

Intervenir contre le gré du patient : médication PRN et vécu phénoménologique du  
personnel infirmier exerçant en milieu psycho-légal

Charlène Seyer-Forget

Thèse soumise 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

© Charlène Seyer-Forget, Ottawa, Canada, 2020

## UNIVERSITÉ D'OTTAWA

**Cette thèse a été dirigée par :**

---

Dave Holmes, Ph.D. Inf., FAAN

Université d'Ottawa

**Jury d'évaluation de la thèse :**

---

Josée Lagacé, Ph.D.

Université d'Ottawa

---

Jean Daniel Jacob, Inf., Ph.D.

Université d'Ottawa

---

David Wright, Inf., Ph.D.

Université d'Ottawa

Thèse soutenue le [25/02/2020]

## Sommaire

Ce projet de recherche de maîtrise s'inscrit dans une recherche d'envergure s'intitulant *Treatment or Control : Toward a Phenomenological Understanding of the Use of Chemical Restraints in Mental Health Care* conduite par les professeurs Dave Holmes, Jean Daniel Jacob, Emmanuelle Bernheim et M. Étienne Paradis-Gagné dans laquelle la perspective des patients et du personnel infirmier a été explorée. Cette thèse de maîtrise s'attarde spécifiquement au vécu du personnel infirmier d'un hôpital psycho-légal canadien qui doit répondre quotidiennement à des impératifs cliniques, déontologiques et légaux à l'intersection du système de santé et du système de justice. L'objectif est d'explorer leur vécu au moment d'intervenir avec un médicament PRN administré contre le gré du patient. Grâce à l'analyse interprétative phénoménologique, le vécu de 14 infirmières d'un milieu psycho-légal de sécurité maximum a été exploré au moment d'intervenir avec un PRN contre le gré du patient. Le cadre théorique s'appuie sur l'anatomo-politique de Foucault (1975) et celui de la nature des relations dans les institutions totales de Goffman (1968). Nos résultats montrent que l'infirmière (la profession infirmière) doit engager simultanément son allégeance au patient (système de santé), au système de justice et à la culture de l'institution totale. Les allégeances multiples génèrent des paradoxes qui affectent la manière dont l'infirmière actualise son rôle professionnel et est en mesure de prodiguer des soins selon les normes établies au moment d'administrer un PRN contre le gré du patient. L'infirmière doit apprendre à composer avec ces paradoxes pour soigner cette clientèle pour laquelle le cadre légal, l'approche éthique et les connaissances cliniques répondent de manière imparfaite tout

au mieux au carrefour de deux systèmes. Une éthique du corps-vécu est discutée dans une perspective critique à la recherche d'une voie pour aider à concilier les impératifs des deux systèmes pour les infirmières œuvrant en milieu psycho-légal.

## Table des matières

|                                                   |      |
|---------------------------------------------------|------|
| Sommaire .....                                    | iii  |
| Liste des figures .....                           | vii  |
| Remerciements .....                               | viii |
| Introduction .....                                | 1    |
| Chapitre 1 : Problématique de recherche .....     | 4    |
| Chapitre 2 : Recension des écrits .....           | 12   |
| Contention chimique .....                         | 13   |
| Perspective historique .....                      | 13   |
| Perspective québécoise contemporaine .....        | 14   |
| L’infirmière et la contention chimique .....      | 26   |
| Chapitre 3 : Cadre théorique .....                | 32   |
| Discipline .....                                  | 33   |
| Les institutions totales .....                    | 40   |
| Chapitre 4 : Considérations méthodologiques ..... | 47   |
| Devis .....                                       | 47   |
| Milieu d’étude .....                              | 48   |
| Recrutement et échantillon .....                  | 49   |
| Collecte de données .....                         | 50   |
| Analyse des données .....                         | 51   |
| Critères de rigueur .....                         | 55   |
| Dimensions éthiques .....                         | 58   |
| Chapitre 5 : Résultats .....                      | 60   |
| 5.1 Certitudes .....                              | 61   |
| 5.1.1 Nécessaire .....                            | 61   |
| 5.1.2 Gradation .....                             | 63   |
| 5.1.3 Temporaire et ponctuelle .....              | 68   |
| 5.2 Paradoxes .....                               | 70   |
| 5.2.1 Contrôler pour soulager .....               | 70   |

|                                                         |     |
|---------------------------------------------------------|-----|
| 5.2.2 Agresser par compassion.....                      | 73  |
| 5.2.3 Évaluer subjectivement l'intangible.....          | 75  |
| 5.2.5 Prendre des risques pour diminuer le risque ..... | 81  |
| 5.3 Apprendre à composer .....                          | 105 |
| 5.3.1 Donner un sens à la violence.....                 | 107 |
| 5.3.2 Donner un sens à son rôle professionnel.....      | 109 |
| 5.3.3 S'affirmer et s'exprimer .....                    | 119 |
| 5.3.4 Gestion proactive de soi .....                    | 122 |
| Chapitre 6 : Discussion .....                           | 127 |
| Les dimensions du pouvoir .....                         | 127 |
| L'infirmière objet de pouvoir.....                      | 135 |
| Le pouvoir partagé et négocié .....                     | 141 |
| Une éthique du corps-vécu.....                          | 143 |
| Conclusion .....                                        | 152 |
| Références .....                                        | 153 |
| Annexe A .....                                          | 166 |
| Annexe B.....                                           | 170 |
| Annexe C.....                                           | 175 |

## Liste des figures

|                                                                                                                                 |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <i>Figure 1.</i> Modélisation graphique des thèmes et catégories .....                                                          | 60  |
| <i>Figure 2.</i> Modélisation du thème Certitudes.....                                                                          | 62  |
| <i>Figure 3.</i> Modélisation du thème Paradoxes.....                                                                           | 71  |
| <i>Figure 4.</i> Relations de l'infirmière avec d'autres acteurs lors de la décision de recourir à la contention chimique ..... | 95  |
| <i>Figure 5.</i> Modélisation du thème Apprendre à composer.....                                                                | 107 |

## **Remerciements**

Je tiens à remercier mon superviseur de thèse, M. Dave Holmes, pour son soutien, son dynamisme et ses compétences d'encadrement. Je le remercie également de cette opportunité de m'intégrer à un projet de recherche déjà en cours. Je réalise l'importance du travail effectué par l'équipe pour la collecte de données, sans quoi ma recherche aurait été beaucoup plus longue. Le soutien que j'ai reçu dans les dernières années m'a permis de conjuguer toutes mes obligations et d'arriver à terme avec ce projet important pour moi. Merci à ma famille, mon conjoint et mes quatre enfants pour leur appui inconditionnel, les concessions qu'ils ont faites et l'amour qu'ils m'ont démontré à travers toutes les années de cette grande aventure académique. Sans vous, ce parcours n'aurait pas eu le même sens. C'est avec fierté que je sou mets finalement cette thèse de maîtrise qui est le point culminant d'un parcours de recherche, de réflexion, de partage et de critique. J'ai une profonde satisfaction à contribuer aujourd'hui au corpus des connaissances dans la spécialité des soins infirmiers psycho-légaux de la francophonie. Outre un intérêt personnel pour cet aspect de la discipline infirmière, je dois souligner que le dévouement de toutes les infirmières qui œuvrent quotidiennement auprès de cette clientèle et l'engagement sans cesse renouvelé de mon employeur envers des soins de qualité pour ces patients fortement stigmatisés ont été une inspiration à ma volonté de contribuer. Merci pour tout, merci à tous !

## **Introduction**

Les hôpitaux qui prodiguent des soins à une clientèle de psychiatrie légale ont un double mandat. Le premier, un mandat de santé, soit de prodiguer des soins selon les meilleures pratiques de psychiatrie et d'offrir de la réadaptation à la personne afin que son niveau de fonctionnement lui permette de réintégrer la société. Le second, un mandat légal, qui exige d'exécuter la surveillance, de contrôler le risque que présentent les personnes qui leur sont confiées. Sous cette gouverne, les infirmières qui œuvrent dans ces établissements sont à la fois des agents de soins et des agents de contrôle. Agent de soins car elles soignent dans un contexte de relation thérapeutique ces personnes hospitalisées, agent de contrôle car elles veillent au respect des mandats légaux et contrôlent la dangerosité que ces personnes détenues à l'hôpital contre leur gré présentent durant leur hospitalisation. Elles sont les agents d'un appareil disciplinaire destiné à réadapter, redresser les malades judiciairisés qui ont dévié du droit chemin. De par leur fonction sociale élargie et leur mandat légal, selon le sens attribué par Foucault (1975), les hôpitaux de psychiatrie légale sont intégrés aux dispositifs étatiques qui comprennent des systèmes administratifs, sociaux et politiques multidimensionnels et inter-reliés, à l'interface du système de santé et du système de justice. Les dispositifs de l'état sont conçus afin d'atteindre des objectifs macrosociaux spécifiques, tel que le traitement médical, l'éducation et la punition, sur un filigrane solidement érigé de relations de pouvoirs. Même si la raison d'être des institutions psychiatriques est reconnue socialement et historiquement, il est proposé dans cette thèse que l'analyse critique de

l'administration du PRN contre le gré du patient va exposer la manière dont le pouvoir institutionnel est à l'œuvre, questionnant les bases usuelles du raisonnement éthique qui sous-tendent cette intervention chez les infirmières.

Cette thèse de maîtrise a pour objectif d'apporter un angle nouveau de discussion sur le vécu éthique de l'infirmière qui prodigue ces soins, constamment tiraillée entre les idéaux thérapeutiques de sa profession et les impératifs de détention, sécurité et contrôle, de son milieu de travail. L'usage du PRN contre le gré se réalise à la croisée de trois relations, trois vies, trois subjectivités, celles de l'infirmière, celles du patient et celles du public. Le PRN contre le gré est à cette jonction complexe. Il procure une image pour une allégorie des tensions contrôle/soin où les principes éthiques dans la prise de décision de l'infirmière de faire usage du PRN contre le gré de son patient ne peuvent être réalisés uniquement dans une perspective unidirectionnelle. Cette thèse de maîtrise a pour objectif de comprendre le vécu des infirmières qui interviennent contre le gré des patients en administrant des PRN. Cette thèse vise à répondre à la question de recherche suivante : quel est le vécu phénoménologique des infirmières qui administrent un PRN contre le gré d'un patient ?

Combinant la compréhension des disciplines de Foucault (1975) et l'analyse sociologique des institutions totales de Goffman (1968), cette thèse émerge d'une recherche qualitative réalisée dans un hôpital de psychiatrie légale à sécurité maximum à la rencontre du système de santé et du système de justice au Canada. S'appuyant sur la perspective de 14 infirmières ayant participé à la recherche conduite par Holmes, Jacob,

Bernheim et Paradis-Gagné (IRSC 2013-2016), le vécu phénoménologique des infirmières qui administrent un PRN contre le gré des patients est analysé et interprété dans une perspective éthique critique. Cette analyse démontre non seulement comment le pouvoir pénètre de nombreux aspects des soins infirmiers en psychiatrie légale mais aussi comment, dans leur volonté de faire ce qu'il y a de mieux pour diminuer la souffrance des patients, les infirmières deviennent le bras d'une machine qui blesse plutôt qu'elle ne soigne.

## **Chapitre 1 : Problématique de recherche**

En milieu hospitalier, et spécialement en psychiatrie légale, l'agitation, l'agression et même la violence sont des problématiques fréquemment rencontrées par les professionnels de la santé (Holmes, Rudge, Perron, & St-Pierre, 2012). Il est aussi reconnu que certaines maladies psychiatriques peuvent être aggravées par différents stimuli (incluant l'environnement de soins). Cette détérioration clinique peut s'exprimer par des comportements désorganisés (agitation psychomotrice intense, irritabilité, etc.) qui peuvent à leur tour devenir une menace pour la santé et la sécurité d'autrui ou du patient même (Jonker, Goossens, Steenhuis, & Oud, 2008; Whittington & Higgins, 2002). En ces circonstances, le besoin de mesures restrictives (isolement, contention mécanique et médicament) apparaît évident, puisqu'elles servent à protéger le patient de même que les personnes autour. Alors que ce type de mesure devrait être considéré comme exceptionnel, l'utilisation de médicaments (contention chimique) continue d'être répandue en milieux généraux et psychiatriques (Muir-Cochrane & Gerace, 2014). Currier (2003) notait qu'il continue d'y avoir un manque de consensus, si consensus il y a, sur ce qui, si cela existe, constitue la contention chimique, une réalité qui est toujours très actuelle et qui a mené à certaines incohérences rapportées entre la définition conceptuelle, la définition juridique et la documentation de cette intervention. Par exemple, des statistiques récentes de la province de l'Ontario, Canada, où l'utilisation de la contention chimique est encadrée par la Loi de 2001 sur la réduction au minimum de l'utilisation de la contention sur les malades, suggèrent qu'approximativement 24% des

personnes admises dans un service de santé mentale dans la province vivront au moins un type de mesure de contrôle, la contention chimique en situation de crise étant rapportée comme la plus fréquente (58,9%) comparativement aux contentions physiques/mécaniques (20,7%) et l'isolement (20,4%) (Canadian Institut for Health Information, 2011). Encore plus important pour cette recherche, il est estimé que les patients ayant des diagnostics psychiatriques admis sur des unités de soins généraux en Ontario sont 161% (ou plus de 2 ½ fois) plus susceptibles d'être placés sous contention, comparativement aux personnes admises sur des unités de soins psychiatriques (Canadian Institut for Health Information, 2011). Ce nombre est significatif puisque dans plusieurs situations, les contentions chimiques et mécaniques sont utilisées de pair (Canadian Institut for Health Information, 2011). Il est important de noter que les données statistiques comparatives ne sont pas disponibles pour la province de Québec, malgré la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS) légiférant sur l'utilisation des substances chimiques (comme d'une contention). Ce manque de données peut être expliqué en partie par la prise de position du Collège des médecins en regard de l'utilisation de la contention chimique de manière générale. Il énonce que l'inclusion de substances chimiques dans la catégorie des mesures de contrôle requiert plus de nuances puisque l'utilisation des médicaments repose d'abord et avant tout sur un ou plusieurs objectifs thérapeutiques et que l'utilisation de médicaments à des fins thérapeutiques ne peut être assimilée à une mesure de contrôle (Collège des Médecin du Québec, 2004). Une telle prise de position relègue l'utilisation de substances chimiques à des fins de mesures de contrôle à un non issu (Bernheim, 2010), une pratique qui

demeure non documentée. Inutile de souligner que ces inconsistances rendent difficile la comparaison de cette forme de mesure de contrôle.

Malgré l'attention soutenue dont elles sont l'objet, les mesures de contrôle, incluant la contention chimique, demeurent le symbole du pouvoir détenu par les professionnels de la santé, spécialement les infirmières, dans la gestion des personnes atteintes de troubles mentaux perçus comme dangereuses ou difficiles (Duxbury, 2000 ; Wynaden et al., 2001). Indubitablement, les enjeux humanitaires, éthiques et légaux entourant la contention chimique la placent dans la catégorie des interventions controversées (Goethals, Dierckx de Casterlé, & Gastmans, 2012; Mohr, 2009; Paterson & Duxbury, 2007; Strout, 2010). Muir-Cochrane, Oster et Grimmer (2019) ont établi dans leur récente revue systématique de littérature le volume et la nature des recherches portant sur la contention chimique dans le monde. Leur revue de littérature incluait les études primaires réalisées depuis 1995 (n=311) et excluait les études primaires réalisées spécifiquement en milieu de psychiatrie légale (n=3). Selon leur revue de littérature, les recherches les plus fréquentes en regard de la contention chimique portent sur le choix des médicaments utilisés (30,2% des études) puis sur la perspective des patients (12,2%) et celle des cliniciens (10,6%). De plus, les auteurs constatent que le débat portant sur l'éthique de la coercition et de l'usage des mesures de contrôle pour l'agression et la violence en contexte de santé mentale est loin d'être résolu et que les tensions sont nombreuses sur le sujet dans la littérature. L'utilisation des médicaments pour contrôler des comportements est un enjeu préoccupant si nous souhaitons aider les cliniciens à évaluer la fréquence et les implications de cette pratique.

Les infirmières sont régulièrement confrontées à l'utilisation et aux conséquences des mesures restrictives tel que la contention chimique, et sont forcées, dans leur rôle professionnel, de naviguer entre soin et contrôle. Même si de nombreux enjeux humanitaires, éthiques et légaux associés aux contentions rendent leur utilisation clinique controversée, peu de recherches se sont intéressées au vécu et à l'expérience de la personne soumise à la contention chimique, que ce soit de la perspective des patients ou de celle du personnel infirmier responsable de ces patients. Une telle étude qualitative pourrait permettre d'améliorer l'expérience des patients tout en informant le personnel infirmier des impacts phénoménologiques de la contention chimique. Une des raisons fondamentales pour laquelle ce genre d'étude n'a pas été conduite à ce jour est que le courant bioéthique actuel – combiné au modèle biomédical des soins de santé (p. ex. Clarke, Shim, Mamo, Fosket, & Fishman, 2003) - a été incapable d'adéquatement conceptualiser une éthique du *corps-vécu*. Alors que l'approche biomédicale privilégie le principe de l'autonomie, le corps-vécu est réduit à l'extériorisation d'un épiphénomène intérieur de l'esprit, l'expression d'une rationalité. Il a été argumenté, dans des travaux antérieurs (Murray & Holmes, 2009), que depuis les années 1960, les termes du débat bioéthique se sont développés dans une mentalité corporative, abstraite et légaliste. Tel que Stevens (2000) le mentionne, la bioéthique est devenue la sage-femme, la facilitatrice de la mise en œuvre des technologies : « Le mouvement bioéthique s'est placé au service de technologies exotiques et il facilite de manière alarmante la création de situation où l'éthicien gère des problèmes, problèmes émanant des technologies considérées, ironiquement, comme éthiquement neutres dès leur

création. » [traduction libre] (p. xiii). Conséquemment, des questions critiques qui engagent des relations de pouvoir et leurs effets sont difficiles à formuler, puisque leurs discours ont été neutralisés et leurs langages ont été supplantés par la voix apolitique de l'expert éthique qui gère la situation. Sans une analyse des enjeux de pouvoir et de leurs ramifications complexes, le discours bioéthique actuel est mal équipé pour considérer les dimensions sociales et relationnelles du corps et de l'environnement. Afin de lancer la critique, nous devons questionner la logique binaire, réductive, qui alimente le courant bioéthique actuel : théorie/pratique, corps/esprit, sujet/objet, nature/culture. La perspective des infirmières qui ont le rôle de décider de l'administration d'un PRN contre le gré et de l'administrer est peu explorée dans les écrits. La nature du pouvoir que les infirmières détiennent en regard de l'utilisation de la contention chimique ainsi que les forces politiques dont elles sont tributaires doivent être explorées afin qu'elles puissent être prises en compte dans le processus éthique du soin au patient considéré dangereux. L'évaluation du patient dangereux et du risque qu'il présente doit être incluse dans une perspective qui va au-delà de la dyade infirmière-patient, au-delà de la dichotomie du risque, présent ou absent, et du respect ou non-respect de l'autonomie du patient dans la prise de décision de l'infirmière.

Pour l'objectif de cette recherche, la définition de la substance chimique retenue est celle définie dans la *Loi sur la réduction au minimum de l'utilisation de la contention sur les malades* (*Patient Restraints Minimization Act*, 2001, SO 2001, c16.) : maîtriser signifie « [...] 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 ». S'appuyant sur une revue des écrits utilisant de nombreuses bases de données, il y a trois motifs documentés dans les écrits scientifiques justifiant le recours aux mesures de contrôle : [1] clinique ou thérapeutique (par exemple afin d'aider un patient à reprendre son contrôle) ; [2] sécurité (prévenir, chez un patient, un comportement dangereux pour lui-même ou autrui) ; et [3] punition (modification de comportements). Dans les travaux publiés, les patients perçoivent fréquemment l'utilisation des mesures de contrôle comme une punition ou une intervention coercitive utilisée lorsque des règles sont enfreintes (Evans, Woods, & Lambert, 2003; Gerolamo, 2006; Johnson, 1998; Sailas & Fenton, 2000; Wynn, 2004). Cette pratique soulève des questions éthiques dans les milieux cliniques spécialement lorsque des mesures coercitives, tel que la salle d'isolement, les contentions mécaniques et les contentions chimiques, sont utilisées, telles des mesures répressives, tout en étant supportées paradoxalement par un rationnel thérapeutique (Holmes, Kennedy, & Perron, 2004 ; Holmes & Murray, 2011 ; Mason, 1994 ; Mohr, 2009). Toutefois, d'autres sont en désaccord et argumentent que de telles procédures, mêmes communes, sont inhumaines et associées au contrôle, pouvoir et correction (Johnson, 1998; Strout, 2010). Cette étude a pour objectif de comprendre l'expérience des infirmières qui administrent un PRN contre le gré du patient. L'exploration du vécu phénoménologique des infirmières de psychiatrie légale qui administrent la contention chimique ajoutera aux connaissances actuelles sur les enjeux de pouvoirs inhérents à cette pratique.

La position épistémologique de cette recherche est la théorie critique (Guba & Lincoln, 1994). Cette recherche se distance donc de la prémisse d'une réalité objective,

du positivisme et du postpositivisme, et s'ancre dans une perspective de vérité subjective, contextuelle et multidimensionnelle. Cette approche ne vise pas à identifier une vérité unique et universelle, mais à éclairer la perspective des infirmières de psychiatrie légale qui administrent le PRN contre le gré du patient dans un contexte de forces politiques, éthiques, légales et scientifiques où le discours binaire (acceptable/inacceptable, bénéfique/non-bénéfique) est prédominant. Dans leur revue systématique de littérature portant sur les mesures coercitives, Hui, Middleton et Völlm (2013) concluent qu'il y a un manque clair de recherches empiriques spécialement en milieu de psychiatrie légale. De plus, la conclusion de l'étude de Bregar, Skela-Savič et Plesničar (2018), identifie que l'utilisation des mesures de contrôle par les infirmières en psychiatrie est en fait un phénomène contextualisé, interactif et multidimensionnel qui ne peut être réduit à un ensemble de facteurs indépendants, qui peut donc difficilement être cerné par une approche empirique. L'assise épistémologique et la méthodologie retenue pour cette recherche, la théorie critique et l'analyse interprétative phénoménologique (approche qualitative), sont donc des moyens adaptés à l'étude du recours à la contention chimique en permettant d'étudier le phénomène sous un angle nouveau, tel un phénomène dynamique et spécifique au milieu. La revue de littérature de Al-Maraira et Hayajneh (2019) confirme que plusieurs recherches ont mis en évidence l'importance du rôle de l'infirmière dans l'application des mesures de contrôle. Les thèmes étudiés les plus fréquemment chez les infirmières sont : l'attitude de l'infirmière envers les mesures de contrôle, les caractéristiques personnelles de l'infirmière, les connaissances et la maîtrise des aspects éthiques de l'infirmière. De plus, jusqu'à

maintenant, la majorité des études ont porté sur l'isolement et la contention, et peu d'attention a été portée à la contention chimique (Hui et al., 2013). Cette recherche qualitative phénoménologique s'intéresse au vécu et à l'expérience de l'infirmière au moment de décider d'administrer la contention chimique contre le gré du patient dans un contexte canadien de psychiatrie légale et vient ajouter aux connaissances en sciences infirmières dans deux aspects peu explorés. Par conséquent, cette recherche vise à augmenter le corps de connaissances spécifiques aux infirmières de psychiatries légales au Canada, à écouter et documenter la voix des infirmières, à contribuer à la recherche de la vérité telle que vécue par les participantes de cette recherche à cette jonction complexe du système de santé et du système légal. La pertinence de cette étude est d'éclairer les connaissances quant au vécu des infirmières, en identifiant les forces en présence, et d'offrir une voix à ce groupe professionnel afin de promouvoir ainsi leur rôle d'activiste pour la santé de leurs patients. Cette étude permettra de poursuivre la réflexion critique éthique sur ce sujet controversé afin de soutenir l'élaboration de principes et de guides pour mieux encadrer les soins infirmiers médico-légaux, afin de les ajuster à tous ces impératifs, tant éthiques que légaux. Cette recherche permettra aux infirmières de se positionner ou se repositionner dans le contexte où elles évoluent, afin d'avoir une voix forte, nuancée et structurée permettant de défendre les droits et les besoins des patients qui sont au cœur de leurs priorités.

## **Chapitre 2 : Recension des écrits**

Les effets délétères des MC sur les patients sont de plus en plus documentés (Cusack, Cusack, McAndrew, McKeown, & Duxbury, 2018) et plusieurs recherches ont porté sur la perspective des patients (Brophy, Roper, Hamilton, Tellez, & McSherry, 2016; Gagnon, Desmartis, Dipankui, Gagnon, & St-Pierre, 2013; Holmes, Kennedy, & Perron, 2004; Jonson, 1998; Kinner et al., 2017; Kontio et al., 2012; Larue et al., 2013; Ling, Cleverly, & Perivolaris, 2015; Nytingnes, Ruud, & Rugkasa, 2016; Norvoll & Pedersen, 2016; Tingleff, Hounsgaard, Bradley, & Gildberg, 2019; Verbeke, Vanheule, Cauwe, Truijens, & Froyen, 2019; Wynn, 2004) et celle du personnel (Bregar, Skela-Savič, Kajdiž, & Plesničar, 2019; Gustaffson & Salzmänn-Erikson, 2016; Jaeger, Ketteler, Rabenschlag, & Theodoridou, 2014; Mann-Poll, Smit, van Doeselaar, & Hutschemaekers, 2013; Perkins, Prosser, Riley, & Whittington, 2012) en regard du recours aux MC. Certaines études incorporent la perspective tant des patients que des professionnels de la santé (Bonner, Lowe, Rawcliffe, & Wellman, 2002; Duxbury, 2002; Goulet & Larue, 2018; Holmes, Murray, & Knack, 2015; Okanli, Yilmaz, & Kavak, 2016; Kinner et al., 2017; Wilson, Rouse, Rae, & Ray, 2017; Wilson, Rouse, Rae, & Ray, 2018). Des études ont exploré le vécu et les préférences des patients quant aux types de mesures de contrôle (Georgieva, Mulder, & Wierdsma, 2012 ; Veltkamp et al., 2008 ; Haw, Stubbs, Bickle, & Stewart, 2011 ; Jarret, Bowers, & Simpson, 2008). Plus récemment, des études ont porté sur l'utilisation de la contention chimique soit en l'identifiant clairement comme une des mesures de contrôle à l'étude (Gowda et al.,

2018) ou en l'étudiant spécifiquement (Hu, Muir-Cochrane, Oster, & Gerace, 2019, Shahpesandy et al., 2015; Talukdar, Ludlam, Pout, & Lekka, 2016). Toutefois, comme le soulignent Nash, McDonagh, Culhane, Noone et Higgins (2018), bien peu de recherches permettent de comprendre le vécu des infirmières menant à leur décision de recourir à la contention chimique. Un regard historique est porté, dans un premier temps, sur l'usage de la contention chimique. Les éléments contemporains entourant son usage, soit les aspects légaux, éthiques et cliniques, sont répertoriés en second lieu. Finalement, les exigences théoriques du rôle de l'infirmière en regard de la contention chimique sont détaillées.

### **Contention chimique**

**Perspective historique.** Dans son article portant sur la perspective historique du recours à l'isolement et la contention, Colaizzi (2005) identifie un changement dans le concept de folie qui, dans la période de la philosophie de la raison des Lumières, passe d'une conception surnaturelle à celle de désordre du cerveau devant être traité. Cette époque marque le début de toutes sortes d'approches et de traitements visant à rendre la raison aux personnes atteintes de troubles mentaux, la raison définissant désormais l'humanité, et étant donc primordiale afin de bénéficier de son statut de citoyen et de se prévaloir de tous ses droits. L'époque des Lumières marque le début des asiles pour enfermer les fous afin de protéger les citoyens des dangers et nuisances qu'ils présentent. L'approche psychodynamique est privilégiée afin de guérir les malades mais rapidement le contrôle des comportements devient une problématique à l'intérieur des asiles où différents dispositifs de contentions sont élaborés afin d'aider le malade à regagner son auto-

contrôle : la perte de contrôle étant directement associée à la perte de la raison. Les premières oppositions associées à l'usage de la coercition auprès des malades mentaux, considérée comme inhumaine, alimentant et exacerbant la violence qu'elle souhaite circonscrire, apparurent dans les années 1840 et marquèrent le début de cette controverse sur le recours aux mesures de contrôle pour le traitement des malades. L'usage de substances chimiques a aussi débuté dans cette période pour le contrôle des patients. Son usage était perçu comme plus adéquat que de laisser mourir d'épuisement les patients en manie. L'effet thérapeutique était une profonde sédation et le consensus de l'époque était que le sommeil était thérapeutique en soi. L'idéologie associée au contrôle comme étant thérapeutique existe encore aujourd'hui et plusieurs perspectives s'entrechoquent au moment de leur usage.

**Perspective québécoise contemporaine.** Il existe plusieurs protagonistes et perspectives entourant la contention chimique au Québec. En trame de fond, se croisent trois discours, le discours légal, éthique et médico-scientifique. Les perspectives légales et cliniques sont étroitement entrelacées et sont présentées ensemble, puis l'aspect éthique est discuté.

*Légale et clinique.* Au Québec, l'article 118.1 de la LSSSS (L.R.Q. c. S-4.2) stipule que la mesure de contrôle utilisée en établissement de santé doit être « minimale et exceptionnelle » et ne servir qu'à empêcher un patient de « s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions », que toute l'information sur la mesure doit « faire l'objet d'une mention détaillée » au dossier du patient et que l'établissement doit « adopter un protocole d'application de ces mesures. » Dès 2002, les *Orientations ministérielles*

*relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques* incluent la substance chimique comme mesure de contrôle. Ce n'est toutefois que dans la version révisée en 2015 du *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle* destinée à standardiser les protocoles des établissements que le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) s'engage de manière plus affirmée dans l'utilisation de la substance chimique comme mesure de contrôle.

Plusieurs aspects de la notion de la mesure de contrôle sont tributaires du clinicien, le dispositif ou la mesure elle-même ne pouvant être associé à une mesure de contrôle qu'à la suite de l'analyse du but visé par l'intervention. De plus, la notion d'imminence du risque, l'évaluation de la condition de la personne et du niveau de risque de lésion qu'elle présente pour elle-même ou pour autrui sont laissées au jugement du clinicien. En 2010, Bernheim retraçait les perspectives des protagonistes sur la contention chimique dans le contexte Québécois. Elle faisait ressortir la position strictement juridique des représentants du droit québécois, la perspective des rapports de domination induit par les mesures de contrôle défendue par les groupes de défense des droits des usagers et l'absence de consensus du corps médical quant à l'inclusion de la substance chimique au concept de mesure de contrôle. Le concept de contention chimique reste controversé. Le MSSS a choisi l'appellation substance chimique dans ses orientations ministérielles et son cadre de référence. Dans les écrits, la terminologie associée au PRN contre le gré est multiple et comprend contention chimique, « chemical restraint », « involuntary medication », « forced medication », « rapid tranquilization »,

« pharmaceutical restraint », « acute control medication ». Les cliniciens et les représentants légaux sont en désaccord sur l'intention recherchée, traitement ou contrôle, d'une médication administrée de manière urgente afin d'améliorer l'agression ou l'agitation (Currier, 2003). En effet l'agression, et dans sa forme la plus extrême la violence, ne sont pas une maladie mentale en soi mais en sont souvent une manifestation, voire un symptôme, fréquemment associé à des diagnostics psychiatriques. Le contrôle des symptômes est inclus dans la visée thérapeutique que le médecin fait des médicaments même si le médecin vise le soulagement des symptômes tel que les comportements dangereux à défaut de pouvoir traiter la maladie (Collège des Médecins du Québec, 2004). D'un point de vue légal, la notion de contrôle prédomine et l'administration de substance chimique est assimilée à une restriction de l'autonomie et est perçue comme un contrôle abusif. En formation en soins infirmiers, le livre Soins infirmiers – Santé mentale et psychiatrie, de Fortinash & Holoday-Worret (2016), est un livre de référence répandu pour l'enseignement du volet santé mentale et psychiatrie. Les infirmières apprennent la distinction entre l'administration d'un médicament PRN dans le cadre d'un traitement et le PRN administré tel une contention chimique. Dans le premier cas, le médicament est offert au besoin afin de soulager des symptômes tel que l'anxiété et les symptômes de psychose. Une bonne prise en charge de ces symptômes contribue à prévenir le passage à l'acte. Pour le second cas, il est enseigné qu'il n'existe pas de médicaments contre la violence et que le PRN, tel une contention chimique, est l'administration d'un médicament destiné à une sédation non spécifique pour atteindre un état de calme. Son administration peut se faire avec ou sans le consentement du

patient, en fonction du risque évalué, de la loi entourant les mesures de contrôle et l'application rigoureuse du protocole de l'établissement. L'enseignement fait aux étudiantes en soins infirmiers est concordant avec les lignes directrices du National Institut for Health and Care Excellence qui publiait des lignes directrices en 2015 sur la gestion de la violence et l'agression en santé mentale. Une distinction y est clairement établie entre l'usage du PRN dans le cadre d'un plan de traitement de situations de santé qui peuvent mener à l'agression et la violence et l'usage d'une substance chimique destinée à une sédation rapide en contexte de mesure de contrôle. Un consensus d'expert établissait le même type de distinction et recommandait une approche par gradation dans les interventions pour la gestion des patients présentant de l'agitation psychomotrice (Garriga et al., 2016; Vieta et al., 2017). Les écrits en soins infirmiers sont peu nombreux sur le sujet de la contention chimique. Nash et al., (2018) le soulignaient dans leur étude après avoir observé de grandes variations dans l'utilisation de la contention chimique ainsi que dans les soins infirmiers qui entouraient son utilisation. Ils recommandaient de la formation spécifique et le développement de politiques afin d'encadrer la pratique infirmière pour cette intervention à haut risque de préjudice.

Dans la formation des infirmières, le maintien de la relation thérapeutique ainsi que le consentement et la collaboration du patient à son traitement pharmacologique permettent de réduire le risque de passage à l'acte. Les valeurs de la profession infirmière, les approches humanistes ainsi que le respect des droits du patient et du code de déontologie sont préconisés dans les soins et traitements infirmiers des personnes présentant un risque de violence. Cet aspect important du rôle de l'infirmière qui passe

par l'empathie et la relation thérapeutique fait consensus à travers les écrits comme étant un élément influençant significativement l'expérience des mesures de contrôle tant pour les infirmières que pour les patients et ce, tant en milieu de psychiatrie (Aguilera-Serano, Guzman-Parra, Garcia-Sanchez, Moreno-Küstner, & Mayoral-Cleries, 2018; Gerace, Oster, O'Kane, Hayman, & Muir-Cochrane, 2018; Perron, Jacob, Beauvais, Corbeil, & Bérubé, 2015; Tingleff, Bradley, Gildberg, Munksgaard, & Hounsgaard, 2017), qu'en milieu de psychiatrie légale (Gildberg et al., 2015; Gustaffson & Salzmann-Erikson, 2016, Maguire, Young, & Martin, 2012; Nielsen et al., 2018; Pulsford et al., 2013).

Les infirmières ont besoin de connaître les aspects éthiques, légaux et cliniques de l'usage des médicaments administrés tels une contention chimique, mais aussi le besoin de préserver la dignité et la collaboration avec le patient tout au long de l'évènement de soins liés à l'agression et la violence (Dickinson et al., 2009). Toutefois, les principes d'évaluation qui sont enseignés à l'infirmière sont très unidirectionnels entre son évaluation à elle et le patient devant elle. L'enseignement reçu ne fournit pas d'information concernant les autres facteurs qui se rajoutent au processus décisionnel en situation de risque de violence où d'autres personnes dans l'entourage du patient peuvent craindre pour leur sécurité. Il y a pourtant différents facteurs contribuant au recours à la contention chimique tels que les caractéristiques de l'institution, l'attitude et les perceptions du personnel, et les enjeux liés à la sécurité du personnel (Currier, 2003). Les écrits identifient de plus en plus clairement la nature interactionnelle et intersubjective du recours à la coercition (Bach, 2018; Verbeke et al., 2019;) et le besoin de mettre en place des interventions au niveau individuel, institutionnel et systémique

(Tomlin, Bartlett, & Völlm, 2018) afin de juguler le phénomène plus large de la coercition en psychiatrie (dont l'isolement, la contention mécanique et la contention chimique sont les indicateurs officiellement reconnus et légiférés). Une approche systémique qui inclut les éléments contextuels, les politiques des établissements et la culture organisationnelle (Bregar et al., 2019; Huckshorn, 2004; McKeown et al., 2019; Goulet & Larue, 2018) est recommandée et les interventions doivent s'appliquer sur l'ensemble du continuum de soins (Bowers, 2014; Tingleff et al., 2017; Tingleff et al., 2019). Cet aspect contextuel a bien été cerné par l'élaboration de modèle multifactoriel pour la prise de décision en regard de l'isolement et la contention par Larue, Dumais, Ahern, Bernheim et Mailhot (2009). L'étude des contextes spécifiques est recommandée par plusieurs auteurs en lien avec les fluctuations rencontrées entre les unités et les établissements au sein d'un même cadre juridique (Bregar et al., 2018; Kinner et al., 2017; Nash et al., 2018) ce qui permet d'identifier les éléments culturels maintenant ou facilitant le changement de culture des équipes soignantes (Verbeke et al., 2019). Les soins en psychiatrie légale sont complexes, hautement spécialisés et sont prodigués dans un environnement imprévisible. Des taux plus élevés de mesures de contrôle relevés dans cette spécialité peuvent être associés en partie aux caractéristiques des patients de psychiatrie légale (Barr, Wynaden, & Heslop, 2019). Malgré cela, l'étude de Barr, Wynaden et Heslop (2019) indique que la formation, le travail d'équipe et le leadership sont des facteurs qui influencent le recours aux mesures de contrôle en psychiatrie légale. Lindsey (2009) constatait dans son étude que malgré la législation et les lignes directrices indiquant clairement que les mesures de contrôle ne doivent être utilisées

qu'en situation d'urgence seulement, des facteurs autres que le danger imminent sont considérés dans la prise de décision de l'infirmière. Dans leur étude, Price, Baker, Bee et Lovell (2018) identifient que le jugement moral porté sur l'agression (comportement ou maladie), les coutumes locales, la connaissance du patient, les contraintes de temps et l'anxiété du personnel contribuent à la gradation des interventions et l'utilisation de la coercition sans que le conflit initial n'ait escaladé. Le vécu intersubjectif et le sentiment de sécurité sont des enjeux importants dans le soin aux patients présentant de l'agressivité et de la violence. C'est dans cet aspect sous-optimal de l'encadrement légal de la contention chimique que réside entièrement l'espace laissé au jugement clinique du clinicien en regard du risque rationnel objectif que présente le patient. Les programmes de formation ne considèrent pas les complexités du processus décisionnel du recours aux mesures de contrôle ou la complexité des contextes dans lesquels ces situations se déroulent (Lindsey, 2009; Morrison & Love, 2003).

