

**Devenir infirmière psychiatrique -  
Récit ethnographique d'une infirmière novice**

**Rebecca Desnoyers**

Thèse soumise à l'Université d'Ottawa  
dans le cadre des exigences du programme  
Maîtrise en sciences infirmières

École des sciences infirmières

Faculté des sciences de la santé

Université d'Ottawa

© Rebecca Desnoyers, Ottawa, Canada, 2025

## TABLE DES MATIÈRES

<b>LISTE DES TABLEAUX</b> .....	<b>V</b>
<b>LISTE DES FIGURES</b> .....	<b>VI</b>
<b>LISTE DES ABRÉVIATIONS</b> .....	<b>VII</b>
<b>AVANT-PROPOS</b> .....	<b>VIII</b>
<b>RÉSUMÉ</b> .....	<b>IX</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>X</b>
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>XI</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE</b> .....	<b>5</b>
1.1 Problématique.....	5
1.2 Objectifs .....	6
1.3 Question de recherche .....	7
1.4 Position paradigmatique.....	7
<b>CHAPITRE 2: RECENSION DES ÉCRITS</b> .....	<b>9</b>
2.1 Le vécu des infirmières et des infirmiers novices œuvrant en milieu psychiatrique .....	9
2.1.1 L'intégration dans l'équipe de travail .....	10
2.1.2 L'incertitude face aux connaissances et compétences .....	11
2.1.3 L'environnement imprévisible et la peur .....	12
2.2 L'expérience du personnel infirmier lors du recours à la contention mécanique .....	13
2.2.1 La polarisation des opinions sur la validité de l'intervention. ....	14
2.2.2 La prise de décision clinique.....	15
2.2.3 Le vécu émotionnel des infirmiers et infirmières psychiatriques .....	16
Conclusion.....	16
<b>CHAPITRE 3: « DONNER VOIX » : LA NARRATOLOGIE COMME CADRE THÉORIQUE</b> .....	<b>18</b>
<b>CHAPITRE 4 : MÉTHODOLOGIE ET DÉMARCHE ANALYTIQUE</b> .....	<b>20</b>
4.1 Considérations éthiques.....	20
4.2 Démarche analytique.....	20
4.3 L'ethnographie narrative et le carnet de recherche .....	21
4.3.1 Collecte de données : le carnet de recherche, un outil méthodologique de réflexion .....	22

4.3.2 Analyse thématique selon l'approche de Braun et Clarke (2006).....	23
<i>Phase 1 - Familiarisation des données</i> .....	24
<i>Phase 2 - Génération des codes</i> .....	25
<i>Phase 3 - Recherche des thèmes</i> .....	25
<i>Phase 4 - Révision des thèmes</i> .....	25
<i>Phase 5 - Définition des thèmes</i> .....	27
4.4 La recherche-création et le scénario d'un court métrage .....	29
4.4.1 Processus d'écriture .....	31
4.4.2 Représentation des données dans l'œuvre.....	33
Conclusion.....	33
<b>CHAPITRE 5 : RÉSULTATS .....</b>	<b>35</b>
5.1 Début du parcours: la période de mimétisme.....	35
5.1.1 Lieu de travail .....	36
5.1.2 Enculturation de la relève infirmière.....	40
5.1.3 Remise en question quant au rôle de l'infirmière psychiatrique .....	44
5.2 La période de la consolidation des acquis .....	47
5.2.1 Développement de la confiance envers sa pratique .....	48
5.2.2 Comparaison des habiletés et persistance du sentiment d'infériorité .....	49
5.2.3 Le développement du jugement clinique dans le contexte du recours à la contention mécanique .....	51
5.3 La période intégrative.....	54
5.3.1 Unification des compétences .....	54
5.3.2 L'infirmier ou l'infirmière aguerrie: réflexivité et changements de perspective .....	57
5.4 Recherche-création: le scénario d'un court métrage .....	60
5.4.1 - Représentation des thèmes dans le scénario de court métrage .....	60
<i>Thème 1: La perspective de la relève infirmière sur la contention mécanique</i> .....	61
<i>Thème 2: Le processus de la prise de décision</i> .....	61
<i>Thème 3: L'interaction avec les collègues</i> .....	62
<i>Thème 4: La division identitaire</i> .....	62
<b>CHAPITRE 6 : DIVISION « ÷ » LE SCÉNARIO DE COURT MÉTRAGE .....</b>	<b>64</b>
<i>Le synopsis</i> .....	64
<i>Les personnages</i> .....	65

<i>La note d'intention</i> .....	67
DIVISION « ÷ » .....	70
<b>CHAPITRE 7 : DISCUSSION</b> .....	<b>81</b>
7.1 Processus transitionnel de l'infirmière ou de l'infirmier novice.....	81
7.2 Intégration ou assimilation? .....	84
7.3 Intersection du processus de transition et l'expérience du recours à la contention mécanique.....	86
7.4 Qu'en est-il des émotions ?.....	89
7.5 Représentation du vécu : la création scientifique.....	91
7.6 Retombés escomptées .....	93
7.6.1 Implications pour la pratique infirmière .....	93
7.6.2 Implications pour la formation infirmière.....	94
7.6.3 Implications pour la recherche .....	95
7.7 Forces et limites de l'étude .....	96
Conclusion.....	98
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>99</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>104</b>
<b>ANNEXE</b> .....	<b>115</b>
Annexe 1 – Lettre d'approbation administrative d'éthique de l'Université d'Ottawa et du comité d'éthique de recherche de l'Hôpital Montfort.....	116
Annexe 2 – Thèmes préliminaires de l'analyse thématique.....	119
Annexe 3 – Portrait de Charlie.....	120
Annexe 4 – Portrait de Louis.....	122
Annexe 5 – Portrait du Patient 1 .....	124

## LISTE DES TABLEAUX

**Tableau #1**

*Phases de l'analyse thématique selon Braun et Clarke (2006)* ..... 24

**Tableau #2**

*Thèmes de l'analyse* ..... 27

**Tableau #3**

*Définition des thèmes* ..... 28-29

**Tableau #4**

*Phases du processus d'écriture du scénario de court-métrage (Équipe SCRIPPT)*..... 32-33

**LISTE DES FIGURES**

<b>Figure #1</b>	
<i>Carte thématique</i> .....	26
<b>Figure #2</b>	
<i>Croquis de l'unité de psychiatrie – Extrait du carnet de recherche (15 décembre 2022)....</i>	38
<b>Figure #3</b>	
<i>Croquis de l'unité de psychiatrie à sécurité élevée – Extrait du carnet de recherche (15 décembre 2022).....</i>	39
<b>Figure #4</b>	
<i>Processus transitionnel de la relève infirmière en psychiatrie.....</i>	47
<b>Figure #5</b>	
<i>Réflexion de l'infirmière novice concernant le processus décisionnel de l'initiation de mesures de contention.....</i>	52

## **LISTE DES ABRÉVIATIONS**

COVID-19 : Coronavirus

CRSH : Conseil de recherches en sciences humaines du Canada

SCRIPPT : Scénarisation de récits individuels de parcours psychiatriques transinstitutionnels

## AVANT-PROPOS

Cette thèse contient une œuvre publiée.

**Œuvre :** *Division*

**Auteur(e)s :** Desnoyers, Rebecca

**Statut :** Acceptée

**Référence :** Desnoyers, R. (2025). « *Division* ». Dans Thifault, M-C. (dir.) (Presses de l'Université d'Ottawa), *La vie. C'est comme la bicyclette, il faut avancer pour ne pas perdre l'équilibre* (pp.68-82).

## RÉSUMÉ

Cette étude porte sur l'expérience du processus de transition entre les études et le milieu de travail de la relève infirmière en soin psychiatrique. L'étude a été menée en ayant recours à une approche ethnographique narrative et de recherche-création. Elle s'appuie sur le cadre narratologique de Bal (2017) et se fonde sur l'observation d'une unité psychiatrique hospitalière pendant 18 mois, soit d'octobre 2022 à février 2024. L'analyse a révélé deux thèmes principaux : 1) Le « formatage » perçue de la relève infirmière en psychiatrie et 2) La perspective de la relève infirmière particulièrement quant au recours à la contention mécanique dans le milieu psychiatrique. Nos résultats illustrent le processus du passage de la formation infirmière vers la pratique sur le terrain tel qu'il est vécu par la relève infirmière. Cette expérience est segmentée en trois périodes : mimétisme, consolidation des acquis et intégrative. Chacune de ces périodes est caractérisée par des expériences émotionnelles distinctes et le cheminement professionnel de la personne novice. Notre étude a recours à la contention mécanique afin d'illustrer la progression de la relève infirmière à travers ces phases. Dans une démarche de recherche-création, nous avons utilisé les résultats issus de notre recherche afin de créer un scénario de court-métrage, intitulé « Division ». Ce scénario présente le soin infirmier psychiatrique du point de vue d'une infirmière novice. Cette démarche méthodologique contribue à la littérature sur la transition qui a lieu lorsqu'un.e infirmière novice achève sa formation académique et entame sa pratique infirmière en psychiatrie. Elle offre également des pistes concrètes pour améliorer l'expérience de transition des infirmières et infirmiers en devenir.

**Mots-clés:** infirmier ou infirmière novice, relève infirmière, contention mécanique, transition, soins infirmiers psychiatriques, recherche-création

## ABSTRACT

This study investigates the transition experiences of novice nurses entering psychiatric care settings through a narrative ethnographic approach complemented by a research-creation methodology. Guided by Bal's (2017) narratology framework, data collection involved observation of a psychiatric inpatient unit over 18 months (October 2022-February 2024). The analysis yielded two primary themes: "The Creation of Novice Psychiatric Nurses" and "Mechanical Restraint through the Lens of Novice Psychiatric Nurses." The research identified a triphasic transition experience undertaken by the novice nurse—Imitation, Knowledge Consolidation, and Integration—each characterized by distinct emotional experiences and professional development. We utilized mechanical restraint to illustrate the transitional experience of novice nurses through the three distinct phases. The study employed research-creation to develop "Division" a screenplay depicting psychiatric nursing through the lens of a novice nurse. This methodological approach contributes to the literature on nursing transition in psychiatry and offers practical insights for future psychiatric nurses' preparation.

**Keywords:** novice nurse, mechanical restraint, transition, psychiatric nursing, research-creation

## REMERCIEMENTS

J'adresse mes premiers remerciements à mes directrices de thèse, Professeure Marie-Claude Thifault et Professeure Sandra Harrisson, sans qui cette thèse n'aurait pu voir le jour. Elles m'ont accordé une grande disponibilité et m'ont prodigué des conseils précieux tout au long de ce processus. Je suis énormément reconnaissante d'avoir pu compter sur leur sagesse, leurs connaissances et leur support. Grâce à elles, je garde un heureux souvenir de cette aventure de recherche.

Je remercie les membres du groupe SCRIPPT, notamment Professeure Marie-Claude Thifault, Professeure Sandra Harrisson, Professeure Marie LeBel, Professeure Marie-Claude Jacques, Professeur Alexandre Klein, Professeure Emily Landry-Lajoie ainsi que Madame Rachel Cameron, dont les échanges et les discussions ont significativement enrichi l'aspect création de cette thèse. Leurs perspectives, commentaires et réflexions se sont avérés inestimables. Je souhaite également témoigner ma gratitude à Professeure Isabelle Raynauld, qui a généreusement partagé son expertise et ses précieux conseils avec le groupe.

Je tiens également à exprimer ma profonde gratitude envers les infirmiers et infirmières qui m'ont soutenue dans ma pratique. Je ne serais pas l'infirmière que je suis aujourd'hui sans leur précieux soutien, leur mentorat et leur sagesse.

J'exprime une sincère gratitude à l'égard des membres de mon comité de thèse, Professeure Marie LeBel ainsi que Professeur Jean-Laurent Domingue. Leurs commentaires et réflexions ont grandement contribué à peaufiner ma thèse. Je suis très reconnaissante qu'ils m'aient prêté leur expertise afin d'enrichir le contenu de ma thèse.

Je remercie également le CRSH pour les bourses qui m'ont été octroyées durant mes études supérieures.

Enfin, je remercie ma famille, qui, à de maintes reprises, m'a encouragée à poursuivre.

Merci de m'avoir toujours poussée à poursuivre mes ambitions. Votre support inconditionnel s'est avéré indispensable. À mon partenaire, les mots ne suffisent pas pour exprimer ma gratitude. Merci de toujours croire en moi.

