des informations du PAE sans le consentement écrit éclairé et volontaire du consommateur. Les coûts de ce service sont payés par [REDACTED]. Les conseillers sont disponibles 365 jours par année : [REDACTED].

Bénéfices

Vous ne recevrez aucun avantage direct en participant à l'étude. Toutefois, les données recueillies à partir de cette étude permettront de mieux comprendre l'expérience des patients hospitalisés en psychiatrie qui, lors de leur séjour à l'hôpital, sont placés sous contentions mécaniques. Une telle

étude pourrait aider à améliorer l'expérience des patients psychiatriques tout en informant le personnel infirmier des impacts associés à l'utilisation des contentions mécaniques.

Participation volontaire et retrait de l'étude

Il est entendu que votre participation à cette étude est entièrement volontaire. Vous pouvez décider de ne pas participer à cette étude, ou vous pouvez décider de participer à l'étude, puis changez d'avis plus tard. Votre décision n'affectera pas votre lien d'emploi avec [REDACTED]

Coûts de l'étude et indemnisation

Vous ne serez pas rémunéré pour votre participation à cette étude et vous n'aurez aucun frais à déboursier non plus.

Conservation des données

Les enregistrements numériques seront téléchargés sur l'ordinateur du chercheur principal (Dr. Holmes) à l'Université d'Ottawa. Les entrevues seront transcrites par un assistant de recherche. Toutes les données disponibles sur copie papier (transcriptions imprimées sur papier) seront conservées dans un classeur verrouillé dans le bureau du chercheur principal à l'Université d'Ottawa. Les enregistrements audio et toute autre information numérique seront conservés sur l'ordinateur du chercheur principal. Cette ordinateur est protégé par un mot de passe afin d'assurer la sécurité des données. Les données ne sont disponibles que pour l'équipe de recherche et seront détruites dix ans après la publication des résultats : les fichiers numériques seront supprimés et le matériel papier sera déchiqueté.

Confidentialité

Toutes les informations qui peuvent mener à votre identification, tel que votre nom, sera gardé confidentiel. La divulgation de vos renseignements d'identification personnelle ne sera autorisée que si elle est requise par la loi.

En tant que participant, un code alphanumérique vous sera assigné et sera inscrit sur vos documents pour la durée de l'étude. Seul ce numéro (code alphanumérique) apparaîtra sur la transcription de l'entrevue. Votre nom ou le nom de votre milieu de travail n'apparaîtront pas dans les données, analyse ou autre document.

Un « cahier de codes » assure le lien entre vos informations d'identification personnelle et le code alpha numérique qui vous est attribué. Seule l'équipe de recherche aura accès à ce cahier. Le « cahier de codes » et les dossiers de l'étude ayant un code alpha numérique seront conservés en toute sécurité à l'Université d'Ottawa. En aucun cas, les informations que vous avez fournies seront partagées avec votre employeur ou d'autres employés.

Toutes les informations seront conservées dans un classeur verrouillé dans le bureau du chercheur principal à l'Université d'Ottawa. Les enregistrements audio et toutes les informations numériques connexes seront protégés sur les ordinateurs des chercheurs. Ces ordinateurs sont protégés par un mot de passe.

Les documents de recherche seront conservés pendant 10 ans comme l'exige le Comité d'éthique du [REDACTED]

Le Comité d'éthique du [REDACTED] ainsi que le Comité d'éthique en recherche de l'Université d'Ottawa peuvent examiner tous les documents originaux de l'étude aux fins de vérification.

Conflits d'intérêts

Il n'y a aucun conflit d'intérêt à déclarer pour cette étude.

Publication des résultats

Les résultats de recherche seront partagés avec la communauté scientifique, des groupes communautaires, des fournisseurs de services (ateliers pour les fournisseurs de soins de santé), et des agences gouvernementales. Les résultats de l'étude seront aussi publiés dans des revues évaluées par les pairs. Pour préserver la confidentialité, les informations qui pourraient mener à l'identification des participants ou du milieu d'étude ne seront pas révélées. Les résultats de l'étude seront combinés pour faciliter la préservation de la confidentialité. Vous ne serez pas identifiable dans toute publication ou présentation résultant de cette étude.

Questions

Veillez contacter les chercheurs pour toutes questions relatives au projet de recherche.

Chercheurs

Dave Holmes, inf, PhD
613-562-5800 ext. 8341
dholmes@uottawa.ca

Jean Daniel Jacob, inf, PhD
613-562-5800 ext. 8421
jeandaniel.jacob@uottawa.ca

Le Conseil d'éthique de la recherche du [REDACTED] a révisé ce protocole. Le CÉR-RSSO est chargé de l'ensemble des aspects éthiques de toutes les recherches menées auprès de sujets humains et effectuées à [REDACTED]. Pour toute question au sujet de vos droits à titre de sujet de recherche, veuillez communiquer avec le président du Conseil d'éthique de la recherche du [REDACTED]
[REDACTED]

Le Comité d'éthique en recherche de l'Université d'Ottawa a aussi approuvé le protocole de recherche. Pour toute question au sujet de vos droits à titre de sujet de recherche, veuillez communiquer avec le Bureau d'éthique de la recherche et de l'intégrité au 613-562-5387.

Consentement à la participation à la recherche

Comprendre l'utilisation des contentions mécaniques en psychiatrie: une étude phénoménologique

- Je reconnais que l'on sollicite ma participation à une recherche sur l'utilisation de la contention mécanique en psychiatrie.
- _____ m'a fourni les explications nécessaires au sujet de cette étude.
- J'ai pris connaissance de chacune des pages de ce Formulaire de consentement éclairé à l'intention du participant.
- On a répondu à toutes mes questions de manière satisfaisante.
- Si je décide plus tard au cours de l'étude de retirer mon consentement, il me sera possible de le faire en tout temps.
- Je consens volontairement à prendre part à cette étude.
- On me remettra un exemplaire signé de ce Formulaire de consentement éclairé à l'intention du participant.

Nom du participant
(en caractères d'imprimerie)

Signature du participant

Date

Énoncé du chercheur ou du délégué

J'ai expliqué soigneusement au participant de la recherche la nature de l'étude susmentionnée. Pour autant que je sache, le participant apposant sa signature à ce consentement reconnaît la nature, les exigences, les risques et les avantages que comporte sa participation à l'étude.

Nom du chercheur / délégué
(en caractères d'imprimerie)

Signature

Date

ANNEXE V
RÉSULTATS : SCHÉMA DES THÈMES ET SOUS-THÈMES