Tel que souligné par Bernheim (2010), l'idée même de la contention chimique peut être un oxymoron, puisque cette intervention peut être traumatisante pour les patients et briser le processus thérapeutique menant au rétablissement. Le vécu des patients ayant vécu des mesures de contrôle durant une hospitalisation en psychiatrie confirme le bris de confiance et l'altération du lien thérapeutique (Goulet & Larue, 2018, Kinner et al., 2017; Ling et al., 2015). Jonhson (1998) conclut que les patients se sentent rarement (si parfois) en sécurité et protégés. En réalité, la majorité des patients se sentent vulnérables et effrayés par ce type d'intervention. De plus, non seulement les contentions mécaniques sont-elles perçues comme une punition suite au non-respect

d'une règle, mais le verbatim des patients met aussi en lumière leur vécu intersubjectif mentionnant que la séparation verbale (silence) et physique (isolement du personnel et des autres patients) qui suit l'application des contentions a aussi un impact néfaste sur leur expérience. Le bris de contact, la séparation, et le silence, sont aussi des éléments du vécu subjectif des patients de l'étude phénoménologique de Verbeke et al., (2019). Dans l'étude phénoménologique de Jacob, Holmes, Rioux, Corneau et MacPhee (2019), la perception des patients de leur expérience de la contention mécanique est significativement influencée par leur perception (tant positive que négative) de la relation thérapeutique avec leur infirmière avant, pendant et après avoir été placé sous contention. Dans leur étude phénoménologique portant sur les contentions mécaniques, Bigwood et Crowe (2008) concluent que les infirmières sont heurtées par cette intervention et qu'elles l'appliquent néanmoins puisque, dans leur perception, les contentions font partie du travail. Il en va de même pour les infirmières de l'étude phénoménologique de Holmes et al., (2015) en regard de la décision de recourir à l'isolement. Ces dernières expriment ne pas retirer de satisfaction dans l'utilisation de l'isolement et que c'est une décision difficile pour elles qui suscite chaque fois un vécu émotionnel difficile, conflictuel. Malgré tout, elles l'utilisent avec la conviction que cette intervention est thérapeutique et que le patient en retire des bienfaits. Cette conviction que les mesures de contrôle ont une certaine forme de bienfait thérapeutique est présente chez les infirmières de d'autres études (Happell & Harrow, 2010; van Doeselaar, Slegers, & Hutschemaekers, 2008). De manière générale, les infirmières ne conçoivent pas les mesures de contrôle comme étant punitives mais bien comme étant un

moyen thérapeutique (Bregar et al., 2019; Holmes et al., 2015). Les infirmières de l'étude phénoménologique de Jacob et al. (2019) vivent une dissonance cognitive lorsqu'elles s'engagent dans une pratique de contentions mécaniques qui entre en conflit avec leurs croyances/raisonnements cliniques et leurs émotions. Selon ces auteurs, cette tension naît dans le besoin d'assurer la sécurité de tous. Ces derniers constatent que les questionnements en lien avec le vécu intersubjectif (comment est-ce vécu) de cette intervention difficile sont généralement évacués au profit d'explication portant sur la technique ou le protocole (comment est-ce fait). Dans l'étude de Kontio et al. (2010), le personnel vivait des dilemmes éthiques en lien avec l'utilisation d'interventions coercitives même si les mesures étaient utilisées pour des patients identifiés à risque de lésion pour eux-mêmes ou envers les autres. Ce qui est manquant dans les écrits est une analyse éthique du corps vécu, des perceptions du corps et des relations interpersonnelles, durant un épisode de contention chimique. Qu'en est-il de l'utilisation de la contention chimique, alors que le corps est imbibé par une substance chimique qui en altère son fonctionnement?

Contrairement aux autres types de mesures de contrôle, l'utilisation de la contention chimique vient brouiller les limites du soin et du contrôle. En effet, elle s'inscrit avec difficulté dans le cadre des mesures de contrôle tel que l'isolement et la contention mécanique et est plus souvent associée aux concepts de soin et de traitement. En trame de fond, les concepts éthiques tel que le respect, la dignité et l'empathie deviennent centraux mais sont néanmoins fort probablement érodés durant des interventions de cette nature, même si ces concepts sont les fondements d'une pratique

de soins éthiques (Holmes & Gastaldo, 2002 ; Murray & Holmes, 2009 ; Perron, Fluet, & Holmes, 2005).

*Éthique.* Alors que la bioéthique n'est pas monolithique, ni d'un point de vue conceptuel ni d'un point de vue méthodologique, ses composantes tendent néanmoins à prendre pour acquis la vérité de la personne ou de la subjectivité comme provenant assurément de la raison des Lumières (*Enlightenment reason*) – incluant la croyance qu'une personne est un agent libre, autonome et rationnel. En d'autres mots, le sujet conventionnel en bioéthique est présumé être un tout stable et cohérent, maître de ses jugements éthiques. De la clinique à l'enseignement, le manuel de référence en éthique continue d'être celui de Beauchamps & Childress (2009), qui proposent quatre principes éthiques maintenant bien connus : l'autonomie, la non-malfaisance, la bienfaisance et la justice. Bien que ces quatre principes ne puissent se réduire au premier, l'autonomie, chacun suppose néanmoins l'existence sous une forme ou une autre d'un agent/sujet rationnel autonome et libre. De ses racines étymologiques, le terme autonomie est constitué du Grec auto (soi-même) + nomos (loi, règles), l'autonomie décrit la manière dont le soi se gouverne et décide pour lui-même. Ainsi, le soi est considéré entièrement autonome seulement lorsqu'il peut se gouverner en accord avec les principes rationnels prédéterminés. Bien que l'humanité d'une personne soit avérée, ses émotions et ses envies ne peuvent aucunement transparaître et altérer la prise de décision éthique selon le principe de l'autonomie : en tel cas, un individu pourrait se voir dépouiller de certains droits et risquerait d'être ostracisé socialement et/ou politiquement. L'autonomie rationnelle présume que le sujet agira et se laissera traiter de manière très conventionnée.

Dans le contexte médical, l'autonomie est un concept étrangement conventionné en partie par ses fondements philosophiques dualistiques, fondés sur une logique binaire qui détermine le sens de soi comme une activité mentale de libre arbitre, et le corps comme d'une matière brute, peu résistante ou d'un ensemble de morceaux de remplacement. En effet, des recherches récentes en bioéthique critique démontrent que l'autonomie est parfois vécue tel un impératif violent, non éthique (p. ex., Mol, 2006 ; Murray, 2007, 2009 ; Holmes & Murray, 2011). De la perspective des infirmières, nous nous demandons : qui ou quoi agit, et sur qui ou sur quoi est l'action ? Le clinicien peut être l'acteur, il est celui qui devrait savoir. Malgré cela, d'une multitude de manières, à travers des paroles et des actions, à travers des arguments et des interventions, sur et dans le corps, il affecte d'autres corps. Mais qu'elle est la relation éthique obtenue entre l'infirmière et le patient qu'elle contraint, entre son corps et celui du patient à qui elle injecte un médicament qui en altère le fonctionnement?

Dans les milieux de soins sous contrainte, la relation thérapeutique entre le professionnel de la santé et le patient est soumise et engagée dans un contexte particulier qui ajoute des dimensions à la relation qui doivent être considérées. En premier lieu, dans un contexte de contrainte, hospitalisation et/ou traitement, il y a un déséquilibre net dans le pouvoir détenu par le professionnel en regard du patient. En second lieu, une autre dimension est à considérer dans la relation thérapeutique soit la double allégeance du professionnel de la santé tant au système de santé qu'au système légal. Dans sa manière de prendre des décisions à l'égard des soins qu'il propose au patient, le clinicien en psychiatrie légale évalue non seulement les intérêts et les besoins de son patient mais

aussi ceux liés à la sécurité du public. Les besoins et intérêts du patient sont en compétition avec ceux de la société. Le clinicien se retrouve à composer avec des dilemmes éthiques quant à son allégeance dans le cadre des décisions qu'il prend pour les soins à son patient. Des conflits d'intérêts sont alors évidents, alors que la confiance, le respect et l'*advocacy*, éléments constitutifs à toute relation thérapeutique, sont à l'évidence engagés dans une lutte d'allégeance tripartite. Cette chaude lutte d'allégeance s'illustre par l'intégration du discours du risque en milieu psycho-légal. Avec le temps, en milieu psycho-légal, le discours du soin de l'infirmière se transforme. D'un discours initialement centré sur le patient, l'infirmière adopte un discours centré sur le risque en intégrant une conception du patient non plus comme une personne mais comme une menace potentielle et continue. Cette transformation du discours a été documentée dans des écrits antérieurs (Jacob et Holmes, 2011b). Dans ce contexte, alors que les soins sont fréquemment administrés dans un rationnel de sécurité, en opposition à un rationnel thérapeutique, les principes éthiques conventionnels, binaires, d'autonomie sont bancals. Le vécu phénoménologique des infirmières qui administrent des soins aux patients de psychiatrie légale pourrait indiquer une piste de réflexion sur la manière de concevoir l'éthique du soin dans un environnement de soins sous contrainte. Les principes éthiques du soin doivent être repensés. En l'absence d'une éthique de soin capable de réconcilier les obligations du professionnel en regard de sa relation avec le système légal et de sa relation avec le système de santé, le clinicien se trouve dans une position insoutenable où l'une des deux relations risque d'être favorisée au détriment de

l'autre. Cela expose le clinicien à des recours juridiques dans un cas lié à la sécurité mise en péril et de l'autre lié aux droits individuels bafoués.

### **L'infirmière et la contention chimique**

*Violence et discours du risque.* Dans un environnement de psychiatrie légale, l'infirmière est appelée à évaluer fréquemment le risque de violence et à intervenir auprès des patients présentant un risque imminent de lésion. Dans ce milieu, l'infirmière est socialisée au discours du risque, discours qui, par la suite, guide et teinte sa vision et ses décisions cliniques (Jacob et Holmes, 2011a). La représentation du patient que se fait l'infirmière change alors qu'elle doit désormais se méfier du patient (en avoir peur) en lien avec le risque (omniprésence d'un danger potentiel) qu'il présente. Cette socialisation au discours du risque (omnipotent) amène les infirmières à se questionner d'abord sur comment sécuriser l'environnement pour elles-mêmes et pour autrui (ses collègues), la neutralisation de la peur du risque étant un prérequis essentiel, au lieu de se questionner sur comment s'assurer que l'environnement de soin (elle-même et les autres soignants) ne représente pas une menace à la sécurité et à l'intégrité (à l'autonomie) du patient dont elles sont responsables. Cette conception du patient tel une menace potentielle perpétuelle et cette inversion des préoccupations (patient/environnement) composent des éléments du contexte particulier des soins sous contrainte qui teintent la manière dont la relation thérapeutique s'exprime. Jacob et Holmes (2011b) identifient, en s'appuyant sur leurs résultats de recherche, que les impacts de la peur et des éléments contextuels de la situation de soins ne doivent pas être exclus lors de l'analyse de l'intervention de l'infirmière auprès des patients identifiés

comme à risque de violence. Un danger existe que le discours rationnel sécuritaire évacue complètement l'aspect relationnel thérapeutique et l'espace du jugement clinique au profit de règles sécuritaires standardisées et uniformes annihilant tout l'espace et la flexibilité nécessaire pour l'évaluation et le jugement clinique de l'infirmière œuvrant en psychiatrie légale. En conséquence, l'infirmière est à risque d'évacuer, de manière inconsciente, les aspects spécifiques à une pratique infirmière éthique, holistique et humaniste au détriment d'une rhétorique du risque basée sur des rationnels sécuritaires et sur la peur (Jacob et Homes, 2011b). Ces aspects ne sont pas considérés dans l'analyse des décisions éthiques dans une approche conventionnelle, basée sur la rationalité, qui évacue la dimension du corps vécu de l'analyse situationnelle.

Un autre aspect est ce *qui* constitue la violence. La violence peut être définie de différentes manières mais aucune définition unique n'a réussi à englober les dimensions multiples de la violence. L'Organisation Mondiale de la Santé (2002) a défini la violence ainsi :

La menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un maldéveloppement ou des privations. (p.5)

L'intentionnalité de l'usage de la violence, de la force ou du pouvoir, n'a pas été prise en compte dans leur définition. Staudigl (2013) émet l'hypothèse que la difficulté de conceptualisation réside dans notre compréhension limitée et réductrice de certaines portions du phénomène. Il a élaboré une phénoménologie relationnelle de la violence inscrivant la violence dans le vécu dynamique intersubjectif de l'*embodiment*

(incarnation, sens incarné). L'expression de la violence se produit lors de l'exposition d'une vulnérabilité d'une personne face à une menace violente, un vécu dominant-dominé, lorsqu'une dynamique de pouvoir est en place, alors qu'une personne vivant une agression est dans un contexte et une structure, et nécessairement dans un environnement de contrainte, où la conception de l'autonomie et de la liberté de décision sont nécessairement amputées et restreintes.

La logique binaire de l'autonomie est inefficace dans une conception de la violence inscrite dans l'*embodiment*, le vécu subjectif des corps en interaction avec un environnement et leur intersubjectivité : la violence « *tout court* » n'existe pas et doit nécessairement être contextualisée (Staudigl, 2013, p.56). L'exercice phénoménologique de la compréhension de la violence tient compte à la fois du vécu des victimes en perte de sens, du vécu de l'auteur de violence, en quête de sens et de l'expérience des témoins, spectateurs, juges, cliniciens en quête d'attribution de sens à la violence. Le rôle de l'infirmière en psychiatrie légale est à la jonction de ses vécus.

*Vécu de l'infirmière.* En s'appuyant sur une importante recension des écrits portant sur l'expérience d'être placé sous mesure de contrôle, Strout (2010) identifie une dissension entre l'intention thérapeutique de l'intervention et les perceptions et le vécu réel des patients, dissension qui révèle un écart majeur dans la compréhension des répercussions néfastes de cette intervention pourtant courante. Ce constat est similaire à celui des travaux de Del Bario, Poirel, Rousseau, Perron et Vigneault (2003) qui suggéraient que la compréhension du clinicien de l'expérience individuelle en lien avec la médication

psychiatrique est limitée, en assumant que les effets des médicaments psychiatriques soient une solution positive à la souffrance vécue des personnes. Les cliniciens sont alors le plus souvent inconscients du vécu des patients placés sous contentions chimiques/mécaniques. Il est intéressant de noter que malgré le manque de recherche sur le sujet, l'utilisation de médicaments en situation d'urgence est souvent perçue comme une alternative plus humaine que l'utilisation de la contention mécanique (Currier, 2003; Lindsey, 2009). Dans la pratique clinique, la réduction du recours à l'isolement et à la contention par l'administration précoce ou préventive de médicaments est considérée comme un indicateur de qualité des soins psychiatriques prodigués (Goldbloom, Mojtabai, & Serby, 2010). En pratique, la contention physique et la contention chimique sont fréquemment utilisées de concert alors qu'il est de plus en plus rare de voir l'usage de contention physique sans l'ajout d'aucune substance sédatrice (Currier, 2003). Alors qu'il est reconnu que l'usage de médicaments peut considérablement réduire le temps qu'une personne passe en mesures restrictives (isolement et contention) et ainsi réduire le risque de complications associées, certains se sont positionnés quant au caractère inacceptable du recours à la contention physique dite maximale ou extrême sans ajout d'une contention chimique (Díaz, 2000). Par conséquent, l'utilisation de la contention chimique semble adoucir le discours portant sur les mesures de contrôle utilisées en psychiatrie en présentant la contention chimique comme le moindre de deux maux et, dans le processus, évite le sujet épineux/controversé de discuter de l'expérience réelle d'être soumis ou de soumettre aux contentions chimiques.

À l'instar des autres mesures de contrôle, l'utilisation de la contention chimique présente plusieurs dilemmes et l'expression d'émotions partagées est évidente dans le processus décisionnel (Currier, 2003). En effet, la décision la plus importante dans la gestion des comportements d'agitation d'un patient est de déterminer quand le comportement et le manque de collaboration au traitement requièrent une intervention d'urgence. Cette décision demeure difficile, particulièrement pour le clinicien inexpérimenté, car il n'existe pas de mesure objective officielle de l'agitation. Au Québec, l'infirmière a besoin d'une prescription médicale pour l'administration d'une contention chimique et ce sera habituellement à l'infirmière d'évaluer et de décider d'y recourir ou non.

L'usage de la coercition va à l'encontre des principes de l'alliance thérapeutique prescrit dans la relation infirmière-patient. Le soin est basé sur la prémisse que les infirmières prodiguent les soins requis et désirés au patient dans une démarche de consentement libre et éclairé (Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec, 2015) et dans le respect des valeurs de la profession. En présence de soins sous contrainte, la valeur du respect de la personne, décrite par le respect de son autonomie et de son intégrité (Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec, 2014), est bafouée. Cette décision est prise par l'infirmière dans le cadre de son obligation de sécurité et de bien-être de la personne qui présente un risque de lésion et une souffrance que l'infirmière perçoit grâce à son empathie et son attention au vécu du patient. Par son humanisme et son obligation d'humanité, l'infirmière fait un choix qui contrevient possiblement à l'encadrement légal et à une autre valeur très prisée, l'autonomie. Un patient de l'étude

de Gerace et al., (2018) explique que pour lui, le rôle de l'infirmière est justement de laisser la responsabilité au maximum à la personne tout en sachant reconnaître le moment où elle n'est plus assez bien pour prendre des décisions pour elle-même.

Tel qu'énoncé par Bernheim (2010), « la difficulté de concilier les positions des parties et l'absence de volonté politique à mettre fin à la controverse (...) se traduit par un vide juridique qui expose les patients à des pratiques inadéquates » et qui place l'infirmière qui administre un traitement contre le gré à « assume(r) tous les risques (...) et la responsabilité morale ». Cela expose l'infirmière à des recours, « même si l'obligation de soigner a été respectée » (Bernheim, 2010). Dans une recherche portant sur le processus de décision de l'infirmière pour la mise en isolement, une forme de mesure de contrôle, une modélisation du processus décisionnel du personnel infirmier a été faite et comporte quatre catégories de variables : les connaissances, les sentiments, les influences et les valeurs (Holmes, Perron et Guimond, 2007). Le cadre légal n'est pas sensible à ces éléments contextuels et ne guide pas l'infirmière quant à la manière de les gérer dans sa prise de décision. L'étude du vécu phénoménologique des infirmières responsables de la décision et de l'administration d'une contention chimique pourra guider la pratique future quant aux mécanismes à mettre en place pour assurer des soins infirmiers éthiques et légaux en psychiatrie légale. L'augmentation des connaissances sur la contention chimique, tant en nature quantitative qu'en nature qualitative, du vécu subjectif des parties impliquées, contribuera au développement d'une pratique infirmière éthique et congruente dans les situations de soins sous contrainte en psychiatrie légale.

### Chapitre 3 : Cadre théorique

Les travaux de Goffman et Foucault sont joints dans cette section afin d'analyser la manière dont le pouvoir opère dans les hôpitaux de psychiatrie légale, exemple d'institution totale selon le concept de Goffman. Goffman (1963) a étudié la structure interne et le fonctionnement des institutions totales en analysant les interactions sociales entre les groupes soignants/soignés. La perspective microsociologique de Goffman est utile afin de décrire et analyser les relations sociales entre les infirmières (les soignantes-surveillantes) et les patients (les soignés-détenus). La perspective de Goffman a déjà été utilisée afin d'analyser les relations sociales entre les employés en contexte de psychiatrie légale (Holmes, 2005).

La perspective Foucauldienne offre quant à elle un angle d'analyse systémique du rôle des professionnels de la santé dans le système de santé et ceux à son interface. Les travaux de Foucault ont été repris par plusieurs chercheurs dans le domaine des soins infirmiers et dans la spécialité de la psychiatrie légale (Holmes, 2005; Holmes & Gastaldo, 2002; Holmes & Murray, 2011; Hörberg & Dahlberg, 2015; Jonhson, 1998; Perron et al., 2005). Prenons par exemple les travaux de Hörberg et Dahlberg (2015) qui décrivaient le potentiel du soin dans un milieu de contrainte à la lumière des travaux de Foucault. Les travaux de Goffman (1968), portant sur les *institutions totales*, et ceux de Foucault (1975), portant sur la *discipline*, sont repris dans le contexte des soins infirmiers de psychiatrie légale au Québec. Ils serviront ensuite à analyser les relations et

la nature du pouvoir dans le vécu phénoménologique des infirmières au moment de décider de l'usage d'une contention chimique.

## **Discipline**

Le grand livre de l'Homme-machine a été écrit simultanément sur deux registres : celui anatomo-métaphysique, dont Descartes avait écrit les premières pages et que les médecins, les philosophes ont continué; celui techno-politique, qui fut constitué par tout un ensemble de règlements militaires, scolaires, hospitaliers et par des procédures empiriques et réfléchis pour contrôler ou corriger les opérations du corps. Deux registres bien distincts puisqu'il s'agissait ici de soumission et d'utilisation, là de fonctionnement et d'explication : corps utile, corps intelligible. (Foucault, 1975, p. 160)

Suivant son concept de l'anatomo-politique, Michel Foucault identifie le corps comme site d'action des technologies politiques. Dans sa vision de la politique du corps, Foucault identifie le corps utile et le corps intelligible. Plus les connaissances sur le fonctionnement du corps augmentent (corps intelligible), plus il est possible d'appliquer des exigences, des normes de fonctionnement, d'amélioration de son utilisation individuelle pour augmenter le rendement individuel et la synergie dans les ensembles (corps utile). La connaissance du corps rend possible la classification, la catégorisation et le pouvoir normatif. Le siècle des Lumières, où la raison devient le centre de la définition de l'Homme, est le moment où la perte de raison devient un problème médical, une maladie du cerveau, dont la médecine doit s'occuper afin de redonner son identité pleine et entière aux citoyens en perte de raison. Les institutions psychiatriques s'inscrivent dans une perspective de société. Elles déterminent les caractéristiques du corps utile, celui doté de raison. Elles sont le théâtre des expériences individuelles où le fonctionnement du corps intelligible est soulagé/guéri et le fonctionnement du corps

utile est réparé/redressé. Le soin aux malades mentaux s'inscrit dans une perspective dynamique bidirectionnelle de société à individu puis d'individu à société. La profession infirmière joue un rôle à la fois macrosociologique, par son rôle et son positionnement social dans le système de santé, et a un rôle dans une dynamique microsociologique, dans l'action individuelle de chaque infirmière sur la personne au centre de ses soins. Selon Foucault, les professionnels de la santé sont des agents de l'état alors qu'ils sont les gardiens du savoir-pouvoir du corps intelligible, articulés sous formes de disciplines ou de sciences de la santé, et qu'ils actualisent les procédés empiriques qui contrôlent et corrigent les opérations du corps utile. Ainsi, les infirmières qui travaillent en milieux hospitaliers sont des agents directement impliqués dans l'actualisation et le renforcement de ce que Foucault appelle l'anatomo-politique, soit le pouvoir sur le corps. Le pouvoir disciplinaire s'exerce par des « méthodes qui permettent le contrôle minutieux des opérations du corps, qui assurent l'assujettissement constant de ses forces et leur imposent un rapport de docilité-utilité » (Foucault, 1975, p.161).

Foucault explique comment les institutions, dont celles de la santé, utilisent les différentes techniques disciplinaires afin de documenter différents aspects de la vie citoyenne pour ensuite mettre en place les mécanismes de contrôle nécessaires permettant de gérer et de former, afin que l'objectif institutionnel, la santé, soit atteint.

Afin que le corps malade puisse recevoir la médecine qui lui est nécessaire, il sera pris en charge dans un lieu protégé, entouré de clôtures, et soumis à une discipline (traitements) afin de retrouver un fonctionnement normal qui lui permette de réintégrer la société et d'en rencontrer les normes socio-politiques. (Foucault, p.166)

Les techniques disciplinaires seront détaillées puis reprises dans le contexte du système de santé.

*Les corps dociles.* Pour Foucault (1975), il y a quatre indicateurs de pouvoir ou techniques de pouvoir liés aux corps dociles. Ces indicateurs sont l'art des répartitions, le contrôle de l'activité, l'organisation des genèses et la composition des forces. Ces indicateurs sont présents dans le rôle et l'organisation de la profession infirmière dans le réseau de la santé. Nous verrons ici comment ces indicateurs s'expriment dans un hôpital. L'art des répartitions consiste essentiellement à diviser pour mieux régner. Les foules et les regroupements de personnes sont scindés, la répartition organisée et documentée, les communications gérées.

Il s'agit d'établir les présences et les absences, de savoir où et comment retrouver les individus, d'instaurer les communications utiles, d'interrompre les autres, de pouvoir à chaque instant surveiller la conduite de chacun, l'apprécier, la sanctionner, mesurer les qualités ou les mérites – espace analytique. (Foucault, 1975, p.168)

En santé, les corps malades sont séparés des corps sains et réunis dans des hôpitaux présentant des barrières plus ou moins perméables aux visiteurs à l'intérieur desquels les corps sont répartis dans des emplacements cellulaires permettant une localisation continue. Les espaces individualisants sont attribués afin de faciliter la surveillance, de rompre les communications (entre les personnes ou entre les corps infectieux) et d'optimiser leur utilité grâce à une gestion clinico-administrative efficace. Le contrôle de l'activité est fait par une prescription de manœuvre tel que l'emploi du temps, l'élaboration temporelle de l'acte, la mise en corrélation du corps et du geste, l'articulation corps-objet et l'utilisation exhaustive du corps pour l'objectif à accomplir.

Sa finalité est de « constituer un temps intégralement utile, (...) l'exactitude et l'application sont, avec la régularité, les vertus fondamentales du temps disciplinaire » (Foucault, 1975, p.177). Le contrôle de l'activité est régi dans un hôpital de manière prescriptive. L'emploi du temps du personnel et des patients est régulé par les activités clinico-administratives. Les gestes à poser, la durée d'action requise, le nombre d'actions à réaliser dans le temps donné, la méthode et les instruments à utiliser sont prescrits par les médecins ou les protocoles de soins infirmiers. Les actions doivent être réalisées avec efficacité, en respectant les normes professionnelles, les protocoles et procédures (ex. normes d'asepsie), et sans déborder sur les activités suivantes. L'organisation du travail de chaque soignant repose sur une finalité à atteindre. Elle est attribuée en fonction du rôle détenu et de la valeur du rôle reconnu. Elle est réalisée en segments sériés, successifs et concomitants, et elle repose sur une hiérarchie de rôle de simple à complexe. C'est ce que Foucault appelle « l'organisation des genèses » où chaque personne se trouve insérée dans une série temporelle, qui définit spécifiquement son niveau ou son rang et où l'activité individuelle s'inscrit dans une organisation disciplinaire polyphonique harmonique. Finalement, l'organisation des forces, pour le service de santé offert en continu, repose sur le positionnement du corps de chacun où chaque soignant est inter-relié et interdépendant de l'autre tout en étant interchangeable par un autre. Les machines multi-segmentaires de l'appareil hospitalier fonctionnent sans heurt et répondent à des signaux prédéterminés tel que le changement de quart de travail, l'arrivée des cabarets-repas, le départ pour le service de radiologie ou la tournée médicale. Les indicateurs de bio-pouvoir du corps intelligible, de Foucault, ont été

illustrés à travers la structuration et le fonctionnement de la profession infirmière. Dans la prochaine section, la profession infirmière sera associée au rôle d'agent de bon dressement identifié par Foucault.

*Le bon dressement.* Le bon dressement est la manière de manier, contrôler et former le corps déviant afin qu'il rencontre éventuellement la norme. La « surveillance hiérarchique », la « sanction normalisatrice » et « l'examen » sont trois techniques qui permettent de modeler le corps objet afin qu'il manifeste les caractéristiques recherchées pour la finalité pour laquelle il est destiné. « La discipline « fabrique » des individus; elle est la technique spécifique d'un pouvoir qui se donne les individus à la fois pour objets et pour instruments de son exercice » (Foucault, 1975, p.200). La discipline cherche à lier les corps, les sujets, afin de combiner, additionner leurs actions et leur force afin d'atteindre un objectif, dont le résultat est synergique, c'est-à-dire plus grand que la somme des individus impliqués.

Repris dans les termes de Foucault, un professionnel de la santé est d'abord un objet disciplinaire. Il est formé dans les termes d'une discipline, par exemple les sciences infirmières, afin d'incorporer des connaissances spécifiques et une identité professionnelle lui permettant et l'autorisant à reproduire un discours culturellement acceptable et cohérent avec sa discipline. Par la suite, un professionnel de la santé est un instrument disciplinaire de par les connaissances qu'il détient, les moyens dont il dispose, les actions qui lui sont permises et les droits qui lui sont attribués. Ultimement, cela confère à un petit groupe de personnes, les professionnels de la santé, un pouvoir

d'action sur les personnes, groupes, communautés et populations. En fonction de leur champ d'exercice, les professionnels de la santé unissent leur force afin de promouvoir la santé et prévenir la maladie auprès d'un grand nombre de personnes. Les activités réservées (Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec, 2016) aux infirmières telles que l'évaluation de la condition physique et mentale d'une personne symptomatique, la surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier et d'effectuer le suivi des personnes présentant des problèmes de santé complexe sont l'assise des pouvoirs conférés par l'état afin de soutenir l'appareil étatique dans les objectifs de santé qu'il fixe. L'infirmière est un agent disciplinaire de l'anatomo-politique tel que décrit par Foucault, alors que, étroitement soutenue par son positionnement privilégié du soin à domicile jusqu'au soin tertiaire, l'infirmière contribue aux visées des politiques socio-sanitaires gouvernementales en réalisant une observation hiérarchique, en effectuant des sanctions normalisatrices et en conduisant des examens.

Deux registres distincts, les corps dociles (comprendre/organiser) et le bon dressement (redresser, soigner, réadapter par la surveillance, la norme et l'examen), deux pouvoirs distincts et pourtant, deux rôles inhérents à l'infirmière. D'un côté, l'infirmière soignante cherche à comprendre le fonctionnement biopsychosocial de la personne souffrant d'une problématique de santé mentale. Elle est dédiée à comprendre le vécu subjectif de la personne, elle va à la rencontre de l'autre avec son propre vécu subjectif afin d'établir une relation de confiance et un climat thérapeutique. De l'autre,

l'infirmière agente de contrôle, agente d'un dispositif étatique qui applique des procédures empiriques et réfléchies. Elle administre de la médication régulière ou PRN pour contrôler ou corriger les opérations du corps, corps inutile pour la société, corps déviant des lois, corps dangereux pour lui-même ou pour autrui.

L'anatomo-politique est constitué de techniques qui exercent un contrôle sur le corps non seulement afin que ce dernier exécute ce qui lui est demandé mais aussi afin qu'il détienne les qualités opérationnelles requises. Afin d'exercer ce pouvoir, un mécanisme de contrôle doit exister et Foucault (1975) illustre l'existence de ce pouvoir par la métaphore du « panopticon ». Le « panopticon » est repris comme l'exemple d'une architecture parfaite reproduisant l'anatomie du pouvoir absolu, où les corps dociles sont dressés avec des résultats synergiques de la manière la plus économique possible. « Le schéma panoptique est un intensificateur pour n'importe quel appareil de pouvoir : il en assure l'économie (en matériel, en personne, en temps); il en assure l'efficacité par son caractère préventif, son fonctionnement continu et ses mécanismes automatiques ». (Foucault, 1975, p. 240). Un pouvoir économique où une grande masse de patients-détenus-écoliers-ouvriers peuvent être surveillés et contrôlés par un minimum de personnel d'encadrement. Un pouvoir propre, exercé au grand jour, qui assure une atteinte efficiente des objectifs de l'institution, soigner-corriger-éduquer-produire. « Le Panoptique peut même constituer un appareil de contrôle sur ses propres mécanismes » (Foucault, 1975, p.238). Ainsi, le personnel aussi est soumis à ce pouvoir disciplinaire puisque lui aussi sujet à une surveillance constante. L'infirmière aussi est dans la

machine panoptique, tantôt comme personnel encadrant, tantôt comme personnel encadré.

Le schéma panoptique, sans s'effacer ni perdre aucune de ses propriétés, est destiné à se diffuser dans le corps social; il a pour vocation d'y devenir une fonction généralisée (...) Le panoptisme, c'est le principe général d'une nouvelle « anatomie politique » dont l'objet et la fin ne sont pas le rapport de souveraineté mais les relations de discipline. (Foucault, p. 242-243)

Ainsi, selon Foucault, les principes établis dans le micro-fonctionnement du panopticon sont transférables et superposables à l'échelle de l'état et sont intimement liés aux différents dispositifs et systèmes de l'état. Le système de justice surveillé par les policiers, le système de santé contrôlé par les professionnels de la santé, le système correctionnel gardé par les agents correctionnels, le système de l'éducation assumé par les enseignants, le système de la force de travail maintenu par les employeurs, tous ces systèmes fonctionnent grâce aux disciplines et possèdent à des degrés variables les qualités du panoptisme.

### **Les institutions totales**

La thérapeutique en psychiatrie légale est basée sur une rhétorique de discipline et d'examen tel que décrite par Foucault (1975). Ainsi, le patient analysé comme porteur d'une maladie mentale est exclu de la société et hospitalisé dans un hôpital psychiatrique. Il devra retrouver un fonctionnement où il est capable de respecter les règles de la société afin de regagner son statut de citoyen rationnel et être autorisé à contribuer activement. Goffman (1968) fait allusion à un système disciplinaire de Foucault lorsqu'il dit que « les détails de la vie du malade sont réglés et ordonnés

suivant un système disciplinaire conçu de façon à permettre à un personnel réduit de diriger un grand nombre d'internés venus là contre leur gré. » (p.414). Plusieurs des caractéristiques inhérentes aux institutions de psychiatrie légale à sécurité maximum, recevant des patients caractérisés comme dangereux, permettent de dégager des similitudes avec les caractéristiques des institutions totales décrites par Goffman (1968). Les hôpitaux psychiatriques font partie des institutions totalitaires pour Goffman et appartiennent à la catégorie des « établissements dont la fonction est de prendre en charge les personnes jugées à la fois incapables de s'occuper d'elles-mêmes et dangereuses pour la communauté, même si cette nocivité est involontaire » (Goffman, 1968, p.46). Le caractère total de l'institution s'exprime de différentes manières, et se situe au niveau de la prise en charge, où tous les aspects de la vie de la personne auront lieu au même endroit, au niveau des liens avec l'extérieur qui sont limités et surveillés (Goffman, 1968).

*Le changement de culture.* Le reclus vit un changement culturel à son arrivée dans une institution totale. Il y entre avec sa propre culture, une « culture importée » (Goffman, 1968, p.55), soit la culture qui le définit au moment de l'admission. Goffman (1968, p.56) identifie une tension continue entre la culture importée et la culture de l'institution totale exprimée par l'usage d'expressions tel que « être enfermé » ou « être en dedans » qui n'ont de sens que s'il existe autre chose en opposition tel que « sortir » ou « aller dehors ». La culture de l'institution lui sera imposée par différents procédés, notons ceux qui contribuent à la mortification de sa personnalité et ceux qui contribuent

à la dépersonnalisation. Ces conséquences notées sur la personnalité du patient sont caractéristiques des institutions totalitaires.

*Mortification.* La mortification est un ensemble de « pratiques ascétiques destinées à réprimer les tendances mauvaises ou dangereuses pour les soumettre à la volonté » (Larousse en ligne, 2019). Goffman (1968) revisite ce concept et l'associe aux procédures et aux fonctionnements imposés par les institutions totales qui ont un caractère offensant et humiliant pour la personne et dont la conséquence est la soumission des patients afin qu'ils se conforment aux visées institutionnelles. À son admission, la personne subira différents processus clinico-administratifs considérés « nécessaires » pour le bon fonctionnement de l'institution. Toutefois, ces processus sont par leur manière d'être faits et dans la manière d'être des personnes les actualisant, associés à des techniques de mortifications selon Goffman. La personnalité et les schèmes de références de la personne sont ébranlés, sa vision d'elle-même et de son entourage se modifient progressivement. La composition de la personnalité de la personne se manifestant par son réseau social, ses rôles sociaux, sa projection externe de son image identitaire et son schème identitaire interne seront transformés. L'isolement, les cérémonies (procédures) d'admission, le dépouillement, la dégradation de l'image de soi, la contamination physique et morale sont vécus par le patient et contribuent au processus de mortification. L'isolement imposé dépouille la personne de ses différents rôles sociaux par lesquels elle se définissait. Les formalités d'admission dépouillent la personne de son identité personnelle et lui attribuent une identité institutionnelle : numéro de dossier, saisie des effets personnels externes, chambre attribuée, vêtements

fournis par l'établissement, communication du code de vie. Encore en vigueur en établissement sécuritaire de psychiatrie légale, la séance de déshabillage suivi d'un rhabillage se déroule avec, entre deux temps, une séance de douche et de recherche de parasites. Alors que l'enregistrement réduit l'identité du nouveau à ces marquages externes (nom, poids, cicatrices et tatous), une série d'interventions réalisées par le personnel soignant, différentes situations associées au fonctionnement de l'établissement, produiront et entraîneront une dégradation de l'image de soi, une contamination physique et morale et changeront profondément l'identité interne de la personne. L'environnement dans lequel évolue le reclus peut lui donner l'impression que son intégrité physique est menacée, par exemple, la rudesse du personnel, le risque de violence des autres patients, les interventions physiques faites sur d'autres patients. Il peut être placé dans des situations humiliantes tel que devoir démontrer des signes de déférences imposées, avoir à implorer, à solliciter avec insistance ou humblement des services afin d'être conforme aux attentes et aux exigences, être victime de gestes outrageants, tel que le manque de respect ou être affublé de surnoms. Une mortification plus diffuse est vécue par l'imposition du rythme de vie, de l'horaire de l'institution : le temps accordé au repas, au sommeil, les normes d'hygiène, et ce, sans égard aux besoins, croyances, intérêts de la personne. La personne perd la plupart de ses marques distinctives alors qu'elle est contrainte de se conformer tant à un horaire qu'aux attentes liées à son paraître, son comportement et son attitude. Les différents domaines de vie privée de la personne, son corps, sa sexualité, ses croyances et ses pensées seront violés, le reclus ne contrôlera plus ses frontières. La promiscuité avec les autres patients, les

bruits révélateurs des activités des patients, la surveillance continue réalisée par le personnel, les fouilles de l'environnement et/ou corporelle, le retrait des vêtements liés à des impératifs sécuritaires, le prêt de serviettes, vêtements et de sous-vêtements tachés, portés par d'autres avant soi, l'obligation de manger la nourriture fournie et de prendre des médicaments sont des exemples de contamination physique. D'un point de vue moral, l'attribution de surnom, l'usage de familiarité, l'impression d'être contaminé par le contact non-souhaité des autres co-patients, le contexte d'entrée en relation et les personnes avec qui le patient est obligé d'entretenir des relations, sont autant de situations imposées pour lesquelles le patient est impuissant et contribuent à l'impression de contamination. Notons aussi, l'écoute des conversations téléphoniques et la lecture du courrier comme des exemples de contamination où mêmes les relations entretenues volontairement par la personne seront exposées au regard d'une tierce personne et possiblement souillée.