## INTRODUCTION

À l'aube de sa carrière, l'infirmier ou l'infirmière<sup>1</sup> novice se retrouve mal outillé.e pour affronter le milieu psychiatrique lorsqu'il ou elle entame sa pratique. Un constat d'ailleurs soulevé par Hazeldon, M. et al. (2011). Le Département de psychiatrie dans l'actualité fait réagir et plusieurs ancienn.es patient.es hospitalisé.es en psychiatrie et leurs familles se tournent vers les médias pour partager leur vécu. Un exemple parmi d'autres, en août 2023, Michel Audet témoignait dans *Le Soleil* de son expérience comme membre de la famille d'un patient admis au Département de psychiatrie. M. Audet décrivait un système de soins qui manquait d'humanité et qui privilégiait la sécurité du personnel plutôt que celle des patient.es. Il percevait un manque de connaissance du personnel en psychiatrie (Gagné, 2023). Cette perception du traitement psychiatrique est loin d'être unique, et le personnel soignant la partage. Toutefois, une voix demeure absente des discours portant sur le soin psychiatrique, celle de la relève infirmière (Cara et al. 2016).

L'idée de mener cette étude nous<sup>2</sup> vient de notre expérience en tant qu'infirmière novice ayant effectué une transition rapide entre la fin de ses études et un poste au Département de psychiatrie interne. Les attentes et les responsabilités importantes dès l'arrivée dans le milieu ainsi que l'atteinte possible à la sécurité de soi ou d'autrui ont contribué à un sentiment d'incertitude durant cette période d'adaptation. En tant qu'infirmière novice, l'utilisation de la contention

---

<sup>1</sup> Dans cette thèse, l'auteure alterne l'ordre du genre lors du recours au doublet en respect des Lignes directrices sur l'écriture inclusive du Gouvernement du Canada (2024).

<sup>2</sup> L'auteure emploie la troisième personne dans le cadre de cette thèse à des fins littéraires. Les propos rédigés sont exclusivement attribuables à l'auteure et ne représentent pas les perspectives d'un collectif.

mécanique s'est révélée particulièrement confrontante. Nous avons observé la normalisation de pratiques coercitives, telles que la contention mécanique, dès notre intégration dans le milieu professionnel. Nous avons également constaté des lacunes significatives dans la préparation des infirmières novices concernant les spécificités du contexte psychiatrique. En nous tournant vers la littérature, nous avons remarqué que plusieurs auteur.es font mention de cet enjeu, parmi lesquelles nous citerons Karlowicz & Ternus (2008), Khankeh et al. (2014) ainsi que Mabala et al. (2019). Cela étant dit, la perspective de la relève infirmière quant à cette expérience est silencieuse dans cette littérature. Ayant nous-mêmes vécu ce processus, cette problématique nous semblait d'importance afin d'entendre la voix de la relève infirmière dans les discours portant sur le soin psychiatrique.

Dans le premier chapitre, nous abordons la problématique qui a motivé notre recherche, à savoir l'absence de la perspective de la relève infirmière dans la littérature portant sur le soin psychiatrique et l'impact significatif du processus de transition vécue par celle-ci. Nous définissons également les objectifs de notre étude, qui mettent en évidence son importance dans le paysage scientifique actuel.

Le deuxième chapitre de cette thèse propose une revue de la littérature scientifique traitant de l'intégration de la relève infirmière en psychiatrie ainsi que du recours à la contention mécanique dans ce milieu. Nous avons d'abord étudié l'expérience des infirmiers et infirmières novices en contexte psychiatrique. Nous avons recensé les écrits portant sur l'intégration dans le milieu de travail, l'incertitude face aux connaissances et compétences et finalement la perception de la relève quant à l'environnement de travail. Afin d'illustrer cette expérience de la relève infirmière, nous nous sommes penchée sur la polarisation des opinions concernant la validité de la contention

mécanique, puis sur la prise de décision clinique et le vécu du personnel infirmier en ce qui a trait à cette intervention.

Notre troisième chapitre présente le cadre théorique emprunté à la narratologie de Bal (2017) qui permet de donner voix au vécu, ici de la relève infirmière et de mettre de l'avant la perspective individuelle. Ce cadre théorique s'agence bien à l'objectif de la thèse, soit de rendre compte de l'expérience de la relève infirmière lorsqu'elle effectue sa transition de la formation à la profession à la pratique sur un département de psychiatrie.

Le quatrième chapitre détaille la méthodologie de la thèse qui a consisté à jumeler l'ethnographie narrative à la recherche-crédation. Dans ce chapitre, nous élaborons également l'outil méthodologique choisi, soit le carnet de recherche, qui nous a permis de documenter nos observations au Département de psychiatrie sur une période de 18 mois. De plus, ce chapitre détaille notre processus d'analyse des données, soit l'analyse thématique de Braun et Clarke (2006). Finalement, nous élaborons comment ces données ont été intégrées dans un scénario de court-métrage, afin de favoriser la dissémination des constats issues de cette étude.

Le cinquième chapitre, porte sur les résultats concernant le processus transitionnel de la relève infirmière en psychiatrie. Ce processus se résume en trois périodes distinctes et nous permet de comprendre l'expérience de l'infirmier ou l'infirmière novice lors de son intégration dans le milieu psychiatrique. Nous cherchons à situer le vécu de la relève infirmière pour mieux comprendre comment celle-ci appréhende les subtilités du milieu psychiatrique, mais également, le vécu émotif de cette relève à travers le processus de transition. Nos résultats s'intéressent aussi au recours à la contention mécanique selon la perspective de la relève infirmière afin d'illustrer l'importance de se penché sur l'expérience de transition de celle-ci.

Le sixième chapitre de la thèse présente le scénario intitulé « Division », en passant d'abord par le synopsis, suivi de la note d'intention et la description détaillée des personnages.

La discussion constitue le septième chapitre de cette thèse. Nous y abordons comment les résultats contribuent à la littérature portant sur la transition entre les études et le milieu du travail en soin psychiatrique selon la perspective de la relève infirmière. Nous nuancions également la pratique du recours à la contention mécanique, en partageant l'expérience de l'infirmière novice. Nous proposons les retombées escomptées en ce qui concerne la pratique, la formation et la recherche en sciences infirmières. Finalement, nous y détaillons les forces et les limites de cette étude.

Enfin, comme dernier chapitre, nous présentons la conclusion générale de cette thèse. Cette conclusion résume les résultats et les recommandations émanant de notre étude. Elle met en évidence l'importance de privilégier des méthodes de recherche qui facilitent la diffusion des connaissances. Elle propose également une réflexion quant au processus de transition vers la pratique professionnelle de la relève infirmière afin d'assurer la pérennité de cet effectif infirmier au Département de psychiatrie.

## CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE

### 1.1 Problématique

L'intégration de l'infirmière novice dans le milieu de travail est un moment important en ce qui concerne l'acquisition de connaissances et le recours au jugement clinique (Hazelton et al., 2011). Le jugement clinique est défini par Phaneuf (2008) comme étant: « [...] une idée, une opinion claire que l'infirmière se fait à la suite d'un processus d'observation, de réflexion et de raisonnement sur les données observées ; il est, en somme, la conclusion qu'elle en tire » (p.1). Cette prise de décision raisonnée est façonnée par l'observation du milieu d'intégration ainsi que des collègues (Hooper et al., 2016). Toutefois, un écart existe entre le portrait de la profession qui est enseigné lors de la formation infirmière et la réalité de la pratique infirmière en milieu psychiatrique. Cette variation entre la formation et la pratique complique le développement du jugement clinique de la relève infirmière (Cleary, Horsfall & Happell, 2009). Afin d'apporter les nuances nécessaires à la l'expérience des infirmières et infirmiers novices en psychiatrie, nous nous intéressons à la contention mécanique de leurs perspectives. Cette intervention, étant l'une des plus éprouvantes dans le contexte psychiatrique, permet d'appréhender le cheminement du personnel infirmier novice dans ce milieu lors de son parcours transitionnel.

La décision de recourir aux contentions mécaniques revient au personnel infirmier. Le jugement clinique infirmier repose sur des protocoles organisationnels et des codes de conduite. Toutefois, ces ressources sont peu adaptées aux situations imprévisibles auxquelles est confronté le corps infirmier. Le code de conduite de l'OIIO (2023) stipule que les infirmières et infirmiers doivent respecter la dignité des client.es, mais aussi prodiguer des soins sûrs et compétents. La contention mécanique, en immobilisant la personne, remédie à sa liberté et fragilise sa dignité (Lee et al., 2003). Le conflit de ces valeurs divergentes occasionne un dilemme moral chez le personnel

infirmier, et plus particulièrement sur la relève (Corneau et al., 2017). La littérature actuelle reflète des opinions divergentes sur la question du recours à la contention mécanique en psychiatrie. Certain.es auteur.es soutiennent que la contention mécanique devrait être abolie du soin et que le développement de méthodes alternatives est à privilégier (Birkeland & Gilberg, 2016; Bowers, 2014; Kodal et al., 2018; Mohr et al., 2003; Paterson & Duxbury, 2007). D'un autre côté, certain.es proposent plutôt que la contention mécanique est nécessaire et à même un potentiel thérapeutique (Carr, 2012; Johnson, 1998; Lee et al., 2003; Marangos-Frost & Wells, 2000; Moghadam et al., 2014; Vedana et al., 2018).

Il s'agit là d'un exemple de discordance qui habite la relève infirmière lors de sa transition des études vers la pratique professionnelle. La relève en soins infirmiers est ainsi souvent coincée dans un dilemme lourd à porter entre les valeurs humanistes des soins infirmiers et les interventions comme celle menant à la mise sous contention d'un.e patient.e. Cela génère de l'ambivalence chez les soignant.es novices ainsi qu'un sentiment d'inaptitude qui contribue au choc de transition lors de l'intégration dans le milieu de travail.

Cet état de fait illustre la problématique de la difficile transition d'élève à infirmier ou infirmière novice en milieu psychiatrique et l'épineux défi du recrutement d'une relève : comment réduire le choc de la transition vers la pratique infirmière professionnelle?

## **1.2 Objectifs**

Le but de cette thèse est de rendre compte de l'expérience vécue par la relève infirmière durant la transition de la formation académique vers la pratique professionnelle sur un département psychiatrique. L'exploration de ce vécu permettra d'observer les valeurs et pratiques qui lui sont proposées par l'équipe ainsi que par l'établissement hospitalier. Notre étude propose de lever le voile sur l'initiation à la pratique infirmière psychiatrique, tel que vécu par la relève infirmière.

Le premier objectif secondaire vise à élucider le processus transitionnel des infirmiers et infirmières novices en explorant leurs expériences du recours à une intervention souvent considérée comme « déshumanisante » par le public dans le contexte psychiatrique, notamment la contention mécanique. Mettre en lumière l'impact de cette intervention controversée sur la relève infirmière permet de réfléchir à l'accompagnement de cette relève alors qu'elle est en transition vers la pratique.

Le deuxième objectif secondaire de cette thèse est de créer un récit fictif pour mieux préparer la relève infirmière à la transition entre les études et la pratique professionnelle dans un contexte de psychiatrie. La scénarisation d'un dilemme infirmier face à la mise sous contention mécanique sensibilisera et accompagnera cette relève afin de diminuer les sentiments d'incertitudes, d'inaptitudes et de peur. Un écart existe entre les connaissances transmises lors de la formation et les pratiques qu'elle constate au Département de psychiatrie. Ce travail vise à mieux outiller les infirmières et infirmiers novices pour qu'elles ou ils puissent faire face à la réalité de la pratique infirmière en psychiatrie et ainsi atténuer le choc de transition. Mieux accompagner la relève infirmière assure également sa pérennité en milieu hospitalier.

### **1.3 Question de recherche**

Les questions de recherches guidant cette thèse sont les suivantes:

1 - Comment la relève infirmière expérience les ajustements entre la théorie et la pratique lors de l'entrée en fonction au Département de psychiatrie?

2 – Comment la relève infirmière vit-elle l'impact émotionnel et professionnel de l'acquisition des compétences inhérentes à la pratique infirmière en psychiatrie?

### **1.4 Position paradigmatique**

Notre recherche s'inscrit dans le paradigme du constructivisme, dont nous avons adopté les principes pour guider notre recherche. Le constructivisme correspond adéquatement aux objectifs de notre recherche, qui vise à faire part d'une expérience vécue. Guba (1990) a établi que ce paradigme considère l'entité chercheure et participante comme indissociables. Les résultats de la recherche émanent de cette interaction, une absence d'objectivité qui est d'ailleurs remise en question par d'autres paradigmes de recherches tel que le positivisme (Sylvain, 2008). Benner et Wrubel (1989) ont postulés que ce paradigme espère révéler l'expérience quotidienne du sujet d'intérêt. Dans le contexte de la recherche en sciences infirmières, cette attention portée au quotidien permet de mettre en lumière les pratiques communément adoptées dans le milieu de recherche. Notre recherche porte sur l'expérience vécue, et plus particulièrement sur la perspective de la relève infirmière au sein du département de psychiatrie. Ce positionnement paradigmatique s'harmonise avec nos valeurs en tant que chercheure et reflète également notre expérience en tant qu'infirmière novice et participante.