*Dépersonnalisation.* Goffman (1968, p.79) identifie aussi des procédés qui entraînent une « rupture du lien qui unit habituellement l'agent à ses actes », la dépersonnalisation. Le ricochet est l'un de ces procédés. Cela consiste à documenter comment va réagir le patient dans une situation particulière et de reprendre ce contenu pour expliquer son comportement ou justifier une décision dans un autre contexte. L'embrigadement est lié à ce que le patient doit faire et comment il doit le faire selon les attentes et les exigences de l'institution au détriment de ses besoins spécifiques et son autonomie décisionnelle. Le contrôle est un moyen efficace d'embrigadement alors que le patient doit demander la permission pour même l'activité la plus simple, tel que

d'avoir du papier de toilette ou un crayon pour écrire ou encore lorsque tous les membres du personnel sont susceptibles de documenter un fait ou un geste passible de sanction. Le ricochet et l'embrigadement sont liés à des droits abrogés au personnel dans les institutions totalitaires qui contribuent à l'assujettissement de la personne et à sa dépersonnalisation.

Toutes les actions et les soins, les surveillances et les examens sont enregistrés et soigneusement consignés, les techniques d'examen de Foucault sont appliquées par les soignants sur les patients, les *hommes comme choses* de Goffman (1968). Goffman (1968) aborde aussi, dans un tout petit chapitre, la perspective du personnel œuvrant dans les institutions totalitaires et identifie la présence de « contradictions entre ce que font effectivement les institutions totalitaires et ce qu'elles sont censées faire selon les déclarations des responsables ». Le personnel soignant, nommé personnel d'encadrement par Goffman, se voit contraint d'exécuter son travail sur cette toile de fond de contradictions et devient par le fait même l'exécuteur disciplinaire.

Les étrangers attachés à l'établissement (...) sont presque toujours déçus. Ils sentent qu'il leur est impossible d'accomplir en ces lieux les tâches pour lesquelles on les a appelés et qu'on les 'exploite' pour donner plus de poids encore, par leur sanction professionnelle, au système de privilèges. (Goffman, 1968, p.140)

Il identifie un décalage entre les impératifs fonctionnels et administratifs des institutions et les techniques d'assujettissement en place. Un mépris systématique de la personne au centre de la raison d'être et de la mission de l'institution et le pouvoir de gouverner de l'appareil sur la personne-objet dominant. Le vécu subjectif de la personne, les interactions entre l'environnement et les interventions des soignants sur la personne et

son vécu, l'évaluation de l'impact réel des gestes, des procédures et des mécanismes en place sont occultés dans des institutions totales.

Ceux qui sont en contact permanent avec les reclus sentent eux aussi qu'ils sont placés devant une tâche contradictoire puisqu'il leur faut réduire les reclus à l'obéissance tout en donnant l'impression de respecter les principes d'humanité et atteindre les objectifs rationnels de l'institution. (Goffman, 1968, p.141)

Tel est le rôle de l'infirmière qui détient des rôles contradictoires, à la fois actrice de la relation thérapeutique et juge de la déviance, bourreau du contrôle. Cette tension dans les rôles est le cadre de l'analyse éthique du vécu de l'infirmière en psychiatrie légale en sécurité maximum au moment d'user d'un PRN contre le gré du patient, objet de la présente recherche.

Le praticien entre en contact avec deux données fondamentales : le client et l'objet défectueux. Les clients sont des êtres qui sont censés agir librement, ils appartiennent au monde social et doivent être traités avec les égards et les rites appropriés. L'objet fait partie d'un autre monde et doit être analysé dans une perspective technique, dégagée de toute contingence rituelle. Le succès de l'opération dépend de la manière dont le réparateur gardera ces deux dimensions séparées, tout en donnant à chacune l'importance qui lui revient. (Goffman, 1968, p.384)

La difficulté est accrue lorsque le patient hospitalisé en psychiatrie légale y est souvent contre son gré, alors que la notion de demande de service est absente, et que le plus souvent la conception d'objet défectueux est absente elle aussi chez le patient.

## **Chapitre 4 : Considérations méthodologiques**

Une perspective qualitative a été choisie pour cette recherche afin d'explorer et de documenter le vécu du personnel infirmier quant au recours aux contentions chimiques dans leur pratique professionnelle. Le type de devis retenu par les chercheurs est l'analyse interprétative phénoménologique (AIP).

### **Devis**

L'AIP est une méthode qualitative développée à l'origine par des chercheurs en psychologie de la santé (Colaizzi, 1978; Reid, Flowers, & Larkin, 2005; Smith, 1996, 2004). Cette approche méthodologique relativement nouvelle a connu un essor important dans les domaines des sciences humaines, sociales et de la santé (Larkin, Watts, & Clifton, 2006; Smith, Flowers, & Larkin, 2009). Le but de l'analyse interprétative phénoménologique est de comprendre la manière dont les personnes conçoivent leur environnement et font sens de leurs expériences. Se centrant sur le corps et ses perceptions, l'AIP offre une alternative à l'approche cognitive standard utilisée en psychologie de la santé, en regardant avec minutie la manière dont les personnes parlent des événements stressant de leur vie, la manière dont ils les ont vécus et en considérant avec attention la signification attribuée (Smith, 1996, p. 270). Tel qu'il le suggère, l'AIP peut compléter les méthodologies traditionnelles (mesure de variables objectives) grâce au regard attentif que cette approche fournit du vécu personnel et subjectif du corps et de la maladie, de la détresse psychologique, du concept de soi, et les répercussions de la contention (mécanique ou chimique) sur ces éléments : le chercheur utilisant l'AIP est

engagé dans un processus de double herméneutique alors qu'il tente de faire sens du vécu du participant qui tente de faire sens de son expérience (Smith et al., 2009, p. 3).

Dans les domaines des sciences infirmières, Oiler (1982) considère la phénoménologie comme une très bonne manière de comprendre la vie et les expériences individuelles. Ce projet s'ancre dans l'AIP et adapte la méthodologie décrite avec précision dans le livre publié par Smith et al. (2009). Ce projet de recherche a été élaboré afin [1] d'acquérir une compréhension critique de l'éthique d'utilisation de la contention chimique en psychiatrie (psychiatrie légale), et, [2] grâce à l'analyse phénoménologique interprétative de l'expérience des contentions chimiques, d'explorer une approche alternative à l'éthique qui prend en considération l'expérience vécue lorsque soumis à la contention chimique.

### **Milieu d'étude**

L'étude s'est déroulée dans un grand établissement universitaire bilingue (Français/Anglais) de psychiatrie légale. L'hôpital a accepté de participer au projet de recherche et le projet a reçu le soutien plein et entier de la Direction des soins infirmiers. Le milieu d'étude est un grand hôpital universitaire urbain de 295 lits offrant des soins médicaux-légaux à des patients psychiatriques en phase aigüe. L'établissement offre uniquement des soins dans un contexte de sécurité maximum et reçoit des patients prévenus-détenus, détenus de prisons provinciales et fédérales, détenus via une ordonnance de la commission d'examen des troubles mentaux du Tribunal administratif de la province où s'est déroulée la recherche, ainsi que des patients non judiciairisés du

réseau de la santé. L'évaluation de la dangerosité et du risque que présentent les patients comporte un double volet, soit le volet légal et le volet clinique.

Les équipes soignantes sont composées de 1 à 2 infirmières, selon la structure des postes, de 3 intervenants psychosociaux, d'un agent de sécurité, et d'un agent de surveillance (personne assise à la console qui assure la surveillance de l'unité, gère les déplacements et les accès du personnel et des patients sur l'unité). Le personnel de l'unité peut être appuyé par une équipe d'agent de sécurité au besoin. Les unités reçoivent 18 à 21 patients selon le type d'unité.

### **Recrutement et échantillon**

Les participants ont été recrutés sur 4 unités de soins : 2 unités d'admission et 2 unités d'expertise. L'objectif de l'étude était de recruter 5 infirmières (hommes et femmes) sur chaque unité (total  $n=20$  infirmières). Tous les participants devaient a) avoir eu une expérience directe avec la contention chimique (c'est-à-dire, avoir administré un médicament PRN contre le gré d'un patient); b) se rappeler de cette expérience ; et c) être capable et intéressé à partager son expérience (se référer à la section éthique pour plus de détails concernant le consentement et l'entrevue). Le personnel infirmier a été recruté à la suite d'une présentation publique du protocole de recherche. Les participants ont été invités à participer à des entrevues semi-structurées et enregistrées électroniquement. Les entrevues ont été non-directives et les questions demandées ouvertes. Ce type d'entrevue a été essentiel pour ce genre de recherche qualitative (Pourtois & Desmet, 1989). Les participants ont pu s'exprimer librement, en français ou

en anglais, et leurs questions ont été clarifiées *in situ*. Les entrevues se sont tenues dans une pièce fermée sur l'unité où seul l'intervieweur et le participant étaient présents. Le but de la collecte de données a été de mieux comprendre la réalité quotidienne des participants, et la manière dont ils ont vécu leur relation avec l'environnement, leur corps et le corps des autres personnes avec qui ils ont été en interactions lors de l'administration d'un PRN contre le gré d'un patient. Au total, 14 entretiens ont été sélectionnés pour cette recherche, au terme desquels une saturation des données a été atteinte. Une nuance importante doit être apportée ici en regard du concept de saturation des données puisqu'il est important de dire que tout n'a pas été trouvé en lien avec le phénomène et qu'il reste encore de nombreux éléments à explorer. Le concept de saturation des données utilisé est de nature pragmatique et a guidé le chercheur à terminer le recrutement et la collecte de données des infirmières en lien avec la question de recherche et les réponses fournies durant les entrevues semi-structurées.

### **Collecte de données**

La collecte de données a compris [1] des entrevues en profondeur semi-dirigées, réalisées par le chercheur principal et des assistants de recherches aux études supérieures; [2] le recensement et l'analyse des documents institutionnels référant aux politiques et procédures balisant la médication d'appoint administrée au besoin (médicament PRN). À cette fin, un guide d'entrevue semi-structurée a été conçu dans le but d'obtenir un récit le plus riche et détaillé possible de chaque participant (Benner, 1994; Pourtois & Desmet, 1989) : [1] pour accéder au phénomène du corps soumis aux contentions chimiques; [2] pour donner une voix (Larkin et al., 2006) et permettre la

compréhension de l'expérience profondément personnelle et son expression par la parole et les gestes; et [3] à travers l'interprétation phénoménologique, pour comprendre le processus subjectif et la manière d'attribuer une signification à cette expérience, un aspect qui est sous-développé dans les écrits (Brocki & Wearden, 2006; Larkin et al., 2006) et qui n'est jamais discuté dans un cadre éthique. Les entrevues ont exploré des contradictions vécues par le corps qui est à la fois un sujet du monde et un objet biomédical – c'est-à-dire, intégré et exclu du système de santé (dont les parties sont parties intégrantes du système de santé mais dont le sujet est exclu de l'opération du système) – particulièrement en psychiatrie légale. Le guide d'entrevue est disponible à l'annexe A. Tous les participants ont signé le formulaire de consentement (voir annexe B).

### **Analyse des données**

Les expériences des infirmières responsables des soins des patients soumis à la contention chimique ont été explorées et comparées. Au cours du processus analytique, chaque cas a été examiné de manière individuelle afin de cerner son unicité et, dans un deuxième temps, a été comparé afin de déceler la présence de similitudes entre les vécus. Une attention particulière a été portée à chaque nouvelle transcription afin de porter un regard neuf, dans la mesure du possible, sur chaque cas afin de laisser émerger les nouveaux thèmes sans que des idées préconçues ou celles émergeant des cas précédents ne viennent teinter ou bloquer la signification exprimée par le participant. Bien que de nombreux auteurs en phénoménologie recommandent de faire du « bracketing », ceci n'est pas réaliste – et ni même désirable – compte tenu de la position

épistémologique (analyse critique) et du cadre théorique. Différentes techniques existent afin de retenir temporairement le jugement personnel du chercheur durant l'analyse et d'autres, au terme de l'analyse, afin de valider les résultats d'analyse, soit entre chercheurs ou directement avec les participants. Le processus d'analyse de chaque transcription a été inductif, c'est-à-dire que le processus d'analyse s'est effectué à partir des descriptions et des observations captées dans les propos de chaque participant pour ensuite émettre une proposition qui en rendait compte. Dans l'AIP, ces propositions sont de nature interprétative, où le niveau d'interprétation peut être plus ou moins élevé selon la capacité du chercheur à en interpréter le sens.

Les six (6) étapes d'analyse proposées par Smith et al. (2009) ont été utilisées pour l'analyse des données. Étape 1 : Lecture et relecture. Un processus itératif de lecture a été fait. Cette première étape a consisté à s'immerger dans le vécu du participant qui devait devenir le focus de l'analyse. Les pensées, commentaires et émotions du chercheur ont dû être notés afin de les contenir temporairement en dehors de l'analyse du vécu du participant. La structure de l'entrevue, des liens entre certaines sections, des sections plus riches et détaillées, la présence de contradictions et de paradoxes ont été identifiés. Étape 2 : Codification initiale. Cette étape a été réalisée simultanément avec l'étape 1, alors que la transcription a été annotée. Les notes exploratoires pouvaient être de trois (3) types : les commentaires descriptifs cernaient le contenu de ce que le participant avait partagé, les commentaires linguistiques identifiaient la manière dont le participant avait partagé son vécu et les commentaires conceptuels mettaient en lumière les concepts présents dans le vécu du participant. Étape

3 : Thèmes émergents. Les liens et les relations dans les notes exploratoires ont été identifiés. L'analyse plus interprétative a ensuite débuté mais devait rester proche des propos des participants, les notes exploratoires ont été faites de manière détaillée. Les thèmes émergents devraient refléter la compréhension que le chercheur a eu du vécu du participant, être l'image du sens saisi. Étape 4 : Rechercher des liens entre les thèmes émergents. Les thèmes ont été juxtaposés, sériés, unis et séparés afin d'en saisir les recouvrements. À cette étape, des thèmes ont été fusionnés et d'autres laissés de côté en fonction de la question de recherche. Une représentation spatiale, carte conceptuelle, du vécu du participant a aidé à cette étape. Étape 5 : analyser la transcription suivante. Au moment d'analyser la transcription suivante, le chercheur n'est plus seulement chargé de son propre vécu subjectif, mais il porte aussi sa compréhension du vécu du participant précédent. Il a donc fallu porter une attention particulière à la lecture initiale de la transcription suivante afin de rester disponible et ouvert à recevoir le vécu tel qu'il a été exprimé par le participant suivant, de rendre justice à son individualité et son unicité tel que Smith et al. (2009, p.100) le soulignent. Étape 6 : rechercher des schémas entre les cas. Les cartes conceptuelles ou schématiques des participants ont été comparées, les liens et les interactions ont été analysés à la lumière de l'ensemble des participants. Les éléments individuels étaient spécifiques mais recoupaient des caractéristiques communes qui ont pu devenir des catégories. En présence d'un échantillon large, ici  $n=14$ , l'utilisation d'un tableau afin de compiler la récurrence des thèmes a aidé à identifier à la fois la présence de thèmes communs à tous les participants et leur importance en lien avec leur fréquence de répétition. Au terme de l'analyse de toutes les entrevues, les

thèmes similaires et/ou récurrents ont été recherchés. Les parallèles et les différences dans les thèmes ont été répertoriés dans le vécu des infirmières. L'analyse n'a pas été seulement une analyse de premier niveau ou une simple analyse descriptive; elle a été une interprétation réalisée au niveau conceptuel qui a mis en relation la description initiale du phénomène par le participant avec le contexte social et culturel, et même le contexte théorique (Larkin et al., 2006). Le défi herméneutique a été de comprendre le vécu du participant non pas avec une perspective rationnelle cartésienne abstraite mais comme un sujet complexe, être-au-monde (*being-in-the-world*, Heidegger, 1962), étant et vivant dans le monde, à la fois sujet et objet dans l'espace, c'est-à-dire un sujet de langage, culture, idéologie, éducation, attentes sociales, et ainsi de suite. Ce fut à ce niveau, le niveau du corps-vécu, que les relations éthiques, les comportements et l'attribution du sens ont été compris. Par la suite, l'analyse interprétative phénoménologique du vécu des infirmières a été discutée en s'appuyant sur le cadre théorique décrit plus haut.

Le corps, dans une perspective phénoménologique, est un lieu riche pour une analyse éthique. En effet, l'éthique du corps (Shildrick & Mykitiuk, 2005) va au-delà du principalisme (*principlism*, Beauchamp & Childress, 2009), et par-delà les indicateurs de résultats et les lignes directrices basées sur des codes de conduite morale. Même si ces normes sont évidemment nécessaires, elles sont insuffisantes si l'objectif est de comprendre la manière dont l'expérience subjective du corps, de même que sa rationalité intersubjective, forment, elles aussi, la base d'une pratique éthique. Ainsi, même si cette étude a été soutenue par un cadre théorique, il est important de réitérer que l'expérience

vécue a été l'objet central de cette recherche afin d'étudier les déterminants sociaux, pratiques et éthiques de la santé et du soin en interaction dans cet environnement.

### **Critères de rigueur**

La rigueur du processus de recherche est étroitement liée à la validité des données de recherche qualitative. La validité scientifique des résultats est généralement appelée véracité en recherche qualitative et est définie comme le « niveau de confiance que les chercheurs travaillant dans le domaine qualitatif accordent à leurs données » (Loiselle, Profetto-McGrath, Polit, & Beck, 2007, p.44). Le chercheur doit pouvoir expliquer les processus utilisés afin d'étayer ses résultats (interprétation et conclusion) et la qualité des résultats de recherche est associée à la rigueur avec laquelle les chercheurs ont utilisé des méthodes permettant d'améliorer la véracité des résultats. Des principes de recherche qualitative établis ont été utilisés pour l'analyse des données (Denzin & Lincoln, 1998). La validité des données a été vérifiée tel qu'énoncé par les principes de crédibilité, transférabilité, dépendabilité (fiabilité) et confirmabilité, en utilisant une vérification par les membres de l'équipe de recherche, une description détaillée et en maintenant un journal de bord détaillé du processus analytique (voir: Cresswell, 1998; Devers, 1999; Lincoln & Guba, 1985; Miles & Huberman, 1984; Stake, 1995, 2000). Un dernier facteur, particulièrement important pour l'analyse interprétative phénoménologique, a été de réduire les risques de biais en portant une attention particulière au principe de réflexivité.

*Crédibilité.* Une étude est crédible si l'on estime que les méthodes employées par les chercheurs engendrent des données et une interprétation exacte (Loiselle et al., 2007,

p.44). Selon Lincoln et Guba (1985), l'engagement prolongé est une technique qui peut augmenter la probabilité d'obtenir des données et des interprétations crédibles (cité dans Loisel et al., 2007, p.337). Le chercheur principal a déjà effectué une recherche dans le milieu et dans des milieux similaires. Il est familier avec le contexte de soins sous contrainte, en connaît la culture. La chercheuse collaboratrice est employée dans le milieu depuis 12 ans. Son engagement dans le milieu lui donne une sensibilité très pointue du milieu de recherche. Elle connaît la culture organisationnelle, les idéologies sur lesquelles le milieu repose dans son fonctionnement quotidien ainsi que les discours dominants, les normes officielles et les codes sociaux et professionnels en vertu desquels les travailleurs s'acquittent de leurs fonctions, interagissent entre eux et avec les patients. La chercheuse collaboratrice a débuté son immersion dans les données avec le processus d'analyse des données transcrites.

*Dépendabilité/fiabilité.* Pour cette thèse, il est important de rappeler que la collaboration de la chercheuse collaboratrice avec l'équipe de recherche a débuté lorsque les transcriptions des entrevues des infirmières lui ont été confiées afin d'en réaliser l'analyse. Il est reconnu, en recherche qualitative, que le manque d'accès direct aux participants et le manque d'accès aux enregistrements des entrevues bloquent l'accès à des indices verbaux et non verbaux qui auraient pu enrichir ou orienter différemment l'interprétation qui est faite des données. C'est une limite à prendre en considération lors de la lecture des résultats puisque le processus d'immersion avec les données a débuté à partir des données déjà retranscrites.

Des séances d'échanges régulières ont eu lieu entre la chercheuse collaboratrice et le chercheur principal afin d'examiner et analyser différents aspects de la recherche. La rétroaction des membres du comité examinateur a été une autre forme de vérification externe par des chercheurs expérimentés qui connaissent bien le contexte de soins infirmiers prodigués sous la contrainte.

*Réflexivité.* La réflexivité est une « introspection critique menée par le chercheur et portant sur ses préjugés, ses préférences et ses préconceptions (Loiselle et al., 2007, p.46). Cette introspection a été faite afin de protéger le plus possible le processus d'interprétation des opinions personnelles du chercheur. L'analyse des données a été teintée par 1) le rôle professionnel exercé par la chercheuse collaboratrice, 2) sa grande connaissance du milieu, 3) son souci de soutenir la pratique des infirmières pour lesquelles elle se considère en partie responsable par son rôle actuel à la Direction des soins infirmiers et 4) ses propres expériences dans les tensions de rôles documentées dans les écrits en regard du rôle de l'infirmière en psychiatrie légale. Tous ces facteurs sont à la fois des éléments ayant ajouté profondeur et richesse à l'analyse et des éléments ayant affecté la neutralité de l'analyse. Bien que sur ses gardes quant à ses préjugés et ses préconceptions sur le vécu des infirmières consigné dans les transcriptions analysées, la possibilité que l'analyse de la chercheuse collaboratrice n'ait pas été absolument neutre ne peut pas être exclue.

*Confirmabilité.* La réflexivité continuelle et la rédaction des opinions/hypothèses par la chercheuse collaboratrice sont des techniques qui ont été utilisées et qui ont permis

d'augmenter la confirmabilité des données. Un vérificateur externe pourrait consulter les pistes de vérification de la chercheuse collaboratrice, à savoir les commentaires descriptifs à même les transcriptions, les tableaux de regroupements des données en fonction de la codification jusqu'à l'émergence des thèmes et la création des cartes conceptuelles. Un journal de bord de la chercheuse est aussi disponible avec les questionnements soumis au superviseur de thèse/chercheur principal. La chercheuse a aussi conservé les multiples versions de la rédaction des résultats et de la discussion.

*Transférabilité.* La transférabilité est le degré auquel les conclusions s'appliquent à d'autres contextes ou à d'autres groupes (Loiselle et al., 2007, p.47). La description étoffée, riche et complète, du cadre de recherche comprenant le cadre légal du contexte de soins, l'environnement de soins, la composition des équipes de soins et des processus étudiés dans l'acte de soins, fournit les informations précises nécessaires à la transférabilité des résultats de cette recherche.

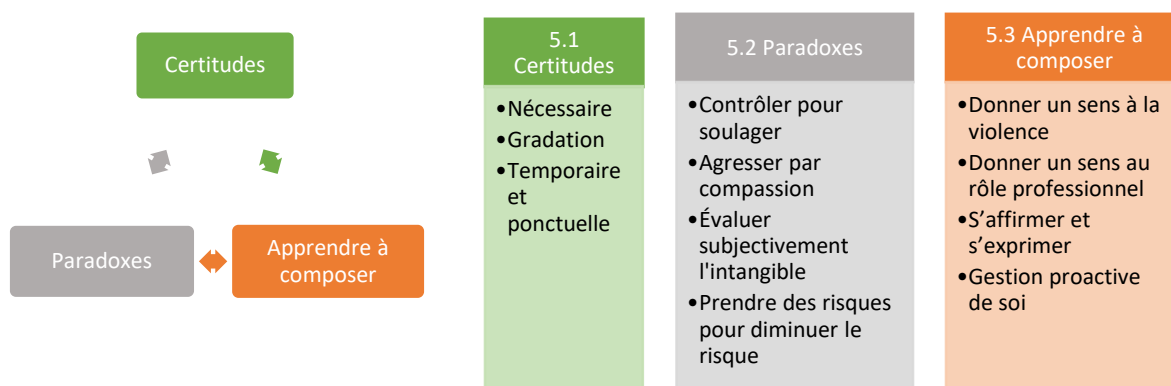
### **Dimensions éthiques**

Les approbations éthiques de l'université et de l'hôpital où a eu lieu la recherche se trouvent dans l'annexe C. La confidentialité de la collecte de données a été assurée par l'attribution d'un code alphanumérique aux entrevues. Par exemple, 11a (unité #1, Infirmière a). La durée prévue de conservation des données (les transcriptions et les notes terrain) a été établie à 6 ans dans le bureau du chercheur principal à l'Université d'Ottawa. Des règles strictes ont été respectées en tout temps en regard de la confidentialité afin de permettre un dialogue ouvert, honnête et instructif entre les

participants et les chercheurs. Néanmoins, les chercheurs ont été conscients que des participants puissent être réticents à répondre à certaines questions. Conséquemment, et ce dès les tous premiers contacts, ils ont tenté d'établir une atmosphère de confiance mutuelle, et ils ont encouragé l'expression et l'échange d'une information non censurée.

## Chapitre 5 : Résultats

Le vécu de l’infirmière en regard du recours à la contention chimique est un processus complexe et multidimensionnel. Il prend naissance sur des faits, simples à première vue tels que la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS) et le protocole d’utilisation des mesures de contrôle de l’établissement. Pourtant, dans son vécu, l’infirmière exprime vivre de nombreuses difficultés dans l’actualisation de cette intervention. L’analyse des données du vécu de 14 infirmières exerçant en psychiatrie légale en contexte de sécurité maximum a révélé trois grands thèmes: *certitudes*, *paradoxes* et *apprendre à composer*. Les certitudes sont des éléments qui appartiennent aux connaissances de l’infirmière quant à l’utilisation de la contention chimique. Les paradoxes sont des zones grises, des zones qui sont liées à l’évaluation, au jugement clinique et aux particularités des milieux de soins sous contrainte. Finalement, l’apprentissage est un processus commun à toutes les infirmières mais que chacune traverse à sa manière.



**Figure 1.** Modélisation graphique des thèmes et catégories

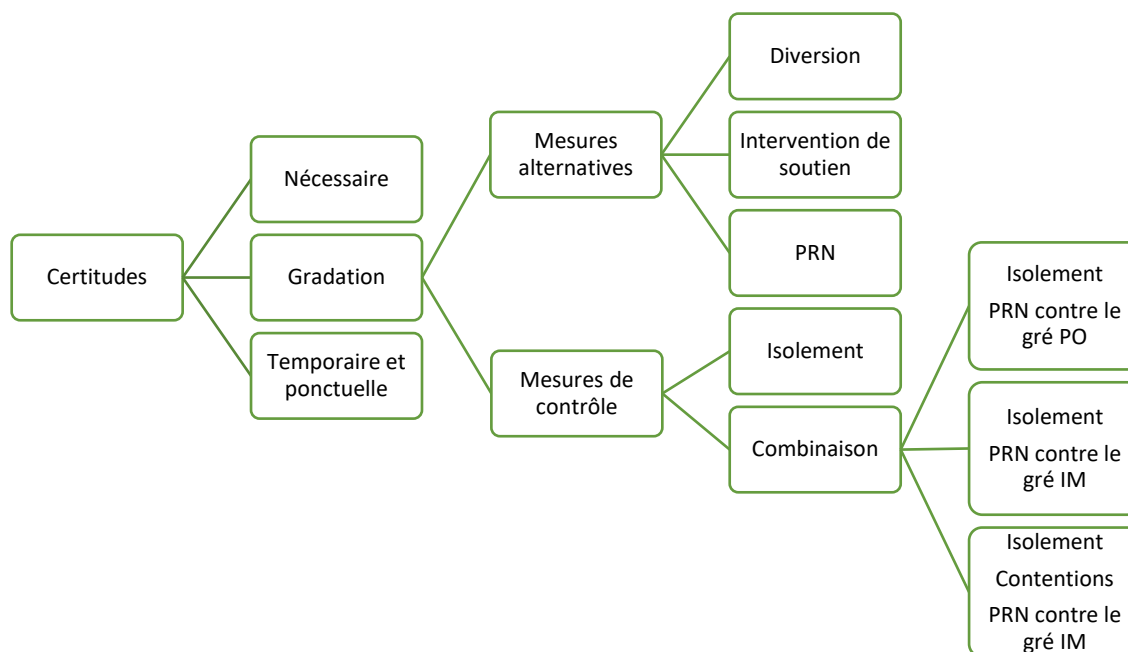
## 5.1 Certitudes

Les certitudes sont des éléments que les infirmières ont de la facilité à expliquer ou à endosser et qu'elles se doivent de connaître. Les thèmes *nécessaire*, *gradation* et *temporaire et ponctuelle* font partie de cette catégorie. Les infirmières considèrent que l'utilisation des contentions chimiques est nécessaire dans le contexte de soins où elles évoluent, la possibilité de ne pas y avoir recours si le contexte était différent, la gradation des interventions sur un continuum de plus en plus contraignant et en fonction du continuum de dégradation de l'état clinique constituent l'essentiel de cette catégorie. Les infirmières détiennent ces connaissances initiales de manière théorique, grâce à leur formation ou par le biais du protocole d'utilisation des mesures de contrôle de l'établissement. Par la suite, les connaissances expérientielles s'ajoutent et viennent renforcer leur vision ou leur manière d'appliquer les principes d'utilisation des mesures de contrôle. La figure 2 présente une modélisation du thème « Certitudes ».

### 5.1.1 Nécessaire

Le PRN contre le gré du patient est utilisé et considéré par les infirmières comme nécessaire et essentiel dans le contexte de soins où elles œuvrent actuellement. Cette infirmière ne peut s'imaginer sans ce choix d'intervention. Pour elle, la contention chimique est une manière de rétablir le sens, l'ordre dans l'unité, tant au niveau de la protection d'autrui que le bien-être du patient :

Pas de contentions, pas d'injections, pas rien? (...) Pas du tout, pas du tout. Ça serait le bordel là, ça serait avec, juste pour la protection des autres patients, la protection des employés, le bien-être en même temps du patient, ça n'aurait pas de sens-là. (Inf 2, p.5)



**Figure 2.** Modélisation du thème Certitudes.

Les deux grands axes de préoccupations des infirmières sont la gestion du risque et le bien-être du patient. L'infirmière #12 contextualise la nécessité de la contention chimique par la spécialité de l'établissement et le niveau de dangerosité de la clientèle : « ... je pense que c'est quand même nécessaire parce que dans un milieu comme à \*\*\*\* c'est des patients qui ont un risque de dangerosité élevé, donc euh, si on s'en passe on se met à risque aussi là. » (p.4). Cette infirmière souligne le manque de solution alternative face au risque que la perte de contrôle du patient violent présente :

C'est parce que j'ai, il n'y avait pas d'autre solution, il y avait pas de mesure alternative à ce moment-là, il y avait trop de risque pour lui, il y avait trop de risque pour nous, il était en perte de contrôle là, il risque de se blesser, c'est tout le temps ça là. (Inf 14, p.17)

Sans complètement occulter la gestion du risque de son discours, l'infirmière suivante tient pour sa part un discours essentiellement centré sur le patient et sa détresse. Selon elle, la contention chimique est donc requise pour soulager l'expression d'une détresse extrême :

Moi, je pense que oui [la contention chimique est nécessaire]. Je pense que oui. Quand la détresse est rendue à bout là, faut faire quelque chose. C'est l'opinion que j'en ai, c'est, faut faire quelque chose quand la détresse est au paroxysme. (Inf 6, p.8)

Cette infirmière est consciente de la controverse que suscite cette intervention, mais son sentiment d'impuissance est plus grand : « Dans les faits, mais quand on a à le faire, on doit pouvoir le faire parce que sinon, on fait quoi? (...) il faut pouvoir utiliser ces moyens-là quand on en a besoin. » (Inf 9, p.7) Pour cette infirmière, la contention chimique est nécessaire et son efficacité indéniable : « ... je sais que c'est quand même, c'est un moyen efficace de dernier recours. Puis, je ne pense pas qu'on pourrait travailler sans PRN. » (Inf 4, p.11) Le contrôle, le maintien de l'ordre, le recours à un moyen efficace de soulagement et de répression de comportements dangereux sont essentiels pour ces infirmières.

### **5.1.2 Gradation**

L'utilisation de la contention chimique s'inscrit dans un continuum d'intervention qui respecte un principe central chez toutes les infirmières incluses dans cette étude: la mesure choisie doit toujours être la moins contraignante possible. Pour ce faire, les infirmières utilisent des interventions simples ou en combinaison qui se divisent en deux

catégories, les mesures alternatives et les mesures de contrôle. Au sein de chaque catégorie, une gradation est présente.

### *Mesures alternatives*

Les mesures de remplacement doivent être utilisées avant de recourir aux mesures de contrôle. Pour toutes les infirmières, il y a des mesures alternatives possibles afin d'éviter de recourir au PRN contre le gré ou alors pour en retarder l'utilisation et ainsi diminuer sa fréquence d'utilisation. Elles identifient trois grands types de mesures alternatives disponibles, soit les activités de diversion, les interventions de soutien et l'administration consentie, préventive, de PRN.

*Diversion.* La diversion est très fréquente et se réalise via différents médiums tel que la musique, l'écriture, l'art ou l'activité physique :

... se promener chacun avec leur musique, mais avec des écouteurs, mais ça là, il y a des patients là que c'est vraiment efficace. Ça diminue, puis c'est eux-mêmes qui nous le disent, quand j'entends, quand j'écoute de la musique, j'entends plus les voix. (...) Bon bin, il y en a d'autres que ça va être d'écrire, fait qu'on leur donne du papier, un crayon (...) tu veux voir ton médecin, bin regarde, tu as des choses à lui demander, bin regarde si tu ne veux pas les oublier, note-les, tu sais, quand tu vas le voir, amène ton papier. (...) de prendre un bain si c'est possible, mais ce n'est pas toujours possible parce que le patient il ne se sent pas bien, (...) ou lire ou euh, de se retirer à sa chambre pour diminuer les stimuli... (Inf 13, p.13)

*Interventions de soutien.* Le deuxième groupe de mesures alternatives sont les interventions de soutien que les participantes appellent des « PRN relationnels ». Ces mesures alternatives consistent à passer du temps auprès des patients et à appliquer des stratégies de relation d'aide afin de faire diminuer le stress et l'anxiété : « ... des fois je

lui propose, bin juste de lui parler, il se sent mieux. (...) avant d'arriver à l'injection, on a déjà travaillé avant, on parle avec lui, on essaye de désamorcer ... » (Inf 4, p.2). Ces interventions sont appréciées par les infirmières et devraient, selon elles, être réalisées de manière plus fréquente. Toutefois, elles partagent ne pas pouvoir les utiliser aussi souvent qu'elles le souhaiteraient par manque de temps et de ressources :

C'est sûr, mais encore là, il y a souvent la même, sûrement, préoccupation, moi à tous les centres [les autres hôpitaux où elle travaille ou a travaillé] le manque de temps, puis le manque de personnel, puis il y en aurait là on pourrait, combien de fois qu'on pourrait s'asseoir avec le patient, jaser, puis que l'anxiété, elle diminue de moitié si pas totalement, puis on donnerait pas mal moins de pilules, je suis pas mal sûr là. (Inf 7, p.6)

*PRN*. Le troisième type de mesure alternative utilisé par les participantes est le PRN. La gestion des symptômes de psychose est une manière de prévenir le passage à l'acte et de prévenir le recours à des mesures de contrôle plus contraignantes :

... je peux proposer un PRN même s'il n'est pas vraiment désorganisé (...) qu'il est en groupe (...) qu'il entend des voix, qu'il est halluciné, ou bien des fois quand il vient me voir (...) je lui propose le PRN, souvent y'a 80% des cas, ils acceptent... (Inf 4, p.2)

La détérioration graduelle de l'état clinique entraîne une augmentation graduelle du risque de lésion et du recours aux mesures de contrôle :

On l'offre par la bouche, puis on explique pourquoi on va lui donner, puis, mais s'il ne veut pas dans un premier temps, je ne vais pas sauter dessus là. Donner l'intramusculaire là, si on voit que ça se dégrade, mais que l'offre a déjà été faite, là on va procéder à l'intramusculaire. (Inf 6, p.2)

La prévention est importante pour toutes les participantes et toutes affirment avoir à cœur le bien-être de leurs patients.

### *Mesures de contrôle*

Lorsque les mesures alternatives échouent, le recours aux mesures de contrôle devient une option envisagée. L'isolement peut être utilisé seul tandis que les autres types de mesures de contrôle sont habituellement utilisés en combinaison.

*Isolement.* Dans les mesures de contrôle, l'isolement est considéré comme une première mesure, jugée comme étant la moins contraignante: « J'ai un patient qui s'agite, on l'envoie dans sa chambre (...) » (Inf 1, p.1).

*Combinaison.* La seconde étape sur le continuum d'intervention est l'administration d'un PRN, avec le consentement du patient d'abord, puis sans son consentement. Au moment d'administrer le PRN, avec ou sans consentement, les infirmières vont toutes tenter la voie *per os* en premier : « ... je vais lui offrir du PO, tout le temps. » (Inf 1, p.1). La grande majorité des participantes ont partagé leur vision de l'injection comme étant très intrusive et portant atteinte à l'intégrité physique du patient : « Bin, une injection c'est quelque chose de très intrusif aussi... Fait que, ce n'est pas notre premier choix. » (Inf 2, p.1). Une infirmière évoque le fait que l'injection est une intervention agressive en soi: « Oui, on peut leur proposer d'abord [par la bouche] (...). Oui, parce que je trouve que par intramusculaire c'est plus agressif. Si la personne collabore à le prendre par la bouche, tant mieux. » (Inf 11, p.1). Pour toutes les

participantes, même si la contention chimique est nécessaire, elle est toutefois une intervention qu'elles souhaitent éviter le plus possible dans sa forme injectable :

Tu sais, je vais, la mesure du possible, compte tenu que le patient, je suis une figure qu'il connaît, je vais essayer d'être au-devant, puis de lui parler, puis de lui dire : Regarde, on est rendu là là, est-ce que tu veux collaborer avant qu'on se rende plus loin là? (Inf 6, p.4)

À un certain niveau de détérioration clinique et de risque de lésion, la contention chimique sous sa forme injectable devient obligatoire. La molécule prescrite et son dosage sont alors évalués par l'infirmière et sont choisis parmi les prescriptions disponibles afin d'être le moins contraignants possible : « ... la médication n'est pas euh, c'est minimal, pour pas cacher la, tu sais, comme pour un peu faire émerger la personne, mais sans non plus euh, cacher la personnalité. » (Inf 10, p.5).

Différentes combinaisons de mesures de contrôle (isolement, PRN *per os*, contention chimique sous forme *per os* et/ou injectable, contention mécanique) sont réalisées par les infirmières afin de favoriser un recours moins contraignant des mesures de contrôle en termes de durée d'application et d'un point de vue éthique. De manière générale, la contention chimique en injection est administrée automatiquement en combinaison à la contention mécanique : « ...c'est quand quelqu'un est vraiment désorganisé là, quand quelqu'un est souffrant, désorganisé, qu'il se ramasse en mesure de contention [mécanique], on met un PRN avec pour le retrouver le calme... » (Inf 5, p.1). La contention chimique, qui prodigue une légère sédation aidant le patient à revenir à un état plus calme, est associée à une mesure plus humaine que de laisser le patient

psychotique, souffrant, s'agitant dans les contentions [mécaniques] : « Quand t'es rendu à être obligé de mettre les contentions physiques [mécaniques] à un patient, c'est parce qu'il a besoin de contentions chimiques aussi là. » (Inf 13, p.8). De plus, l'intensité des comportements et la gravité de la détérioration de l'état clinique sont telles que le patient peut se blesser durant sa perte de contrôle. L'application seule des mesures d'isolement et de contentions mécaniques seront insuffisantes pour diminuer le risque de lésion et faire cesser la perte de contrôle. Le PRN est administré pour minimiser le temps d'application des contentions mécaniques : « ... puis je pense que [sans contention chimique] ça serait vraiment plus long que la personne prenne, tu sais, retrouve son calme, fait que, elle serait en contention [mécanique] bien plus longtemps. » (Inf 3, p.10). Les participantes précisent toutes que l'application de contention se fait selon l'évaluation du risque de lésion que présente le patient et que les automatismes sont proscrits: « Si le patient est résistant mais qu'il ne tente pas de frapper ou mordre ou des choses comme ça, bin on peut juste comme euh, donner l'injection, sortir de la chambre puis euh, laisser décanter autrement dit. » (Inf 10, p.3).

### **5.1.3 Temporaire et ponctuelle**

L'utilisation du PRN contre le gré est décrite par les participantes comme étant temporaire et ponctuelle. Le PRN est utilisé pour une période limitée dans le temps, et ce sursis permettrait aux infirmières de développer d'autres moyens pour soulager la souffrance :

... quand mes patients arrivent, ils ont une souffrance. Je vais parler avec eux-  
autres, je vais offrir le PRN, je vais l'offrir puis, à chaque fois qu'on l'offre, de

trouver des alternatives pour diminuer la souffrance, puis un moment donné, y'en ont plus besoin de PRN. (Inf 6, p.6)

La contention chimique est utilisée dans une situation précise afin de résoudre une crise d'agressivité potentiellement destructrice. De manière générale, les participantes associent la contention chimique à la sédation et le retour au calme dans une situation ponctuelle alors que le traitement est associé à un traitement continu à long terme :

... il y a une différence parce que le traitement ça va être plus la médication régulière là qu'il va recevoir là, selon son diagnostic, selon ce que le médecin prescrit, à chaque fois qu'il le rencontre, il voit s'il a à réajuster la médication. Une mesure de contrôle, c'est vraiment un peu, je te dirais un peu en situation, j'vais aller situation d'urgence là. Tu sais, pour pas qu'il se blesse, puis pour pas qu'il ne blesse personne non plus puis parce qu'il n'est vraiment pas bien là... (Inf 13, p.2)

La gestion ponctuelle d'une crise est un indicateur du PRN en tant que contention chimique en comparaison avec le traitement quotidien, administré en continu et à long terme selon le diagnostic établi : « ...un traitement pour moi, on dirait que c'est plus long-terme (...) le contrôle, moi c'est, à mes yeux c'est (...) ponctuel, c'est, y'a un risque de lésions, on applique quelque chose, ça se règle, fini.» (Inf 3, p.14). L'accès au contenu mental et la participation à des séances de psychothérapie sont des éléments associés au traitement. Par ailleurs, l'absence d'accès au contenu mental et l'incapacité à entrer en relation figurent parmi les éléments qui entraîneront l'usage de la contention chimique en présence d'un risque imminent de lésion : « Bin, quand ils sont en traitement, ils rencontrent leur psychologue (...) ils font vraiment un traitement. Mais, quand quelqu'un est vraiment désorganisé là, il est plus là, là... » (Inf 5, p.1).

Les certitudes, identifiées ci-dessus, sont les éléments associés à l'utilisation du PRN que l'infirmière est en mesure de documenter et d'expliquer clairement. Les certitudes sont associées à des aspects tangibles, voire mesurables (ex : temps) et démontrables. Dans la section suivante, de nombreux paradoxes présents dans le vécu phénoménologique des infirmières seront identifiés en lien avec l'usage de la contention chimique. Ces paradoxes entraînent de l'incertitude chez les infirmières, qui devront trouver une manière de composer avec ceux-ci.

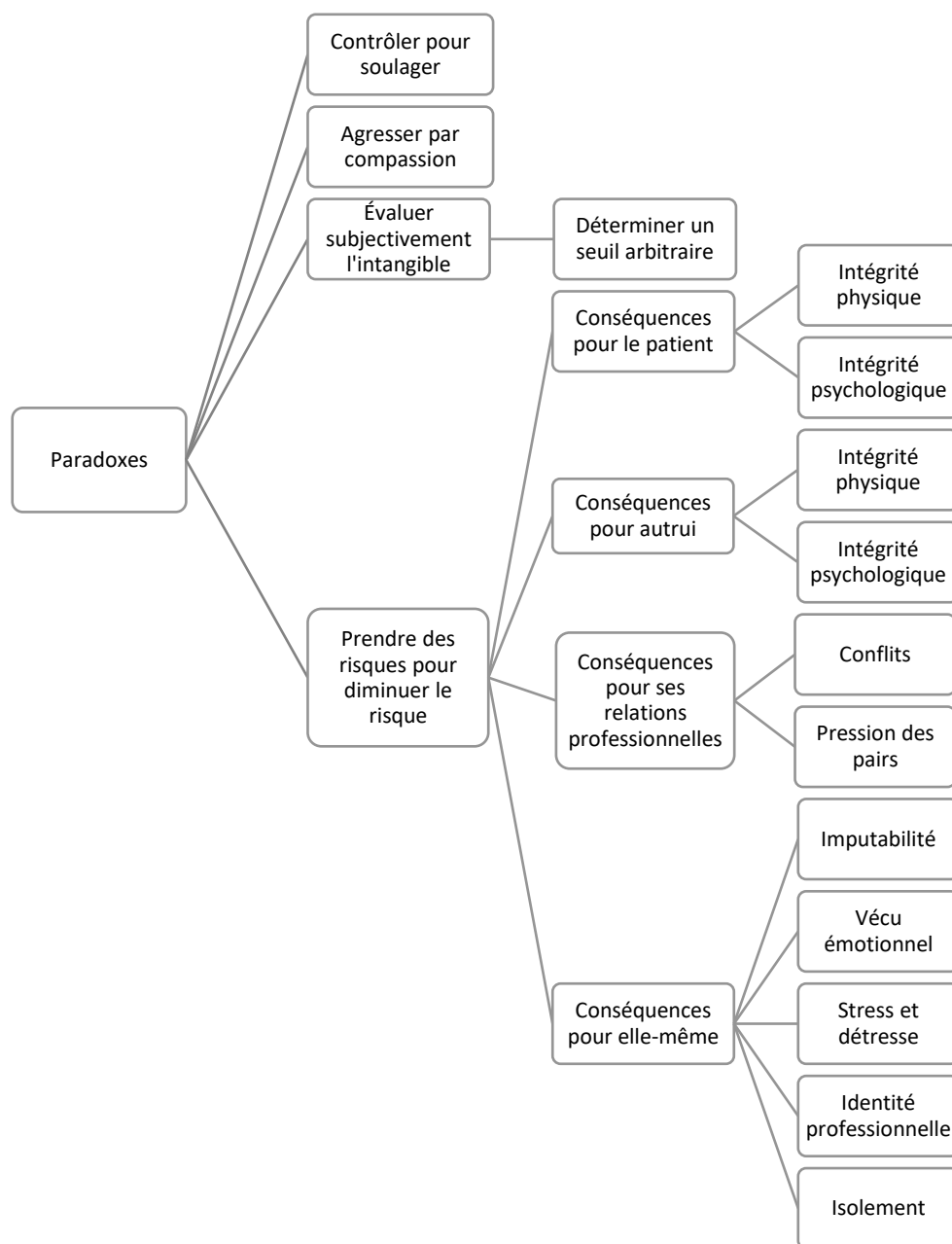
## 5.2 Paradoxes

Un paradoxe est l'association de deux faits, de deux idées contradictoires qui paraissent défier la logique (Larousse, 2019). Les données recueillies reflètent des paradoxes nombreux et polymorphes: *contrôler pour soulager, agresser par compassion, évaluer subjectivement l'intangible et prendre des risques pour diminuer le risque*. La figure 3 présente une modélisation du thème « Paradoxes ».

### 5.2.1 Contrôler pour soulager

Dans la catégorie des mesures de contrôle, les participantes établissent une distinction entre les différentes mesures de contrôle (MC). D'un côté l'isolement et la contention mécanique, de l'autre, la contention chimique (PRN administré contre le gré). Les mesures de contrôle de type isolement et contention mécanique sont clairement associées à un arrêt d'agir, à un contrôle des comportements qui présentent des risques de lésions auto ou hétéro dirigées.

(...) la mesure de contrôle-là qui restreint vraiment, pour moi c'est les menottes, les contentions [mécaniques]. (...) c'est pour éviter qu'il frappe. Il peut toujours frapper, mais il va avoir moins, en tout cas, ça va minimiser un peu sa possibilité, ça pour moi, c'est une mesure de contrôle. (Inf 14, p.2)



**Figure 3.** Modélisation du thème Paradoxes.

Le PRN, lui, a une dualité dans son rôle tant au niveau de son utilisation que de son intention thérapeutique :

(...) on va prendre la décision de le donner, mais le but, ce n'est pas de les, nécessairement la contention, mais c'est de le rendre confortable parce que quand t'es comme ça là, moi mon patient, il est très souffrant, puis c'est comme ça que je le vois, souffrant... (Inf 6, p.1)

Les participantes affirment que, même si le PRN a des répercussions sur les comportements d'agression et a pour conséquence de diminuer ou cesser la perte de contrôle que présente le patient, il est administré avec l'intention thérapeutique claire de soulager la souffrance du patient : « Si on veut les aider à, à reprendre justement le contrôle, à les stabiliser mentalement, bin on n'a pas le choix. » (Inf 14, p.14). Pour les infirmières, c'est cette souffrance, source de la perte de contrôle et du risque de lésion subséquent, qui est l'objectif du PRN. Ainsi, les premières mesures de contrôle, à savoir l'isolement et la contention mécanique, auraient une intention unique et claire de contrôler. La contention chimique présenterait, quant à elle, une visée thérapeutique vis-à-vis la condition mentale dont les comportements d'agression sont l'expression, puisque le passage à l'acte s'exprime par des comportements qui sont, pour les infirmières qui se spécialisent en santé mentale et psychiatrie, le reflet de pensées et d'émotions. Le contrôle des comportements dangereux et le soulagement de la souffrance mentale qui génère ces comportements sont les éléments en opposition dans le premier paradoxe. En présence de comportements présentant un risque de lésion, l'infirmière se voit dans l'obligation de réaliser un arrêt d'agir. En choisissant le recours à la contention chimique l'infirmière vise le soulagement d'une souffrance mentale

contre le gré de la personne, soulagement de la condition mentale qui aura pour conséquence ou bénéfice secondaire de provoquer l'arrêt des comportements à risque de lésion. La conception du comportement et de l'expression de la souffrance par la violence sous-tend le premier paradoxe vécu par les infirmières.

### **5.2.2 Agresser par compassion**

Le recours à la contention chimique est perçu par les participantes comme portant atteinte à l'intégrité du patient et révèle d'autant plus le caractère exceptionnel qui lui est accordé. Présenté initialement comme une approche permettant la gradation des interventions disponibles, l'aspect intrusif et agressif est repris ici dans la mesure où, bien qu'elle soit utilisée par l'infirmière dans le but de remplir son obligation éthique de soulager la souffrance, l'administration d'un PRN n'en constitue pas moins une forme d'agression envers le patient. Pour y avoir recours, les infirmières doivent percevoir qu'elles n'ont plus d'autres moyens de contrôler les comportements sans contention chimique: « ... je n'avais pas le choix là parce qu'il était vraiment désorganisé... » (Inf 13, p.3). Ainsi, par compassion, les infirmières se tournent vers une intervention qui causera une agression sur le patient. Elles le font toutefois dans le but d'aider et d'atténuer une souffrance qui ne peut être soulagée autrement : « Je suis obligé de le faire parce que là, il se sent, il n'est pas bien. » (Inf 4, p.4). Dans un même temps, certaines participantes jugent inconcevable le fait de ne pas administrer de contention chimique à un patient qui présente des comportements pouvant causer des lésions à lui-même ou à autrui tel que l'utilisation de contentions mécaniques est jugée nécessaire.

Cette infirmière utilise la métaphore du froid, tel le froid dans une relation, une action ou une opération à froid : « Sans médication, bin non, parce que j'imagine contentionner quelqu'un, puis ne pas lui donner d'injection, ça va être deux fois plus paniquant pour lui. (...) Sinon là, ça serait froid là. » (Inf 5, p.12). La détresse du patient est tantôt associée à l'altération de sa condition mentale, tantôt associée aux recours aux contentions mécaniques et à la détresse engendrée par leur utilisation. Le froid semblerait être associé par les participantes à la faible portée thérapeutique du recours à la contention mécanique (visée de contrôle uniquement) et à l'absence de bénéfice thérapeutique sur l'état mental du patient. Quelques-unes comparent l'application de contentions seules à la réalisation d'une opération sans anesthésie :

... moi j'ai bin de la misère à penser que je pourrais me faire attacher ou attacher un patient, puis de pas lui donner de médication pour euh, diminuer la tension puis l'agitation. C'est ensemble, c'est comme si on ferait une opération sans anesthésie, moi je le vois de même. (Inf 14, p.6)

Les participantes font souvent l'analogie avec les soins physiques pour expliquer le vécu de leur patient : « Tu ne peux pas laisser quelqu'un comme ça, comme on ne peut pas laisser quelqu'un qui a été opéré souffrir. » (Inf 6, p.8). Pour les participantes, il est clair que la non-action n'est pas une option. Leurs obligations de protéger le patient, de défendre ses besoins et de soulager sa souffrance l'emportent sur les conséquences néfastes prévisibles de l'administration d'une contention chimique :

Est-ce qu'on va laisser quelqu'un qui se cogne la tête sur les murs, est-ce qu'on va laisser quelqu'un qui ne mange plus, est-ce qu'on va, bin l'ensemble, là, qui ne collabore pas, qui frappe dans la porte, qui se frappe, qui s'automutile, est-ce qu'on va laisser faire ça? Ça pas de bon sens. Il faut agir. (Inf 14, p.14)

L'impuissance causée par l'impossibilité d'agir et de laisser le patient dans un état de détresse ou de risque, n'est pas envisageable pour les participantes. La disposition éthique des infirmières vis-à-vis l'atténuation de la souffrance et de la détresse s'exprime ainsi par la mise en place d'une intervention qui a été relevée dans plusieurs écrits comme étant non-éthique. La compassion des infirmières est donc le moteur de cette intervention agressive qui est acceptée par les infirmières en l'absence d'autres moyens efficaces pour soulager ou aider le patient.

### **5.2.3 Évaluer subjectivement l'intangible**

Composer avec le risque n'est pas facile. Bien que certains éléments tel que des outils d'identification et de catégorisation du niveau de potentiel de dangerosité, ou encore la présence ou l'absence de certains symptômes permettent au clinicien d'évaluer le niveau de risque, ils doivent être mis en relation afin de déterminer la marche à suivre. Les comportements sont soumis à une analyse et à une interprétation de la part de l'infirmière et l'évaluation de celle-ci sera teintée d'une part de subjectivité et d'interprétation. Ainsi, le patient risque de recevoir des soins ou des interventions selon des critères qui sont subjectifs à l'infirmière (risque subjectif) au lieu de recevoir des soins en fonction de critères objectifs à son état clinique et au risque (réel / objectif) qu'il présente. Le paradoxe suivant est « évaluer subjectivement l'intangible » alors que l'infirmière doit prendre une décision clinique basée sur une évaluation fortement subjective d'éléments parfois intangibles.

L'évaluation clinique du patient à risque de violence est une compétence attendue chez l'infirmière en milieu psycho-légal. Cette compétence est toutefois difficile à cerner par les participantes qui ont beaucoup de difficultés à s'exprimer clairement à cet égard. Toutefois, il est clair dans le vécu des participantes, que leur décision de recourir à la contention chimique est soumise à de nombreuses influences. Le risque de violence ne se manifeste pas toujours par des indicateurs tangibles de risque imminent d'agression. L'infirmière centrée sur le vécu de son patient peut soupçonner certains symptômes par la présence de signes et ainsi les valider avec le patient capable d'en discuter :

... des fois ils vont te regarder, puis ils se mettent à rire, mais tu le vois dans leur regard là, puis tu dis ok, qu'est-ce que tu entends là, tu sais, c'est tu correct? C'est tu bon, c'est tu pas bon, les voix qu'est-ce qu'elles te disent? Ah non, sont pas gentilles les voix, tu sais, puis, bin là, déjà ça te donne un bon indice que là, tu sais, il pourrait passer à l'acte (...) je sais que c'est difficile à comprendre parce que c'est un, c'est comme de l'électricité, tu sais. On ne le voit pas. (Inf 13, p.10)

La métaphore de l'électricité utilisée par l'infirmière #13 illustre bien les difficultés d'évaluation du risque de violence. Le risque de violence, tout comme l'électricité, existe; l'électricité tout comme le risque de violence peuvent être dangereux; malgré cela, ils ne sont pas dangereux en tout temps et il existe des moyens de juguler le risque qu'ils présentent. L'infirmière #13 utilise aussi le terme *indice* en référant au contenu hallucinatoire. L'évaluation est soumise à un degré élevé de subjectivité et s'appuie sur des indices. L'infirmière doit manœuvrer entre la certitude d'un comportement présent ou absent et l'interprétation ou les indices de significations de ce comportement. Lorsque l'infirmière réalise une évaluation du risque de violence pour des patients

présentant un risque en lien avec leur condition mentale, l'évaluation comporte une dimension subjective, elle s'appuie sur des éléments intangibles et est influencée par différents facteurs inhérents à l'infirmière tels que l'expérience ainsi que les préjugés/croyances/valeurs.

En plus des difficultés liées à l'examen clinique de la personne à risque de violence, cette participante avance que l'évaluation du risque de violence est influencée par l'aspect subjectif du vécu interne de l'infirmière : « Notre *feeling* fait que je peux me faire frapper (...) » (Inf 14, p.7). Le sentiment (« *feeling* ») décrit par la participante #14 signale aux infirmières la présence d'un risque particulier. Il fait écho à l'intuition décrite par sa collègue, l'infirmière #10. Selon cette dernière, toutefois, cette façon de pressentir, qui se développe avec l'expérience, détermine aussi la tolérance au risque qu'une infirmière peut assumer :

(...) y'a l'intuition qui se développe aussi, beaucoup là-dedans là fait que, tu sais. Je pense que euh, on peut avoir des bonnes observations, on peut euh, aller avec la limite du patient, ce n'est pas tout le monde qui est articulé non plus. Mais tu sais, comme, quand on apprend à les connaître, éventuellement, on peut prendre le, bin le risque, c'est parce qu'il y a toujours un potentiel ici. (Inf 10, p.4)

L'évaluation et l'interprétation des comportements peuvent aussi être différentes d'une infirmière à l'autre, en lien avec la conception de la problématique du patient. L'infirmière suivante identifie les préjugés et la stigmatisation qui peuvent être présents : « ... ce patient-là, c'était un toxicomane, trouble de comportement, puis il était étiqueté comme ça. Puis, ils [les collègues] disaient que, s'il avait des troubles de comportement, c'était pour avoir des PRN. » (Inf 6, p.8). Advenant une situation où les

comportements seraient complètement dissociés d'une souffrance mentale, les PRN seraient suspendus : « (...) à moins que ça soit vraiment un agir comportemental, puis là le médecin, il y a eu des discussions, puis on a dit bon, lui c'est comme ça maintenant, on ne donne pas de PRN, c'est juste les contentions, c'est correct (...). » (Inf 14, p.3). L'infirmière suivante décrit toutefois la multiplicité des interprétations du comportement du patient qui existe dans ce milieu clinique, interprétations en vertu desquelles le patient se retrouve perdant puisqu'aisément catégorisé d'une façon négative qui justifie le manque de réponse de l'équipe soignante:

...mais je me dis, comment il faut qu'il le demande? Comment qu'il faut qu'ils l'expriment leur mal être pour qu'on écoute, puis qu'on fasse quelque chose (...) Tu sais là, avec des mots, ils nous manipulent, si il ne parle pas ils auraient dû le dire euh, si euh, si ils le demandent poliment, calmement, bin il n'est pas assez malade, puis si il se désorganise c'est comportemental. C'est, en quelque part, il faut, il faut,... Il y a quelque chose que je comprends plus moi, tu sais. J'ai de la misère à suivre, puis je trouve ça triste (...) (Inf 6, p.9)

Le patient peut donc recevoir des soins différents pour un état clinique similaire selon la variabilité de l'interprétation clinique réalisée par les infirmières et le jugement clinique associé. Le patient peut donc recevoir des interventions tantôt préventives tantôt coercitives en fonction des interprétations ce qui peut générer de l'incompréhension ou de la confusion chez ce dernier. Dans les écrits, les patients expriment ne pas comprendre pourquoi les mesures de contrôle ont été employées et déplorent le manque de communication à leur égard. La subjectivité de l'évaluation du risque de violence pourrait contribuer à cette incompréhension et au manque de communication exprimé par les patients dans les écrits. Cette subjectivité ne peut qu'accentuer l'écart, documenté dans les écrits, entre le vécu des patients et le vécu des infirmières en regard des mesures

de contrôle. Cet écart entre les vécus ne peut qu'indubitablement alimenter la perception d'abus du recours aux mesures de contrôle et la demande associée d'en proscrire complètement l'usage. Le paradoxe « évaluer subjectivement l'intangible » est un élément important du vécu phénoménologique des participants et illustre bien la controverse entourant cette intervention. Des facteurs internes à l'infirmière peuvent influencer son évaluation et son interprétation tout comme le seuil qu'elle se fixe pour les situations ou les comportements jugés à risque.

#### *Déterminer un seuil arbitraire*

Le risque de lésions doit être imminent pour que l'infirmière puisse utiliser légalement les MC contre le gré du patient dans un établissement de santé (L.R.Q. c. S-4.2). L'évaluation du risque de lésions et la notion d'imminence du risque sont quant à elles laissées au jugement clinique de l'infirmière (MSSS, 2015). L'évaluation est un acte qui s'appuie sur différentes données, objectives (examen clinique) et subjectives (anamnèse), et est basée sur une collecte de données qui s'appuient sur différentes sources, directes (patient) ou indirectes (collègues, familles). Dans son évaluation, l'infirmière doit composer avec des comportements à risque de lésions et déterminer à partir de quel moment le risque de lésions devient imminent et réel. Le risque est toujours possible, l'infirmière doit déterminer lorsqu'il devient *vraiment réel* : « ... on évalue si la personne est vraiment en risque de lésions envers les autres, envers soi-même (...) » (Inf 11, p.2).

Il y a donc une part subjective importante dans l'évaluation du risque. Dans un établissement de santé qui accueille exclusivement des patients ayant un potentiel de

violence élevée, le risque est omniprésent. Les participantes identifient toutes un seuil, un point de non-retour, un niveau ou une étape qui indique clairement, pour elles, que le risque de lésions est présent et que les mesures de contrôle deviennent nécessaires : « Avant d'atteindre le, il y a un moment où on peut plus, c'est un point de non-retour ... » (Inf 4, p.4); « Le patient est en ça [description de l'état clinique], il est tendu, peu importe là, (...) il est rendu là. » (Inf 1, p.3). Elles identifient ce seuil en insistant sur le fait que le patient est complètement désorganisé, chaque terme lié à l'agressivité étant accentué par l'usage d'un superlatif :

Quand il va être vraiment complètement désorganisé (...) Moi je dirais plus quand il est vraiment grandement agité, quand il va être plus à risque de lésions dans le fond pour lui-même, pour les autres aussi. S'il frappe dans son mur, si il est bin hostile, très menaçant. (Inf 2, p.1)

Pour les participantes, ce seuil est difficile à circonscrire avec précision et certaines participantes parlent plutôt en termes de dépassement de ce seuil :

Puis si, quand j'ai la chance d'être de l'autre côté [sortir du poste des infirmières pour rejoindre le côté des patients], (...) ça peut me donner ah, un « *cue* » pour dire ah regardes, lui il n'a pas l'air à [bien aller], puis je vais essayer de prendre la, quelques minutes [pour intervenir avant qu'il ne soit trop tard]. (...) Quand on est tout seul (...) c'est des feux qu'on va éteindre, alors on va passer à l'étape suivante quand c'est déjà rendu trop loin. (Inf 14, p.9)

Elles expriment aussi que ce seuil dépend de chaque clinicien et que l'interprétation du niveau de risque entre deux infirmières ou entre une infirmière et ses collègues non-infirmiers varient grandement : « ... vous voulez dire quand un collègue donne l'ordre de donner un PRN, puis moi je ne suis pas d'accord? Oui, ça arrive, ça arrive souvent. » (Inf 4, p.6). Les infirmières doivent donc composer avec le risque et déterminer, selon

elles, quelle est la limite, leur seuil de risque de lésions imminent à partir duquel elles sont à la fois à l'aise cliniquement et légitimées légalement d'utiliser les MC : « ... il y a plus de questionnements je pense, puis sur moi-même, je me dis : Bon, c'est quoi ma limite? Tu sais, j'accepte jusqu'à quand là, qu'elle continue de frapper comme ça, que, c'est plus ça. Je me questionne moi-même... » (Inf 7, p.6).

Ainsi, différents facteurs présents dans le vécu phénoménologique des infirmières, tels que les connaissances, l'expérience, les croyances et les préjugés nourrissent la subjectivité de l'évaluation clinique et influencent l'interprétation de comportements ou de propos particuliers chez les patients. Ces fluctuations entraînent des situations paradoxales où les décisions de l'une contredisent celles de l'autre. Le seuil qu'établit l'infirmière est tantôt lié à l'évaluation clinique du patient, tantôt tributaire de l'évaluation des risques associée à l'intervention. L'actualisation de la décision d'intervenir en situation de gestion du risque de violence imminent entraîne un autre paradoxe : celui de prendre des risques pour diminuer le risque.

### **5.2.5 Prendre des risques pour diminuer le risque**

Prendre la décision d'administrer un PRN contre le gré porte à conséquences. Si la décision est prise trop tôt, les droits du patient et le lien thérapeutique sont lésés. Si la décision est prise trop tard, des conséquences sur la santé et la sécurité des personnes sont possibles. Le dernier paradoxe émergeant des données concerne le fait que, pour plusieurs acteurs dans une situation donnée, la prise de décision d'administrer une contention chimique entraîne temporairement plus de risques que les risques initiaux

ayant motivé la prise de décision. L'infirmière prend ainsi le risque que sa décision entraîne des conséquences pour le patient qui recevra le PRN contre son gré, des conséquences pour autrui, des conséquences pour ses relations professionnelles et enfin des conséquences pour elle-même. Chaque type de conséquences sera maintenant discuté.

### *Conséquences pour le patient*

L'utilisation d'une médication PRN peut entraîner des conséquences sur la patient tant au niveau de son intégrité physique (conséquences physiopathologiques) qu'au niveau de son intégrité psychologique (rancune, bris de confiance).

*Intégrité physique.* Le patient pourrait vivre des effets indésirables liés aux médicaments injectés ou à la technique d'injection :

... j'ai même déjà donné trois seringues, donc ici on a notre tableau [de compatibilité des médicaments injectables] là. Mais, tu sais, je le vérifie tout le temps [le tableau de compatibilité], mais tu sais, y'a, y'a un risque d'erreur. Encore plus élevé quand tu le fais sur l'adrénaline là. (Inf 3, p.6).

L'énervement et l'adrénaline dans les situations à risque imminent de lésions, ou bien les situations où le passage à l'acte vient d'avoir lieu, augmentent aussi le risque :

...je fais la vérification hein? On s'assure de donner la bonne médication au bon patient. Parce que des fois, non mais, des fois dans un « *rush* », des fois ça va vite, des fois on est souvent seul, tu ne peux pas le faire vérifier par une autre, tout ça, bin là, faut prendre euh, des fois ce n'est pas toujours évident. (Inf 14, p.7)

*Intégrité psychologique.* L'utilisation de la contention chimique a aussi son lot de conséquences psychologiques néfastes, et ces conséquences devront être prévenues ou prises en charge durant et après l'intervention. Le risque de bris de confiance, de colère

ou de rancune post-intervention doivent être envisagés comme des risques avec lesquels composer. Les infirmières interviewées sont toutes très préoccupées par l'impact d'une intervention contre le gré sur le lien de confiance avec le patient :

Puis garder un certain lien de confiance avec lui. Même si j'ai le dernier, l'espèce de dernière décision à prendre. [Le lien] Il va être différent. J'ai l'impression qu'il va être différent, là je veux sa collaboration puis, je vais tenter le plus possible ça en premier. (...) Oui, ça peut être long [de tenter d'obtenir la collaboration du patient]. (...) Oui, on investit beaucoup de temps à leur donner un médicament PO, à essayer de convaincre le patient que ça va être bon pour lui. (Inf 1 p.1)

Les expériences partagées varient quant à l'impact de l'intervention sur la relation thérapeutique et le lien de confiance avec le patient. Les participantes confient recevoir des insultes des patients au moment d'annoncer la décision et en cours d'intervention :

Mm, ça dépend qui. Y'en a qui gardent une certaine rancune, tu sais euh, qui sont (...) Bin euh, des fois on est un petit peu plus ciblé là, mettons, en temps qu'infirmiers là euh, quand on veut donner une injection (...) Ça a déjà été des insultes. (Inf 2, p.3)

D'autres infirmières disent ressentir ou non de la rancune des patients suite à l'intervention : « Ça arrive, ça arrive qu'après ça [l'administration d'un PRN intramusculaire contre le gré] ils ne peuvent plus me voir en peinture. » (Inf 1, p.5); « Des fois ils sont fermés [après le PRN contre le gré]. « Parle-moi pas », tu sais. » (Inf 3, p.9). La confiance peut aussi être brisée chez le patient qui a reçu le PRN contre le gré : « C'est certain, pour le, le lien avec le patient, ça brise un peu. » (Inf 5, p.4). Les infirmières constatent que le bris est temporaire et que la relation reprend suite à l'intervention : « Je dirais que en moyenne, généralement ce qui arrive, c'est qu'il est

affecté au départ quand on injecte, puis après ça ce n'est pas rare qu'ils vont venir nous remercier parce qu'ils sont mieux.» (Inf 7, p.2). Cette infirmière mentionne que la crainte de voir le lien de confiance brisé est une appréhension qui, le plus souvent, ne se concrétise pas :

... j'avais plus cette appréhension-là euh, dans mes début, mettons l'année passée (...) j'ai vécu des choses, là, j'ai vu que les patients soit qu'ils s'en rappellent pas, y'en a qui peuvent même s'excuser de leurs comportements, quand ils ont repris leurs esprits si on peut dire, fait que à partir de là, bin ça te donne de la confiance que, le lien est pas dans la contrainte, là. Le lien est au jour le jour pis même une heure à la fois, ça change vite, vite, vite, tu sais. (Inf 10 p.4)

Les infirmières réalisent un retour après l'intervention afin de faciliter la réparation de la relation :

Sur le coup [de l'injection], oui [la relation brise]. Mais après, on fait un retour avec le patient, puis la majorité des patients là, c'est rare là, moi je n'ai jamais eu de patients qui me dit « vous m'avez forcé ». Oui, mais ils vont dire, oui je n'étais pas d'accord mais tu t'es, tu étais correct avec moi, tu m'as tout expliqué les étapes, puis tu m'as remercié après, puis je, tu sais, c'est plus ça là. (...) Puis, il arrive, puis après ça là, on va retrouver, si on avait un lien avec le patient là, ça ne va pas briser le lien, on va retrouver notre lien. Mais sur le coup, là, c'est sûr parce qu'il n'était pas d'accord... (Inf 8, p.3)

Malgré tout, le risque de perdre le lien thérapeutique reste toujours une préoccupation pour les infirmières. Dans le discours de la participante suivante, la perte du lien est exprimée telle une éventualité qui, bien qu'elle ne se soit jamais produite, n'en demeure pas moins à risque de survenir d'un moment à l'autre:

*Pour l'instant, bin, jusqu'à maintenant non. (...) À chaque fois que je fais un retour, il ne m'en veut pas après. Je n'ai pas eu ça pour l'instant. (...) Non, ils ne m'en veulent pas en fait. Je touche du bois, ils ne m'en veulent pas. [ajout personnel des italiques]* (Inf 4 p.5)

### *Conséquences pour autrui.*

L'infirmière en milieu psycho-légal est tenue aux mêmes obligations de protection et de sécurité que dans les autres milieux. Toutefois, dans un contexte de gestion du risque, la sécurité d'autrui est en opposition continuelle avec le soin centré sur le patient, la gestion du risque prenant fréquemment préséance sur le soin axé sur le patient. Ainsi, les décisions prises par les infirmières en milieu psycho-légal à l'égard du risque de lésion se réorganisent et s'éloignent d'une prise de décision centrée sur le patient pour s'inscrire dans une prise de décision axée sur la sécurité d'autrui :

...je suis allée lui offrir le PRN *per os*. (...) Bin, ça va de soi [d'offrir *per os* en premier] parce que, oui, on essaye toujours de faire le moins de, de contraintes pour le patient, le moins de contraintes aussi pour l'équipe avec qui on travaille, on ne veut pas que personne se fasse blesser, ça c'est important comme infirmière de toujours penser à ça. (Inf 9, p.1)

*Intégrité physique.* Pour cette intervention, l'infirmière mobilise des collègues supplémentaires qui risquent, eux aussi, de subir des blessures pendant l'intervention :

... si la personne est dans le cas qu'on dit que la personne est désorganisée (...) on appelle pour du renfort. (...) Pour protéger aussi au niveau de, des intervenantes, du staff qui est présent. Parce que si on considère que la contention chimique c'est une méthode euh restrictive, puis exceptionnelle bien, ça veut dire qu'il y a un danger imminent. (Inf 11, p.2)

Selon les infirmières interviewées, à partir du moment où l'évaluation du risque de lésion rencontre les critères prévus par la loi et que la décision est prise d'administrer un

PRN contre le gré du patient, une situation peut toujours devenir plus risquée et se détériorer davantage :

Parce que veux, veux pas, des fois il y a des patients, un PRN c'est [perçu comme étant] punitif, (...) veux, veux pas ça crée un, comment je pourrais dire ça, ça, pas des conflits là, mais des situations qui fait que ça va amener encore plus d'agitation puis plus de confrontation. (Inf 14, p.7)

Ainsi, un patient, dont l'état mental se détériore et qui présente un risque de lésion imminent, est à risque de passer à l'acte avant que des interventions efficaces soient en place pour protéger toutes les personnes dans son environnement immédiat. De plus, le patient peut résister ou s'opposer à l'administration du PRN et présenter des comportements durant l'intervention qui augmenteront le risque de lésions pour tous, comme frapper, attaquer ou se barricader : « Quand on est rendus là, une injection, oui. Je ne prends pas de chance, oui. On appelle tout le temps la sécurité. » (Inf 2, p.2). Le déroulement des interventions sous contrainte peut varier grandement : « Ça dépend (...) Y'en a qui vont le faire [collaborer au PRN contre le gré] puis qui vont, tu sais, un peu sacrer. Être un peu fâchés ou y'en a que, il faut y aller avec un bouclier parce qu'ils ne collaborent vraiment pas là. » (Inf 3, p.3). Ainsi, cette intervention entraîne des conséquences pour la sécurité du personnel qui participera à l'intervention, et l'infirmière en tient compte dans sa prise de décision. Elle s'assure également que tous les acteurs impliqués soient bien avertis des risques encourus : « Quand les gars [agents de sécurité] arrivent, on leur dit toujours ce qui se passe. (...) Puis ça se peut que ça dégénère, on leur dit tout le temps... Bin moi je leur dis tout le temps. » (Inf 1, p.3).

Les infirmières sont aussi préoccupées par l'intégrité des autres patients. Certaines d'entre elles évaluent aussi le risque que représente un patient en fonction de la sécurité de ses pairs, alors que le soulagement efficace des symptômes des uns a des répercussions potentielles sur le bien-être des autres :

... quand il y en a un [patient] qui, que ça éclate là, c'est plus drôle du tout, du tout, du tout. Parce que là, ça frappe, ça crie, ça gueule, les insultes, les injures, puis tout ça, mais j'en ai dix-sept autres [patients] qui entendent ça. Fait que, ça fait, ça [le climat] devient effervescent, fébrile. J'en ai en sortie [patients intégrés au groupe], j'en ai qui sont en contentions en sortie [patients intégrés au groupe mais avec port de contentions mécaniques], c'est plus euh [de situations de vulnérabilité, de risque]... C'est pour ça qu'il faut faire beaucoup de prévention ici. (Inf 14, p.9)

Les infirmières identifient une fenêtre d'opportunité qui est la moins risquée en présence d'un risque de lésions. Dans cette fenêtre d'opportunité le patient est encore suffisamment en contrôle pour collaborer à l'intervention même s'il n'est pas d'accord et ne consent pas à cette dernière : « Oui quand c'est possible, avant qu'ils arrivent [les agents de sécurité], j'aime mieux avoir la collaboration du patient puis, en même temps, le patient il le sait qu'il va avoir une injection, tu sais, dans les minutes qui s'en viennent ... » (Inf 2, p.7). Les infirmières consacrent du temps à la relation, elle tente de développer une alliance avec le patient afin de diminuer le risque : « On investit beaucoup de temps à leur donner un médicament PO, à essayer de convaincre le patient que ça va être bon pour lui. » (Inf 1, p.3). Prendre le temps nécessaire peut devenir paradoxalement avoir pris trop de temps alors que la détérioration clinique du patient entraîne un risque accru :

En tout cas, moi avec mon bagage d'expériences, il ne faut pas que t'attendes trop longtemps parce que si t'attends trop longtemps là, tu atteins un sommet là, puis là, là, c'est parce que ça risque d'être plus difficile pour eux [les agents de sécurité] d'aller chercher le patient dans la chambre parce que là, il a plus de collaboration, faut pas oublier, il ne va pas venir à la porte se faire mettre les menottes là. Va falloir qu'ils [les agents de sécurité] rentrent, là des fois ça nécessite le bouclier, puis ça je n'aime pas ça. (Inf 14, p.17)

*Intégrité psychologique.* Les infirmières intègrent aussi dans leur analyse du risque l'impact de l'intervention sur les autres patients. Le lien de confiance peut aussi être altéré chez les patients témoins des décisions de recourir aux MC :

Donc, c'est sûr que ça [les mesures de contention] paraît gros, puis les autres patients autour aussi qui voient ça, donc comment je vais faire confiance à une équipe comme ça là? Ils vont se retourner de bord, m'attacher, puis me piquer quand ils veulent. C'est un peu terrifiant là pour eux. (Inf 5, p.4)

Les infirmières sont conscientes que cette intervention fait vivre des émotions aux autres patients : « (...) si y'a des patients qui sont dans la salle, ils vont pas, y'en a des fois qui sont fâchés de voir leur ami avoir une intervention, fait que ils voudraient aller sauter un peu sur le tas (...) » (Inf 3, p.3). Cette infirmière partage que les patients témoins se positionnent, eux-aussi, sur le bien-fondé de l'intervention :

Certain, ils peuvent être enragés à deux niveaux, enragés de ce qui se passe avec le patient parce qu'ils disent : Voyons donc, vous n'avez pas d'affaire à faire ça, tu sais, vous n'aviez pas à le contenir. Ou enragé de voir qu'un patient a frappé mettons un autre patient ou a frappé un intervenant. (Inf 12, p.2)

La sécurité d'autrui est un aspect central dans la prise de décision de l'infirmière et les liens que l'infirmière entretient avec ses collègues sont aussi affectés par ses décisions dans le processus de gestion du risque de violence.