## CHAPITRE 2: RECENSION DES ÉCRITS

La nécessité d'explorer le vécu des infirmières et infirmiers novices en psychiatrie, ainsi que l'influence de la culture psychiatrique et comment elle affecte le jugement clinique de ces professionnel.les de la santé est validée par Hooper et al. (2016). Une paucité de la littérature est notable en ce qui a trait à l'intégration de nouvelles cohortes infirmières en milieu psychiatrique. Trente (30) articles ont été retenus dans le cadre de cette revue de la littérature afin d'établir l'état des lieux. Les articles ont été obtenus à partir de bases de données, y compris CINALH, PubMed et Google Scholar, et à partir d'une recherche bibliographique. Les mots-clés permettant de générer les articles initiaux étaient ; *infirmi\**, *santé mentale*, *psychiatrie*, *nurs\**, *mental health*, *psychiatry*, *new nurse*, *novice nurse*, *transition*, *mechanical restraint*, *contention mécanique*, *infirmière*, *coercion*, *judgement & decision-making*. Notre collecte d'articles s'est intéressée à deux thématiques principales, d'abord le vécu des infirmières et infirmiers novices en milieu psychiatrique et ensuite l'expérience du personnel infirmier lors du recours à la contention mécanique. Ces deux thèmes sont abordés dans les deux parties de cette revue de la littérature.

### 2.1 Le vécu des infirmières et des infirmiers novices œuvrant en milieu psychiatrique

Les auteur.es inclus dans cette section traitent de l'expérience de l'infirmière ou de l'infirmier novice en psychiatrie interne. Les études abordant la relève infirmière en soins de santé mentale sont rares en contexte canadien et plus présents dans la littérature australienne. Cleary (2007), Hazelton et al. (2011) ainsi que Horsfall & Happell (2009) sont souvent cités dans ces études en provenance de l'Australie. Sauf les études de Curtis (2007) et de Waddell et al. (2020), qui ont effectué des analyses quantitatives, les auteur.es ont en majorité privilégié un devis qualitatif. Michelle Cleary, infirmière de formation et professeure titulaire de l'université Central

Queensland (CQ) en Australie a largement contribué au corpus de la littérature sur la transition et l'accompagnement vers la pratique infirmière en psychiatrie. Les propos de Cleary et al. (2007; 2009), Curtis (2007), Hazelton et al. (2011), Mabala et al. (2019) ainsi que Waddell et al. (2020) se centralisent largement sur trois sous-thèmes qui résument le vécu d'infirmiers et d'infirmières novices en milieu psychiatrique. Ces thématiques sont 1) l'acculturation ou l'intégration dans le milieu, 2) le sentiment de compétence ou d'incompétence et finalement 3) l'environnement imprévisible et anxiogène de l'unité psychiatrique.

### ***2.1.1 L'intégration dans l'équipe de travail***

Le processus de transition professionnelle de l'infirmier ou de l'infirmière novice est bien abordé dans la littérature récente. Toutefois, il faut considérer que ce processus est différent lorsqu'il est vécu dans un milieu spécialisé tel que la psychiatrie interne. D'un point de vue général, Cleary et al. (2009) suggèrent que l'intégration des novices devrait être entamée dans le cadre d'un programme de transition structuré. Dans une même réflexion, Curtis (2007) avait proposé l'ajout d'ateliers de formations et de pratique en soins de santé mentale auprès des étudiant.es en sciences infirmières avant même l'obtention de leur diplôme. L'encadrement ainsi que l'intégration progressive dans la pratique sont essentiels, afin d'assurer la rétention des infirmières et infirmiers nouvellement engagé.es et de réduire le choc de la transition (Cleary et al., 2011; Khankeh et al., 2014). Un enjeu soulevé par plusieurs est l'absence de relève significative en soins de santé mentale interne (Curtis, 2007; Hazelton et al., 2011; Mabala et al., 2019). Dans le contexte australien, il est mentionné que le personnel infirmier qui pratique actuellement dans ce milieu est vieillissant et quittera la profession dans les années à venir (Hooper et al., 2016). L'Australienne Janette Curtis (2007), professeure en sciences infirmières, indique quant à elle que les institutions universitaires découragent les étudiant.es en sciences infirmières à poursuivre une carrière en santé

mentale. Les compétences plus techniques de la profession associées aux soins médicaux sont valorisées, alors que les habiletés dans le champ de la psychiatrie sont perçues comme vagues, inutiles ou inefficaces (Waddell et al., 2020). Ces préconceptions s'ajoutent au stigmate qui afflige le système psychiatrique depuis sa genèse et contribue également à la différence que ressent le corps infirmier à l'égard de son rôle professionnel dans ce contexte (Hooper et al., 2016). Hazelton et al. (2011) mentionnent à plusieurs reprises le concept de l'acculturation et de l'assimilation dans le cadre de leurs études. Bien que les programmes de transition tentent de faciliter l'adaptation en milieu de soins, il faut prendre en compte l'équipe de soins en place. L'importance des collègues détenant une expérience plus étoffée est soulignée par Hooper et al. (2016) dans le cadre de leur revue de la littérature sur l'expérience de la relève infirmière psychiatrique. Ces infirmières et infirmiers d'expérience peuvent soit rendre le milieu favorable, ou le rendre anxiogène (Cleary et al., 2011; Mabala et al., 2019). Le contexte actuel de la pénurie de main-d'œuvre infirmière, qui n'affecte pas que le milieu psychiatrique, mais la profession dans sa globalité, complique également la transition des nouvelles et nouveaux diplômé.es (Rhamani et al., 2021). En effet, alors que les opportunités d'apprentissages, d'encadrements et de questionnements auprès des collègues sénior.es étaient autrefois jugées essentielles pour faciliter la transition vers l'assimilation, elle se font maintenant rares dues au manque d'effectifs (Cleary et al., 2009).

### ***2.1.2 L'incertitude face aux connaissances et compétences***

Le bagage unique de compétences et d'habiletés que doit posséder la relève infirmière dans le contexte du soin psychiatrique diffère de celui indispensable en milieu de soins généraux. Cela constitue une source d'anxiété pour l'infirmière ou l'infirmier novice (Rhamani et al., 2021). Certaines études phénoménologiques et descriptives, dont celles de Khankeh et al. (2014) et Mabala et al. (2019) dans un contexte psychiatrique, suggèrent que les infirmières et infirmiers

novices ressentent une infériorité quant à leurs habiletés comparativement à leurs collègues seniors. Les contributions de Waddell et al. (2020) au sujet de l'identité du rôle des infirmiers et infirmières psychiatrique du Manitoba sont particulièrement importantes. Les auteur.es constatent que le corps infirmier psychiatrique a lui-même de la difficulté à articuler ce qui différencie sa pratique d'autres spécialités. Ce constat avait par ailleurs été soutenu par Karlowicz & Ternus (2008). Ceux-ci ont identifiés que l'obscurité du rôle de soignant psychiatrique et la difficulté de cerner son identité professionnelle, comme étant des barrières à la rétention et au recrutement. Les participant.es à l'étude de Karlowicz & Ternus (2008) ont dit se sentir comme des « distributrices de médicaments » alors qu'ils/elles s'attendaient plutôt à offrir du soutien et des interventions thérapeutiques holistiques. Khankeh et al. (2014) se sont aussi intéressés à l'exploration de la transition de l'infirmier ou l'infirmière novice en psychiatrie et comment cette cohorte vit le choc de la réalité. Ils proposent que le manque de temps pour dispenser des soins directs aux patient.es occasionne un stress chez les participant.es. Les participant.es disaient avoir l'impression de plutôt dédier leurs temps à des tâches administratives, comme la documentation ou la prise en charge d'ordonnances. Cleary et al. (2009) affirment que l'apprentissage doit se concrétiser au cours de la première année de pratique, afin d'assurer la pérennité dans la profession. L'absence d'attentes clairement définies concernant les aptitudes et compétences à développer en psychiatrie nuit significativement au processus de l'assimilation de l'infirmier ou l'infirmière novice au sein de cette spécialité.

### ***2.1.3 L'environnement imprévisible et la peur***

Khankeh et al. (2014) adoptent la phénoménologie descriptive afin d'explorer la peur ressentie par la cohorte d'infirmières et d'infirmiers débutant leur carrière en psychiatrie. Leurs propos sont validés par Rahmani et al. (2021) ainsi que Hooper (2016) qui incluent également le

sentiment d'emprisonnement, d'imprévisibilité et la nature violente de certaines interventions comme facteurs venant rendre le milieu psychiatrique défavorable à la transition professionnelle. L'environnement physique d'une unité psychiatrique varie, mais implique souvent une porte verrouillée, des chambres plus ou moins démunies de décoration et un arrangement circulaire, permettant au personnel infirmier l'observation des patient.es (Rahmani et al., 2021; Hooper et al., 2016). Foucault (1977) a lui-même proposé dans ses écrits que cette organisation circulaire de l'espace, de type panopticon, constitue un mécanisme de pouvoir subtil qui facilite l'observation. Holmes La création du milieu psychiatrique a aussi été longuement étudiée par Bowers (2014), qui suggère que les patient.es sont assujetti.es à un climat façonné par la structure rigide du système, qui est en constante interaction avec une multitude de facteurs légaux, sociaux et organisationnels. Cette structure est aussi abordée par Mabala et al. (2019) et Hazelton et al. (2011), qui soutiennent l'idée que l'environnement contribue à cette notion négative de la psychiatrie, non seulement chez les infirmières et infirmiers novices, mais aussi chez la population en général. Finalement, la peur des patient.es est mentionnée par plusieurs auteur.es. Waddell et al. (2020) qui étudient le stigmatisme associatif des soins de santé mentale, suggèrent qu'une préconception des personnes internés au département de psychiatrie comme étant violentes vient apeurer les infirmières et infirmiers nouvellement diplômés.es. La peur provoque l'abandon de la profession ou cause l'épuisement professionnel, deux considérations significativement élevées chez le personnel infirmier en psychiatrie.

## **2.2 L'expérience du personnel infirmier lors du recours à la contention mécanique**

La littérature scientifique abordant l'expérience du personnel infirmier en ce qui a trait à la contention mécanique adopte surtout un devis qualitatif (n=16), cependant, quatre études (n=4) ont procédé à une analyse quantitative de leurs données. Les groupes de recherches ayant adopté

une approche qualitative tendent vers un cadre d'analyse phénoménologique, qui cherchent à capturer l'expérience subjective d'un phénomène (Meyor, 2005). D'autres groupes de recherche, y compris les infirmières canadiennes Marangos-Frost & Wells (2000), ont préférés une approche ethnographique. Nous avons ensuite inclus des articles en provenance de différents milieux géographiques, tel que l'Australie, le Canada, l'Inde et les États-Unis ainsi que de diverses disciplines, telle que l'anthropologie, la sociologie, les arts, et les sciences infirmières. Cela a permis de varier les constats en vue d'offrir une perspective holistique du portrait que peint l'expérience infirmière façonnée par son environnement. Plusieurs études scientifiques concernant les méthodes coercitives ont démontré que les approches alternatives visant à gérer les comportements violents en psychiatrie hospitalière sont fréquemment indisponibles ou sous-utilisées (Gelkopf et al., 2009; Moghadam et al., 2014; Riahi et al., 2016; Sequeira & Halstead., 2004). Birkeland et Gildberg (2009), Corneau et al. (2017), Paterson et Duxbury (2007) et Johnson (1998) ont étudié les implications légales et éthiques de l'utilisation des contentions. Carr (2012), s'est intéressé à la perspective historique de la contention mécanique dans le système psychiatrique de la Grande-Bretagne. Finalement, d'un point de vue biologique, Mohr, Petti et Mohr (2003) ont documentés les répercussions néfastes de cette pratique. Ces articles font ressortir des éléments récurrents dans les propos des auteur.es, notamment, la dichotomisation des opinions sur la validité de l'intervention, la prise de décision clinique et le vécu émotif des infirmières et infirmiers (Marangos-Frost & Wells 2000; Riahi et al., 2016; Vedana, 2018).