### *Conséquences pour les relations professionnelles*

Le recours à la contention chimique contre le gré du patient est considéré comme une intervention à haut risque de préjudice. C'est une intervention imparfaite, à visée de contrôle, utilisée en dernier recours en l'absence de méthodes thérapeutiques efficaces. Dans leur vécu phénoménologique, les participantes ont bien conscience que l'application de la décision entraîne des conséquences potentiellement néfastes sur les relations professionnelles. Alors que la décision d'administrer une contention chimique ou d'appliquer une contention mécanique est prise par consensus, la décision de ne pas y recourir (et de poursuivre les mesures alternatives) peut être divergente au sein de l'équipe :

Habituellement on se concerte. On est une équipe, on travaille en équipe. Pour l'injection, souvent, bin, moi des fois je ne suis pas d'accord de donner l'injection, des fois on n'est pas d'accord. Des fois je dis : Non, on ne donne pas d'injection, on va encore essayer. Ça arrive. Mais pour donner une injection, tout le monde est d'accord habituellement. (Inf 4, p.6)

Cette divergence d'opinion clinique peut entraîner des tensions entre les collègues dans la mesure où la décision ou non d'intervenir contre le gré du patient met en lumière des enjeux et des conflits manifestes ou latents.

*Conflits.* Les participantes confient que des conflits de rôle et de besoins sont présents. L'infirmière #3 par exemple décrit un conflit de besoins, en ce sens que certains membres de l'équipe désirent une intervention expéditive alors qu'elle veut prendre son temps pour s'assurer qu'elle ne fait pas d'erreur. : « (...) au début je me

mettais beaucoup, beaucoup de pression là. Faut que je sois rapide, puis là des fois on entend euh, « c'est bin long, elle s'en vient-tu l'infirmière? », tu sais. » (Inf 3, p.6). Dans l'exemple qui suit, un intervenant voudrait faire cesser les cris d'un patient qui affectent le climat sur l'unité. Toutefois, le PRN est jugé non pertinent par l'infirmière, qui refuse de l'administrer. Ce faisant, elle renvoie l'intervenant aux interventions dont il est responsable, c'est-à-dire les mesures alternatives. Ce dernier reste ainsi devant un besoin non comblé :

Moi là, si je ne suis pas à l'aise là, à donner un PRN à un patient, je regrette, mes collègues qui ne sont pas capable de l'entendre crier, je regrette, on est en psychiatrie, ça crie (...) je dis souvent ça à mes collègues, donne-lui un PRN, donne-lui un PRN. Bin si le PRN était capable de tout régler là, ça fait longtemps qu'on aurait plus de job. (Inf 8, p.6)

Bin, il y a des fois où, moi mon évaluation, c'est correct, tu sais, il en aurait pas nécessairement besoin, mais [l'intervenant psychosocial] souvent fait : « bin oui, mais là il n'arrête pas de sauter partout, il est en manie. » Tu sais, c'est sûr qu'il va sauter partout, joue, fais-lui (propos inaudibles). Fais-lui faire quelque chose, ça va l'aider, il y a d'autres mesures avant le PRN. [L'intervenant psychosocial répond] « Non, non, [donne lui un] PRN. » Fait que, c'est là que ça cause un peu de conflits. (Inf 5, p.10)

Des conflits de rôles et de pouvoir sont aussi présents :

(...) tantôt l'intervenant psychosocial : Bon là, il ne va pas bien là, faudrait que tu lui donnes ton PRN. Ah oui. Je vais aller le voir. Mais, habituellement c'est : Non, non. Je te le dis, c'est correct, il en a de besoin. Oui mais, il faut que je le voie. Ça, ça crée un petit peu de tension de : Bon, l'infirmière veut tout contrôler. (Inf 5, p.9)

À l'occasion, les infirmières ne sont pas à l'aise avec les directives médicales. En présence de discussions infructueuses, les infirmières doivent prendre position afin

d'actualiser ou non les directives médicales et faire face aux conséquences de leur décision. La relation médecin-infirmière peut s'en trouver affectée.

Bin moi, j'ai déjà vu des doses qui n'avaient pas d'allure. Appeler le médecin pour lui dire : Bin écoutes, si vous voulez que je lui donne, vous aller le donner, moi je ne donne pas ça. (...) Mais là, ça va être, je préfère ne pas le donner, que de le donner, puis qu'il arrive quelque chose dans ce temps-là. (...) Fait que là, c'est sûr qu'après on a la crise existentielle du médecin le lendemain là. Mais regarde, moi je n'étais pas à l'aise de le donner. (Inf 5, p.13)

*Pression des pairs.* L'importance du travail d'équipe est récurrente dans le discours des infirmières. La composition des équipes joue sur la pression que l'infirmière ressent de prendre une décision quant à l'administration d'un PRN contre le gré :

Pas des frictions, mais j'essaye de, on sent que la personne, les, des fois ils sont à deux ou trois [collègues contre moi]. Des fois, je suis tout seul infirmier là. (...) Oui, j'ai des fois de la pression, souvent j'ai de la pression : [intervenant psychosocial] « Ah, lui il faut, il faut un PRN. » Des fois ils sont rapides sur la gâchette (...) des fois je sens de la pression. (Inf 4 p.7)

Les infirmières subissent de la pression des pairs en lien avec la manière de prodiguer les soins dans le milieu psycho-légal de sécurité maximum :

(...) c'est tout le monde qui te dit : « Tu fais ça, tu fais ça, tu fais ça. » Puis là, bin non, ça ne fonctionne pas comme ça [cela ne respecte pas les principes infirmiers] (...) J'étais habituée de travailler avec des infirmières auxiliaires, des préposés, puis tu sais, mais là, j'arrive ici là [avec des intervenants psychosocial], comme tu es tout seul, t'as pas ton mot à dire, tu regardes les choses passer, normalement, en tant qu'infirmière, l'infirmière est supposée en pivot... (Inf 8 p.9)

L'organisation du travail tend à isoler l'infirmière des patients, dans des tâches clinico-administratives :

On n'est pas tout le temps de l'autre côté [en dehors du poste des infirmières du côté des patients] non plus, des fois on a pleins de papiers à faire, les plans de suivis infirmiers et de directives cliniques à l'équipe de soins, fait que on voit pas tout le temps, tout le temps les patients non plus, fait que les intervenants psychosociaux sont plus souvent avec eux autres (...) (Inf 2 p.5)

La composition des équipes et l'organisation du travail amènent l'infirmière à s'appuyer considérablement sur ses collègues intervenants psychosociaux pour les mesures alternatives. L'infirmière est impliquée lorsqu'un comportement problématique se poursuit malgré les interventions moins contraignantes réalisées par les intervenants psychosociaux : « Les intervenants psychosociaux, quand ils viennent nous voir souvent ils ont essayé de faire les mesures alternatives. (...) mais souvent quand ils demandent le PRN c'est, le comportement s'est poursuivi. » (Inf 1 p.8). Les intervenants psychosociaux sont en première ligne auprès des patients ce qui leur donne accès à de l'information sur le patient de manière privilégiée et le pouvoir de contrôler cette information. Le niveau de connaissance du patient est ainsi repris par les autres membres de l'équipe (notamment les intervenants psychosociaux) contre l'infirmière pour influencer sa décision. Cette infirmière d'expérience nomme les difficultés qu'elle rencontre toujours alors qu'elle est de l'équipe volante :

Oui, dans le sens où quand on fait l'équipe volante, on ne connaît pas les équipes puis on arrive puis euh, « Ah tel patient on [l'équipe d'intervenants psychosociaux] le connaît [mieux, plus que toi] puis euh, on donne l'injection [habituellement lorsqu'il est comme cela] ». Bin tu sais, est-ce que je peux l'évaluer? Est-ce que tu sais, il accepte de le prendre par la bouche puis selon mon évaluation ça va quand même être correct, il est collaborant, mais que l'équipe [d'intervenants psychosociaux] se dit « Non, on connaît le patient fait que euh, ça va être un injectable » puis souvent ça vient avec les comment, si on ne suit pas l'équipe souvent on se sent, on se sent visés (...) (Inf 11 p.4)

L'omnipotence du risque et du potentiel de violence des patients est véhiculée par les pairs qui rappellent rigoureusement aux infirmières qu'elles ne connaissent pas réellement la dangerosité du patient :

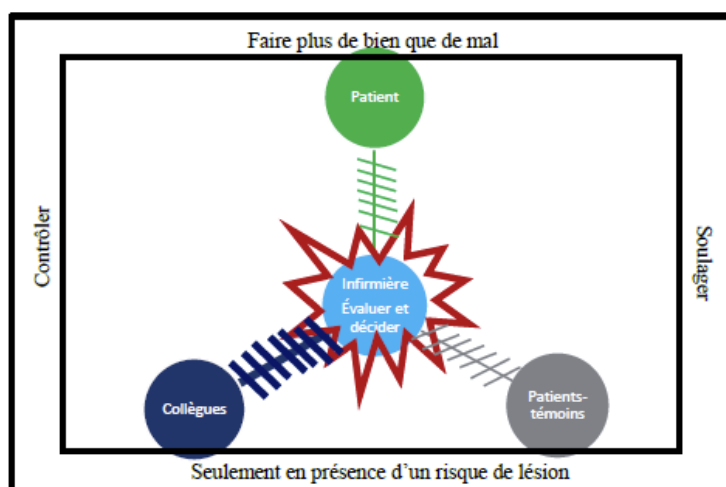
(...) parce que d'un autre bord ils ont raison aussi dans le sens que je ne connais pas le patient, ça se peut que c'est une personne qui sait marchander puis finalement il ne collabore pas. Le degré de dangerosité, on les connaît pas pour tous les patients de tout \*\*\*\* là non plus. (Inf 11, p.5)

Être imputable de la sécurité d'autrui n'est pas aisé et les conséquences d'une mauvaise décision, surtout dans une situation où l'équipe concluait que le PRN contre le gré était la seule bonne décision possible et que l'infirmière est réticente à le donner, peut amener des tensions d'équipe supplémentaires. Les infirmières doivent affronter le jugement des autres quant à leur évaluation : « ... y'a du monde qui nous trouve, des fois, ah, on est rendu là? Mais oui là, le patient a dépassé une certaine limite que, fait que oui des jugements. » (Inf 2, p.4). Devant un manque de consensus, les infirmières se font dire qu'elles font du clivage : « [Le collègue dit] « Ou tel patient là, on lui en donne pas de PRN. » (...) si tu en donnes, bin là tu vas, on va dire que tu fais du clivage. » (Inf 9, p.8). Certaines infirmières ont vécu de l'intimidation, une autre forme de pression des pairs :

... à un moment donné là, c'était même de l'intimidation là, j'ai pas voulu donner le PRN, le premier PRN, que j'ai pas voulu céder à la pression, la personne a pris le dossier, puis bang devant moi là « C'est un PRN qu'il lui faut, tabarnak!, puis là, il y a personne pour lui en donner. » (Inf 8, p.8)

D'autres ont eu peur de représailles suite à leur décision d'intervenir ou non contre le gré du patient : « ... des fois les équipes ne sont pas faciles. On peut avoir des représailles, on peut se faire dire des choses et ce n'est pas facile, il faut avoir la carapace très solide pour, pour aller au-delà de ça... » (Inf 9, p.9). Les pressions en provenance de l'équipe sont persistantes et l'infirmière doit trouver une manière de composer avec celles-ci : « Bin les pressions externes sont tout le temps-là. Ça prend du caractère, quelqu'un qui est capable de dire les vraies affaires. » (Inf 8, p.6). Lorsque l'infirmière ne se conforme pas, elle se sent visée et peut vivre des répercussions, des représailles tel que rapporté dans le vécu phénoménologique des infirmières dans cette étude. Ci-dessous (figure 4), une représentation visuelle des relations de l'infirmière avec divers autres acteurs au moment d'administrer un PRN contre le gré. Dans cette représentation, la nature du lien, fort ou faible, est identifiée par l'épaisseur de la ligne reliant l'infirmière à l'acteur (collègue, patient ou patient-témoin). La qualité du lien, brisé ou intact, est illustré par l'apposition (brisé) ou non (intact) de traits hachurés sur le lien. Le nombre de traits hachurés et leur épaisseur illustre la qualité de la relation. Le vécu de l'infirmière composé de tension, de stress et parfois de détresse, est illustré par la forme étoilée entourant l'infirmière.

Le stress lié à la décision d'administrer un PRN contre le gré, au jugement d'autrui, à l'atteinte à l'intégrité d'autrui, aux conflits et à la pression des pairs sont des éléments dans le vécu professionnel de l'infirmière qui entraînent des conséquences sur l'infirmière même. Le stress et ces conséquences peuvent déstabiliser l'infirmière ce qui peut, par la suite, influencer ses décisions quant au recours à la contention chimique.



**Figure 4.** Relations de l'infirmière avec d'autres acteurs lors de la décision de recourir à la contention chimique

#### *Conséquences pour l'infirmière*

Le paradoxe *prendre des risques pour diminuer le risque* entraîne aussi des répercussions directement sur l'infirmière, tant au regard de son intégrité professionnelle que de son intégrité personnelle. L'infirmière est soumise à beaucoup de stress et d'incertitude alors qu'elle considère les répercussions de sa décision. Parmi les enjeux, il y a aussi celui de son propre bien-être : l'infirmière tient aussi compte des répercussions de ses décisions et de son rôle en gestion de risque sur elle-même dans son processus décisionnel.

*Imputabilité.* L'infirmière est responsable et imputable de l'évaluation qu'elle fait du patient et de sa situation ainsi que de la décision de recourir à la contention chimique ou non : « Bin en fait, je m'occupe aussi de faire l'évaluation (...) Donc on

évalue s'il est pertinent d'en avoir [de la contention chimique]. » (Inf 11, p.1). L'imputabilité de l'utilisation du PRN inclut aussi la juste utilisation d'une intervention à haut risque de préjudice. L'administration de médicaments n'est pas sans risque pour le patient qui y consent pleinement; par conséquent, l'administration contre le gré doit aussi être justifiée adéquatement. Dans les répercussions de sa décision, l'infirmière considère également son ordre professionnel et les sanctions qu'elle peut subir si elle prend des décisions qui vont à l'encontre de sa profession :

Parce que les intervenants psychosociaux (...) ils n'ont pas la notion de pression d'ordre professionnel. Fait que, eux [se disent] : « S'il m'arrive quelque chose, de toute façon au pire ils vont me mettre dehors là, je vais me retrouver une autre job la semaine prochaine ailleurs », sauf que l'infirmière, non. Parce que tu peux avoir l'ordre sur le dos. Puis là, tu ne te retrouveras pas une job comme ça là. (Inf 5, p.9).

*Vécu émotionnel.* L'administration de soins sous contrainte enlève l'aspect plaisant du soin pour l'infirmière : « ... c'est parce que ça brasse là, des fois-là, tu sais là, puis, personne aime ça, ce n'est pas un plaisir (...) » (Inf 6, p.4). L'environnement de soins est qualifié d'hostile et les difficultés du contexte de soins sous contraintes sont soulevées :

Bin, que les gens se fassent blesser, puis tu sais, ce n'est pas le fun là tu sais, c'est un environnement un peu plus hostile, les gens, tu sais, le patient crie tu sais, tu vois qu'il souffre. (...) Bin, ce n'est pas le fun, moi je n'aime pas ça. (Inf, 3 p.4)

L'intervention contre le gré est aussi bouleversante pour les participantes : « Mais j'avais le cœur gros parce que je lui donnais quelque chose contre ce qu'il voulait. » (Inf 13 p.4). Cette infirmière se sent mal de recourir à cette intervention :

... je me suis déjà excusée en donnant une injection, j'ai dit : J'm'excuse, mais je n'ai pas le choix, on est rendu-là là. (...) Je lui dis : Ça sera pas long mais, on est rendu là, je suis désolée là tu sais. Des fois (...) je me sens mal là. (Inf 3 p.4)

Le recours à la contention chimique génère beaucoup de questionnement chez les participantes qui s'inquiètent de l'impact de leur décision sur autrui. Cette intervention génère de la peur : « J'ai surtout plus peur pour la sécurité de tout le monde autour. (...) à ce moment-là, c'est plus ça qui va m'inquiéter... » (Inf 1, p.3). La peur que ressent une infirmière est généralement liée à la sécurité des collègues. :

... on ne veut pas que personne ne se blesse non plus, ça c'est très, très important pour moi de faire les choses de façon très sécuritaire, même si on est un petit peu énervés tout le monde. Il faut prendre le temps de faire les choses comme il le faut et on veut que personne ne se blesse. (Inf 9, p.5)

Le sentiment de responsabilité envers les collègues et le vécu émotionnel associé est présent dans le discours de toutes les participantes. Cette infirmière explique son vécu en lien avec sa prise de décision :

C'est sûr qu'on se pose tout le temps des questions puis qu'on se demande tout le temps comment ça va se passer puis, on tient à nos collègues, on ne veut pas que personne ne parte euh, tu sais, se fasse blesser là, on ne veut pas euh, fait que oui, c'est ça, c'est dur euh, ce moment-là, c'est jamais euh, c'est jamais une expérience agréable. (Inf 2, p.6)

Finalement, la prise de cette décision a des répercussions nombreuses et est un moment qui peut être très souffrant pour l'infirmière :

... moi, quand je donne l'ordre d'injecter, j'ai toujours peur pour mes collègues. C'est ça qui est, bin, j'ai peur que le patient se blesse, en même temps j'ai peur que mes collègues se blessent, donc j'ai, des fois euh. Des fois, c'est dur de donner l'ordre d'intervenir (...) (Inf 4, p.6)

*Stress et détresse.* Un thème récurrent dans le discours des infirmières est la détresse reliée au PRN contre le gré. Le stress, les conflits intérieurs de l'infirmière, les conflits dans l'équipe, les répercussions légales et éthiques chez le patient, les obligations individuelles et collectives auxquelles fait face l'infirmière viennent se combiner au potentiel de risque associé aux patients de cet établissement.

Un stress initial est étroitement lié à l'urgence de la situation et à l'adrénaline associée aux enjeux de sécurité, de vitesse d'exécution et de conséquences néfastes potentielles :

...si y'a eu une intervention physique là, souvent j'ai un petit peu le «shake» (...) Mon collègue s'est fait frapper, mon collègue est plein de sang ou y'a eu un coup de poing, je suis humaine, là, tu sais. Ce n'est pas parce que je travaille ici que ça ne me dérange pas. La violence, moi ça me dérange là, même si je travaille ici. Fait que, je prépare mon injection, je fais des doubles vérifications, mais j'ai le «shake» là. (Inf 3, p.5)

L'intensité de la souffrance vécue par le patient et le caractère exceptionnel de certaines interventions extrêmes sont aussi sources de stress :

L'entendre souffrir, l'entendre crier, des fois si on a besoin d'un bouclier parce qu'on n'est pas capables, c'est quelque chose de, de gros, tu sais là. Tu te dis : Ouf, on n'est pas dans la rue en train d'avoir une grève là... (Inf 6, p.3)

Les infirmières doivent aussi être à l'aise avec les limites de l'intervention car le PRN contre le gré peut être seulement administré en présence d'un risque de lésion. Dans cet extrait, l'infirmière est témoin de la détresse du patient et reçoit de surcroît la détresse de

l'équipe, mais elle ne peut agir puisque, selon son évaluation, le risque de lésion ne rencontre pas les critères pour passer outre le consentement du patient :

...il a été bon le patient depuis le matin, il est quasiment, tu sais...L'exercice de la planche là, qu'on fait, on est capable de tenir une minute, bin lui, il était constamment comme ça à terre là. Tout nu, il ne nous parle pas, puis quand on rentre, il avance vite, vite, vite pour nous faire mal, ce n'est pas normal ça. Tu ne peux pas tenir vingt-quatre heures comme ça là, il y a quelque chose, puis les intervenants disaient : Fait de quoi, tu ne peux pas le laisser de même. J'ai dit : je veux bin faire de quoi, mais je suis comme ça. Il n'est pas dans un état pour faire venir le service de la sécurité, il n'est pas agressif. Je ne peux rien faire, je ne peux pas le pacifier, il n'est pas, il est malade là... (Inf 6, p.10)

Les infirmières doivent aussi apprendre à composer avec un aspect particulier à la clientèle de santé mentale, soit celle de ne pas être en mesure de demander de l'aide ou encore de refuser des interventions qui pourtant la soulageraient efficacement :

... le premier patient que j'ai été obligée de piquer dans la fesse parce qu'il se désorganisait, quand je suis rentrée dans le poste j'avais les yeux pleins d'eau parce que j'avais l'impression d'avoir donné de la médication contre son gré, mais j'avais pas le choix là parce qu'il était vraiment désorganisé... (Inf 13 p.3)

Pour l'infirmière, intervenir contre le gré d'un patient qui présente des comportements agressifs implique de devenir la cible potentielle d'insultes et d'agressions verbales. L'infirmière vit de la détresse dans son rôle professionnel alors qu'elle reçoit des insultes et vit de la violence de la part des patients pour les soins prodigués : « ...c'est des attaques très euh, très ciblées là (...) « T'es une salope! », des propos de même là euh, des insultes personnelles envers moi, ma personne ou euh. Ça me blesse. » (Inf 11 p.3).

Un aspect moins connu du soin contre le gré est celui que l'infirmière administre des soins en subissant des pressions de son équipe :

... quand une équipe me dit de ne pas faire telles et telles choses [en regard des décisions pour les médicaments], je trouve ça difficile (...), si on me dirige. [Par contre] Pour voir tel patient, lui il faut le mettre [le médicament] dans la compote, c'est choses-là, ça j'apprécie, c'est ça une équipe. Mais de me faire dire : Non tu ne lui donnes pas de médicaments, non tu ne fais pas telle chose. Ça j'ai de la difficulté avec ça. (Inf 9, p.9)

Une autre forme de pression est celle de la culpabilité, et en particulier de se sentir responsable de blessures chez les autres. L'infirmière #1 a déjà été témoin de blessures. Il ne lui est pas facile de livrer son expérience, elle ne donne pas accès à son vécu émotif alors qu'elle reste centrée sur les autres dans ses explications. Elle est très consciente que sa décision entraîne l'actualisation d'une intervention à risque qui peut entraîner des blessures :

**Comment tu te sens avec ça [la contention chimique]?**

Bin, ça dépend. J'ai surtout euh, plus peur pour la sécurité de tout le monde autour.

**Ok, donc les blessures pendant l'intervention.**

Oui, à ce moment-là c'est plus ça qui va m'inquiéter euh, je regarde beaucoup comment ça va se passer l'intervention euh, aller chercher la collaboration du patient le plus possible même s'il sait, au bout de la ligne c'est un injectable qui va être, qu'il va avoir. Fait que c'est important.

**Puis quand tu dis que tu as peur à la sécurité, tu as peur que les gens soient blessés?**

Oui bin, j'en ai vu aussi des histoires comme ça, c'est pour ça. (Inf 1, p.3)

Cette infirmière explique le dilemme qu'elle vit au moment de prendre la meilleure décision possible :

Ce n'est pas arrivé, mais je sais que, si ça arrive. Je ne veux pas que ça arrive, c'est pour ça que toujours, j'y pense. Je fais tout le temps ça, est-ce que je le donne, est-ce que je ne le donne pas? Soit premièrement, c'est pour éviter ces cas-là [blessures des collègues] ... Parce que des fois, même si tu l'évalues le patient, il peut sortir puis il peut [faire un passage à l'acte]... L'évaluation, des fois, aux cinq minutes, cinq minutes après, il [le patient] change. Donc, j'essaye toujours de calculer, de voir loin et projeter dans le futur proche pour voir comment je vais faire, est-ce que je le donne, est-ce que je ne le donne pas? Des fois, c'est catégorique je dis : Je ne le donne pas. Mais, quand j'ai un doute, je sais que j dois un peu plus [évaluer]. (Inf 4, p.7)

*Identité professionnelle.* Les infirmières partagent des vécus qu'elles qualifient d'impressionnants et qui ont été choquants pour elles à leur arrivée dans le milieu psycho-légal :

Comme la première fois que je suis arrivée à \*\*\*\* [il y a près de 20 ans], puis que j'ai vu des menottes (...) wow, tu sais, ça m'as impressionné beaucoup là. À tel point qu'à l'injecter, j'avais le «shake», tu sais là. Parce que ça a une image, hein, des menottes, c'est, c'est pas, c'est pas anodin. (Inf 6, p.3)

Cette infirmière décrit une impression d'être dépossédée de toute son expérience et de la maîtrise de son rôle professionnel : « même si j'ai beau, avant là, travaillé aux soins intensifs, puis en urgence, bin c'est comme si ça, je ne connaissais rien du tout » (Inf 8, p.9). Un autre parle de différence entre la théorie et la pratique :

... c'est un milieu quand même spécial puis ce qu'on apprend à l'école, ici c'est tellement une spécialité que, comme ici c'est pas pareil euh, il y a beaucoup de technicalités différentes là que, oui, puis entre la théorie et la pratique c'est vraiment pas pareil. (Inf 11, p.5)

Au moment d'administrer le PRN contre le gré, les participantes relatent être confrontées à des manières de procéder et des obligations qui suscitent un

questionnement en regard de leur rôle comparativement à la manière dont elles l'exerçaient ailleurs ou qu'elles l'avaient appris. Les participantes parlent de cette période comme d'un mal nécessaire où elles sont davantage observatrices:

Oui, tu sais, je prenais plus mon trou, si on peut, excusez l'indication là. Je pense que aussi faut se laisser le temps d'arriver parce que c'est un milieu particulier fait que, j'avais peut-être un rôle d'observatrice, j'embarquais avec l'équipe (...). (Inf 10, p.6)

Cette période est déstabilisante pour l'infirmière qui se voit dans l'impossibilité d'exercer son rôle tel qu'elle l'a appris. Un autre aspect qui trouble les infirmières dans leur identité professionnelle est de jouer le rôle de bourreau, d'être perçues comme une menace par le patient et de vivre des représailles pour avoir soulagé une personne souffrante ou en détresse. Habituellement, le soulagement de la douleur (physique ou psychologique) est un acte consensuel qui génère du bien-être et de la gratitude. En psychiatrie, l'infirmière donne des soins à des personnes dont l'état mental est altéré ce qui entraîne une renégociation du pouvoir décisionnel :

Parce que le patient, lui, visiblement ce n'est pas lui qui, des fois ils ne sont capables de le demander, mais des fois ils ne sont tellement pas bien qu'ils ne peuvent, il ne voit pas que ça va leur faire du bien. (Inf 9, p.7)

Devoir aller à l'encontre de la volonté du patient est également déstabilisant, impressionnant, au début :

L'impression de faire quelque chose contre le gré de quelqu'un. C'est, moi je n'ai pas fait l'unité de psychiatrie avant d'arriver ici, j'étais en chirurgie et tout ça. Puis en chirurgie, quand tu lui donnes sa médication, c'est parce qu'il l'a demandée. Il est très souffrant. Puis là [pour la contention chimique], on va arriver, puis je vais

lui injecter ça avec une aiguille d'un pouce et demi euh, pendant qu'il gigote avec quatre gars qui sont couchés dessus, c'est impressionnant. (Inf 5, p.5)

Devoir forcer un patient à prendre un traitement fait vivre de la détresse à l'infirmière qui, de ce fait, va à l'encontre de l'idéal de son rôle professionnel :

...pour moi l'idéal [serait] (...) que le patient, il se gère hein? (...) qu'il accepte que de temps en temps on prend un PRN puis, comme moi j'en ai pris juste avant pour mon mal de tête, bien ça arrive dans la vraie vie pour tout le monde. Ça serait l'idéal. (Inf 1, p.8)

L'infirmière est socialisée à prodiguer des soins et à soulager la souffrance de quelqu'un qui le désire. En présence d'un patient qui ne veut pas de soins, l'infirmière est déstabilisée dans son identité professionnelle. Elle devra trouver des repères différents pour l'actualisation de son rôle professionnel.

*Isolement.* Lorsque les conflits émergent dans l'équipe, l'infirmière est privée de ses alliés incontournables pour l'actualisation des interventions qu'elle juge pertinentes et nécessaires. Alors que certaines participantes ont exprimées clairement plutôt subir des pressions de l'équipe qui influençaient leurs décisions, cette participante éprouve plus de difficultés. Il lui est difficile d'affirmer directement qu'elle aurait pris une décision en fonction de l'équipe et elle est très mal à l'aise de le dire :

... je n'ai pas nécessairement pris ma décision en fonction de l'équipe (...) mais des fois je vais m'en aller avec les autres pour euh... (...) Puis, y'a des patients c'est, ils [les collègues] le demandent intramusculaire, fait que.

**Puis, là vous le donnez intramusculaire.**

Bin si, je le propose quand même *per os* là

**Oui, s'ils le veulent à l'intramusculaire, vous le donnez.**

Puisque l'état le suggère, oui. (Inf 3, p.12)

Cette situation est très déplaisante en plus d'être à l'encontre du code de déontologie et des meilleures pratiques. Le soutien des collègues est important pour l'infirmière qui souhaite respecter les principes de gradation de l'intervention contre le gré. Dans l'extrait ci-dessus, le manque de soutien perçu (chez ses collègues intervenants psychosociaux qui réclament l'intramusculaire) par l'infirmière peut l'amener à décider plus rapidement de donner un médicament IM, alors que l'état clinique du patient le justifie. Au-delà de la justification clinique, les orientations ministérielles sont claires et l'infirmière doit démontrer que toutes les mesures de remplacement possibles ont été tentées et que l'intervention est réellement la moins contraignante possible. Les hésitations de l'infirmière face à la pression des pairs et leur manque de soutien l'amène à justifier plus rapidement la voie intramusculaire alors qu'elle aurait peut-être pu tenter avec plus d'insistance la voie per os si elle avait eu un meilleur support de son équipe. La situation clinique peut toujours être documentée de telle sorte que l'intensité de l'intervention est justifiée mais lorsque l'infirmière accélère la gradation de l'intervention sous la pression des pairs, c'est son intégrité professionnelle, son obligation de véracité des faits, qui est affectée ainsi que les droits du patient. Cette infirmière exprime bien que le travail d'équipe est central à sa capacité de jouer son rôle selon les standards établis. Elle partage le danger de se retrouver isolée du reste de l'équipe. Bien que sa position clinique puisse être juste et adéquate selon les standards d'exercice, elle ne pourra par l'actualiser si l'équipe n'adhère pas:

Tu sais, bin souvent c'est par exemple, justement le monde sont un petit peu plus tannés de, qu'ils sont moins patients ou tu sais, il [le collègue] va arriver : Donne-moi un PRN. Oui mais, c'est pas indiqué pour ça. Si c'est désorganisation majeure bin, le patient fait juste lever le ton un petit peu, malheureusement, on va essayer de le calmer avant, puis, il y en a qui sauteraient peut-être trop vite au PRN, mais là quand ils sont six à te dire la même chose, tu vas embarquer dans le groupe aussi, c'est ton équipe puis, fait que, bin oui, tu ressens des fois la pression... (Inf 7, p.7)

Le recours à la contrainte est une intervention imparfaite et insatisfaisante que l'infirmière cherche à éviter autant que possible. Elle se voit contrainte d'administrer un PRN contre le gré en l'absence de moyen thérapeutique efficace pour soulager un patient en présence d'un risque de lésion. Le fil conducteur de tous ces paradoxes est l'impact sur la qualité des soins et l'insatisfaction qu'éprouve l'infirmière à donner des soins. Le contexte de soins sous contrainte vient transformer l'infirmière personnellement et professionnellement. La vision qu'a l'infirmière d'elle-même et de son rôle professionnel est soumise à de nombreux stress auxquels elle doit s'adapter.

### **5.3 Apprendre à composer**

Les participantes mentionnent avoir appris à composer avec les défis que présente leur milieu de pratique. Par exemple, elles comparent fréquemment leur pratique « au début » par rapport à « maintenant » : « Au début, c'est quelque chose là. Au début, c'est vraiment, mon dieu, faut vraiment que je fasse ça? (...) je me souviens, je n'étais vraiment pas bien. » (Inf 5, p.5). Cette infirmière-ci dit avoir apprivoisé le milieu et ses exigences :

... l'injection intramusculaire là, en greffe de moelle osseuse, on ne donne pas ça. Puis aux soins palliatifs on ne donne jamais ça, fait que, moi c'est quelque chose

que j'ai apprivoisé (...) je lui donnais quelque chose contre ce qu'il voulait, tu sais. Mais c'est ça la psychiatrie. (Inf 13, p.3)

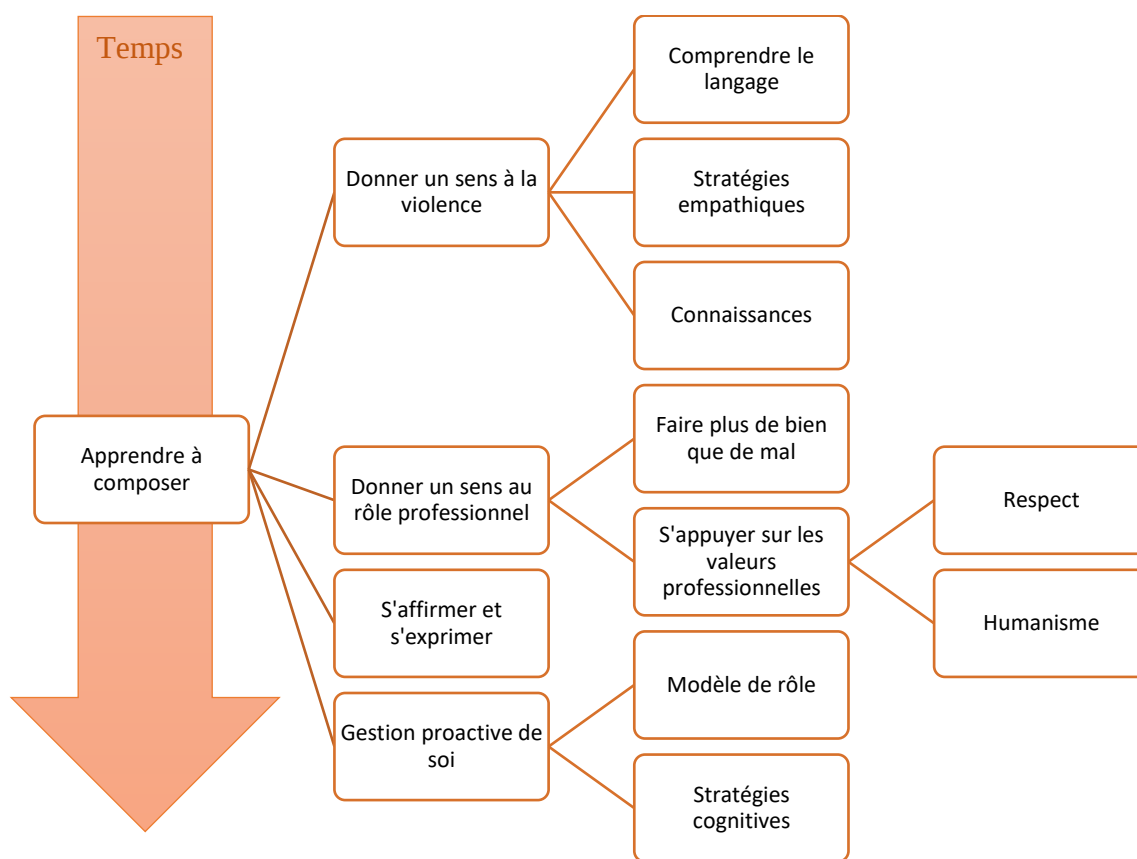
Le concept de temps, inhérent à tout apprentissage, traverse le discours des infirmières interviewées: « Parce que moi, je vois une différence entre quand je suis arrivée puis versus, on va dire l'été passé versus cet été qui s'en vient. » (Inf 10, p.6). Cette infirmière explique que le malaise face à l'administration d'un PRN contre le gré peut persister et qu'avec le temps, avec la répétition du geste, l'habitude prend le dessus et la détresse est moins vive :

La fois que les, le nombre de fois, un moment donné tu fais : Bin ok, regardes je sais que ça va bien aller là, je sais que c'est ce qu'il faut faire, puis c'est correct de le faire. Parce que c'est ce qui est prescrit de faire. Tu finis par t'habituer à le faire. (Inf 5, p.5)

Au-delà du temps qui passe, les infirmières déploient des stratégies face aux éléments déstabilisants qu'elles rencontrent dans le milieu. Les stratégies partagées par les participantes peuvent être regroupées sous quatre catégories : *donner un sens à la violence, donner un sens au rôle professionnel, s'affirmer et s'exprimer, et gestion proactive de soi*.

Donner un sens est une stratégie que toutes les participantes partagent. Les deux enjeux prioritaires à la quête de sens sont le sens de la violence des patients et le sens de leur rôle professionnel auprès d'eux. C'est cette quête de sens et d'explication et cette compréhension du vécu du patient et du déroulement de la situation clinique qui

permettront à l’infirmière de trouver les repères nécessaires pour évaluer l’état clinique et prendre des décisions en lien avec les soins sous contraintes.



**Figure 5.** Modélisation du thème Apprendre à composer.

### 5.3.1 Donner un sens à la violence

La notion de perte de contrôle la plus évoquée est celle liée à la perte de contrôle par le patient de ses gestes et le passage à l’acte agressif. Toutefois, pour toutes les infirmières de l’étude, la violence est l’expression de quelque chose par le patient qui va au-delà du geste : les infirmières veulent comprendre la raison de la perte de contrôle sous-jacente au geste, le sens de la violence exprimée. C’est un enjeu pour les infirmières afin de

pouvoir soigner et être les avocates du bien-être du patient. En l'absence de sens à la violence, le soin au patient se réduirait à contrôler cette même violence. Le recours à la contention chimique, associée par les participantes au soulagement d'une souffrance, est donc étroitement lié à cette quête de sens. Dans leur vécu phénoménologique, les participantes nomment trois moyens qu'elles utilisent pour cette quête de sens, à savoir décoder le langage, utiliser des stratégies empathiques et développer leurs connaissances.

#### *Décoder le langage.*

L'infirmière doit apprendre à décoder les comportements afin de comprendre le langage du patient en perte de contact et en perte de sens de la réalité. Cette infirmière l'exprime ainsi : « Je vous dirais que le patient euh, le demande [le PRN] sans me le demander. » (Inf 4, p.5). La demande d'aide est implicite ou exprimée différemment : « Des fois les mots, tu sais, sont (...) là. Bon, ils ont leurs façons d'exprimer les choses... » (Inf 12, p.6).

#### *Stratégies empathiques.*

Les infirmières utilisent fréquemment la stratégie de *se mettre à la place de l'autre* afin d'être aussi empathique que possible et de rester centrées sur le vécu des patients : « ... je n'aimerais pas ça être à la place du patient, d'être rendu là. » (Inf 2, p.4); « tu sais, moi je ne suis pas malade, puis on m'attacherait sur un lit, je pense que je péterais les plombs là, tu comprends » (Inf 13, p.8); « Moi, quand je ne veux pas quelque chose, quelqu'un me le ferait faire faire là... » (Inf 8, p.7). De la même manière, d'autres

participantes utilisent des stratégies empathiques afin de concevoir la réalité des patients et de comprendre leur vécu : « ... j'imagine contensionner quelqu'un (...) » (Inf 5, p.12); « ... ce n'est pas drôle d'être désorganisé, de sentir, (...) moi si j'étais dans leur tête, je trouverais ça épouvantable. » (Inf 6, p.1).