### ***2.2.1 La polarisation des opinions sur la validité de l'intervention.***

Le positionnement des auteur.es concernant la validité de la contention comme intervention thérapeutique est divisé. Vedana et al. (2018), Bowers (2014) ainsi que Moghadam et al. (2014) considèrent l'utilisation de la contention mécanique nécessaire dans le contexte de soins

psychiatriques. La sécurité des patient.es et du personnel est fréquemment identifiée comme justifiant cette méthode coercitive. Carr (2012), Johnson (1998), Lee et al. (2003) et Marangos-Frost & Wells (2000) reconnaissent la négativité générale entourant l’usage de la contention tant pour les patient.es que le personnel, mais soulignent que cette pratique est nécessaire, vu l’absence de mesures alternatives pouvant contrôler les comportements à risques ou violents. Birkeland & Gildberg (2016), Bowers (2014) et Kodal et al. (2018) proposent quant à eux l’abolition, ou du moins, la réduction de cette pratique, qu’ils qualifient de barbare. Ces derniers auteur.es, sociologue, infirmier, infirmières et médecins, évaluent les conséquences négatives du recours à la contention sous des angles multidisciplinaires et suggèrent qu’on en éradique l’usage. Mohr et al. (2003), en provenance des États-Unis, présentent les risques des interventions physiques pour les patient.es qui sont soumis à la contention mécanique. Ils indiquent les atteintes psychologiques ou à l’intégrité de la peau ainsi que les risques d’asphyxie, d’aspiration et de thrombose. Les répercussions pour le personnel sont aussi importantes. Le personnel est fréquemment blessé durant la mise sous contention et peut même être traumatisé par le poids émotionnel de cette intervention (Corneau et al., 2017; Paterson & Duxbury, 2007).

### ***2.2.2 La prise de décision clinique***

La décision d’initier la contention repose largement sur le jugement clinique de l’infirmier ou l’infirmière responsable du patient.e. La prise de décision conduisant à mettre sous contention un individu est pauvrement illustrée dans la littérature. L’étude de Riahi et al (2016) explore les éléments qui influencent la décision infirmière et propose huit facteurs à prendre en considération, soit ; *safety for all, restraint as a necessary intervention, restraint as a last resort, role conflict, maintaining control, nurse’s knowledge, perception of the patient, staff composition and psychological impact*. Marangos-Frost & Wells (2000) suggèrent plutôt quatre conditions à

considérer - la perception de la situation, l'impossibilité d'utiliser des alternatives, le conflit vécu par le personnel infirmier et les éléments contextuels. Goethals (2011) illustre ce processus selon deux facteurs, soit 1) les facteurs infirmiers qui incluent la perception du risque, la tolérance et le niveau de confort, ainsi que 2) les facteurs contextuels qui incluent l'équipe de soin, la présence de la famille et l'environnement. Holzworth & Wills (1999) ainsi que Bowers (2014) s'intéressent à l'importance de l'acuité de l'unité et la géographie du milieu. Les chercheur.e.s sont unanimes dans le constat que cette prise de décision est subjective et multifactorielle et donc complexe (Corneau et al., 2017; Goethals et al., 2011; Riahi et al., 2016; Ye et al., 2019).

### ***2.2.3 Le vécu émotionnel des infirmiers et infirmières psychiatriques***

Les émotions suscitées chez le personnel infirmier lors de l'utilisation des contentions, sont habituellement négatives : l'anxiété, l'impuissance, la honte et la tristesse reviennent plusieurs fois dans les propos de Corneau et al. (2017), Gelkopf et al. (2009) et Sequiera & Halstead (2004). L'importance du soutien organisationnel face à la gestion des comportements dangereux est aussi important tant chez Lee et al. (2003), que Marangos-Frost et Wells (2000). Le conflit moral des valeurs professionnelles et personnelles est mentionné par plusieurs études (Gelkopf et al., 2009; Sequiera & Halstead, 2004; Seyer-Forget et al., 2022). Certain.es auteur.es soulèvent aussi l'influence possible de la culture psychiatrique, ou plutôt celle des valeurs organisationnelles qui sont elles-mêmes façonnées par les normes sociales et la législature qui régissent les organisations médicales ou hospitalières (Bowers, 2014; Johnson, 1998; Seyer-Forget et al., 2022). Cependant, l'interaction de la culture psychiatrique avec le processus décisionnel infirmier n'est pas abordée de la perspective de la relève infirmière dans la littérature.

## **Conclusion**

Somme toute, l'état des connaissances sur le vécu de la relève infirmière en milieu psychiatrique révèle plusieurs facteurs qui rendent compte de leur expérience, mais le sujet doit être exploré davantage. Une lacune importante de la littérature scientifique actuelle est l'étude du vécu de l'infirmier ou l'infirmière novice en contexte psychiatrique. Il est aussi intéressant de se pencher sur la manière dont cet environnement vient modeler ou non le jugement clinique de la relève. À cet égard, l'analyse du recours à la contention mécanique et la prise de décision qui la précède selon la perspective de la relève infirmière peut servir de mesure pour évaluer le processus d'action ou de pression du milieu sur la pratique. Les chercheur.es d'Australie et d'Iran font exception et semblent être plus nombreux à avoir étudié le sujet de la transition d'infirmières ou d'infirmiers nouvellement diplômé.es en soins de santé mentale. L'exploration du terrain canadien offre une piste intéressante pour de futures recherches concernant le processus de transition vers la pratique infirmière. Nombreux sont les auteur.es qui mettent l'emphase sur le besoin de modifier la formation infirmière afin de promouvoir l'intérêt pour la spécialité psychiatrique (Cleary et al., 2009 ; Curtis, 2007 ; Hooper et al., 2016 ; Karlowicz et al., 2008). Finalement, le recours à la phénoménologie, qui permet d'illustrer le vécu du personnel infirmier, a généré des résultats intéressants. Cependant, l'emprunt de méthodologies novatrices, tel que l'ethnographie narrative et la recherche-création, permettra assurément de varier les constats.

### **CHAPITRE 3: « DONNER VOIX » : LA NARRATOLOGIE COMME CADRE THÉORIQUE**

Avancée comme méthode de recherche scientifique par Clandinin et Connelly (2000), la narratologie est fondamentalement inspirée par le pragmatisme de Dewey et d'abord théorisée par Bal (2016). Plutôt utilisée dans les recherches en sciences humaines, cette lentille d'analyse gagne en intérêt dans les sciences de la santé, principalement sous la forme de la médecine narrative (Dzierzynski et al., 2018). L'étude du vécu et l'analyse scientifique par le récit subjectif des participant.es ont été conceptualisées afin de produire des constats tirés de l'expérience humaine (Adama, Sundin & Bayes, 2016). Notre étude, rappelons-le, s'intéresse au vécu de la relève infirmière qui entame sa pratique sur un département de psychiatrie. Cette perspective peut alors être explorée par l'entremise du récit afin de mettre en exergue les réalités d'adaptation professionnelle lors de l'entrée en pratique de la relève infirmière.

La perspective individuelle, lorsqu'elle est recueillie avec la rigueur méthodologique propre à la démarche ethnographique, constitue le noyau de la narration envisagée. Le postulat qui sous-tend ce cadre théorique tient l'éducation et l'expérience comme étant intrinsèquement reliées. Cela s'agence aux objectifs de notre étude, qui s'intéresse à ce lien entre la théorie acquise lors de la formation infirmière et l'expérience vécue lors de la transition vers la pratique. Selon ce cadre théorique, les données recueillies sont essentiellement un média amplifiant l'expérience des personnes étudiées. Ces données sont alors analysées en trois dimensions; l'interaction, la continuité et la situation (Wang & Geale, 2015). La première dimension, celle de l'interaction, est segmentée en composantes personnelles et sociales. Ces composantes, y compris l'émotion, la réaction et la moralité humaine, sont jumelées aux facteurs socioculturels afin de définir le processus interactionnel qui marque la réalité d'un vécu. La deuxième dimension, celle de la

continuité, propose une analyse temporelle qui organise le récit en passé, présent et avenir. Une revue introspective des souvenirs, des actions et des histoires du passé participe à l'ébauche du schéma narratif pour ensuite le positionner dans l'actualité, et par la suite, dans l'avenir (Dolan, Nowell & McCaffrey, 2022). La projection de l'expérience dans le futur permet la formulation d'hypothèses tant sur son incidence que sur son interprétation. Finalement, la dernière dimension d'analyse, la situation, s'intéresse à l'environnement physique et ses influences sur la perspective unique de la personne. L'humain se retrouve sur un chemin convergent entre son environnement et son bagage personnel, qui façonne la lentille par laquelle il conceptualise son existence. L'appropriation de cette perspective et son intégration dans la recherche permettent la genèse de constats uniques (Joyce, 2015).

Les critiques de la théorie narratologique interrogent une épistémologie qu'on dit trop fondée sur la subjectivité qui ne peut être standardisée ou cadrée dans l'absoluité encore souvent prônée par la recherche scientifique. Cependant, il est possible que l'exploration de la subjectivité inhérente à l'expérience de la relève infirmier puisse rapprocher la formation théorique de la praxis. L'exploration de l'expérience humaine comme concept fluide et interdépendant est pertinente pour l'analyse multidimensionnelle de phénomènes évolutifs comme la pratique infirmière (Ntebutse & Croyere, 2016).

## **CHAPITRE 4 : MÉTHODOLOGIE ET DÉMARCHE ANALYTIQUE**

Cette thèse a comme objectif d'explorer le vécu de la relève infirmière au moment de son intégration et comment cette transition professionnelle s'effectue dans le milieu psychiatrique.

Deux approches méthodologiques sont empruntées guide notre démarche : l'ethnographie narrative et la recherche-crédation. Nous utilisons l'ethnographie narrative comme méthodologie pour effectuer la collecte de données de cette étude. La recherche-crédation est ensuite employée pour diffuser les résultats qui en émergent.

### **4.1 Considérations éthiques**

Cette recherche a respecté les principes éthiques de l'Université d'Ottawa. Nous avons obtenu l'approbation éthique du comité de recherche de l'Hôpital Montfort (23-24-10-024) ainsi que du comité de recherche de l'Université d'Ottawa (H-11-23-9888). Ces deux certificats figurent dans l'Annexe 1.

### **4.2 Démarche analytique**

La démarche analytique de cette étude se divise en deux temps. Dans une première étape d'analyse, notre objectif est d'identifier des thèmes à partir des observations documentées dans notre carnet de recherche. Nous avons opté d'emprunter la méthode de l'analyse thématique de Braun et Clarke (2006). Nous avons également consulté les écrits de Saldaña (2016) qui offrent des informations particulièrement utiles pour les chercheurs et chercheuses qui s'engagent dans une démarche qualitative. L'analyse thématique permet d'appréhender l'expérience vécue sous tous ses angles et de poser un regard critique sur celle-ci. L'objectif de cette première étape est de ressortir des thèmes généraux qui résument les récits rapportés dans le carnet de recherche.

Dans une deuxième étape, à partir des résultats de l'analyse thématique, nous avons rédigés un scénario de court-métrage. Afin d'entreprendre le processus de rédaction, les thèmes ressortis du carnet de recherche ont été traités de manière à développer le volet création de ce projet de recherche-crédation. Notre scénario sert en tant que média afin d'amplifier les résultats de notre analyse. L'écriture scénaristique est ici représentative d'un texte ayant comme objectif la production cinématographique (Taranger, 1999). Comme le soutient McNiff (1998), le recours à l'art, sous ses multiples formes (ici par l'écriture d'un scénario), permet la synthétisation des données dans une perspective qui aurait pu être ignorée par d'autres approches plus traditionnelles (Cooper & Lilyea, 2022). La recherche-crédation dans le cadre de notre étude permet de diffuser autrement une représentation réaliste de l'expérience de la relève infirmière en psychiatrie.

#### **4.3 L'ethnographie narrative et le carnet de recherche**

L'amalgame de l'interaction sociale, la culture et l'interprétation du vécu se trouve au centre du champ d'intérêt de l'ethnographie. L'ethnographie narrative propose Les origines sociologiques et anthropologiques de cette approche méthodologique s'agencent parfaitement à l'étude du récit. Dans le cadre de cette thèse, le milieu qu'est le Département de psychiatrie est d'intérêt. Cet environnement unique adopte une culture et une politique qui lui est propre. Gralnick (1988) avait décrit ce phénomène de culture psychiatrique comme étant l'interaction et l'immersion des patient.es et du personnel dans le milieu. Nous contribuons au récit de l'expérience de l'infirmière ou de l'infirmier novice dans ce contexte.

L'ethnographie rends possible une réflexivité et une interprétation d'un phénomène qui est propre à l'étudiante chercheuse. C'est dans cette perspective unique que se loge le potentiel de générer des constats absents des études plus traditionnelles. L'étudiante chercheuse a un accès privilégié au milieu d'étude, il lui est alors possible d'y mener une démarche d'observation

organisée, méthodique et non-exempte d'une subjectivité qu'encourage l'ethnographie. À travers la perspective d'une infirmière novice, il est possible d'appréhender les nuances du milieu de recherche afin de guider le lectorat à travers cette expérience. Étant donné qu'il s'agit d'une expérience individuelle, cette recherche vise à dévoiler certains aspects de ce vécu dans l'objectif d'initier un dialogue sur la problématique.

#### ***4.3.1 Collecte de données : le carnet de recherche, un outil méthodologique de réflexion***

L'ethnographie narrative se caractérise par l'exigence de raconter l'histoire des observations faites. Dans ce contexte, le carnet de recherche est un outil de collecte de données qui permet de retracer facilement ce narratif et d'en ressortir des passages ou thématiques clés. Originellement réservé à l'usage des études anthropologiques, le journal de bord a d'abord été élaboré par Schatzmann et Strauss (1973), sous la forme de notes de terrain (*field notes*). Ces auteurs suggéraient que l'exercice du carnet favoriserait la créativité ainsi que la mémorisation des événements. Florence Weber est une anthropologue ayant eu recours à l'ethnographie et au journal de bord dans le cadre de sa thèse doctorale. Elle soutient dans son entrevue avec Noiriel (1990) que cet outil contribue à la validité de l'ethnographie comme méthode scientifique. Le terme du journal de terrain se distingue du journal de bord selon Vanlint (2021), qui propose que le journal de terrain contienne les notes d'observations et le journal de bord décrit plutôt les démarches méthodologiques et théoriques du processus de recherche. Ces deux entités ont toutefois leurs places dans ce processus de la recherche ethnographique. Nous avons choisi de regrouper ces deux entités en un tout, soit le carnet de recherche.

Les observations documentées traduisent les émotions vécues, les comportements observés ainsi que les questionnements soulevés dans le cadre de notre pratique en tant qu'infirmière novice sur un Département de psychiatrie interne. La réflexion personnelle traitant d'événements réels de

notre expérience sera extériorisée sous forme d'entrées de rédaction dans le carnet de recherche. Ces entrées n'ont pas été structurées afin de préserver l'authenticité et la spontanéité de la réflexion. Une approche qui est d'ailleurs prônée dans les travaux de Vanlint (2021). Le contenu de ces entrées repose sur nos observations du milieu ainsi que nos interactions avec l'environnement. La relecture de ces tranches de vie propose d'accéder à une intimité du phénomène qui ne peut qu'être élaborée par la personne l'ayant vécue. Le carnet de recherche permet aussi de suivre l'évolution de la pensée de la relève infirmière alors qu'elle est en période de transition.

Une particularité du carnet de recherche est qu'il ne requiert pas le recours à l'écriture scientifique. Il favorise la spontanéité et l'individualité qui accompagnent l'émotion et le ressenti d'un humain. Le dialogue, l'interprétation personnelle ainsi que les opinions enrichissent les données recueillies. Il importe de mentionner l'influence des professeurs français en sciences de la gestion, Valéau et Gardody (2016). Ils soulignent l'importance de partager le journal de bord pour valider la recherche ethnographique qualitative. La transparence et la communication concernant son contenu font voyager le lectorat à travers le processus empirique entrepris. L'écriture du carnet de recherche, l'outil méthodologique de cette étude, s'est amorcé en octobre 2022 et s'est terminé en février 2024. Nos observations sont issues de notre milieu de pratique en tant qu'infirmière novice sur un Département de psychiatrie. Les entrées au carnet de recherche illustrent expose la réalité dans laquelle nous pratiquons au quotidien en tant que novice.

#### ***4.3.2 Analyse thématique selon l'approche de Braun et Clarke (2006)***

La méthode de Braun et Clark (2006) a été choisie afin d'entreprendre l'analyse thématique des observations contenues dans le carnet de recherche. Cette méthode comprend six (6) phases, décrites dans le tableau #1: Phases de l'analyse thématique selon Braun et Clarke (2006). Nous avons adopté une approche inductive, c'est-à-dire que les codes proviennent directement du

contenu des entrées plutôt que d’avoir été prédéfinis. Cette méthode d’analyse thématique inductive s’adapte bien à l’objectif de l’étude qui, rappelons-le, propose de rendre compte de l’expérience vécue de la relève infirmière alors qu’elle débute sa carrière sur un département de psychiatrie.

**Tableau #1**

*Phases de l’analyse thématique selon Braun et Clarke (2006)*

<b>Phase</b>	<b>Description</b>
<b>Familiarisation des données</b>	Transcription (si nécessaire), lecture et relecture des données Prise de notes initiales
<b>Génération des codes</b>	Codage des données de manière méthodologique à travers l’ensemble du matériel Compilation des données pertinent à chaque code
<b>Recherche des thèmes</b>	Compilation des données afin de trouver des thèmes Regroupement des données dans chaque thématique
<b>Révision des thèmes</b>	Retour vers les données et les codes afin de valider les thèmes Création de la carte thématique
<b>Définition des thèmes</b>	Production d’une définition et d’un nom pour chaque thème Spécification des thèmes
<b>Écriture des résultats</b>	Compilation d’extraits se rapportant aux thèmes Production d’une section des résultats se rapportant à la question de recherche

(Traduction libre de Braun & Clarke, 2006, p.87)

### **Phase 1 - Familiarisation des données**

La familiarisation des données correspond à la lecture, ainsi qu’à la transcription du matériel de recherche. Il s’agit d’un premier contact avec les données ayant comme objectif de saisir les propos saillants du matériel. Nous avons lu les entrées du carnet de recherche sans y ajouter de notes ou d’impressions préliminaires. Lors de la seconde lecture, nous avons surligné les passages traitant du sujet de recherche. Nous avons porté un intérêt particulier aux entrées traitant de l’expérience de transition du point de vue de la relève infirmière ou de la contention

mécanique. Une troisième et dernière lecture complète du carnet de recherche a assuré l'inclusion des éléments pertinents en lien avec ces thèmes et qui auraient pu nous échapper.

### **Phase 2 - Génération des codes**

Le processus de codification vise à identifier des caractéristiques spécifiques au sein des données jugées pertinentes en les liant aux objectifs de la recherche (Braun & Clark, 2006). Après avoir lu le matériel à plusieurs reprises, celui-ci a été découpé en unités de sens ou codes. Ces codes captent l'essence de ce qui est raconté dans le matériel. Les passages surlignés lors de la première étape de l'analyse ont été transcrits dans un fichier Excel. L'objectif étant d'en extraire des mots-clés qui deviendraient les codes initiaux. À cette étape, les codes étaient inductifs et fluides sans être catégorisés. Cela a garanti la rigueur de l'analyse.

### **Phase 3 - Recherche des thèmes**

La troisième étape, qui consiste en la recherche de thèmes, transforme les codes identifiés lors de la phase précédente en thèmes structurés. Selon Braun et Clarke (2006), un thème représente, de manière structurée, un élément important des données qui a une étendue plus vaste qu'un code. Il s'agit d'une synthèse des codes élaborés lors des étapes antérieures. Les codes traitant d'un même sujet ont été regroupés et distingués par des couleurs. Trente-deux (32) mots-clés ont été identifiés comme des thèmes préliminaires à cette étape de l'analyse. Ceux-ci figurent à l'annexe 2.

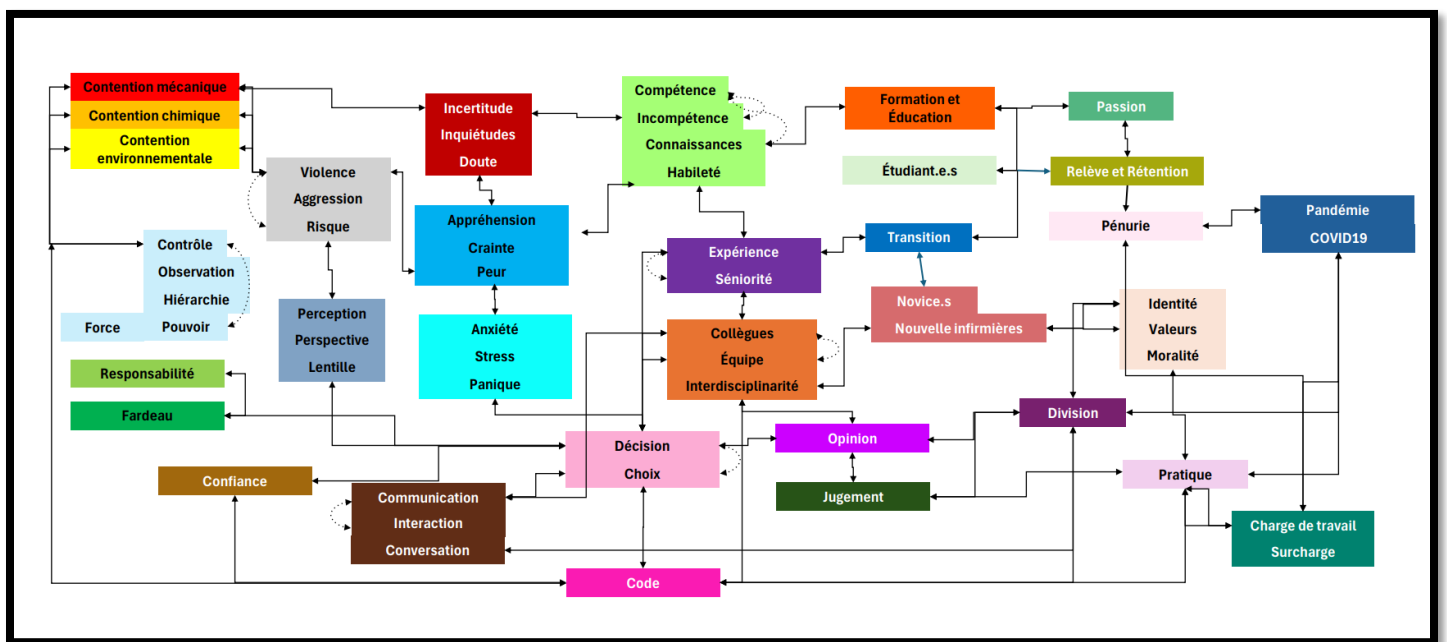
### **Phase 4 - Révision des thèmes**

La phase de révision des thèmes assure la rigueur, la pertinence et la cohérence des sujets abordés. Elle engage un retour sur les deux phases précédentes pour examiner ce qui a été retenu et ce qui aurait pu être oublié. Lors de cette étape, certains thèmes ont été fusionnés en raison de

leur similarité conceptuelle, tandis que la pertinence des thèmes peu fréquents a été évaluée afin d'écarter ceux ne contribuant pas à l'objectif de l'étude. De plus, des thèmes qui semblaient appropriés lors de l'encodage initial pouvaient être éliminés ultérieurement. Ceux-ci ont été considérés comme « marginaux » ou « redondants » après un examen approfondi du corpus de données.

Notre première carte thématique a été élaborée à cette étape pour permettre le processus de la révision des thèmes. Cette carte thématique figure ci-dessous :

**Figure #1 – Carte thématique**



Les trente-deux (32) thèmes initiaux ont été organisés de manière semi-structurée dans cette carte thématique. Les flèches représentent les liens entre les sous-thèmes, ce qui met en évidence les relations entre certains éléments du carnet de recherche. Les traits pointillés indiquent l'existence d'un lien particulièrement significatif entre les sous-thèmes d'un même groupe (par exemple, « violence » et « risque » dans l'encadré gris). Les sous-thèmes ayant davantage de

liens abordent un aspect significatif de l'objet de recherche et sont devenus les thèmes issus de cette étude. Les cinq thèmes retenus sont représentés dans le tableau ci-dessous :

**Tableau #2**

*Thèmes de l'analyse*

	<b>THÈME 1</b> <i>Impact de l'équipe, des collègues et de l'expérience</i>	<b>THÈME 2</b> <i>Acquisition et consolidation des connaissances, compétences et des habiletés</i>	<b>THÈME 3</b> <i>Marqueurs de transitions de l'infirmière novices</i>	<b>THÈME 4</b> <i>Responsabilité, conflit et pouvoir de la contention mécanique</i>	<b>THÈME 5</b> <i>Positionnement de l'infirmière novice lors du recours à la contention mécanique</i>
<b>Mots-clés</b>	Opinion Collègues Équipe Interdisciplinarité Novices Nouvelles Infirmières Expérience Séniorité Transition Étudiantes Formation Éducation Division	Formation Éducation Compétence Incompétence Habiletés Connaissances Décisions Choix Relève Pénurie Rétention Nouvelles infirmières Novices Passion Identité Valeurs Moralité Pratique	Novices Nouvelles infirmières Expérience Séniorité Transition Division Opinion Compétence Incompétence Habiletés Connaissances Identité Valeurs Moralité Pratique Incertitude Inquiétudes Doute Appréhension	Contention mécanique Contention environnementale Contention chimique Violence Agression Risque Perception Perspective Lentille Contrôle Observation Pouvoir Force Hiérarchie Responsabilité Fardeau	Incertitude Inquiétudes Doute Appréhension Crainte Peur Anxiété Stress Panique Communication Interaction Conversation Décisions Choix
<b>Thèmes Généraux</b>	<b>Le « formatage » de la relève infirmière en psychiatrie</b>			<b>Le positionnement de la relève infirmière lors du recours à la contention mécanique.</b>	

### Phase 5 - Définition des thèmes

La cinquième étape d'analyse de la méthode de Braun & Clarke repose sur la définition des thèmes. Les cinq thèmes ont été précisés en deux thématiques générales (Tableau #2: Thèmes de l'analyse). Ces thèmes résument deux aspects clés identifiés dans notre carnet de recherche, soit, le « formatage » de relève infirmière ainsi que le positionnement de la relève infirmière lors

du recours à la contention mécanique. Après avoir nommé ces thèmes, nous les avons définis en profondeur. Le tableau ci-dessous illustre cette étape finale (Tableau #3 - Définition des thèmes).