### *Connaissances.*

Finalement, la recherche d'informations et de connaissances théoriques et le partage expérientiel aide aussi l'infirmière à trouver un sens à cette situation clinique :

... j'ai lu, j'ai lu là-dessus, j'ai compris aussi beaucoup de choses en parlant avec les médecins, avec les lectures que j'ai faites, en travaillant en équipe avec les autres infirmières qui ont passé leur vie là-dedans, puis en discutant avec eux...  
(Inf 13 p.4)

La recherche de connaissance se fait beaucoup par partage expérientiel, partage qui se réalise souvent avec un mentor ou une personne qui est un modèle de rôle pour l'infirmière.

### **5.3.2 Donner un sens à son rôle professionnel.**

Le deuxième aspect de la quête de sens est celui du sens de son rôle professionnel. L'infirmière vit un déséquilibre et une perte de repères face à l'intervention du PRN contre le gré alors qu'elle arrive à la conclusion que le seul moyen de soulager la souffrance est imparfait et génère en lui-même de la souffrance. Sa vision de son rôle et sa capacité à intervenir tel que requis par sa profession sont bouleversées par les impératifs sécuritaires et les conséquences du risque de violence pour autrui, pour ses

relations professionnelles et pour elle-même. Selon les données recueillies, afin de retrouver un certain équilibre professionnel, l'infirmière s'appuie sur deux principes : 1) faire plus de bien que de mal et 2) le respect. Elle soumet ses décisions à ces deux principes afin de redonner un sens aux interventions, au contexte de soin et à son rôle professionnel.

*Faire plus de bien que de mal.*

Les propos des participantes suggèrent que, dans un contexte d'usage du PRN contre le gré du patient, les infirmières appliquent en tout temps le principe *faire plus de bien que de mal* : « Bin moi, ce que je pense qu'il arriverait, mettons j'donnerais pas l'injection, je pense que le patient *souffrirait* (...) Il serait contentionné, parfait, il est plus à risque de lésions, mais l'agitation, les hallucinations restent encore là (...) » [ajout personnel des italiques] (Inf 3, p.10). Tel que vu précédemment, le recours à la contention chimique fait vivre un paradoxe à l'infirmière où elle agresse par compassion. Les participantes affirment ne pas aimer cette intervention mais préfèrent tout de même l'utiliser que de laisser le patient souffrir. Cette rationalisation de l'intervention permet notamment de limiter tout sentiment de culpabilité :

Comment je pourrais expliquer ça? Je ne désire pas me rendre là, par contre, quand je l'injecte là, pour moi, ce que je vois, c'est son bien-être. Fait que, je ne peux pas te dire que j'ai de la peine (...) mais, sa réaction, moi ça me stresse, j'aurais aimé qu'on procède autrement, mais je ne peux pas dire que je vais m'en vouloir après. (Inf 6, p.3)

Les participantes mentionnent aussi ne pas être vraiment à l'aise avec leur intervention, alors qu'elles visent le moindre de deux maux :

Bin, je ne peux pas dire que c'est bon parce que la personne est contre. Mais, je sais que c'est bien parce que la personne n'était pas dans un état normal, parce que la personne était vraiment souffrante quand j'ai décidé de lui donner ça [le PRN contre son gré]. (...) C'est sûr qu'on est comme pas, je ne peux pas dire, je me flatte là, j'ai bien fait ça parce que je sais que j'y vais contre la volonté de quelqu'un (...) je suis jamais vraiment très à l'aise, mais comme je vous dis, bin je sais que c'est bien pour la personne à ce moment-là. C'est plus ça. (Inf 8, p.4)

L'évaluation du bienfait de l'intervention de PRN contre le gré est réalisée en fonction de la capacité du patient à retrouver une certaine capacité à s'exprimer. Soulager le patient « ...comme pour un peu faire émerger la personne... » (Inf 10, p.5) et ainsi rétablir les ponts de la communication est une manière de donner un sens à cette intervention. La communication est d'ailleurs un critère de cessation des mesures de contrôle « on l'accueille là-dedans (...) quand il devient plus calme, bin là, on peut y retourner puis dire : Comment t'as vécu ça? Qu'est-ce que tu peux faire la prochaine fois avant d'en arriver là? » (Inf 6, p.2). Ainsi, dans sa prise de position vis-à-vis le PRN contre le gré, l'infirmière défend les besoins du patient, lui administre l'intervention qui l'aidera à renouer la communication et le contact avec la réalité, et lui redonnera son pouvoir de communiquer et par conséquent une part importante de son autonomie.

Les soins sous contraintes nécessitent de nombreuses compétences, l'une d'entre elle étant de trouver un équilibre entre le lien thérapeutique et le contrôle : « Puis garder un certain lien de confiance avec lui. Même si j'ai le dernier, l'espèce de dernière décision à prendre. » (Inf 1, p.1). Dans son entrevue, l'infirmière #1 insiste sur

l'importance d'obtenir la collaboration et de rétablir le lien. Toutefois, étant donné qu'elle vit beaucoup de malaise à la suite de son intervention, elle choisit comme stratégie d'éviter de reparler de l'évènement et de la décision qu'elle a prise qui a potentiellement brisé le lien avec le patient: « Souvent je ne reviens pas sur l'évènement (...) puis quand je le revois, bin c'est : Bonjour, comment ça va? Puis, j'ai passé à autre chose. » (Inf 1, p.5). D'autres infirmières choisissent la stratégie contraire, à savoir de discuter avec le patient afin de recadrer les faits et d'expliquer leur décision, incluant leur manque d'options alternatives. Les participantes mentionnent une notion de bris, de cassure dans la relation avec le patient qui pourra être réparée par la suite grâce à certaines interventions et avec le temps nécessaire. Faire un retour avec le patient est l'intervention principale mentionnée pour pallier les conséquences de l'intervention :

Puis, va falloir faire un retour avec lui éventuellement, faut le laisser se reposer, quand il va être correct on va retourner puis dire : Écoutez là, ça peut pas marcher, qu'est-ce qui se passe dans ce temps-là. Peut-être : quand vous commencez à sentir ça, venez nous voir on va vous en donner un [un PRN] en prévention. Au lieu d'en arriver à cette situation-là. (Inf 5, p.3)

Quand ça ne fait pas leur affaire, c'est sûr qu'à ce moment-là, des fois, c'est là qu'on peut passer un mauvais quart d'heure. Des fois les insultes, puis tout ça, mais dans l'ensemble, ça se, moi en tout cas, pour moi, ça se passe bien, puis après bin, je suis capable de m'asseoir avec le patient, puis discuter avec. Il y en a quelques-uns ici que j'ai injectés, puis je suis capable de m'asseoir avec eux, puis faire de l'humour aujourd'hui puis, ça se passe bien là. (Inf 14, p.16)

Cette infirmière souligne son vécu et sa démarche décisionnelle lors du retour avec le patient :

... quand je vais le revoir, je vais reprendre ça avec, (...) parce que si j'ai un lien avec, je ne veux pas le perdre, il faut bin que je m'explique pourquoi j'avais pris

cette décision-là, que moi-même je n'avais pas vraiment le choix, je ne pouvais pas le laisser dans cet état-là, moi mon but c'est de soulager. Fait que, on était rendus là, je sais qu'il n'était pas d'accord, mais je l'ai donné quand même, c'était pour l'aider. (Inf 8, p.4)

L'équilibre entre le soin et le contrôle est fragile en milieu psycho-légal et les infirmières utilisent différentes stratégies afin de rétablir les bases de la relation thérapeutique avec le patient.

L'intervention doit être administrée avec l'intention de soulager avant tout et l'intervention doit *faire plus de bien que de mal*. L'infirmière est aux prises avec le refus du patient (autonomie) et la conviction du bien-être (bienveillance/soulager la souffrance) et doit apprendre à trouver un équilibre entre ces deux principes à respecter au nom de la sécurité d'autrui (sécurité). Les valeurs de l'infirmière doivent être respectées et le discours des infirmières est imprégné de respect et d'humanisme.

*S'appuyer sur les valeurs professionnelles.*

Selon les propos des participantes, il n'est pas facile de redonner un sens à son rôle professionnel lorsque celui-ci est exercé en marge des standards établis :

... je trouve que les soins physiques ici, sont mis un petit peu de côté, tu sais, les, justement quand on donne l'Ativan, on est censés prendre les signes vitaux avant, pendant, après, sinon on va se le dire, c'est très rare que c'est fait, moi la première qui ne le fais pas ou peu. (Inf 7 p.7)

Une stratégie utilisée par les participantes afin de redonner un sens à leur rôle professionnel est de continuer sans relâche, tel un leitmotiv, de s'appuyer sur les valeurs professionnelles malgré les obstacles rencontrés. Bien que les participantes expriment

clairement ne pas pouvoir exercer l'intégralité de leur rôle professionnel selon les standards établis (pression et transformation de leur pratique et de leur rôle à leur arrivée dans le milieu) et que de ce fait, les participantes ne sont pas toujours capable d'exercer pleinement un rôle infirmier axé sur la défense des droits et des besoins des patients (compétition entre le discours du soin et le discours du risque ou de la sécurité), elles tentent toutes d'inculquer à chacun de leur geste, de leur parole, de leur intervention, les valeurs de la profession. Il est important pour les participantes de s'aménager des espaces éthiques, où certains aspects du soin ont du sens pour leur pratique professionnelle, aussi restreints soient-ils. Malgré les contraintes du milieu et les amputations à leur pratique professionnelle, les valeurs professionnelles, dont le respect de la personne et l'humanisme, restent une pierre angulaire dans le discours des participantes. Ce respect se vit dans un autre cadre que le cadre éthique conventionnel, au-delà du respect de l'autonomie du patient et au-delà du respect de son intégrité. Le respect se vit dans un cadre éthique du corps-vécu, dans la manière d'être en relation avec le patient et de le traiter durant le soin sous contrainte, dans la manière d'aller à la rencontre de l'autre et de prodiguer des soins à la rencontre de deux subjectivités. Les participantes mettent en lumière l'importance du respect qui doit subsister malgré le risque, nonobstant l'adrénaline et la tension et en dépit de la contrainte.

*Respect.* Le respect de l'intégrité est identifié par les infirmières et est en filigrane à leur vécu phénoménologique, d'abord dans le thème *Certitudes (gradation)*, puis dans le thème *Paradoxe (agresser par compassion)* et finalement dans le thème

*Apprendre à composer.* L'infirmière donne un sens à son rôle professionnel lorsqu'elle reste consciente de l'atteinte à l'intégrité de son intervention:

...être obligée d'être maîtrisée puis attachée, écoute euh, l'intégrité là, de l'être humain euh, malade, pas malade, elle est là pareille. C'est, c'est, je trouve ça humiliant. Tu sais, je trouve que c'est humiliant de subir ça. Faut vraiment être rendu à l'extrême limite pour faire vivre ça à quelqu'un, ça, ça me touche. Tu sais, c'est ça qui vient me chercher. (Inf 6, p.4)

Lorsque la décision de l'infirmière d'intervenir contre le gré du patient commande, en plus d'une atteinte à l'autonomie, une atteinte à l'intégrité physique du patient, la notion de respect du patient est alors recentré sur le respect relationnel, sur le savoir être durant l'intervention. Le vécu phénoménologique des participantes est particulièrement bien détaillé en regard de la procédure d'administration de la contention chimique et de ses interventions proximales (entrée en chambre, maîtrise physique, explications au patient, injection du médicament). Rendu à cette étape, le rôle de l'infirmière est d'administrer le médicament, une portion très technicisé de son rôle sur le corps objet du patient dangereux, le reste de l'intervention étant entre les mains des agents de sécurité :

... on va pas intervenir physiquement, quand le patient est rendu dans la chambre c'est pas notre travail là, parce que moi, mon travail c'est la médication, m'assurer que ça [la maîtrise physique] se passe bien, (...) selon le protocole, puis la façon légale là, pas [sans] d'exagération là (...). (Inf 14, p.11)

Dans leur rôle à cette étape, le respect est identifié par les participantes en termes d'honnêteté et de transparence avec le patient, et véhiculé dans ce que l'infirmière dit au patient et la manière dont elle le dit :

... quand c'est [le PRN] donné respectueusement, (...) il y a les mots, mais il y a toute l'attitude qu'on a aussi là-dedans. Il y a toute la partie non-verbale qu'on a avec le patient, il le sait à qui il a affaire, tout le temps. (Inf 13, p.12)

Les participantes sont très préoccupées par l'honnêteté et le manifestent à plusieurs occasions : « Si je me sens obligée d'aller à l'injection je lui dis par exemple aussi. Je fonctionne comme ça moi. (...) Il y a une affaire que je ne fais jamais, c'est des cachettes au patient. Ça je n'en fais pas. » (Inf 1, p.2). L'autonomie du patient est préservée le plus longtemps possible, même lorsque les choix deviennent de plus en plus restreints. Les participantes rapportent que le respect se poursuit même après l'intervention, lors du retour post-événement :

... je ne voudrais jamais sermonner non plus la personne qui, quand je fais des retours là (...) ça fait partie de la dynamique de la personne et de la maladie, tu sais là, je veux dire, en quelque part, lui c'est sa façon de fonctionner, dans le moment présent. Mais, c'est d'aller chercher la solution, y'a des solutions. (Inf 6, p.5)

Les participantes sont conscientes qu'elles ont pris le contrôle précédemment et cherchent à s'en défaire le plus rapidement possible :

Je le laisse parler pour commencer (...) de manière générale j'arrive pas avec mes grands sabots pis m'imposer, je me suis déjà imposée quelque part juste avant, fait que c'est à leur tour de faire leur bout de chemin... (Inf 10, p.5)

Lorsque les participantes parlent du respect dans l'intervention physique qui est réalisée par leurs collègues agents de sécurité, elles le décrivent en termes de ce qui serait de l'exagération ou de l'abus en regard d'un non-respect des balises légales de l'intervention (par exemple : intervention trop coercitive ou force excessive) : « (...)

puis la façon légale là, pas d'exagération là , mais moi j'ai été chanceuse là, j'ai jamais vu des affaires (...) » (Inf 14, p.11). Dans le verbatim suivant, la participante #13 emploie le terme abus davantage lié à des manquements éthiques en terme d'abus ou d'exagération dans l'attitude, le savoir-être ou un manque de respect dans la communication avec le patient :: « les gens sont respectueux envers les patients, puis il n'y a pas de brassage, il n'y a pas de, je n'ai pas rien vu qui n'était pas correct, tu comprends? » (Inf 13, p.9). Ce n'est pas tout le monde qui possède les mêmes valeurs et qui intervient de la même manière en situation de soin contre le gré. Le risque de glissement et le risque d'abus sont présents dans le discours des participantes qui insistent sur le fait qu'elles n'ont jamais été témoins d'abus envers la clientèle durant l'administration d'une contention chimique. Bien que les participantes aient appris à passer outre le respect de l'autonomie, puis à passer outre le respect de l'intégrité, et ce au profit d'autres valeurs (dont celle de la sécurité d'autrui), elles insistent sur l'importance du respect relationnel, un respect non négociable pour toutes les participantes. Pour ces infirmières, maintenir cette ligne minimale du respect relationnel est une manière de donner un sens à leur rôle professionnel dans ce milieu.

*Humanisme.* Les motifs d'hospitalisation ou les gestes délictueux commis constituent des enjeux qui influent la manière de prodiguer les soins, et les infirmières en sont conscientes. Les infirmières investissent l'humanisme des personnes afin de prévenir l'apparition de préjugés envers ces actes :

... les patients je le sais qu'ils ont fait des méfaits, je le sais qu'ils ne sont pas ici, on a une expression qu'on m'a dit, sont pas ici pour des cors aux pieds là, tu sais.

Je sais qu'ils ont fait des choses qui était euh, mais ça reste que c'est des humains, tu sais, puis je trouve que les agents de sécurité comme les infirmières ou infirmiers avec qui j'ai travaillé, puis que je travaille, sont respectueux envers les patients. (Inf 13, p.9)

Des participantes partagent l'importance de ne pas s'imposer de manière paternaliste et de rester détachées des jugements de valeurs en lien avec le motif d'hospitalisation : « Peu importe le geste que tu as fait à l'extérieur, moi je ne suis pas juge, puis je ne suis pas avocat là, ce que je vois c'est une personne qui arrive, qui vit un stresser important. » (Inf 6, p.7). L'infirmière va s'assurer de prodiguer les soins avec humanisme et dignité pour le patient. Cette infirmière explique ses gestes et l'intention de ses gestes au patient. Malgré la virulence des mots et des gestes du patient à son égard, elle maintient le lien tout au long de l'intervention :

Je vais te donner ton injection pour t'aider à reprendre ton contrôle, ce que je veux, c'est juste t'aider. Je vais l'injecter, il peut m'envoyer promener s'il le veut, moi ça ne m'atteint pas, mais ça pas pantoute, tu sais là. J'y vais aux quinze minutes, puis je lui dis que je ne le laisserai pas tomber. (Inf 6, p.4)

La bienveillance teinte les interventions des infirmières qui assurent le respect du patient dans une période de grande vulnérabilité :

Donc, on lui parle, on lui demande si on peut rentrer dans sa chambre, moi ça là, on le demande tout le temps nous, la permission, parce qu'on comprend qu'il est comme vulnérable aussi, puis il est vraiment, de se faire demander la permission... (Inf 9, p.6)

Les infirmières exercent leur rôle durant l'intervention contre le gré en évaluant le patient dans sa globalité, de manière holistique. Les participantes l'expriment en tenant

compte de l'état physique et mental du patient, en analysant le comportement actuel dans l'entièreté du vécu de la personne, en regardant au-delà du comportement, en intervenant sur la souffrance, en accompagnant la personne dans le ici et maintenant à la recherche de solution :

... quand on fait l'évaluation on essaie de vraiment voir, ok, le patient ressent quoi puis qu'est-ce qui a mené à ça, fait que c'est sûr que, on fait, on essaie d'évaluer le plus euh, globalement possible (...) on doit utiliser notre jugement aussi pour voir dans l'ensemble autant physique que, tu sais, son mental... (Inf 11, p.5)

Ancrer le plus possible sa pratique professionnelle dans les valeurs de la profession est un tremplin sûr pour aider l'infirmière à développer sa capacité à s'affirmer et à s'exprimer - une autre stratégie que l'infirmière utilise pour composer avec les défis de son rôle d'administrer un PRN contre le gré en milieu psycho-légal.

### **5.3.3 S'affirmer et s'exprimer**

Lorsque l'infirmière est capable de donner un sens au comportement du patient et à son rôle professionnel, elle peut ensuite s'exercer à s'affirmer et s'exprimer au sein de l'équipe, pour le patient et pour elle-même :

... [se laisser le temps d'arriver dans le milieu et d'être observatrice au début] ça m'a permis d'apprendre puis d'après ça, la journée que je mets mon pied à terre, bin y'a pas beaucoup de place tellement à se faire imposer des choses. Ça reste que c'est l'infirmière quand même qui est imputable, fait que, un coup que j'ai compris comment ça marche, bon bin maintenant je peux plus facilement, moi, leader les choses, tu sais. (Inf 10 p.6)

S'affirmer auprès des membres de l'équipe est une compétence qui prend du temps et du courage : « au bout de la ligne, c'est nous qui a le dernier mot (...) ça prend une force de caractère un peu de leur dire : Bin, c'est ça. » (Inf 5, p.9). Les participantes partagent devoir être capables de mettre leurs limites et d'assumer les conséquences de leurs actes. Pour mettre leurs limites, une infirmière mentionne devoir s'imposer dans une situation où il y a débordement de rôle de la part de ses collègues : « D'autres tantôts j'ai vu qu'on me disait de donner un PRN (...) hé un instant là, tu sais. C'est moi qui vais prendre la dernière décision pareille, là. » (Inf 14, p.8). Plusieurs tentent de résister aux pressions exercées sur leur pratique professionnelle. Cette infirmière parle de l'intensité du combat qu'elle mène afin de préserver ses schèmes de référence et sa conception du patient et de son rôle professionnel:

...moi là, ma job je l'aime, j'aime ce que je fais. Si j'arrive chez moi, il y a quelque chose qui me dérange, je n'arrive pas à dormir, je n'arrive pas à retrouver le sommeil, puis, tu sais j'ai comme, t'as pas le sentiment, là, du devoir bien fait. Fait que, le travail, je dois le faire sur moi. Fait que moi, je suis là pour les patients, je ne suis pas là pour mes collègues, oui c'est bien beau là, avoir un bon climat de travail, puis tout ça, mais, tu sais, bin la priorité ce n'est pas avoir des, des amis à ta job (...) moi j'ai repris ce que j'avais appris en soins infirmiers, je suis supposée d'être l'avocate de mon patient. Fait que, le patient il est dans un état vulnérable, moi je dois le défendre. Donc, je dois faire ma job. (...) je peux rencontrer n'importe qui pour justifier, bin ça, ça, puis ça, ça, ça, puis, ça, ça, ça, détaillé. Puis, malgré la pression de l'équipe, je suis capable de bien vivre avec ça. (Inf 8 p.8)

L'infirmière doit être capable de s'affirmer et d'expliquer son rôle et ses obligations professionnelles. L'infirmière doit aussi apprendre à s'affirmer et être en mesure d'expliquer sa vision de son utilisation du PRN à ses collègues :

Je sais qu'il y a des infirmières qui sont moins pro PRN. Moi je me dis euh, honnêtement, c'est moi là, je me dis : Lui il arrive ici ce patient-là, y'a pas demandé d'être ici, il est pris, il a des accusations, des expertises à produire, il se retrouve dans un hôpital psychiatrique, c'est peut-être la première fois ou la centième fois euh, ce n'est pas drôle. Puis, ça se peut qu'il en ait de besoin, il gère de l'anxiété euh, la job à l'extérieur, la famille, tout ça parce que l'extérieur existe encore même s'ils sont à \*\*\*\*. Fait que, non, moi je ne suis pas contre un PRN, je ne dis pas tout le temps, constamment, mais je ne suis pas contre. Il y a des choses à gérer puis ce n'est pas facile, c'est extraordinaire qu'est-ce qu'ils ont à vivre. (Inf 1, p.9)

... tant qu'ils en ont besoin, pour moi, c'est pas euh, comment je pourrais dire ça? Les gens vont dire : Bin oui, mais c'est pas une, c'est une béquille. On a besoin de béquille de temps en temps. Si j'ai une jambe cassée, j'en ai tu besoin de ma béquille là? Tu sais, j'en ai besoin, mais pour moi quand ils arrivent, je l'explique comme ça [au personnel], ça passe pas tout le temps, des fois ça passe. (...) Parce que des fois euh, on a connu des petits conflits par rapport à ça. (Inf 6, p.6)

Être capable d'expliquer et de justifier est indispensable à la place qu'occupe l'infirmière en milieu psycho-légal :

De pouvoir être capable de justifier plus, bin, pas justifier là, qu'on a pas besoin de justifier notre job, là, mais pouvoir l'expliquer aux gens ce qu'on donne, parce que ce qu'on donne là, c'est pas des bonbons, on donne des pilules (...) fait que, tu sais, c'est comme, ne pas céder à la pression, de savoir ce qu'on fait aussi là. (Inf 8, p.7)

Devant une équipe qui est en désaccord, l'infirmière est seule à porter le fardeau de sa décision et des répercussions qui en découleront. Par conséquent, afin de relever les défis de l'exercice infirmier dans cette surspécialité, les infirmières doivent prendre soin d'elles-mêmes aussi.

### 5.3.4 Gestion proactive de soi

Les participantes partagent de nombreuses stratégies qu'elles utilisent afin de prendre soin d'elles dans ce milieu. Ces stratégies sont en deux volets, soit s'inspirer d'un modèle de rôle et l'utilisation de stratégies cognitives.

#### *Modèle de rôle.*

Les participantes soulignent l'importance d'avoir un modèle de rôle, un mentor pour les aider à trouver leurs repères, utiliser des stratégies efficaces dans les premiers temps de leur entrée en fonction, les guider et les rassurer : « Quand on commence oui, oui. Oui, c'est sûr que ça [avoir un mentor] nous aide à avoir confiance en soi. » (Inf 11 p.5). L'accès à un mentor, une personne ressource possédant une vision et des valeurs similaires, permet de discuter et de partager son expérience et aide à se former son idée et se forger son identité :

... on avait la même vision de travail, puis c'était le droit du patient, c'était aussi la médication pour aider. Elle a été un mentor pour plusieurs infirmiers, infirmières à \*\*\*\* (...) c'était, la façon qu'elle travaillait, la recherche aussi qu'elle faisait, s'il y avait un médicament, s'il y avait un trouble de comportement, elle allait chercher, allait lire, (...) j'avais la même euh, curiosité qu'elle, fait que, on se partageait des affaires... On montait nos plans de soins, puis on se questionnait. On aimait ça, c'est quelqu'un qui a été vraiment significatif pour moi aussi. (Inf 6, p.6)

En présence de difficultés, le mentor peut être une personne avec qui l'infirmière se sent en confiance et en sécurité de discuter et d'analyser une situation qui lui cause un inconfort.

### *Stratégies cognitives.*

Les infirmières utilisent fréquemment des stratégies cognitives afin de prendre soin d'elles et de ne pas se laisser envahir par l'agression dont elles sont témoins ou victimes lorsqu'elles administrent un PRN contre le gré. Par exemple, les participantes rapportent que l'infirmière doit maintenir une distance psychologique sécuritaire avec le vécu des patients : « Bin, je pense qu'il faut se faire une barrière avec ça [les insultes] aussi là (...). » (Inf 2, p.4). Cette infirmière mentionne que le passage du temps aide à mettre en place une distance psychologique afin de se protéger de l'agression :

Bin, c'est sûr qu'à mes débuts, quand ça arrivait, je me disais que, je le prenais plus personnel (...) mais au moins je suis capable de faire une distance comme quoi c'est un patient aussi, c'est sûr que quand ils sont désorganisés, sont fâchés bin, souvent ce qu'ils disent, ce n'est pas à prendre au sérieux non plus. (Inf 11, p.3)

Cette infirmière exprime clairement le besoin d'autogestion de l'infirmière. Le travail en psychiatrie légale génère du stress, des émotions et de la détresse morale que l'infirmière devra gérer par auto-soins :

Bin comme je dis, moi j'essaye de me couper mentalement là, j'essaye de garder vraiment ma barrière, ma distance euh, psychologique. C'est sûr que c'est jamais le fun de se faire traiter des noms, de, quand on entend crier, frapper, même quand on n'est pas ciblés, y'a peut-être un stress qui peut être là, mais je pense que c'est de s'autogérer en quelque part (...). (Inf 10, p.3)

Une infirmière partage une stratégie cognitive importante pour elle dans un milieu où le risque est omniprésent. Pour cette infirmière, il faut être à l'aise avec l'omnipotence du risque, être en mesure de travailler dans le ici et maintenant, et avoir des mécanismes

pour que les préoccupations personnelles ne deviennent pas envahissantes et ne fassent pas perdre les repères :

... ici faut vivre dans le présent. Parce qu'on ne peut pas rester avec une arrière-pensée parce que sinon, on ne s'en sortira jamais ou ce n'est pas fait pour nous, mais moi je pense ça en tout cas. (...) Fait que je peux parler de risque mais, tu sais comme, il faut décrocher là, on ne peut pas rester avec de la rancune envers les patients, c'est eux qui sont malades, nous c'est un choix d'être ici. (Inf 10, p.4)

La connaissance de soi est donc un enjeu important dans la grande famille des stratégies cognitives. Finalement, plusieurs infirmières partagent avoir une pratique réflexive. C'est une stratégie efficace enseignée durant la formation académique afin d'améliorer la pratique clinique de l'infirmière :

Bin c'est sûr que c'est arrivé [que j'aurais souhaité avoir agi différemment], je ne m'en rappelle pas maintenant, mais c'est sûr. À chaque fois je me remets en question-là, pour améliorer le, ma, ma pratique. C'est sûr qu'il y a, ce n'est jamais, je ne suis jamais satisfait à cent pour cent (Inf 4, p.5)

Le temps est un allié incontournable pour développer sa confiance en soi, et il doit être conjugué à une volonté farouche de concilier l'idéal de soin avec la réalité de la pratique clinique. L'expérience est un atout efficace pour aider les infirmières à mitiger les impacts négatifs sur elles-mêmes de certaines interventions qu'elles doivent réaliser telles que l'administration de PRN contre le gré : « Mais je ne suis pas une jeune infirmière d'il y a deux ans non plus là. Je ne prends pas tout personnel. » (Inf 1 p.5).

Plusieurs participantes ont de la difficulté à exprimer clairement les choses, à décrire ce qu'elles savent et ce qu'elles font, leurs compétences. Bien que plusieurs hypothèses puissent expliquer cette difficulté à s'exprimer et que les raisons puissent

varier d'une participante à l'autre, celles découlant de tensions entourant cette intervention controversée doivent être nommées. En effet, cette difficulté à s'exprimer clairement pourrait découler d'un malaise à concevoir et appliquer cette intervention controversée et paradoxale. Dans le vécu phénoménologique des participantes de l'étude, l'administration d'un PRN contre le gré d'un patient suscite beaucoup de détresse et de tension dans leur pratique professionnelle en plus de s'actualiser à la jonction de positions cliniques, éthiques et légales parfois conflictuelles. La non reconnaissance de l'aspect intersubjectif et interrelationnel du risque de violence et sa catégorisation sévère d'intervention non-éthique dans un cadre éthique binaire conventionnel pourraient accentuer la difficulté des participantes à exprimer leur vécu en terme clair. La peur d'être jugé sévèrement et d'être condamné publiquement par le cadre éthique et législatif actuel peut aussi expliquer partiellement cette difficulté à s'exprimer. Finalement, l'hypothèse de la peur d'être jugé implique que les participantes de cette étude sont conscientes des écarts entre la théorie et la pratique. Toutefois, elles restent démunies, sans soutien clair officiel et sans lignes directrices adaptées à la réalité de leur pratique professionnelle et à la complexité clinique des patients dont elles prennent soins chaque jour. Dans la discussion, nous discuterons des particularités des soins sous contrainte dans lequel l'infirmière évolue et pour lequel elle n'a pas les coudées franches (c'est-à-dire qu'elle n'a pas le pouvoir) pour la prise de la meilleure décision possible au moment d'administrer un PRN contre le gré du patient. À cet effet, nous verrons de quelle manière les travaux de Foucault et le pouvoir politique de l'infirmière s'exprime en milieu de soins sous contrainte. De plus, les travaux de

Goffman apporteront un éclairage théorique sur le vécu de l'infirmière au moment d'administrer un PRN contre le gré du patient dans un milieu sécuritaire psycho-légal.

## **Chapitre 6 : Discussion**

Au moment d'administrer un PRN contre le gré, la pratique professionnelle de l'infirmière en psychiatrie légale en contexte sécuritaire est influencée par deux grands phénomènes qui génèrent des tensions spécifiques à cette spécialité et avec lesquelles l'infirmière devra apprendre à composer. La première source de tension, dans la foulée des travaux de Foucault (1975), provient de l'anatomo-politique de l'infirmière dans le réseau de la santé qui est bouleversée par l'inclusion des impératifs du système de justice dans la manière dont elle prodigue les soins. La seconde source de tension, ancrée dans les travaux de Goffman (1968) portant sur les institutions totales, provient des concessions que l'infirmière doit faire afin de soigner le patient dans ce type d'institution et des mortifications que cela génère sur sa pratique professionnelle. Les deux phénomènes seront repris, de manière plus détaillée, dans le vécu partagé par les infirmières de cette étude au moment d'administrer un PRN contre le gré à des patients hospitalisés en milieu psycho-légal dans un contexte de sécurité semblables aux normes carcérales. Le vécu phénoménologique des participantes de l'étude sera discuté dans une perspective critique des enjeux entourant l'éthique de ce soin.

### **Les dimensions du pouvoir**

Le positionnement des infirmières dans le réseau de la santé ainsi que les prérogatives qu'elles détiennent sur la promotion de la santé et la prévention de la maladie illustrent bien le pouvoir politique détenu par les infirmières en tant que professionnelles. L'anatomo-politique de Foucault (1975) s'articule suivant deux dimensions dans

l'exercice infirmier dans le milieu d'étude : la gestion des personnes et des corps (corps dociles) et la thérapie (bon dressement). Ces deux dimensions permettent aux infirmières de surveiller, de prodiguer des sanctions normalisatrices et de procéder à des examens, des évaluations et des interventions, comme celles par exemple qui sont comprises dans la décision et le processus d'administrer un PRN à un patient contre son gré. La relation thérapeutique, assise du rôle et de la profession infirmière, sert de véhicule à l'exercice du pouvoir de l'infirmière au regard de la promotion de la santé et la prévention de la maladie. L'actualisation de ce pouvoir passe par la confiance qui peut s'établir entre le patient et l'infirmière, confiance sans laquelle la relation thérapeutique ne peut se développer. L'anatomo-politique de l'exercice infirmier dans le réseau de la santé est donc constituée de deux formes de pouvoir : le pouvoir disciplinaire et le pouvoir de la rhétorique thérapeutique. En santé mentale et psychiatrie le pouvoir détenu par l'infirmière prend des proportions différentes alors que le pouvoir disciplinaire et le pouvoir de la rhétorique thérapeutique s'élèvent à des formes de coercition formelle et informelle parfois extrême et jugée acceptable au nom du soin et de la gestion du risque. À la jonction du système de santé et du système légal, l'infirmière de psychiatrie légale participe au mandat officiel de gérer le risque que le patient présente. Elle se voit contrainte d'ajuster et d'adapter sa pratique aux exigences de chaque système.

La raison de l'intervention infirmière, en psychiatrie légale, n'est pas la demande d'aide de la personne mais le mandat légal : les patients sont hospitalisés ou détenus dans l'établissement contre leur gré. Ainsi, en contexte de soins sous contrainte, les pouvoirs de l'infirmière se réorganisent et prennent appui sur un tout nouveau cadre pour le

paradigme de la santé, celui de la contrainte et ce, au nom de la gestion du risque de violence. La coercition est en trame de fond de toutes les interactions avec les patients et s'imisce dans toutes les autres formes de pouvoir détenues par l'infirmière. Dans l'ombre continuelle du pouvoir de coercition, dont le pouvoir d'administrer un PRN contre le gré du patient, le pouvoir thérapeutique essaie de survivre. Dans le discours des infirmières de cette recherche, la crainte de perdre le pouvoir thérapeutique, assise de leur profession, est récurrente. Cette crainte est illustrée dans la catégorie *Prendre des risques pour diminuer le risque*, du thème *Paradoxes*, alors que les infirmières sont tiraillées entre leur obligation envers le patient (justifiant l'utilisation de leur pouvoir thérapeutique) et leur obligation de sécurité envers autrui (justifiant l'utilisation de leur pouvoir de coercition). Les infirmières investissent leur pouvoir thérapeutique jusqu'au point où elles l'utilisent même afin de susciter la collaboration du patient à une intervention sous contrainte, l'administration du PRN étant toujours offerte par la bouche dans un premier temps. Les données de cette étude viennent renforcer celles de Holmes (2005) qui indique que la confiance est d'une nécessité absolue tant au niveau disciplinaire que thérapeutique. Les infirmières de l'étude insistent sur l'importance du lien de confiance et sur l'importance de le maintenir malgré la dualité dans leur rôle professionnel auprès des patients. Cet aspect important du rôle de l'infirmière qui passe par l'empathie et la relation thérapeutique fait consensus à travers les écrits comme étant un élément influençant significativement l'expérience des mesures de contrôle tant pour les infirmières que pour les patients et ce, tant en milieu de psychiatrie (Aguilera-Serano et al., 2018; Gerace et al., 2018; Perron et al., 2015; Tingleff et al., 2017), qu'en milieu

de psychiatrie légale (Gildberg et al., 2015; Gustaffson & Salzmänn-Erikson, 2016, Maguire, Young, & Martin, 2012; Nielsen et al., 2018; Pulsford et al., 2013). La catégorie *Prendre des risques pour diminuer le risque* illustre bien les difficultés que rencontrent les infirmières à concilier les deux types de pouvoirs (pouvoir thérapeutique et pouvoir de coercition) présents dans leur rôle professionnel et à réconcilier les paradigmes présents dans le soin d'administrer un PRN contre le gré du patient (paradigme du soin centré sur le patient et paradigme de la sécurité d'autrui). Le vécu des infirmières de cette étude rejoint celui des participants de l'étude de Gerace et al., (2018) qui exprimaient avoir beaucoup de difficultés à concilier les deux aspects attendus dans leur rôle (sécurité d'autrui et soins centrés sur le patient). Les difficultés rencontrées sont telles que le vécu phénoménologique des infirmières est composé de stress et même de détresse alors qu'elles sont souvent isolées, en marge de leur équipe, en marge des standards du soin centré sur le patient (respect de l'autonomie et de l'intégrité). L'éthique médicale conventionnelle s'appuyant sur le principe d'autonomie rappelle bien les statuts de pouvoir détenus par les infirmières alors que le principe d'autonomie exige du professionnel de se positionner face à l'autonomie du patient, prise de position qui révèle bien les enjeux de pouvoir associés à la relation patient-infirmière. Il est donc nécessaire de poursuivre les réflexions à la recherche d'un cadre éthique qui soit normatif de l'humanité et non normatif des enjeux de pouvoir (autonome / privé de son autonomie). Selon Bach (2018), pour le néophyte du paradigme médical, l'entrée dans le système de santé lors d'une période de grande vulnérabilité et la soumission aux rituels standardisés d'observation, de mesure, d'intrusion et d'évaluation

suscitent des réactions plutôt saines de honte et des réactions instinctives de protection/défense (violence). La honte et la violence (le besoin de se protéger/défendre son intégrité) ne sont pas des facteurs mesurables et prédéterminés mais font plutôt partie du registre possible de l'expérience de santé de la personne (Bach, 2018). Lorsque la honte, qui se vit en co-construction entre le patient et le clinicien ou entre le patient et le réseau de la santé est ignorée, il est facile d'attribuer le vécu à un simple facteur externe (de l'attribuer au corps malade et/ou de le réduire à l'expression de la maladie) et de blâmer ou discréditer ce facteur, facteur qui est en réalité une expérience humaine (Bach, 2018). Dans une éthique du corps-vécu, les dimensions du pouvoir présentes dans le système de santé peuvent être nommées et ses répercussions sur le vécu du patient discutées. Une éthique du corps-vécu, un cadre holistique et capable de supporter l'interrelation et l'intersubjectivité, considérant les dimensions sociales et relationnelles du corps et de l'environnement pourrait répondre aux difficultés découlant de l'approche biomédicale.

La catégorie *Évaluer subjectivement l'intangible*, toujours dans le thème *Paradoxes*, met quant à elle en lumière les différentes subjectivités qui se rencontrent au moment de prendre la décision d'administrer un PRN contre le gré du patient. Le lien de confiance va influencer l'évaluation du risque et contribuer à la zone de subjectivité décrite par les participantes de l'étude. Il en va de même pour les infirmières œuvrant en psychiatrie légale de l'étude de Nielsen et al. (2018). Selon cette étude (Nielsen et al., 2018), la confiance et la qualité de l'alliance thérapeutique sont les précurseurs du processus d'évaluation et de décision quant au recours aux mesures de contrôle et vient teinter le

jugement clinique de l'infirmière et sa décision. L'aspect subjectif de l'évaluation très présent dans le vécu phénoménologique des infirmières de cette étude n'est pas unique. La zone de subjectivité dans le processus décisionnel, « *the grey area* » a été identifiée comme problématique dans les écrits (Bregar et al., 2018) et comme requérant davantage d'étude. Les nombreux paradoxes présents dans le vécu phénoménologique des infirmières, paradoxes aussi rencontrés dans les résultats de d'autres recherches, appuient le besoin de trouver un cadre éthique qui soit davantage congruent au vécu des personnes touchées par ce type d'évènement.

Les infirmières utilisent de manière à la fois flagrante et subtile les technologies disciplinaires de façon à contrôler les patients sous leurs soins en psychiatrie légale. Ce paradoxe, ou cette double allégeance, réaffirme bien l'aspect politique des soins infirmiers. Le double rôle politique des infirmières qui soignent des patients en psychiatrie légale a été documenté par Holmes (2005) dans son étude auprès des infirmières en milieu carcéral. Ces travaux identifient bien le paradoxe entre le rôle de soignant de l'infirmière et le rôle de contrôle social en contexte de psychiatrie légale. Ce paradoxe émerge aussi dans la présente étude, alors que l'infirmière en psychiatrie légale tente d'actualiser son rôle professionnel pour l'administration d'un PRN contre le gré selon les standards établis. Des dilemmes éthiques surgissent lorsque l'infirmière tente d'accompagner le patient dans son épisode d'agressivité mais que la situation requiert de changer de perspective : du soin, où le respect de l'autonomie et de l'intégrité physique de la personne sont privilégiés, l'infirmière passe au contrôle pour des raisons de sécurité, créant du coup un déplacement d'un discours thérapeutique vers un discours de

risque. Afin de réconcilier la perte de sens de l'intervention de la contention chimique qui agresse le patient physiquement et psychologiquement, les infirmières recadrent leurs interventions dans les assises de la discipline, notamment la compassion et le soulagement de la souffrance. Ce vécu phénoménologique s'exprime par les catégories *Contrôler pour soulager* et *Agresser par compassion*, dans le thème *Paradoxes*, et sont une manière pour les infirmières de *Donner un sens* à leur rôle qui soit compatible avec leur identité professionnelle. L'infirmière doit trouver de nouveaux repères ou alors ajuster ses repères existants. Ce faisant, elle s'accommode de ce pouvoir extrême formel dont elle dispose en contexte de psychiatrie légale qui, en comparaison, existe sous des formes atténuées, déguisées, voire quasi-invisibles dans le cadre thérapeutique civil. D'un côté, ce recadrage permet à l'infirmière de donner un sens à l'administration d'un PRN contre le gré qui soit congruent avec sa vision de son rôle (pour ce faire, elle utilise la rationalisation du patient-objet défectueux et s'appuie sur une intervention technicisée approuvée par la dimension médicale de son rôle). De l'autre, cela génère un décalage entre le vécu des patients soumis à la contention chimique et la visée thérapeutique de cette intervention selon l'infirmière. Cette réalité est concordante avec la dissension dans les vécus soulevée dans la recension des écrits (Del Bario, 2003; Strout, 2010) et les propos des participantes. Ce changement de paradigme, de thérapie à sécurité, contribue à la perception que les infirmières sont, par ce fait, le bras d'une machine qui blesse plutôt qu'elle ne soigne. Tout le monde semble perdant dans cette stratégie puisque même l'infirmière vit une dissonance entre son vécu émotionnel (les paradoxes de son

intervention) et le rationnel (les certitudes) de son intervention, à la suite de ce recadrage.

Le thème *Certitudes* regroupe des éléments que les infirmières ont de la facilité à exprimer, à expliquer ou à endosser et qu'elles se doivent de connaître. Au cœur de ces certitudes, les infirmières ont la conviction profonde que le recours à la contention chimique est *nécessaire* dans le milieu où elles évoluent. Cette certitude est accompagnée de nombreux *Paradoxes* dont celui de vivre des émotions très négatives lors du recours à cette intervention, tel que documenté dans la sous-catégorie *Conséquences pour elle-même*. Les infirmières de cette étude ne sont pas les seules à vivre cette dissonance. Dans les écrits, les infirmières livrent un contenu émotionnel négatif en regard du recours aux mesures de contrôle (elles n'apprécient pas devoir y recourir) tout en exprimant que c'est parfois nécessaire pour des raisons de sécurité, que c'est un mal nécessaire et que cela fait partie du travail (Jacob et al., 2019; Wilson et al., 2017, Perron et al., 2015; Bigwood & Crowe, 2008). Cette certitude est, entre autre, alimentée par la conception que la violence est ancrée dans le corps malade des patients dangereux. À l'instar des résultats de la recherche de Perron et al. (2015), les participants de cette étude affirment que les patients sont dangereux et que le milieu est propice à la violence à cause des patients qui y sont regroupés. Les participantes catégorisent l'étiologie de la violence des patients comme étant intentionnelle (comportementale) ou symptomatique (maladie), une compréhension de la violence qui est partagée par d'autres infirmières œuvrant en psychiatrie (Goulet & Larue, 2018). Cette vision dichotomique, place entièrement la violence dans le patient, et révèle bien

l'absence d'une violence possiblement induite par la rencontre de deux subjectivités. Ainsi, en présence d'une perte de sens entre les impératifs guidant son rôle dans le système de la santé et ceux découlant du système légal, l'infirmière recadre son intervention d'administrer un PRN contre le gré sur les assises de sa profession, la compassion et le soulagement de la souffrance. Ce recadrage apporte que des bienfaits partiels au dilemme éthique initial puisqu'il génère une dissension dans le vécu des patients et une dissension dans le vécu interne des infirmières. L'application du cadre éthique médical conventionnel ne réussit pas à supporter les infirmières dans l'aspect éthique de leur rôle professionnel dans cette étroite fenêtre à la jonction du système de la santé et du système légal.

### **L'infirmière objet de pouvoir**

Le vécu phénoménologique des infirmières en milieu de psychiatrie légale de sécurité maximum comporte des éléments illustrant le fait que les infirmières sont, selon les circonstances, sujets de pouvoir et objets de pouvoir (Foucault, 1975). Des paradoxes surgissent lorsque les dynamiques de pouvoir fluctuent dans les relations professionnelles qu'elles entretiennent avec leurs collègues. Ces fluctuations sont liées à un décalage entre le pouvoir attribuée par le système et le pouvoir réel dans la pratique professionnelle de l'infirmière. Le contexte de soins sous contrainte dans un environnement sécuritaire et la gestion du risque de violence contribuent à exacerber les tensions qui découlent du décalage dans les pouvoirs conférés aux infirmières. Les situations où l'infirmière est en fait objet de pouvoir, les paradoxes des soins sous contraintes et des tensions qui en découlent, seront à présent discutées.

*L'anatomo-politique.* Dans sa description du panopticon comme machine de surveillance parfaite, Foucault (1975) affirme que la surveillance s'exerce sur tous les acteurs du milieu, les patients/détenus comme le personnel. Initialement prévues comme mesures sécuritaires pour préserver la sécurité du personnel soignant, la disposition des lieux et le positionnement physique des soignants dans ceux-ci concrétisent une surveillance constante des lieux et des patients hospitalisés sur l'unité. Par ricochet, les infirmières sont, elles aussi, soumises à une surveillance. Cette surveillance entraîne des conséquences pour l'exercice de leur rôle professionnel en milieu institutionnel dans la mesure où elles exercent dans une structure qui les force à conformer leur pratique aux normes établies. Dans un contexte de soins sous contrainte, en institution totale, c'est le discours de la gestion du risque qui l'emporte sur les autres discours possibles (ex : discours de soin, discours de pratique morale, discours d'intégrité professionnelle, discours humaniste, etc.).

Il y a un décalage entre le pouvoir conféré aux infirmières selon les cadres législatifs et le pouvoir réel qu'elles détiennent dans un centre hospitalier de psychiatrie légale de sécurité maximum. Ce qui est particulièrement saillant dans les données recueillies quant au vécu des infirmières est que l'infirmière n'est pas la seule à réaliser les tâches disciplinaires. Par exemple, la composition des équipes, le ratio infirmière-patient et l'organisation du travail qui s'ensuit confèrent aux intervenants psychosociaux un rôle clinico-administratif en ce sens qu'ils réalisent la surveillance, documentent les comportements des patients et sont même appelés à décider du recours à l'isolement et/ou la contention en contexte d'intervention non planifiée. Cela entraîne une répartition

du pouvoir de coercition et du pouvoir disciplinaire avec les autres membres de l'équipe avec, pour conséquence, le besoin, perçu comme étant inévitable, pour certaines infirmières, de négocier ses évaluations et ses décisions avec ses collègues. De nombreuses infirmières de l'étude se conforment à ces attentes tandis que d'autres résistent. Certaines réussissent leur intervention selon les standards établis même si cela ne plaît pas à tout le monde tel qu'illustré dans la catégorie *S'affirmer et s'exprimer* du thème *Apprendre à composer*. Cette attente de l'équipe envers l'infirmière de négocier ses décisions avec eux génère beaucoup de tensions chez cette dernière, tel qu'illustré par la sous-catégorie *Conséquences pour elle-même* (du thème *Paradoxes*). L'infirmière doit trouver des stratégies pour prendre soin d'elle-même tel qu'illustré par la catégorie *Gestion proactive de soi* (du thème *Apprendre à composer*). La pression dans ce milieu qui rencontre les critères des institutions totales (Goffman, 1968) est toutefois très forte et a été identifiée dans les travaux de Goffman (1968). L'importance du travail d'équipe en psychiatrie légale est quant à lui bien identifié dans les écrits (Barr, Wynaden, & Heslop, 2019; Nielsen et al., 2018) et l'importance du travail d'équipe est aussi reconnu comme une meilleure pratique en gestion du risque de violence, par la mise en place de mécanismes interdisciplinaires optimaux (Allnutt, O'Driscoll, Ogloff, Daffern, & Adams, 2010; Rogan, 2010). Toutefois, dans le vécu phénoménologique des infirmières à l'étude, bien que le discours du travail d'équipe soit mis de l'avant, il y a des problématiques interprofessionnelles de communication, de clarification des rôles, de travail d'équipe et de résolution de conflits (Consortium pancanadien pour

l'interprofessionnalisme en santé, 2010) qui diminuent la qualité des soins que l'infirmière est en mesure d'offrir au patient requérant un PRN contre le gré.

*Les institutions totales.* L'exercice du rôle infirmier dans un milieu présentant les caractéristiques des institutions totales de Goffman (1968) subira des pressions et des transformations avec lesquelles l'infirmière devra composer. En effet, à l'instar des patients admis en institutions totales dans les travaux de Goffman (1968) et des travaux de Holmes (2005) auprès des infirmières œuvrant en milieu carcéral, les infirmières qui entrent dans un hôpital de psychiatrie légale de sécurité maximum sont admises selon des rituels et des procédés propres aux institutions totales qui visent leur intégration à la culture de l'établissement. Les infirmières de cette étude mentionnent avoir dû modifier la manière dont elles exerçaient leur rôle professionnel afin de s'adapter aux exigences du milieu.

*Changement de culture.* Dans la description des différences vécues par les participantes entre d'une part, leur formation initiale et/ou leur rôle en centre hospitalier et, d'autre part, les conditions particulières de leur pratique professionnelle en milieu de psychiatrie légale, il appert que leur vécu phénoménologique est similaire à celui des infirmières en milieu correctionnel de l'étude de Holmes (2005) qui expriment vivre un choc de cultures. Les infirmières de la présente étude qualifient en effet certaines de leurs expériences de choquantes, bouleversantes, impressionnantes et stressantes.

Embauchée du fait des qualités de sa pratique infirmière hospitalière (culture importée), l'infirmière est considérée comme étrangère à l'équipe tant qu'elle n'aura pas démontré

un certain niveau de maîtrise et d'adhésion à la culture de l'établissement (culture domestique). Elle doit donc passer une certaine période de temps et certaines étapes avant d'être réputée digne de confiance dans son évaluation clinique de la violence et sécuritaire. *Apprendre à composer* prend du *temps* et durant cette période, l'infirmière subit des pressions de certains pairs dans son processus de décision d'administrer un PRN contre le gré. Pendant cette période de temps, les infirmières vivent différentes situations assimilables aux procédés de mortification et de dépersonnalisation identifiés par Goffman (1968). Les participantes interrogées nomment deux stratégies utilisées par les équipes qui ont pour conséquence de troubler l'infirmière et son pouvoir décisionnel. La première consiste à provoquer un déséquilibre de pouvoir, alors que les membres de l'équipe ostracisent l'infirmière de l'équipe volante ou l'infirmière novice, qui n'est pas considérée comme faisant partie de l'équipe. Cette forme de cérémonie d'admission dans l'équipe contribue à isoler l'infirmière de l'équipe et à l'empêcher de jouer pleinement son rôle. L'infirmière est placée en situation où elle doit négocier sa décision d'administrer ou non un PRN contre le gré. Toujours dans les techniques d'isolement, lors d'une divergence d'opinion de l'infirmière avec l'équipe, cette dernière peut retirer son support à l'infirmière et lui faire vivre de l'isolement, la rendant incapable d'actualiser sa décision ou son rôle professionnel tel que souhaité ou requis. Ce n'est que lorsque l'infirmière maîtrise suffisamment la culture domestique, qu'elle a *appris à composer* avec le milieu psycho-légal, qu'elle s'autorise, à son tour, à défier les normes en vigueur (*s'affirmer et s'exprimer*) afin de tenter d'exercer son rôle d'infirmière selon les prérogatives professionnelles et la vision du soin et du patient qu'elle préconise.

La seconde stratégie est liée au discours du risque et la connaissance du patient par les autres membres de l'équipe. La prise de pouvoir par les membres de l'équipe sur l'infirmière, au nom de la gestion du risque et de leur connaissance du patient, est une stratégie assimilable à la mortification, tel que documenté par Goffman (1968). Lorsque l'infirmière ne se conforme pas, elle se sent visée et peut vivre des représailles tel que rapporté dans le vécu phénoménologique des infirmières dans cette étude. Cette deuxième stratégie propre à l'institution totale, le climat de peur et la rhétorique de gestion du risque de violence viennent teinter le schème de référence de l'infirmière. Cette dernière voit son image identitaire se modifier et se transformer, alors que la gestion du risque et la sécurité d'autrui s'imposent entre le patient et elle. L'isolement forcé de l'infirmière, l'invalidation de ses compétences et de son jugement, l'imposition d'un joug de conformisme et d'adhésion inconditionnelle, ont un caractère offensant et humiliant qui illustrent des procédés tenaces de mortification que vivent les infirmières à leur arrivée dans le milieu. À l'instar des patients admis en institutions totales (Goffman, 1968), les infirmières aussi doivent se conformer aux processus et aux normes au nom de la sécurité, ce qui les force à adopter une nouvelle manière d'être, de penser et de se comporter. Sans ces ajustements, l'infirmière n'est pas reconnue comme adaptée aux impératifs du milieu sécuritaire. Le processus de dépersonnalisation décrit par Goffman (1968) s'actualise aussi chez les infirmières qui œuvrent en institution totale, lorsque l'allégeance de l'infirmière, initialement centrée sur le patient et ses besoins, est transférée vers la rhétorique de gestion du risque de violence, notamment cristallisée dans des discours organisationnels portant sur l'importance du travail d'équipe au nom

de la sécurité de tous. Le processus de changement de culture est complété lorsque le discours d'équipe est intégré et prend préséance sur le discours centré sur le patient. L'analyse du vécu phénoménologique des infirmières de cette recherche expose la manière dont le pouvoir institutionnel est à l'œuvre et force à reconsidérer les bases usuelles du raisonnement éthique qui sous-tend les interventions infirmières telles que l'administration de PRN contre le gré du patient.

### **Le pouvoir partagé et négocié**

Le pouvoir que détient l'infirmière est influencé par la composition des équipes, alors que les collègues intervenants psychosociaux sont en nombre supérieur à celui des infirmières sur l'unité. Dans certaines situations, l'infirmière ne détient pas suffisamment de pouvoir pour mener son intervention jusqu'à son terme selon ses propres standards, comme c'est le cas pour la contention chimique. L'infirmière peut mener l'intervention en lien avec la contention chimique dans les limites du pouvoir qui est négocié et partagé avec les autres membres de l'équipe. Toutes ces difficultés sont vécues par l'infirmière dans des situations où il y a des vides juridiques (la *LSSS* ne prévoit pas de modalités particulières pour le contexte de soins sous contraintes), des conflits éthiques (une prise de décision éthique pour le patient peut avoir des conséquences sur l'intégrité physique d'autres patients ou d'autres membres du personnel) et des conflits cliniques (subjectivité et interprétation). La nature du pouvoir que les infirmières détiennent en regard de l'administration du PRN contre le gré et les forces politiques dont elles sont tributaires doivent être considérées et intégrées dans le processus éthique du soin au patient dangereux.

Certains conflits avec les collègues, nommés dans la catégorie *Prendre des risques pour diminuer le risque*, émanent de stratégies d'équipe confinant l'infirmière aux aspects techniques de l'intervention, ce qui génère de l'insatisfaction chez ces dernières. Au moment d'administrer un PRN contre le gré du patient, les infirmières sont perçues, utilisées, impliquées tel un objet d'exécution technique. Bien que certaines infirmières adhèrent à cette vision, plusieurs déploient des efforts considérables pour éviter d'intervenir avec le patient dangereux uniquement tel un objet (patient-objet et infirmière-objet). L'importance de cette quête est présente dans le vécu phénoménologique des infirmières dans la catégorie *Donner un sens au rôle professionnel* (sous-catégorie *S'appuyer sur les valeurs professionnelles*) du thème *Apprendre à composer*. L'infirmière ne réussit pas toujours à contrer les forces en présence en regard de la décision d'administrer un PRN contre le gré d'un patient. Toutefois, elle réitère l'importance de ces convictions en saisissant toutes les occasions d'interagir avec les patients de manière humaniste. À chaque phase de l'intervention d'administrer un PRN contre le gré du patient, les infirmières tentent d'attacher les valeurs de la profession à leurs gestes et leurs paroles. Les infirmières de cette étude accordent une place importante au respect et à l'humanisme dans le cadre des soins sous contrainte. Les écrits corroborent l'importance de ces aspects dans le vécu subjectif des patients recevant des soins sous contraintes. En effet, dans leur revue systématique de 34 études regroupant les données de 1869 patients, Aguilera-Serano et al. (2018) indiquent que le respect de la part du personnel et de sentir qu'ils sont traités humainement, influençaient le vécu subjectif des patients recevant des soins sous contrainte. De plus,

de manière générale, il ressortait de cette revue systématique que les patients trouvaient plus tolérable la contention chimique et l'isolement que la contention mécanique ou les combinaisons de mesures de contrôle ce qui rejoint la vision des participantes de cette étude quant au besoin d'adoucir la mesure de la contention mécanique par l'ajout d'une contention chimique. L'enjeu pour l'infirmière dans cette intervention est double, soit d'une part, de s'assurer de ne pas être confinée au rôle d'objet technicisé et d'autre part, de prendre garde de ne pas intervenir uniquement sur le corps-objet défectueux du patient dangereux. Elle peut assurer cela en prenant conscience de l'aspect technicisé et médicalisé de son rôle dans l'administration d'une contention chimique. Les conflits latents et manifestes que vivent les infirmières de l'étude reflètent bien les tensions et les pressions exercées sur leur pratique professionnelle. En plus des attentes du milieu, les infirmières déplorent aussi être interpellées trop tard dans la situation clinique qui se détériore ce qui exacerbe d'autant plus la violence de leur intervention technicisée sur le patient violent.

### **Une éthique du corps-vécu**

Le sujet conventionnel en bioéthique est présumé être un tout stable et cohérent, maître de ses jugements éthiques. Cette présomption est antinomique au vécu phénoménologique des infirmières de l'étude. L'infirmière, dans son processus décisionnel de recourir à la contention chimique, n'est pas aussi autonome et libre que ce que présupposent les principes éthique de Beauchamps et Childress (2009). Les aspects du contexte de soin en milieu psycho-légal, la transformation du discours du soin vers un discours du risque s'actualisant par l'intégration de rationnels sécuritaires et un

sentiment de peur envers la clientèle, ne sont pas considérés dans l'analyse des décisions éthiques dans une approche conventionnelle qui évacue la dimension du corps-vécu de l'analyse situationnelle. Cette dimension subjective et intersubjective, la présence de la peur, est pourtant omniprésente dans le vécu phénoménologique des infirmières à l'étude. La recherche d'un cadre éthique conceptualisant une éthique du corps-vécu, une éthique qui soit multidimensionnelle, relationnelle, émotionnelle et rationnelle, doit se poursuivre afin de renouveler le cadre éthique du soin en milieu psycho-légal.

Dans une optique d'une éthique du corps-vécu, il faut noter que l'infirmière en psychiatrie légale évolue dans un environnement de sécurité maximum qui dicte et influence plusieurs de ses décisions. Elle œuvre dans un environnement, une structure, qui la force à conformer sa pratique aux normes établies. Cet aspect important du corps-vécu chez l'infirmière vient nuancer sa capacité d'autonomie professionnelle. Dans son environnement se trouve aussi son équipe. Elle doit composer avec des collègues de qui elle est tributaire tant pour prendre une décision (parfois en fonction des informations qu'ils détiennent) que pour mener à bien l'intervention qu'elle décide ou qu'elle souhaite. La revue intégrative de la littérature explorant les facteurs influençant le processus décisionnel des infirmières de santé mentale de recourir aux mesures de contrôle, réalisée par Riahi, Thomson et Duxbury (2016), identifie huit thèmes : « sécurité pour tous », « intervention nécessaire », « en dernier recours », « conflit de rôle », « maintenir le contrôle », « connaissance et perception du patient (de l'infirmière) », « composition de l'équipe », « impact psychologique ». Les résultats émergeant du vécu des infirmières à l'étude sont concordants avec les données de

l'étude de Riahi et al. (2016) et illustrent bien comment une éthique binaire qui réduit la décision de l'infirmière à la seule dyade infirmière-patient (autonomie professionnelle, clinique de l'infirmière vs autonomie éthique et juridique du patient) est insuffisante pour capturer l'étendue et la complexité de l'environnement de soins sous contrainte. L'infirmière évolue dans un environnement où les processus établis dictent la manière dont elle peut décider d'utiliser son corps, et balise les interactions des corps entre eux ainsi que la place du vécu subjectif, un vécu subjectif qui est davantage reconnu chez le patient (quoique limité et souvent minimisé) que chez le personnel. Afin d'assurer une éthique du soin du corps-vécu au moment d'administrer un PRN contre le gré du patient, le cadre éthique soutenant cette pratique doit permettre de discuter des enjeux de pouvoir et des vécus subjectifs impliqués tant entre le personnel et le patient qu'entre les membres du personnel entre eux.

Bien que l'objectif prioritaire de tout soignant soit de prodiguer des soins en maintenant le patient au centre de ses préoccupations, il est clair dans le vécu phénoménologique des infirmières de cette étude que ce principe appliqué littéralement place l'infirmière dans une position insoutenable alors que ses soins au patient à risque de violence sont inextricablement liés aux vécus de plusieurs autres personnes impliquées (son équipe et/ou les autres patients). Toutefois, tel qu'illustré par les enjeux de pouvoir et les pressions exercées sur l'infirmière et sur sa pratique professionnelle dans le milieu, celle-ci est à risque d'évacuer, de manière inconsciente, les aspects spécifiques à une pratique infirmière éthique, holistique et humaniste au détriment d'une rhétorique du risque basée sur des rationnels sécuritaires et sur la peur. L'infirmière en

milieu psycho-légal assume seule une prise de risque énorme, tel qu'illustré par le thème *Prendre des risques pour diminuer le risque*, pour le bien-être du patient au cœur de ses préoccupations, à la rencontre de son obligation première de la soulager et elle réalise le tout à la croisée de multiples intersubjectivités (patient, autrui, elle-même) et ce dans trois dimensions, soit la dimension clinique, éthique et légale. Plus spécifiquement dans le contexte de gestion du risque de violence dans un environnement de soin, une éthique du corps-vécu assurerait une analyse du confort et du bien-être de toutes les parties impliquées (victime, agresseur et clinicien) de manière intégrée dans toutes les dimensions (clinique, éthique et légale). Une éthique basée sur le discours du corps-vécu embrasserait l'ensemble des discours et identifierait la préséance d'un discours sur un autre, le cas échéant. Sans pouvoir affirmer qu'une éthique du corps-vécu diminuerait les tensions et la compétition entre certaines dimensions au moment d'administrer un PRN contre le gré du patient, il pourrait à tout le moins offrir à l'infirmière de psychiatrie légale un environnement de discussion et de réflexion congruent pour l'exercice de sa profession.

L'analyse des dimensions du pouvoir inhérent aux milieux de soins sous contrainte vient éclairer les difficultés d'actualiser les soins, pour les infirmières, selon les cadres juridiques et éthiques actuels. Le vécu phénoménologique des infirmières contribue à éclairer des pistes à étudier et des changements auxquels réfléchir afin de soutenir les infirmières qui œuvrent au carrefour du système de santé et du système légal. Dans leur vécu, les infirmières éprouvent de la difficulté à rencontrer les standards éthiques et les balises légales à l'intersection des deux systèmes. La bioéthique actuelle,

dans son cadre rationnel dichotomique, est mal équipée pour analyser le vécu subjectif des nombreuses personnes qui se croisent au moment d'administrer un PRN contre le gré. La complexité des enjeux de pouvoir et les ramifications qui en découlent ainsi que la lutte d'allégeance tripartite (infirmière-patient, infirmière-loi/éthique, infirmière-équipe) doivent être pris en compte. Sans un cadre congruent pour cette pratique en surspécialité, les infirmières risquent de favoriser, de manière non intentionnelle, une allégeance plutôt qu'une autre. Les conséquences des prises de décisions arbitraires, voir anarchiques, seront multidimensionnelles tant sur les infirmières que sur les patients et auront des répercussions à visées légales, éthiques et/ou cliniques.

### **Implications pour la pratique**

Autant de paradoxes pour une décision aussi complexe et à si haut risque de préjudice, tant pour le patient que pour l'infirmière, devraient être pris en compte dans le soutien offert aux infirmières vis-à-vis cette intervention et les nombreuses obligations qui s'y rattachent. Un accompagnement, de type préceptorat/mentorat, pourrait être offert aux infirmières afin de les aider à réconcilier les changements qui s'opèrent dans leur rôle professionnel et de s'assurer que le résultat de la transformation soit conforme aux impératifs du rôle professionnel de l'infirmière. Du soutien de type co-développement pourrait aussi faciliter l'usage de stratégies pour tempérer les pressions du milieu. L'accompagnement devrait tenir compte du type de stratégies utilisées par les infirmières afin qu'elles soient à la fois saines pour l'infirmière, facilitantes pour le travail en équipe interdisciplinaire et adéquates pour la qualité des soins. Des stratégies

d'équipe devraient aussi être réfléchies afin de promouvoir un environnement éthique pour ce soin. L'aspect systémique du recours à la mesure de contrôle, les enjeux individuels (micro), organisationnels (meso) et politiques (macro), sont maintenant bien documentés dans les écrits (Cusack, McAndrew, Cusack, & Warne, 2016). D'un point de vue organisationnel, le recours à des standards à la fois formels (protocole de l'établissement) et informels (règles de l'unité) influencent l'utilisation des mesures de contrôle (Goulet & Larue, 2018). La mise en place d'un programme de réduction du recours aux contentions déployé à même les équipes sur le terrain a démontré son efficacité pour soutenir le changement dans les pratiques cliniques, (Duxbury et al., 2019). Les auteurs indiquent que dans leur programme, les efforts ont été concertés à plusieurs niveaux (nouvelles politiques, procédures, changement de langage) et centrés sur la culture et la pratique dans les équipes (le raisonnement clinique et le vécu subjectif). La possibilité ou l'impossibilité de communiquer avec le patient ainsi que des facteurs liés à la disponibilité et la collaboration du personnel ont prouvé être aussi importants que les caractéristiques associées au patient tels que le diagnostic, l'historique d'isolement, et la sévérité et la cible de la menace selon les résultats de l'étude de Boumans, Egger, Souren, Mann-Poll et Hutschemaekers (2012). Parmi les procédures facilitant la diminution du recours aux mesures de contrôle, l'instauration d'un retour clinique en équipe post utilisation des mesures de contrôle pourrait faciliter le travail d'équipe et la capacité réflexive des équipes (Goulet et Larue, 2016). Le retour clinique formel en équipe offrirait un espace de discussion éthique sur le recours aux

mesures de contrôle, un besoin criant dans le vécu phénoménologique des participantes de cette étude.

### **Implications pour la recherche**

La recherche interdisciplinaire doit se perpétuer afin d'assurer le développement des connaissances dans la spécialité des soins infirmiers médico-légaux. Dans la foulée de la présente étude, la réflexion critique éthique sur un sujet controversé tel que l'administration de PRN contre le gré doit se poursuivre afin de soutenir l'élaboration de principes et de guides qui encadrent une pratique de soins infirmiers médico-légaux ajustés aux impératifs cliniques, éthiques et légaux. Le développement d'un modèle décisionnel qui soit congruent avec les obligations inhérentes au système de justice et au système de la santé serait impératif pour l'actualisation d'interventions infirmières en contexte psycho-légal de sécurité maximum. Il serait aussi intéressant d'explorer le vécu des infirmières qui offrent des soins psycho-légaux dans des niveaux de sécurité moindre afin de vérifier si elles ont un vécu similaire ou différent. Ce type de recherche permettrait d'explorer l'impact du niveau de sécurité sur la capacité de l'infirmière à prodiguer les soins selon les assises de la profession. Roy et Robichaud (2016) ont déjà étudié le phénomène d'intégration à la fonction des infirmières qui intègrent pour la première fois les milieux de soins : le syndrome du choc de la réalité. Il serait intéressant d'étudier les similitudes de l'intégration à la fonction en milieu psycho-légal des infirmières ayant de l'expérience dans le réseau, ou encore les novices, et de distinguer des étapes qui seraient similaires ou différentes dans le processus. Une exploration de

ces différentes avenues de recherche contribuerait au développement d'un corpus de connaissance qui soit exclusif à la spécialité des soins infirmiers médico-légaux, un enjeu actuel pour cette spécialité.

### **Implications pour l'enseignement**

Les implications pour l'enseignement sont nombreuses, tant au niveau de l'enseignement en soins infirmiers que des programmes d'intégration à la fonction en milieu psycho-légal. Les connaissances émanant de cette recherche, sur la nature du processus décisionnel et les paradoxes spécifiques aux soins sous contraintes, devraient être enseignés afin de mieux préparer les infirmières à l'exercice de leur rôle professionnel. Un programme d'accompagnement de l'infirmière qui entre en fonction dans le milieu psycho-légal devrait inclure ces notions.

### **Limites**

Cette thèse de maîtrise a été réalisée grâce à la participation à la recherche de la chercheuse collaboratrice incluse à la suite de la collecte de données par les chercheurs principaux. Seules les entrevues retranscrites ont été accessibles et utilisées aux fins d'analyse. Compte-tenu que l'AIP est le devis de recherche retenu, ces aspects doivent être pris en compte car cela peut influencer la richesse de l'analyse et de l'interprétation des données qui ont été faites. En effet, Smith et al. (2009, p.82) recommandent d'écouter l'enregistrement audio des entrevues car cela aide à réaliser une analyse plus complète. Bien que les principes proposés par Smith ne soient pas obligatoires ni

prescriptifs pour ce type de devis de recherche, ils sont néanmoins considérés comme aidants pour le chercheur novice dans cette approche.

L'analyse des données a été teintée par la connaissance préalable du milieu et le rôle professionnel exercé par la chercheuse collaboratrice. Le souci de soutenir la pratique des infirmières pour lesquelles elle se considère en partie responsable par son rôle actuel à la Direction des soins infirmiers et ses propres expériences dans les tensions de rôles documentées dans les écrits en regard du rôle de l'infirmière en psychiatrie légale ont été à la fois des éléments ajoutant de la profondeur et de la richesse à l'analyse et des éléments teintant et diminuant la neutralité de l'analyse. Bien que sur ses gardes quant à ses préconceptions sur le vécu des infirmières consigné dans les transcriptions analysées, la possibilité que l'analyse n'ait pas été absolument neutre ne peut pas être exclue. Bien qu'en recherche qualitative, et notamment en phénoménologie, l'élimination complète des biais ou la neutralité du chercheur ne sont pas considérés comme des objectifs réalisables, cela constitue une limite de cette thèse dont le lecteur doit tenir compte.

Finalement, différentes actions pourraient être entreprises telles qu'une vérification des résultats avec les infirmières de l'étude ou encore un audit externe pour établir la fiabilité et la confirmabilité des données. Ces actions renforceraient la véracité des résultats de cette thèse et augmenteraient son utilité pour le développement du corpus de connaissances spécifiques au domaine psycho-légal.

## **Conclusion**

Le vécu phénoménologique des infirmières, soignantes responsables de la décision et de l'administration de la contention chimique contre le gré, éclaire les enjeux légaux, éthiques et cliniques de cette intervention hautement controversée. L'encadrement légal, éthique et clinique de cette intervention devrait prendre en considération, de manière plus affirmée, son aspect intersubjectif. L'analyse dichotomique du processus décisionnel de cette intervention, limité au clinicien et à son patient, est antinomique au vécu phénoménologique des infirmières. L'encadrement juridique de cette intervention, balisé dans un langage de droit individuel, est lui aussi incompatible avec le vécu phénoménologique des infirmières. La pensée éthique doit se renouveler afin de prendre en compte la réalité de cette intervention, à la jonction du vécu subjectif de plusieurs personnes et à l'intersection de deux systèmes aux visées différentes, à savoir le soin et le contrôle. Des mécanismes doivent être mis en place dans la pratique afin que les étapes de la transformation du rôle de l'infirmière en intégration en milieu psycho-légal se réalisent en accord avec ses obligations professionnelles et que les résultats de la transformation respectent toutes ses obligations. Pour y arriver, davantage de recherche en soins infirmiers médico-légaux est requise et l'approche interdisciplinaire est un incontournable pour cette spécialité des soins infirmiers.

## Références

- Aguilera-Serrano, C., Guzman-Parra, J., Garcia-Sanchez, J., Moreno-Küstner, B., & Mayoral-Cleries, F. (2018). Variables Associated With the Subjective Experience of Coercive Measures in Psychiatric Inpatients: A Systematic Review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 63(2), 129-144. doi: 10.1177/0706743717738491
- Allnutt, S., O'Driscoll, C., Ogloff, J. R. P., Daffern, M., & Adams, J. (2010). Clinical risk assessment & management : A practical manual for mental health clinicians. Sydney, NSW : Justice Health. Repéré à <https://www.justicehealth.nsw.gov.au/about-us/publications/handbook-february-2011.pdf>
- Al-Maraira, O. A., & Hayajneh, F. A. (2019). Use of Restraint and Seclusion in Psychiatric Settings: A Literature Review. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 57(4), 32-39.
- Bach, M. (2018). Violence, research, and non-identity in the psychiatric clinic. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 39(4), 283-299. <https://doi.org/10.1007/s11017-018-9451-2>
- Barr, L., Wynaden, D., & Heslop, K. (2019). Promoting positive and safe care in forensic mental health inpatient settings: Evaluating critical factors that assist nurses to reduce the use of restrictive practices. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(4), 888-898. doi: 10.1111/inm.12588
- Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (2009). *Principles of biomedical ethics*. 6th ed. New York and Oxford: Oxford University Press.
- Benner, P. (1994). The tradition and skill of interpretive phenomenology in studying health, illness, and caring practices. In P. Benner (Ed.), *Interpretive phenomenology: Embodiment, caring, and ethics in health and illness*. Thousand Oaks: Sage.
- Bernheim, E. (2010). La médication psychiatrique comme contention : entre autonomie et protection, quelle place pour un cadre juridique? *Santé mentale au Québec*, 35(2), 163-184. doi: 10.7202/1000558ar
- 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), 215-22. doi: 10.1111/j.1447-0349.2008.00526.x
- 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 and Mental Health Nursing*, 9(4), 465-473.

- Boumans, C. E., Egger, J. I., Souren, P. M., Mann-Poll, P. S., & Hutschemaekers, G. J. M. (2012). Nurses' decision on seclusion: patient characteristics, contextual factors and reflexivity. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19, 264-270. doi: 10.1111/j.1365-2850.2011.01777.x
- 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. doi: 10.1111/jpm.12129
- Bregar, B., Skela-Savič, B., & Plesničar, B. K. (2018). Cross-sectional study on nurses' attitudes regarding coercive measures: The importance of socio-demographic characteristics, job satisfaction, and strategies for coping with stress. *BMC Psychiatry*, 18(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1756-1>
- Bregar B., Skela-Savič, B., Kajdiž, K., & Plesničar, B. K. (2019). The Heyman Survey of nursing employees' attitudes towards mechanical restraints in Slovenia. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 53(1), 18-30. <https://doi.org/10.14528/snr.2019.53.1.275>
- Brocki, J. M., & Wearden, A. J. (2006). A critical evaluation of the use of interpretative phenomenological analysis (IPA) in health psychology. *Psychology & Health*, 21(1), 87-108. doi: 10.1080/14768320500230185
- Brophy, L. M., Roper, C. E., Hamilton, B. E., Tellez, J. J., & McSherry, B. M. (2016). Consumers and Carers perspectives on poor practice and the use of seclusion and restraint in mental health settings: results from Australian focus groups. *International Journal of Mental Health Systems*, 10(6), 1-10. doi 10.1186/s13033-016-0038-x
- Canadian Institute for Health Information (2011). Restraint use and other control interventions for mental health inpatients in Ontario. Retrieved on September 10<sup>th</sup> from CIHI website: [https://secure.cihi.ca/free\\_products/Restraint\\_Use\\_and\\_Other\\_Control\\_Interventions\\_AIB\\_EN.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/Restraint_Use_and_Other_Control_Interventions_AIB_EN.pdf)
- Clarke, A., Shim, J. K., Mamo, L., Fosket, J. R., & Fishman, J. R. (2003). Biomedicalization: Technoscientific transformations of health, illness, and U.S. biomedicine, *American Sociological Review*, 68, 161-194. <http://www.jstor.org/stable/1519765>
- Colaizzi, J. (2005). Seclusion & Restraint, A Historical Perspective. *Journal of Psychosocial Nursing*, 43(2), 31-37.
- Colaizzi, P. F. (1978). Psychological research as the phenomenologists views it. In R. Valle & M. King (Eds). *Existential phenomenological alternatives for psychology*. New York: Oxford University Press.