**Tableau #3**  
*Définition des thèmes*

THÈMES SOUS-THÈMES		DÉFINITION
<b>Thématique générale 1: Le formatage de la relève infirmière en psychiatrie</b>		Se réfère au processus durant lequel l'infirmier ou l'infirmière nouvellement diplômé.e acquiert une base de connaissances et une confiance en soi lui permettant de cheminer dans sa pratique professionnelle. Il s'agit d'une expérience individuelle, unique et en évolution perpétuelle.
<i>Sous-thème 1:</i>	Impact de l'équipe, des collègues et de l'expérience a. Période de mimétisme de l'infirmière ou l'infirmier novice b. Acquisition de l'expérience et maturation de l'infirmière ou l'infirmier novice	Impact de l'équipe, des collègues et de l'expérience sur la tendance de l'infirmière ou l'infirmier novice à adopter certaines pratiques ou à prendre certaines décisions.
<i>Sous-thème 2:</i>	Consolidation des connaissances, compétences et des habiletés	L'intégration des connaissances et compétences théorique ainsi que des pratiques observés chez les collègues, qui augmente l'habileté de l'infirmière ou de l'infirmier novice.
<i>Sous-thème 3:</i>	Autoréflexion et changement de perspective	Événements marquants dans la carrière de la relève infirmière indiquant une évolution dans la pratique professionnelle.
<b>Thématique générale 2: Le positionnement de la relève infirmière lors du recours à la contention mécanique.</b>		Se réfère à l'expérience de l'infirmier ou de l'infirmière novice lors du recours à l'utilisation de la contention mécanique. Elle comprend une expérience émotionnelle, décisionnelle et socioculturelle.
<i>Sous-thème 1:</i>	Responsabilité, conflit et pouvoir de la contention mécanique a. Dynamique de pouvoir et conflits	La contention mécanique implique une dynamique de pouvoir débalancée entre l'infirmier ou l'infirmière et la personne recevant le soin. Cette notion de pouvoir souligne un degré de responsabilité que le personnel infirmier doit assumer.

	b. Responsabilité et implications de la contention mécanique comme intervention infirmière	
<i>Sous-thème 2:</i>	Expérience affective de l'infirmière ou l'infirmier novice lors du recours à la contention mécanique	Les émotions éprouvées par la relève infirmières lors du recours à la contention mécanique.

L'analyse thématique du carnet de recherche fait part de l'expérience d'une infirmière novice sur un Département de psychiatrie. Une expérience qui, dans la perspective ethnographique adoptée, se veut heuristique et éclairante du vécu de la relève infirmière lors de sa transition vers la pratique. Afin de disséminer les connaissances acquises lors de cette analyse, notre étude a recours à la recherche-crédation. Dans les prochaines sections, nous allons élaborer le processus d'écriture d'un scénario de court métrage en nous appuyant sur les thèmes qui ont émergé de notre étude.

#### **4.4 La recherche-crédation et le scénario d'un court métrage**

Cette thèse s'inscrit dans un processus de recherche-crédation dont le volet création consiste en la rédaction d'un scénario de court métrage. Cette stratégie de présentation des résultats qui est étroitement liée à une méthode narrative déjà présentée, est empruntée aux disciplines dramaturgiques et cinématographiques. Nous l'avons adoptée pour sa proximité avec la méthode de l'ethnographie narrative et par les possibilités de diffusion de résultats qu'elle permet. La démarche créative assouplit en outre la rigidité des normes de présentation des résultats scientifiques (Gosselin & LeCoguic, 2006). Cette approche se vaut plus représentative de la spontanéité et de l'individualité de l'expérience étudiée : celle d'une infirmière novice en contexte de soins psychiatriques.

Louis-Claude Paquin, professeur titulaire de l'École des médias de l'UQAM, explique avec expertise la méthodologie de la recherche-crédation telle que nous l'envisageons dans cette thèse. Le contraste entre la rigidité et la structure du processus scientifique jumelé à l'individualité de la création artistique génère, selon lui, des constats propres à cette méthode. Ses origines sont associées aux travaux du philosophe Allemand Martin Heidegger ayant contribué largement à l'étude des œuvres d'art et de leur interprétation. Selon Heidegger, la vérité est dévoilée à la suite des représentations tirées de la culture, de l'expérience sociale et du vécu (Paquin, 2017). Dans notre démarche d'écriture cinématographique, il y a un mariage entre la théorie et la pratique afin que l'œuvre produite résulte d'une démarche scientifique bien élaborée. Les observations inscrites dans le carnet de recherche, tout comme les entretiens sont des outils fréquemment sollicités dans le cadre de la recherche-crédation particulièrement lorsqu'elle est approchée d'une méthode ethnographique. Jean Lancry (2006) décrit poétiquement cette engagement de la chercheuse dans le processus de recherche: « Alors qu'un chercheur en science se retire du champ qu'il étudie (parce qu'il vise à introduire une distance critique entre lui-même et ce champ), le chercheur en arts, quant à lui, pénètre délibérément dans ce champ; il s'aventure avec témérité dans ce qu'il est convenu d'appeler le champ de l'épistémè. » (p.14)

L'écriture d'un scénario de court métrage s'inscrit dans le cadre du projet plus vaste, Scénarisation de récits individuels de parcours psychiatriques transinstitutionnels (SCRIPPT), dirigé par Marie-Claude Thifault et subventionné par le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH). Ce projet avait l'ambition d'établir une représentation authentique du système psychiatrique sur plus de cent ans et à mettre fin à la perpétuation des stéréotypes stigmatisant concernant les troubles de santé mentale graves sur les écrans. L'équipe interdisciplinaire réunissait des chercheur.es, et des étudiantes, des disciplines de l'histoire, des

sciences infirmières et des spécialistes en études cinématographiques et en scénarisation. Deux étudiantes-infirmières à la maîtrise, nous-mêmes incluses, faisaient aussi partie du projet afin de contribuer à une perspective infirmière actuelle. Ce projet de recherche-crédation basé sur l'apprentissage de l'écriture scénaristique et ses particularités, nous a permis de participer à des ateliers d'écriture animé par Emily Landry-Lajoie, candidate au doctorat en études cinématographiques. Ces ateliers mensuels débutés en septembre 2022 sur deux années complètes ont permis de produire une série de huit scénarios de courts métrages portant sur la déstigmatisation du soin psychiatrique et des troubles de santé mentale graves sur une période de cent ans.

Comme l'explique la chercheuse-crédatrice Isabelle Raynauld dans son ouvrage *Lire et écrire un scénario* (2019), le scénario présente une histoire en ayant comme objectif ultime la production cinématographique. L'attention aux détails présentée à l'écran, notamment l'ambiance sonore, le plan de la caméra ainsi que les émotions, sont particulièrement importants dans la rédaction scénaristique. L'auteure du scénario doit accompagner le lectorat dans son univers et faciliter la compréhension du cheminement de sa réflexion afin de permettre une réalisation exacte de sa vision. Les données recueillies dans le carnet de recherche constituent la matière première d'où l'on tire cette production artistique. Celle-ci constitue une contribution unique aux connaissances actuelles pour présenter de façon novatrice l'expérience vécue par la relève infirmière en milieu psychiatrique.

#### ***4.4.1 Processus d'écriture***

Les ateliers d'initiation à l'écriture scénaristiques nous ont permis d'approfondir notre compréhension des éléments clés du processus de rédaction scénaristique, tel que la construction narrative, le développement des personnages, la rédaction de dialogues authentiques et la mise en

scène. Au cours de ces sessions, nous avons également eu l'opportunité de participer à des exercices visant à stimuler notre créativité et à affiner notre écriture. Ces séances de travail ont joué un rôle crucial dans l'évolution de notre scénario. L'aspect collaboratif des ateliers a également contribué au développement d'une réflexion collective à l'égard de la représentation cinématographique des troubles de santé mentale graves.

Le tableau ci-dessous présente les étapes du processus de rédaction des scénarios de court métrage.

<b>Tableau #4</b>	
<i>Phases du processus d'écriture du scénario de court-métrage (Équipe SCRIPPT)</i>	
<b>Phase</b>	<b>Description</b>
<b>Pré-écriture: le remue-méninge</b>	Cette étape préliminaire vise à consigner les idées sur le papier, sans censure ni structure. Des mots-clés sont identifiés afin de guider l'arc narratif. Cette réflexion a également requis un retour aux sources. C'est au cours de cette phase que nous avons développé l'univers de notre scénario et que nous lui avons conféré son identité.
<b>Le scène à scène</b>	Les éléments soulevés dans le remue-méninge sont repris lors de l'étape de l'écriture non dialoguée du scénario, soit le scène à scène. Ce premier jet a pour objectif d'établir la séquence des événements sans l'inclusion des conversations ayant lieu entre les personnages. Le scène à scène structure le scénario de manière cohérente et requiert la priorisation des scènes qui sont essentielles à la structure narrative (Raynaud, 2019). C'est à ce stade que le récit prend forme et acquiert sa substance sans se cacher derrière les dialogues.
<b>Première version du scénario</b>	La première version écrite du scénario inclue les didascalies au dialogue (Raynaud, 2019). L'ajout des dialogues permet de contextualiser le scénario et donne vie aux personnages qui habitent son univers. À cette étape, la structure narrative est plus solide, mais continue d'évoluer. La collaboration qu'a permise le groupe SCRIPPT s'est avérée cruciale lors de cette étape d'écriture. Les discussions entre les pairs ont favorisé le partage de perspective qui diffère de celle de l'auteur du scénario. Cela a enrichi l'écriture du scénario.

<b>Deuxième version du scénario (version finale)</b>	L'écriture de la deuxième version a menée à la révision de nos réflexions, d'effectuer un retour vers le scène à scène, et, bien entendu, de revoir l'inclusion des sources. Cela fait en sorte que le scénario fictif est basé sur des données véridiques puisées dans notre carnet de recherche.
--	--

Ce tableau résume la démarche d'écriture entreprise par les membres du groupe SCRIPPT. Ce processus structuré a mené à la création d'une série de scénarios dont *Division* qui sera présenté dans le chapitre des résultats de cette thèse.

#### **4.4.2 Représentation des données dans l'œuvre**

Durant le processus de création, nous avons dû trouver un équilibre délicat entre la représentation des données dans l'œuvre et l'élaboration d'une structure narrative captivante pour le support cinématographique. Cette approche diffère du processus d'écriture conventionnel adopté par les scénaristes. Dans des circonstances ordinaires, le ou la scénariste a comme mandat de produire une œuvre susceptible de captiver l'attention du public visé qui traduit sa vision d'artiste. Dans un contexte de recherche-crédation, la représentation d'une réalité documentée et vécue impose de la vigilance tout au long du processus rédactionnel. Cela étant dit, les observations documentées dans notre carnet de recherche enrichissent le développement de notre univers scénaristique en y incorporant des subtilités qui ne peuvent être saisies que par l'expérience vécue. L'accès aux sources qui racontent le milieu a contribué à l'élaboration d'un cadre narratif plus authentique et, ainsi, l'accès à une perspective plus rarement documentée.

#### **Conclusion**

Pour conclure, notre étude allie l'art et la science afin de documenter l'expérience de la relève infirmière et de créer une œuvre qui éveille les consciences sur la perspective de ces professionnel.les dans le domaine de la psychiatrie. Nous avons effectué une analyse thématique approfondie, empruntée à Braun et Clarke (2006), qui a mis en évidence des thèmes clés révélant

les thématiques incontournables sur lesquelles construire le scénario dialogué d'un court métrage. Dans le chapitre suivant, nous allons présenter les résultats issus de cette démarche méthodologique.

## CHAPITRE 5 : RÉSULTATS

La collecte de données a été effectuée sur un Département de psychiatrie aiguë en milieu hospitalier où sont admis des individus qui peuvent présenter un risque de danger pour eux-mêmes ou autrui en raison de la décompensation de leur état psychologique. La relève infirmière y fournit des soins en naviguant dans un parcours transitionnel durant lequel elle acquiert les compétences et connaissances essentielles à l'exercice de leur fonction dans ce domaine. L'atmosphère diffère largement des autres unités de soin, ce qui justifie le besoin d'explorer leur vécu dans ce contexte. Notre carnet de recherche a servi à documenter l'observation de cet environnement du 3 octobre 2022 au 5 février 2024. Les entrées dans le carnet de recherche permettent d'explorer notre perspective et vécue en tant qu'infirmière novice en psychiatrie hospitalière.