- Collège des médecins du Québec (2004). *Contention chimique : quand s'arrête le traitement et où commence le contrôle ?* Québec, en ligne, <http://www.cmq.org/MedecinsMembres/profil/commun/AProposOrdre/Publications/~media/8256C27A32544C6B976E671B7226C1B1.ashx>
- Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (2010). *Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme*. Consulté en ligne le 2019-09-15, repéré à [http://www.cihc.ca/files/CIHC\\_IPCompetencies-FrR\\_Sep710.pdf](http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies-FrR_Sep710.pdf)
- Cresswell, J. (1998). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Currier, G. (2003). The controversy over « chemical restraint » in acute care psychiatry. *Journal of Psychiatric Practice*, 9(1), 59-70.
- Cusack, P., Mcandrew, S., Cusack, F., & Warne, T. (2016). Restraining good practice: Reviewing evidence of the effects of restraint from the perspective of service users and mental health professionals in the United Kingdom (UK). *International Journal of Law and Psychiatry*, 46, 20-26. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijlp.2016.02.023>
- Cusack, P., Cusack, Frank, F. P., Mcandrew, S., Mckeown, M., & Duxbury, J. (2018). An integrative review exploring the physical and psychological harm inherent in using restraint in mental health inpatient settings. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(3), 1162-1176. doi: 10.1111/inm.12432
- Del Barrio, L. R., Poirel, M.-L., Rousseau, G., Perron, N., & Vigneault, L. (2003). Ouvrir des espaces de dialogue autour de la médication psychiatrique. *Équilibre en tête*, 17(4), 1-10.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (1998). *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage.
- Devers, K. J. (1999). How will we know “good” qualitative research when we see it? Beginning the dialogue in health services research. *Health Services Research*, 34(5), 1153-1188.
- Díaz, J. (2000). Chemical restraint. *Journal of Emergency Medicine*, 19(3), 289-290.
- Dickinson, T., et al. (2009). Managing aggression and violence using rapid tranquillisation. *Nursing Standard*, 24(7), 40-49.
- van Doeselaar, M., Slegers, P., & Hutschemaekers, G. (2008). Professionals' attitudes toward reducing restraint: The case of seclusion in The Netherlands. *Psychiatric Quarterly*, 79, 97-109. doi: 10.1007/s11126-007-9063-x
- Duxbury J. (2000) *Difficult patients*. Oxford: Butterworth Heinemann.

- 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., Thomson, G., Scholes, A., Jones, F., Baker, J., Downe, S., . . . McKeown, M. (2019). Staff experiences and understandings of the REsTRAIN Yourself initiative to minimize the use of physical restraint on mental health wards. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(4), 845-856. doi: 10.1111/inm.12577
- Evans, D., Wood, J., & Lambert, L. (2003). Patient injury and physical restraint devices: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 41, 274-282.
- Fortinash, K., Holoday-Worret, P. A., éditeur intellectuel, Brassard, Yvon, Morissette, Dany, & Provencher, Hélène. (2016). *Soins infirmiers : Santé mentale et psychiatrie* (2e édition.; Édition française. ed.)
- Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir*. St-Amand : Éditions Tel/Gallimard.
- Gagnon, M. P., Desmartis, M., Dipankui, Mt., Gagnon, J., & St-Pierre, M. (2013). Alternatives to Seclusion and Restraint in Psychiatry and in Long-Term Care Facilities for the Elderly: Perspectives of Service Users and Family Members. *Patient-Patient Centered Outcomes Research*, 6(4), 269-280. doi : 10.1007/s40271-013-0023-2
- Garriga, M., Pacchiarotti, I., Kasper, S., Zeller, S. L., Allen, M. H., Vazquez, G., ... Vieta, E. (2016). Assessment and management of agitation in psychiatry: Expert consensus. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 17(2), 86-128. doi: 10.3109/15622975.2015.1132007
- Georgieva, I., Mulder, C. L., & Wierdsma, A. (2012). Patients' Preference and Experiences of Forced Medication and Seclusion. *Psychiatric Quarterly*, 83, 1-13. doi: 10.1007/s11126-011-9178-y
- Gerace, A., Oster, C., O'Kane, D., Hayman, C., & Muir-Cochrane, E. (2018). Empathic processes during nurse–consumer conflict situations in psychiatric inpatient units: A qualitative study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(1), 92-105. doi: 10.1111/inm.12298
- Gerolamo, A. M. (2006). The conceptualization of physical restraint as a nurse-sensitive adverse outcome in acute psychiatric treatment settings. *Archives of Psychiatric Nursing*, 20, 175–185. doi: 10.1016/j.apnu.2005.12.005
- Gildberg, F. A., Fristed, P. H., Makransky, G. D., Moeller, E. K., Nielsen, L., & Bradley, S. (2015). As Time Goes By: Reasons and Characteristics of Prolonged Episodes of Mechanical Restraint in Forensic Psychiatry. *Journal of Forensic Nursing*, 11(1), 41-50. doi: 10.1097/JFN.0000000000000055

- 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. doi : 10.1111/j.1365-2648.2011.05909.x
- Goffman, E. (1968). *Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux*. Paris : Éditions de Minuit.
- Goldbloom, D. L., Mojtabai, R., & Serby, M. J. (2010). Weekend prescribing practices and subsequent seclusion and restraint in a psychiatric inpatient setting. *Psychiatric Services*, 61(2), 193-195.
- Goulet, M., & Larue, C. (2016). Post-Seclusion and/or Restraint Review in Psychiatry: A Scoping Review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(1), 120-128. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2015.09.001>
- Goulet, M., & Larue, C. (2018). A Case Study: Seclusion and Restraint in Psychiatric Care. *Clinical Nursing Research*, 27(7), 853-870. <https://doi.org/10.1177/1054773817713177>
- Gowda, G., Lepping, P., Noorthoorn, E., Ali, S., Kumar, C., Raveesh, B., & Math, S. (2018). Restraint prevalence and perceived coercion among psychiatric inpatients from South India: A prospective study. *Asian Journal of Psychiatry*, 36, 10-16. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2018.05.024>
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. Dans N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds), *Handbook of qualitative research* (pp. 105-117). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Gustafsson, N., & Salzmann-Erikson, M. (2016). Effect of Complex Working Conditions on Nurses Who Exert Coercive Measures in Forensic Psychiatric Care. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 54(9), 37-43. doi:10.3928/02793695-20160817-06
- Happell, B., & Harrow, A. (2010). Nurses' attitudes to the use of seclusion; a review of literature. *International Journal of Mental Health* 19, 162-168. doi: 10.1111/j.1447-0349.2010.00669.x
- Haw, C., Stubbs, J., Bickle, A., & Stewart, I. (2011). Coercive treatments in forensic psychiatry: A study of patients' experiences and preferences. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 22(4), 564-585. doi: 10.1080/14789949.2011.602097
- Heidegger, M. (1962). *Being and time*. Trans. J. Macquarie & E. Robinson. New York: Harper & Row.
- Holmes, D. (2005). Governing the Captives: Forensic Psychiatric Nursing in Corrections. *Perspectives in Psychiatric Care*, 41(1), 3-13.
- Holmes D., & Gastaldo, D. (2002). Nursing as means of governmentality. *Journal of Advanced Nursing*. 38(6): 557-565.

- Holmes, D. & Murray, S. J. (2011). Civilising the 'Barbarian': A critical analysis of Behaviour Modification Programmes in forensic psychiatric settings. *Journal of Nursing Management*, 19(3), 293-301. doi: 10.1111/j.1365-2834.2011.01207.x
- Holmes, D., Kennedy, S. L., & Perron, A. (2004). 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. doi: 10.1080/01612840490472101
- Holmes, D. J., Murray, S., & Knack, N. (2015). Experiencing Seclusion in a Forensic Psychiatric Setting: A Phenomenological Study. *Journal of Forensic Nursing*, 11(4), 200-213. doi: 10.1097/JFN.0000000000000088
- Holmes, D., Perron, A., & Guimond, P. (2007). Le personnel infirmier et l'isolement en psychiatrie : critique du processus de décision. *Santé mentale*, 116(16), 16-23. Repéré à [https://www.santementale.fr/medias/userfiles/files/sm116\\_chercheurs.pdf](https://www.santementale.fr/medias/userfiles/files/sm116_chercheurs.pdf)
- Holmes, D., Rudge, T., Perron, A., & St-Pierre, T. (2012). Introduction: (Re)Thinking Violence in Health Care Settings. In D. Holmes, T. Rudge, and A. Perron (Eds). *(Re)Thinking Violence in Health Care Settings* (pp.1-17). Surrey: Ashgate.
- Hörberg, U., & Dahlberg, K. (2015). Caring potentials in the shadows of power, correction, and discipline—Forensic psychiatric care in the light of the work of Michel Foucault. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 10(1), 1-9. <http://dx.doi.org/10.3402/qhw.v10.28703>
- Hu, F., Muir-Cochrane, E., Oster, C., & Gerace, A. (2019). An examination of the incidence and nature of chemical restraint on adult acute psychiatric inpatient units in Adelaide, South Australia. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(4), 909-921. doi: 10.1111/inm.12591
- Huckshorn, K. (2004). Reducing seclusion restraint in mental health use settings: Core strategies for prevention. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 42(9), 22-33.
- Hui, A., Middleton, H., & Völlm, B. (2013). Coercive Measures in Forensic Settings: Findings from the Literature. *International Journal of Forensic Mental Health*, 12(1), 53-67. doi: 10.1080/14999013.2012.740649
- Jacob, J., & Holmes, D. (2011a). Working under threat: Fear and nurse–patient interactions in a forensic psychiatric setting. *Journal of Forensic Nursing*, 7(2), 68-77. doi: 10.1111/j.1939-3938.2011.01101.x
- Jacob, J., & Holmes, D. (2011b). The culture of fear: Expanding the concept of risk in forensic psychiatric nursing. *International Journal of Culture and Mental Health*, 4(2), 106-115. <http://dx.doi.org/10.1080/17542863.2010.519123>
- Jacob, J., Holmes, D., Rioux, D., Corneau, P., & Macphee, C. (2019). Convergence and divergence: An analysis of mechanical restraints. *Nursing Ethics*, 26(4), 1009-1026. doi : 10.1177/0969733017736923

- Jaeger, M., Ketteler, D., Rabenschlag, F., & Theodoridou, A. (2014). Informal coercion in acute inpatient setting—Knowledge and attitudes held by mental health professionals. *Psychiatry Research*, 220(3), 1007-1011. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2014.08.014>
- Jarrett, M., Bowers, L., & Simpson, A. (2008). Coerced medication in psychiatric inpatient care: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 64(6), 538-548. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04832.x
- Johnson, M. E. (1998). Being restrained: A study of power and powerlessness. *Issues in Mental Health Nursing*, 19, 191– 206.
- Jonker, E., Goossens P., Steenhuis, I., & Oud, N. (2008.) Patient aggression in clinical psychiatry: Perceptions of mental health nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, 492-499.
- Kinner, S. A., Harvey, C., Hamilton, B., Brophy, L., Roper, C., McSherry, B., & Young, J. T. (2017). Attitudes towards seclusion and restraint in mental health settings: Findings from a large, community-based survey of consumers, carers and mental health professionals. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 26(5), 535-544. doi: 10.1017/S2045796016000585
- Kontio, R., Välimäki, M., Putkonen, H., Kuosmanen, L., Scott, A., & Joffe, G. (2010). Patient restrictions: Are there ethical alternatives to seclusion and restraint? *Nursing Ethics*, 17, 65-76. doi: 10.1177/0969733009350140
- 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. doi: 10.1111/j.1744-6163.2010.00301.x
- Larkin, M., Watts, S., & Clifton, E. (2006). Giving voice and making sense in interpretative phenomenological analysis. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 102-120. doi: 10.1191/1478088706qp062oa
- Larousse en ligne (2019). Dictionnaire de français Larousse. Repéré à <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais> le 2019-03-23
- Larue, C., Dumais, A., Ahern, E., Bernheim, E., & Mailhot, M.-P. (2009). Factors influencing decisions on seclusion and restraint. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(5), 440-446. doi: 10.1111/j.1365-2850.2009.01396.x
- Larue, C., Dumais, A., Boyer, R., Goulet, M., Bonin, J., & Baba, N. (2013). The Experience of Seclusion and Restraint in Psychiatric Settings: Perspectives of Patients. *Issues In Mental Health Nursing*, 34(5), 317-324. doi :10.3109/01612840.2012.753558
- Lincoln, Y. S. & Guba, E. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills: Sage.

- Lindsey, P. (2009). Psychiatric Nurses' Decision to Restrain: The Association Between Empowerment and Individual Factors. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 47(9), 41-49. doi: 10.3928/02793695-20090730-02
- Ling, S., Cleverley, K., & Perivolaris, A. (2015). Understanding Mental Health Service User Experiences of Restraint through Debriefing: A Qualitative Analysis. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 60(9), 386-392.
- Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q. c. S-4.2.
- Loiselle, C., Profetto-McGrath, J., Polit, D. F., & Beck, C. T. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières : Approches quantitatives et qualitatives* (Compétences infirmières). Saint-Laurent, Québec: Éditions du Renouveau pédagogique.
- Maguire, T., Young, R., & Martin, T. (2012). Seclusion reduction in a forensic mental health setting. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(2), 97-106. doi: 10.1111/j.1365-2850.2011.01753.x
- Mann-Poll, P. S., Smit, A., Doeselaar, M., & Hutschemaekers, M. (2013). Professionals' Attitudes After a Seclusion Reduction Program: Anything Changed? *Psychiatric Quarterly*, 84(1), 1-10. doi 10.1007/s11126-012-9222-6
- Mason, T. (1994). Seclusion as therapy, containment or punishment. In A. Alty & T. Mason. *Seclusion and mental health : A break with the past*. London : Chapman & Hall.
- McKeown, M., Thomson, G., Scholes, A., Jones, F., Baker, J., Downe, S., . . . Duxbury, J. (2019). "Catching your tail and firefighting": The impact of staffing levels on restraint minimization efforts. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 26(5-6), 131-141. doi: 10.1111/jpm.12532
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1984). *Qualitative data analysis: A sourcebook of new methods*. Newbury Park, CA: Sage.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec (2002). Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : Contention, isolement et substances chimiques. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000634/?&date=ASC>
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec (2015). Cadre de référence pour l'élaboration des mesures de contrôle, contention, isolement et substances chimiques. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-812-01W.pdf> .
- Mohr, W. K. (2009). Restraints and the code of ethics: An uneasy fit. *Archives of Psychiatric Nursing*, 24(1), 3-14. doi: 10.1016/j.apnu.2009.03.003

- Mol, A. (2006). *The logic of care: Health and the problem of patient choice*. London: Routledge
- Morrison, E. F., & Carney Love, C. (2003). An evaluation of four programs for the management of aggression in psychiatric settings. *Archives of Psychiatric Nursing*, 17(4), 146-155. doi: 10.1016/S0883-9417(03)00085-2
- Muir-Cochrane, E. & Gerace, A. (2014). Containment Practices in Psychiatric Care. In D. Holmes, J.D. Jacob and A. Perron (Eds). *Power and the Psychiatric Apparatus* (pp.91-115). Surrey: Ashgate.
- Muir-Cochrane, E., Oster, C., & Grimmer, K. (2019). International research into 22 years of use of chemical restraint: An evidence overview. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, p. 1-30. doi : 10.1111/jep.13232
- Murray, S. J. (2007). Care and the self: Biotechnology, reproduction, and the good life. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 2(6). doi: 10.1186/1747-5341-2-6
- Murray, S. J. (2009). The perils of scientific obedience: Bioethics under the spectre of biofascism. In S.J. Murray & D. Holmes (Eds.). *Critical interventions in the ethics of healthcare: Challenging the principle of autonomy in bioethics*. Farnham, UK: Ashgate Publishing.
- Murray, S. J., & Holmes, D. (2009). *Critical interventions in the ethics of healthcare: Challenging the principles of autonomy in bioethics*. Farnham, UK: Ashgate Publishing.
- Nash, M., McDonagh, C., Culhane, A., Noone, I., & Higgins, A. (2018). Rapid tranquilization: An audit of Irish mental health nursing practice. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27, 1449-1458. doi: 10.1111/inm.12445
- National Institut for Health Care Excellence (2015). Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings. Repéré à <https://www.nice.org.uk/guidance/ng10/resources/violence-and-aggression-shortterm-management-in-mental-health-health-and-community-settings-pdf-1837264712389>.
- Nielsen, L., Gildberg, F., Bech, P., Lange Dalgaard, J., Munksgaard, G., & Hounsgaard, L. (2018). Forensic mental health clinician's experiences with and assessment of alliance regarding the patient's readiness to be released from mechanical restraint. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(1), 116-125. doi: 10.1111/inm.12300
- Norvoll, R., & Pedersen, R. (2016). Exploring the views of people with mental health problems' on the concept of coercion: Towards a broader socio-ethical perspective. *Social Science & Medicine*, 156, 204-211. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.03.033>

- Nyttingnes, O., Ruud, T., & Rugkåsa, J. (2016). 'It's unbelievably humiliating'—Patients' expressions of negative effects of coercion in mental health care. *International Journal of Law and Psychiatry*, 49(Pt A), 147-153. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijlp.2016.08.009>
- Oiler, C. (1982). The phenomenological approach in nursing research. *Nursing research*, 31, 178-181.
- Okanli, A., Yilmaz, E., & Kavak, F. (2016). Patients' Perspectives on and Nurses' Attitudes toward the Use of Restraint/Seclusion in a Turkish Population. *International Journal of Caring Sciences*, 9(3), 932-938. <http://www.internationaljournalofcaringsciences.org>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2014). Valeurs de la profession infirmière. Repéré à <https://www.oiiq.org/pratique-professionnelle/deontologie/valeurs-de-la-profession-infirmiere> .
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2015). Code de déontologie des infirmières et infirmiers. Repéré à <https://www.oiiq.org/documents/20147/1306047/oiiq-code-deontologie.pdf/dcac917b-c471-7699-62aa-9fa4062cdda4> .
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2016). Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et des infirmiers, 3<sup>e</sup> édition. Repéré à <https://www.oiiq.org/documents/20147/1306047/1466-exercice-infirmier-activites-reservees-web+%282%29.pdf/84aaaa05-af1d-680a-9be1-29fcde8075e3> .
- Organisation Mondiale de la Santé (2002). Rapport mondial sur la violence et la santé. Repéré à [https://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/en/full\\_fr.pdf](https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_fr.pdf)
- Paterson, B., & Duxbury, J. (2007). Restraint and the question of validity. *Nursing Ethics*, 14(4), 535-545. doi: 10.1177/0969733007077888
- Patient Restraints Minimization Act*, 2001, SO 2001, c16. Loi de 2001 sur la réduction au minimum de l'utilisation de la contention sur les malades
- 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, 43-49. doi: 10.1016/j.ijlp.2011.11.008
- Perron, A., Fluet, C., & Holmes, D. (2005). Agents of care and agents of the state: Bio-power and nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 50(5), 536-544.
- Perron, A., Jacob, J., 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(1), 47-60. <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2015-1-page-47.htm>

- Pourtois, J.-P., & Desmet, H. (1989). Pour une recherche qualitative et néanmoins scientifique. *Réseaux*, 55, 56, 57, 13-35.
- Price, O., Baker, J., Bee, P., & Lovell, K. (2018). The support-control continuum: An investigation of staff perspectives on factors influencing the success or failure of de-escalation techniques for the management of violence and aggression in mental health settings. *International Journal of Nursing Studies*, 77, 197-206. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.10.002>
- Pulsford, D., Crumpton, A., Baker, A., Wilkins, T., Wright, K., & Duxbury, J. (2013). Aggression in a high secure hospital: Staff and patient attitudes. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20, 296-304. doi:10.1111/j.1365-2850.2012.01908.x
- Reid, K., Flowers, P., & Larkin, M. (2005). Interpretative phenomenological analysis: An overview and methodological review. *The Psychologist*, 18, 20-23.
- Riahi, S., Thomson, G., & Duxbury, J. (2016). An integrative review exploring decision-making factors influencing mental health nurses in the use of restraint. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 32, 116-128. doi : 10.1111/jpm.12285
- Rogan, M., HSE Assistant National Director, Mental Health, (2010). Guidance document : risk management in mental health services, clinical indemnity scheme. Repéré à <http://hdl.handle.net/10147/112765>
- Roy, J., & Robichaud, F. (2016). Le syndrome du choc de la réalité chez les nouvelles infirmières. *Recherche En Soins Infirmiers*, N 127(4), 82-90. doi : 10.3917/rsi.127.0082
- Sailas, E., & Fenton, M. (2000). Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1): Art. no.: CD001163. doi: 10.1002/ 14651858.CD001163.
- Schildrick, M., & Mykitiuk, R. (Eds.) (2005). *Ethics of the body: Postconventional challenges*. Cambridge: MA: MIT Press.
- Shahpesandy, H., Tye, N., Hegarty, A., Czechovska, J., Kwentoh, M., & Wood, A. (2015). Rapid tranquillisation of acutely disturbed and violent patients: A retrospective cohort examination of 24 patients on a psychiatric intensive care unit, *Journal of Psychiatric Intensive Care*, 11(S1 :1e), 1-9. doi:10.1017/S1742646415000072
- Smith, J. A. (1996). Beyond the divide between cognition and discourse: Using interpretative phenomenological analysis in health psychology. *Psychology & Health*, 11(2), 261-271.

- Smith, J. A. (2004). Reflecting on the development of interpretative phenomenological analysis and its contribution to qualitative research in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 1, 39-54. doi: 10.1191/1478088704qp004oa
- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretive phenomenological analysis: Theory, method and research*. London: SAGE.
- Stake, R. E. (1995). *The art of case study research*. Thousand Oaks: Sage.
- Stake, R. E. (2000). Case study. In *Handbook of qualitative research*. 2nd Ed. (pp. 435-454). Thousand Oaks: Sage.
- Staudigl, M. (2013). Towards a Relational Phenomenology of Violence. *Human Studies*, 36(1), 43-66. doi: 10.1007/s10746-013-9269-x
- Stevens, M. L. Tina (2000). *Bioethics in America: Origins and cultural politics*. Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press.
- 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, 416-427. doi: 10.1111/j.1447-0349.2010.00694.x
- Talukdar, R., Ludlam, M., Pout, L., & Lekka, N. (2016). Ensuring patient safety: Physical health monitoring in rapid tranquillisation for aggression and violence of adult acute inpatients. *European Psychiatry*, 33, S170-S171. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.01.352>
- Tingleff, E., Bradley, S., Gildberg, F., Munksgaard, G., & Hounsgaard, L. (2017). "Treat me with respect". A systematic review and thematic analysis of psychiatric patients' reported perceptions of the situations associated with the process of coercion. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24(9-10), 681-698. doi: 10.1111/jpm.12410
- Tingleff, E., Hounsgaard, L., Bradley, S., & Gildberg, F. (2019). Forensic psychiatric patients' perceptions of situations associated with mechanical restraint: A qualitative interview study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(2), 468-479. doi: 10.1111/inm.12549
- Tomlin, J., Bartlett, P., & Völlm, B. (2018). Experiences of restrictiveness in forensic psychiatric care: Systematic review and concept analysis. *International Journal of Law and Psychiatry*, 57, 31-41. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2017.12.006>
- Veltkamp, E., Nijman, H., Stolker, J., Frigge, K., Dries, P., & Bowers, L. (2008). Patients' Preferences for Seclusion or Forced Medication in Acute Psychiatric Emergency in the Netherlands. *Psychiatric Services*, 59(2), 209-211.
- Verbeke, E., Vanheule, S., Cauwe, J., Truijens, F., & Froyen, B. (2019). Coercion and power in psychiatry: A qualitative study with ex-patients. *Social Science & Medicine*, 223, 89-96. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.01.031>

- Vieta, E., Garriga, M., Cardete, L., Bernardo, M., Lombræa, M., Blanch, J., ... Martinez-Aran, A. (2017). Protocol for the management of psychiatric patients with psychomotor agitation. *BMC Psychiatry*, 17(1), 1-11. doi: 10.1186/s12888-017-1490-0
- Whittington, R., & Higgins, L. (2002) More than zero tolerance? Burnout and tolerance for patient aggression amongst mental health nurses in China and the UK. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 37-40.
- Wilson, C., Rouse, L., Rae, S., & Kar Ray, M. (2017). Is restraint a 'necessary evil' in mental health care? Mental health inpatients' and staff members' experience of physical restraint. *International Journal of Mental Health Nursing*, 26, 500-512. doi: 10.1111/inm.12382
- Wilson, C., Rouse, L., Rae, S., & Kar Ray, M. (2018). Mental health inpatients' and staff members' suggestions for reducing physical restraint: A qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 25(3), 188-200. doi: 10.1111/jpm.12453
- Wynaden, D., McGowan, S., Chapman, R., Castle, C., Lau, P., Headford, C., & Finn, M. (2001). Types of patients in a psychiatric intensive care unit. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 841-845.
- Wynn, R. (2004). Psychiatric inpatients' experiences with restraint. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 15, 124-144. doi : 10.1080/14789940410001655187

## **Annexe A**

### Questionnaire d'entrevue

## Guide d'entrevue semi-structurée – Personnel infirmier

### 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 de la médication PRN – quelle est votre expérience en regard de l'utilisation de la médication PRN et en regard des soins qui ont été prodigués aux patients ayant reçu de la médication PRN.

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

- Comment la médication PRN est-elle utilisée?
- Y-a-t-il des approches alternatives à l'utilisation de la médication PRN quand elle est utilisée comme mesure de contrôle?

Afin de répondre à ces questions, je conduirai plusieurs entrevues semi-structurées avec du personnel infirmier 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 utilisé la médication PRN auprès d'un patient? Avez-vous déjà utilisé la médication PRN comme mesure de contrôle?
2. Pourriez-vous me décrire ce que vous considérez être une mesure de contrôle?
3. Pour quelles raisons avez-vous décidé d'utiliser la médication PRN comme mesure de contrôle?
4. Pouvez-vous décrire le processus suivi lors de l'administration de médication PRN?
  - a. Avant l'administration?
  - b. Pendant l'administration?
    - i. Est-elle utilisée conjointement avec une forme de mesure de contrôle?
  - c. Après l'administration?
5. Quelle a été votre expérience générale en regard des soins offerts à un patient à qui vous administrez une médication PRN (comment vous sentiez-vous, comment avez-vous réagi)?
6. Comment évaluez-vous la qualité des soins offerts aux patients ayant reçu une médication PRN? Veuillez expliquer.
7. Avez-vous l'impression que le fait d'utiliser une médication PRN à titre de mesure de contrôle vous empêche de respecter les principes déontologiques de votre profession? Veuillez expliquer.

Traitement ou contrôle :  
Vers une compréhension phénoménologique de l'utilisation  
des contentions chimiques en psychiatrie (projet n° 15-008)

8. Selon vous, quelle est l'importance que revêt l'utilisation de la médication PRN comme mesure de contrôle? Est-ce un outil d'intervention nécessaire? Croyez-vous que cela améliore la condition clinique (état mental) des patients?
9. Est-ce que l'utilisation de la médication PRN affecte la relation thérapeutique que vous avez avec le patient? Comment? Et si la médication PRN est utilisée comme mesure de contrôle?
10. Croyez-vous qu'il y a des méthodes alternatives à l'utilisation de la médication PRN comme mesure de contrôle? Veuillez expliquer.
  - a. Le cas échéant, avez-vous essayé cette méthode?
  - b. Cela a-t-il été un succès?
11. Veuillez décrire dans vos propres mots à quoi devrait ressembler la mesure de contrôle 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 B**

Formulaire de confidentialité



### Formulaire d'information et de consentement – Personnel infirmier

**Titre et n° du projet :** Traitement ou contrôle : vers une compréhension phénoménologique de l'utilisation de la contention chimique en psychiatrie (projet n° 15-008)

**Chercheur principal :** Dave Holmes, Inf., PhD, professeur titulaire, Université d'Ottawa, chercheur associé, Centre de recherche de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal

**Chercheurs collaborateurs :**

1. Jean Daniel Jacob, Inf., PhD, professeur agrégé, Université d'Ottawa
2. Emmanuelle Bernheim, PhD, professeure agrégée, Université du Québec à Montréal
3. Étienne Paradis-Gagné, Inf., MBA, Direction des soins, Institut Philippe-Pinel de Montréal

**Recherche financée par :** Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC)

**Établissement participant :** 

---

Nous sollicitons votre participation au présent projet de recherche. Veuillez lire attentivement ce formulaire d'information et de consentement. Il est important de comprendre toutes les informations qu'il contient. N'hésitez pas à poser des questions, s'il y a un mot ou une phrase que vous ne comprenez pas ou si une information n'est pas claire.

---

#### Description du projet

Le projet porte sur l'utilisation de la médication psychotrope donnée en PRN auprès des personnes atteintes de troubles mentaux en milieu psychiatrique. Il se compose de deux volets. Le premier consiste à explorer, auprès du personnel infirmier et des patients, leurs expériences en regard de l'utilisation de la médication psychotrope donnée en PRN. Le second consiste à faire l'analyse documentaire des politiques et procédures de l'établissement sur ce sujet. Le projet durera une année. Pour le mener à bien, nous comptons rencontrer 40 patients et 20 membres du personnel infirmier, répartis sur 4 unités de l'Institut. C'est à ce titre que nous sollicitons votre participation aujourd'hui.

#### Nature de la participation

Si vous acceptez de participer à ce projet, un membre de l'équipe de recherche vous rencontrera. Il vous demandera de raconter votre expérience en regard de l'utilisation de la médication psychotrope donnée en PRN. Cette rencontre aura lieu à  avant ou après votre quart de travail. Elle devrait durer environ 60 minutes maximum et pourra, à votre demande, être étalée sur plus d'une rencontre. Pour les besoins du projet et avec votre accord, l'entrevue sera enregistrée.

*Traitement ou contrôle : vers une compréhension phénoménologique de l'utilisation de la contention chimique en psychiatrie (projet n° 15-008)*

---

#### **Avantages associés au projet**

Vous ne retirez aucun bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche. Toutefois, les résultats obtenus pourraient contribuer à mettre en place des services améliorés susceptibles d'aider des personnes qui ont vécu, comme vous, des expériences en liens avec l'administration d'une médication psychotrope donnée en PRN à des personnes aux prises avec un problème de santé mentale.

#### **Risques et inconvénients associés au projet**

En acceptant de participer au projet, il est possible que certaines questions abordées dans les entretiens provoquent un sentiment de gêne ou vous fassent revivre des événements qui ont été troublants pour vous. 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 vers la ressource d'aide psychologique appropriée (Programme d'aide aux employés). Les autres risques associés à votre participation sont liés à un manquement à la confidentialité ; nous avons pris des mesures afin de sauvegarder votre anonymat. Enfin, le seul inconvénient du projet est le temps nécessaire à votre participation.

#### **Vie privée et confidentialité**

Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet seront recueillis. Ils seront utilisés pour ce seul projet. Ils demeureront confidentiels dans les limites prévues par la loi, sauf si un membre de l'équipe de recherche recueille de l'information qui laisse supposer que votre sécurité ou celle d'autrui puisse être menacée ; dans un tel cas, le chercheur sera tenu de le divulguer aux autorités compétentes.

Afin de préserver la confidentialité des renseignements, vous ne serez identifié que par un code alphanumérique. La clé du code, reliant votre nom à votre dossier de recherche, sera conservée par le chercheur principal, le professeur Dave Holmes. Les renseignements recueillis seront conservés sous clé, au Centre de recherche de [REDACTED]

[REDACTED] L'enregistrement de l'entrevue sera détruit, une fois le verbatim retranscrit et vérifié. Le chercheur principal conservera les autres renseignements recueillis pendant 7 ans suivant la fin du projet, après quoi, il les détruira dans le respect de la confidentialité.

Les résultats du projet pourront être publiés dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il sera impossible de vous identifier.

Par ailleurs, il est possible qu'à des fins de surveillance ou de vérification, nous devions permettre l'accès aux dossiers de recherche aux autorités compétentes (ex. un représentant du comité d'éthique de la recherche de [REDACTED] et de l'organisme qui finance la réalisation du projet). Il est aussi possible que nous devions communiquer, notamment à des fins de gestion, vos noms et prénoms, vos coordonnées ainsi que la date de début et de la fin de votre participation à ce projet à un représentant de la Direction générale ou du comité d'éthique de la recherche de [REDACTED]. Dans le cadre de leurs activités, ces autorités pourraient vouloir communiquer avec vous. Toutes adhèrent à une politique de stricte confidentialité.

*Traitement ou contrôle : vers une compréhension phénoménologique de l'utilisation de la contention chimique en psychiatrie (projet n° 15-008)*

---

Enfin, vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que le chercheur principal détient ces informations. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, vous pourriez n'avoir accès à certaines de ces informations qu'une fois votre participation terminée.

#### **Communication des résultats généraux**

Vous pourrez communiquer avec l'équipe de recherche afin d'obtenir de l'information sur l'avancement des travaux ou les résultats généraux du projet de recherche. L'équipe de recherche prévoit également faire une présentation à l'ensemble du personnel [redacted] une fois le projet complété.

#### **Indemnité**

Aucune compensation financière n'est prévue en guise de dédommagement pour votre participation.

#### **Liberté de participation**

Votre participation à ce projet est volontaire. Vous pouvez donc accepter ou refuser d'y participer sans avoir besoin de vous justifier et sans que cela vous cause préjudice. Aussi, même si vous acceptez de participer à ce projet, vous pourrez vous retirer en tout temps, par simple avis verbal, sans explication et sans que cela vous cause aucun tort.

Par ailleurs, le chercheur principal, le comité d'éthique de la recherche de [redacted] ou l'organisme qui finance le projet pourraient mettre fin à votre participation, sans votre consentement, par exemple si cela était dans votre intérêt ou si le projet devait être abandonné pour des raisons administratives.

Si vous vous retirez ou êtes retiré du projet, nous détruirons alors les données vous concernant.

#### **Responsabilités**

En acceptant de participer à ce projet, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, l'organisme qui a financé le projet et les établissements en cause de leur responsabilité civile ou professionnelle.

#### **Personnes-ressources**

Si vous avez des questions concernant cette recherche ou voulez nous informer de votre retrait, vous pouvez contacter monsieur Dave Holmes, en composant le 613-562-5800, poste 8341, ou monsieur Étienne Paradis-Gagné, en composant le 514-648-8461, poste 364.

Si vous avez des questions concernant vos droits à titre de participant à la recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez vous adresser au commissaire local aux plaintes et à la qualité des services de [redacted] en composant le 514-648-8461, poste 174.

*Traitement ou contrôle : vers une compréhension phénoménologique de l'utilisation de la contention chimique en psychiatrie (projet n° 15-008)*

---

#### **Surveillance des aspects éthiques du projet**

Le comité d'éthique de la recherche de [REDACTED] a approuvé ce projet et en assure le suivi. Ainsi, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au projet ou à l'un de ses documents. Pour toute information, vous pouvez rejoindre le secrétariat du comité au 514-648-8461, poste 574.

#### **Consentement du participant**

J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire. Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement. J'ai eu l'occasion de poser toutes mes questions et on y a répondu à ma satisfaction. Je sais que je suis libre de participer au projet et que je demeure libre de me retirer en tout temps, par simple avis verbal, sans que cela me cause aucun tort. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision. Je sais que je recevrai une copie signée et datée du présent formulaire.

Je soussigné consens à participer à ce projet.

Oui ☐ Non ☐ Je consens aussi à ce que la ou les rencontres soient enregistrées.

|                             |                    |               |
|-----------------------------|--------------------|---------------|
| _____<br>Nom du participant | _____<br>Signature | _____<br>Date |
|-----------------------------|--------------------|---------------|

#### **Déclaration d'engagement du chercheur principal ou de son représentant**

Je certifie a) avoir expliqué au participant les termes du présent formulaire, b) avoir répondu à ses questions à l'égard du projet et c) lui avoir clairement rappelé qu'il reste à tout moment libre de mettre fin à sa participation, et ce, par simple avis verbal et sans préjudice. Je lui remettrai une copie signée du présent formulaire.

|                                                               |                    |               |
|---------------------------------------------------------------|--------------------|---------------|
| _____<br>Nom du chercheur principal<br>ou de son représentant | _____<br>Signature | _____<br>Date |
|---------------------------------------------------------------|--------------------|---------------|

L'original de ce formulaire sera conservé par Monsieur Dave Holmes, dans son dossier de recherche.

## **Annexe C**

Approbation éthique

Le 17 novembre 2015

Monsieur David Holmes  
Chercheur principal  
451, Smyth Road  
Ottawa (Ontario) K1H 8M5

**Objet : Approbation définitive du projet n° 15-008 – *Treatment of Control: Toward a Phenomenological Understanding of the Use of Chemical Restraints in Mental Health Care***

Monsieur,

Aux fins de l'approbation définitive du projet en titre, le comité d'éthique de la recherche de [REDACTED] a évalué, plus tôt ce jour, en mode délégué, les documents suivants :

- votre lettre de réponse aux demandes du comité (17 novembre 2015) ;
- la version modifiée du devis de recherche (non datée, mais envoyée le 17 novembre 2015, 11 p.) ;
- le formulaire d'autorisation pour communiquer avec un patient dans le cadre d'une recherche (non daté, mais envoyé le 17 novembre 2015) ;
- le protocole d'entente aux fins du respect de la vie privée des participants et de la protection de la confidentialité des renseignements recueillis, signé par tous les membres de l'équipe, selon le cas, le 16 ou le 17 novembre 2015 ;
- la version modifiée de la présentation destinée au recrutement du personnel infirmier (non datée, mais envoyée le 17 novembre 2015).

D'entrée de jeu, le comité tient à souligner la qualité de votre dossier ainsi que la célérité avec laquelle vous avez répondu à ses demandes. Lors de son examen, il a noté que les versions, qu'il vous avait proposées au regard des deux guides d'entretien et des deux formulaires d'information et de consentement, avaient été acceptées telles quelles. Il s'est dit aussi satisfait des documents transmis aux fins de la finalisation du processus d'examen.

Partant, j'ai le plaisir de vous informer que votre projet a été approuvé définitivement ce jour, jusqu'au **16 novembre 2016**. Cette décision vaut pour le devis et la présentation susmentionnée et suppose ce qui suit :

1. vous respecterez la décision du CÉR ;
2. vous utiliserez la version approuvée du **17 novembre 2015** des cinq documents, dont copie est jointe à la présente. Le comité verra à vous faire parvenir sous peu les fichiers Word correspondants. Par rapport aux versions qui sont en votre possession, seul le pied de page a été modifié ;

3. vous respecterez les obligations du chercheur à l'égard de l'examen continu de l'éthique, en conformité de l'article 6 du *Guide à l'intention du chercheur* de [REDACTED]. À cet égard, étant donné qu'il est possible que votre projet se termine avant l'arrivée à échéance de la présente, le comité vous rappelle que vous devrez le lui notifier dès que cette situation surviendra ; si, toutefois, votre projet devait se poursuivre passé le 16 novembre 2016, votre prochaine demande de renouvellement de l'approbation est attendue dans la semaine du 31 octobre 2016 ;
4. vous conserverez la liste des participants et la fournirez à la demande de [REDACTED] ; cette liste doit être conservée pendant 1 an après la fin du projet ; passé ce délai, vous devrez la détruire dans le respect des règles en matière de confidentialité.

Je tiens à vous informer que la présente décision a été rendue alors que le quorum était atteint.

En terminant, je vous demanderais de bien vouloir mentionner, dans votre correspondance, le numéro attribué à votre demande par notre institution, soit le 15-008.

Je vous prie de recevoir, Monsieur, l'assurance de mes sentiments les meilleurs et vous souhaite tout le succès mérité dans vos travaux de recherche.

[REDACTED]  
Sonya Audy, présidente  
Comité d'éthique de la recherche

P. j.

c. c. Monsieur Gilles Côté, directeur de la recherche et de l'enseignement