La première partie de ce chapitre rend compte de cette expérience. L'analyse des données est présentée sous trois périodes qui caractérisent le processus de transition vers la pratique infirmière en psychiatrie : la période de mimétisme, de consolidation des acquis et finalement, la phase intégrative. La deuxième partie présente le volet création de cette thèse. Les étapes menant à la création du scénario dialoguée du court métrage (12 minutes) *Division* sont présentées avant de conclure.

### 5.1 Début du parcours: la période de mimétisme

Joseph et al. (2022) proposent que l'infirmière ou l'infirmier soit considéré.e comme novice pendant les trois premières années de sa pratique. À l'instar de Joseph et al. (2022), nous considérons qu'un infirmier ou une infirmière novice se réfère à une infirmier.ère ayant gradué.e il y a moins de trois ans. C'est pendant ses premières années que plusieurs changements ont lieu en ce qui concerne le rôle et les responsabilités de la relève infirmière. La première de ces transitions s'amorce alors que la relève infirmière entre en contact avec son environnement de

travail pour la première fois (Alharbi et al., 2023). La période de mimétisme est celle durant laquelle le ou la novice copie, imite, adopte tant les faits et gestes que les manières de ses pairs, afin de faciliter son intégration dans le milieu (Rhamani et al., 2021). Les thématiques élaborées ci-dessous résument l'expérience de l'infirmière ou de l'infirmier novice durant ses premiers mois en psychiatrie alors qu'elle ou il observe et assimile les pratiques de ses collègues. Ces thèmes sont l'enculturation ainsi que la remise en question de l'identité et du rôle professionnel de la relève infirmière.

### ***5.1.1 Lieu de travail***

L'unité psychiatrique se distingue d'autres unités hospitalières par son niveau de sécurité et par la population qu'elle accueille. Le niveau de sécurité de l'unité varie en fonction de la complexité des soins requis afin d'assurer une prise en charge sécuritaire des personnes admises. Le potentiel de dangerosité, la capacité des effectifs infirmiers et les ressources disponibles sont également des exemples de facteurs ayant le potentiel d'influencer ce niveau (Brennan & Daly, 2009). L'unité psychiatrique, qui a servi à la documentation des observations documentées dans le carnet de recherche, est considérée comme étant à sécurité élevée. Cette unité est verrouillée, ce qui signifie que seuls les membres du personnel possédant une carte d'accès peuvent y entrer. Compte tenu qu'il s'agit d'une unité psychiatrique à sécurité élevée, il convient de noter que la majorité des personnes hospitalisées sont admises sur une base involontaire. Ce qui signifie que certaines d'entre elles sont prises en charge contre leur gré. Cette imposition résulte d'une détérioration significative de l'état psychiatrique de la personne qui vient mettre à risque son bien-être ou celui d'autrui (Lebenbaum et al., 2018). Ces mesures sont prises afin de réduire les risques découlant d'actes de dangerosité. Cette préoccupation se reflète dans l'agencement du mobilier

ainsi que dans l'absence notable d'intimité pour les personnes admises. C'est un constat que le carnet de recherche ne manque pas de souligner:

*(...)le poste infirmier permet d'observer presque toutes les chambres des patients<sup>3</sup> à travers des grosses fenêtres. Ces fenêtres sont faites d'un matériau plus résistant que du verre. Je dis cela avec confiance, parce que j'ai moi-même vu un patient lancer une de nos chaises (qui sont très, très lourdes d'avance) dans la fenêtre du poste. Elle n'a pas craquée. L'unité maximale [qui est une sous-unité de l'unité psychiatrique générale] se voit toujours assignée deux infirmières [de l'équipe] (...) Les infirmières de cette unité demeurent majoritairement dans le poste infirmier, à l'abris des patients si on le veut. Elles communiquent avec les patients à travers un passe-son dans la fenêtre de chaque côté du poste. Habituellement, un garde de sécurité est dans le poste.*

*À l'extérieur du poste, on retrouve un couloir circulaire qui permet l'accès au huit chambres de l'unité. Chaque chambre est un petit carré qui ne contient qu'une plateforme de béton vernis gris, où on a installé un matelas mince, vert-foncé. La chambre à parfois une petite fenêtre qui n'est pas ouvrable (ou cassable). Les patients n'ont pas l'option de contrôler le rideau de leurs chambres à moins de demander de l'aide au personnel. La seule autre décoration dans la chambre est un tableau blanc, qui permet aux infirmières d'y écrire leurs noms, ainsi que la date. La porte de la chambre est lourde, la petite bille qui la sécurise résonne d'un petit clic lorsqu'on la ferme.*

*Sur l'unité, directement devant le poste infirmier, un petit salon meublé de deux fauteuils et d'une table où se rattachent quatre chaises. La table dans la petite salle commune figure un jeu d'échec peinturé sur sa surface, mais les pièces d'échec sont manquantes.*

*Dans le coin gauche, on retrouve la salle d'isolement. La salle d'isolement, ou de séclusion, est une petite pièce, ouverte par le lecteur à cartes (comme celle du poste), qui ne contient qu'un lit de béton et une petite toilette en métal. Les patients ne peuvent pas ouvrir la porte, ou même tirer la chasse de la toilette (pour éviter les dégâts d'eau). Si les patients utilisent la toilette, ils doivent sonner la cloche d'appel pour qu'un membre du personnel actionne la chasse d'eau de l'extérieur de la pièce. L'intérieur de la salle est sous la surveillance d'une caméra dont les images sont diffusées au poste infirmier. (Entrée 23, 30 novembre 2022)*

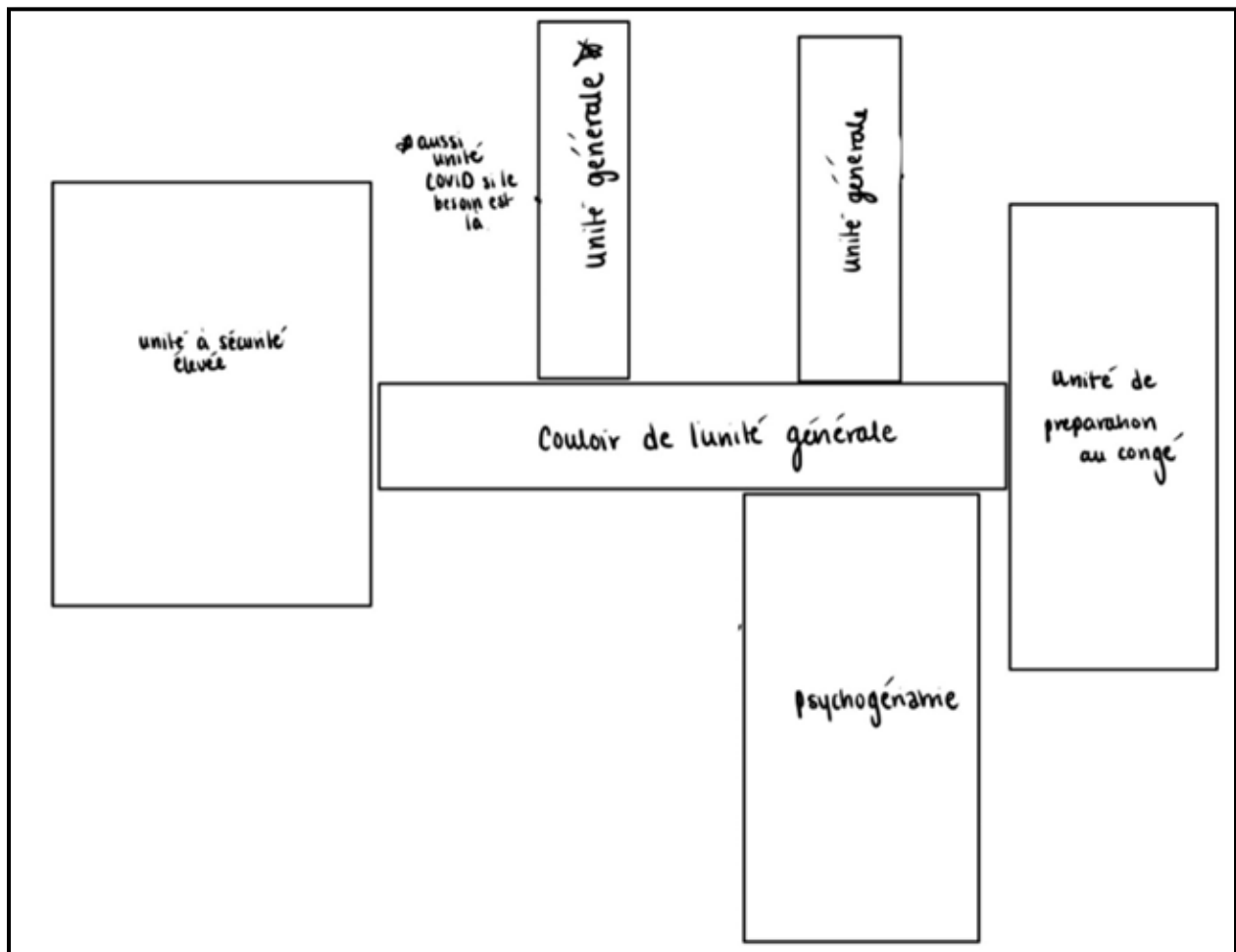
---

<sup>3</sup> Dans les extraits du carnet de recherche, le mot « patient » au masculin est privilégié lorsque nous nous référons au individus admis au Département de psychiatrie. Nous avons pris cette décision dans l'espoir de contribuer à préserver la confidentialité des personnes admises au département de psychiatrie pendant la collecte de données.

La figure 2 permet de comprendre que l'unité psychiatrique est un tout qui se divise en sous-unités. Ces sous-unités accueillent divers types de patient.es, qui sont à différentes phases du processus de rétablissement psychiatrique.

### Figure #2

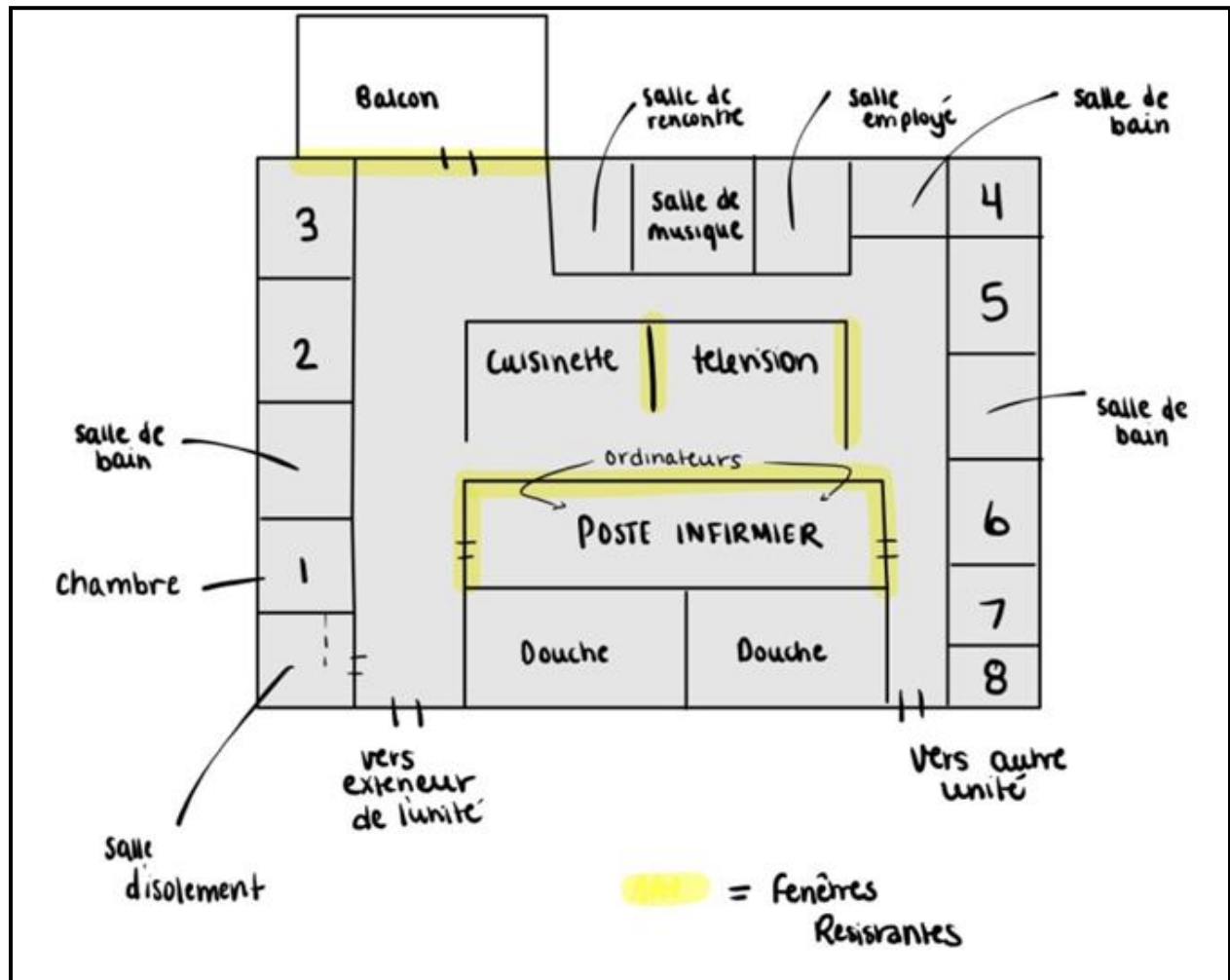
*Croquis de l'unité de psychiatrie – Extrait du carnet de recherche (15 décembre 2022)*



La figure 3 illustre l'environnement de l'unité psychiatrique à sécurité élevée. Il s'agit d'une sous-unité de l'unité psychiatrique générale qui accueille les personnes dont l'état psychologique est plus instable.

### Figure #3

*Croquis de l'unité de psychiatrie à sécurité élevée – Extrait du carnet de recherche (15 décembre 2022)*



Les personnes admises à l'unité de psychiatrie sont soumises à des routines, des règlements et des traitements. Les consignes peuvent inclure un couvre-feu, des heures de repas prédéterminés, la limitation de l'accès aux technologies de communication et l'interdiction de sortir de l'unité. Ces restrictions ont pour espoir de réduire les comportements potentiellement dangereux et ainsi favoriser leur rétablissement. Corbetta et al. (2022) ont noté que la régulation d'une unité psychiatrique est un concept peu étudié dans la littérature actuelle. Certains objets du quotidien, tel que des brosses à dents, des ceintures, entre autres, sont prohibés à cause de leur

potentiel de dangerosité. Le contraste est flagrant entre l'expérience vécue par l'individu lorsqu'il est admis au Département de psychiatrie et de son quotidien en dehors de celui-ci. Cela est mis en évidence dans l'extrait du carnet de recherche ci-dessous où est décrit le décor minimaliste qui montre comment la sécurité du milieu est priorisée:

*C'est presque Noël. Aujourd'hui, j'ai remarqué que l'arbre de Noël habituellement devant le poste infirmier n'y était plus. J'ai demandé à mes collègues pourquoi l'arbre n'est plus là. Elles ne savaient pas. Ça m'a dérangée qu'il soit plus là. On dirait que l'unité a besoin d'un petit quelque chose pour rappeler aux patients que c'est Noël et puis que la vie continue d'exister à l'extérieur comme à l'intérieur de l'unité. J'ai pensé que la récréologue saurait où il est passé, parce que c'est elle qui s'occupe des décorations de Noël de l'unité. Je suis allée la trouver dans son bureau. Elle m'a expliquée que pendant la fin de semaine, un patient s'est agité, a pris l'arbre dans ses bras, et l'a brandi tel une arme scintillante. Lui enlevé cette arme a été plutôt difficile et plusieurs membres du personnel ont presque été blessés. Ça un peu étouffé l'esprit de Noël sur l'unité. (Entrée 28, 22 décembre 2022)*

La littérature nous rappelle que le milieu psychiatrique interne peut parfois être confrontant pour la population qu'elle accueille, mais aussi pour le personnel soignant (Bowers et al., 2014; Rahmani et al., 2021; Hooper et al., 2016). Le personnel infirmier fait partie de l'équipe de soin et assume la charge des individus hospitalisés. Il exécute les traitements, établit le lien thérapeutique et soutient le processus de rétablissement (Cleary, & al, 2011). Il est également responsable d'assurer la sécurité de tous les gens présents à l'unité. C'est dans cet environnement que la relève infirmière entame sa carrière. L'impersonnalité de l'environnement, ainsi que la lourdeur des responsabilités du rôle, complique l'enculturation de l'infirmier ou de l'infirmière novice. L'insécurité que vit cette relève alimente le désir d'adopter les pratiques observées. La section suivante élabore sur cette notion de mimétisme afin de contrer l'insécurité que ressent l'infirmière novice.

### ***5.1.2 Enculturation de la relève infirmière***

L'enculturation de l'infirmière ou de l'infirmier novice se réfère à la période durant laquelle les pratiques, les normes et les dynamiques d'un nouvel environnement sont introduites (Cleary et al., 2011).

Duchscher (2008), explique que la transition vers la pratique débute généralement par une période de lune de miel, durant laquelle l'infirmier ou l'infirmière novice est animé.e par un sentiment d'excitation. Pendant celle-ci, la relève infirmière ignore ses inquiétudes et ressent peu d'anxiété. Cette lune de miel se termine lorsque celle-ci appréhende la réalité du rôle infirmier et ressent un inconfort envers celui-ci. Cela étant dit, cette transition varie selon l'environnement de pratique.

Sur l'unité de soins psychiatrique, certain.es infirmiers ou infirmières entament leur carrière par l'entremise d'un programme de transition, soit le HFO (HealthForceOntario, 2024). Il permet aux infirmiers et infirmière novices d'être sous la supervision d'un membre du personnel infirmier d'expérience pendant une période de trois mois. Cela contribue à minimiser l'inconfort à l'égard du nouveau milieu de travail et une adaptation progressive:

*HFO est un programme pour les nouveau/nouvelles infirmier.ère.s qui sont accompagnés.es dans leur transition à la pratique. J'ai été jumelée à une infirmière du département où je voudrais travailler. L'avantage du programme est la garanti d'un poste à temps complet. À la suite d'environ trois mois de jumelage avec mon infirmière superviseuse, une évaluation de mes compétences est rédigée pour qu'ensuite je débute ma carrière d'infirmière autonome. (Entrée 2, 5 octobre 2022)*

Pendant ces trois mois, l'infirmière ou l'infirmier novice et la personne qui la supervise assument une charge de patients conjointe. Cela signifie que la responsabilité des patient.es demeure celle du superviseur.e, mais tout en permettant à la personne novice de s'initier à la pratique de la profession infirmière dans ce milieu. Cette période d'accompagnement permet d'observer, de poser des questions, de se familiariser avec la routine de l'unité et d'intégrer l'équipe de soin.

L'interaction avec les collègues du corps infirmier est intéressante, mais parfois difficile. Cleary et al. (2011) considèrent que les collègues d'expérience rendent le milieu plus favorable à l'intégration de la relève infirmière. Cependant, Mabala et al. (2019) sont d'un avis contraire, car selon eux, les collègues peuvent contribuer à l'anxiété et aux attentes irréalistes. Le carnet de recherche documente ces deux points de vue. La présence des collègues est parfois bénéfique à l'apprentissage. Par exemple, lorsqu'une situation d'urgence survient en début de carrière, la préparation rapide d'un médicament injectable pour la première fois est une situation anxiogène:

*(...)j'ai été confrontée au liquide visqueux qu'est le Lorazépam<sup>4</sup> injectable. De peine et de misère, je tentais d'aspirer le liquide dans la seringue, mais je ne tirais que de l'air (Le Lorazépam est un liquide d'une épaisseur impressionnante. Une infirmière expérimentée sait qu'une aiguille de large calibre est nécessaire afin d'aspirer le médicament). La panique s'est répandue dans mon corps tel un feu de forêt. Mon masque est devenu insupportable, les cheveux sur mon front sont devenus trempés. Une collègue, totalement inconsciente de mon état de panique, passait par le poste et m'a vu tenter d'aspirer ce liquide infernal. Elle m'a gentiment passée une aiguille [de large calibre] 18G et j'ai rapidement compris mon erreur. (Entrée 5, 15 octobre 2022)*

D'un autre côté, il est possible que les collègues adoptent parfois des points de vue divergents. Cela peut dérouter l'infirmière débutant.e qui tente de construire son jugement clinique basé sur celui de ses collègues et de ses acquis théoriques. À ce stade, la relève infirmière n'a pas nécessairement l'assertivité requise afin d'énoncer une opinion qui lui est propre:

*Aujourd'hui j'accompagnais une collègue vers l'unité de sécurité maximale afin d'y transférer son patient. Ma collègue devait apporter plusieurs effets personnels du patient, alors je me suis portée volontaire pour l'aider. En arrivant au poste de l'unité maximale, ma collègue commence à donner son rapport à l'infirmière qui va maintenant avoir la charge de ce patient. Elle explique que le patient est devenu agité, qu'il frappait les murs et était menaçant, etc.*

---

<sup>4</sup> Le Lorazépam est un médicament faisant partie de la classe des Benzodiazépines. Les formes injectable et orale sont fréquemment utilisées afin de mitiger l'anxiété, l'agitation ou les comportements agressifs en milieu psychiatrique hospitalier.

*Elle peine à dire deux phrases avant d'être interrompu par l'infirmière. Celle-ci semble fâchée. Elle lui demande pourquoi le patient n'a pas été attaché et sédaté. Ma collègue lui explique qu'elle a réussi à le calmer afin qu'il coopère au transfert. Elle avait simplement eu à lui parler afin qu'il désescalade. L'infirmière demeure tendue. Les bras croisés, elle affirme qu'elle va devoir maintenant mettre le patient sous contention, et que ça aurait dû déjà être fait.*

*Je demeure immobile et silencieuse, un peu comme une mouche sur le mur qui ne veut pas être écrasée. Je voulais soutenir ma collègue, puisque j'avais été témoin de sa désescalade. Avoir été à sa place, je n'aurais pas mis le patient sous contention. Mais, je n'ai qu'un an d'expérience, et mon opinion n'a pas sa place dans ce genre de débat. J'ai peur de nuire à ma relation professionnelle avec mes collègues en donnant mon avis. (Entrée 8, 22 octobre 2022)*

La relève infirmière a recours à ses collègues comme point de référence. Il est possible que le niveau d'expérience des collègues infirmières du milieu de travail impacte la transition (Alharbi et al., 2023). Il est difficile pour une ou un novice d'être entouré.e de collègues seniors qui ont une pratique nettement plus développée, mais néanmoins qui partagent des avis différents. L'absence de pairs qui vivent la même transition peut également amplifier le sentiment d'insécurité chez la novice et contribuer à un changement de vue, de valeur et de pratique. Selon Cleary et al. (2009), le soutien des pairs est incroyablement valorisé pendant cette période.

*Après un an d'expérience sur l'unité, je demeure la moins ancienne, la plus jeune. Certain.es sont venu.es après moi, mais sont immédiatement reparti.es. (...) Cette unité est majoritairement composée d'infirmières avec plusieurs années d'expérience. Comme s'il y avait eu une large vague de nouvelles infirmières il y a 30-40 ans, et elles sont toutes restées ici. (Entrée 12, 2 novembre 2022)*

*Je pense que l'absence de collègues de mon âge a, en quelques sortes, prolongé ma transition. (...) on m'a traité de jeune, de nouvelle et « la petite » pendant plusieurs mois. (Entrée 19, 21 novembre 2022)*

L'infirmière ou l'infirmier novice doit progressivement prouver ses compétences afin de réussir le programme de transition. La relève infirmière démontre ses acquis en imitant les gestes maintes fois observés qui lui sont enseignés par ses collègues. Après trois mois, les attentes du milieu sont que la relève chemine vers l'autonomie. Il est attendu que celle-ci ait atteint le même niveau d'aisance que ses collègues et assume la pleine responsabilité d'une charge de patient.es.

C'est pendant cette période qu'elle parvient à matérialiser les assises de ses compétences infirmières.

### ***5.1.3 Remise en question quant au rôle de l'infirmière psychiatrique***

Comme l'a montré la section précédente, les premiers mois de pratique constituent une période d'observation et de mimétisme. Le rôle professionnel est compris comme étant un résultat de la perception que l'individu a de son travail. Il fait également partie de l'identité et du concept de soi de la personne (Johnson et al., 2012). Pendant cette période d'enculturation, le personnel infirmier novice remet en question ses préconceptions du rôle infirmier (Duchscher, 2008).

Avant l'intégration dans le milieu professionnel, le rôle infirmier est compris à partir des informations acquises lors de la formation théorique, c'est-à-dire, ce qui a été étudié en salle de classe ou dans le contexte de stages cliniques. Cependant, le rôle infirmier s'adapte aux besoins de l'environnement de soin et dépend largement de la population à soigner. En conséquence, il est possible que le rôle anticipé diffère totalement de la réalité de l'unité :

*C'est lors de mon stage en troisième année d'université que j'ai pu goûter [pour la première fois] à la psychiatrie. Il s'agissait d'une unité spécialisée en schizophrénie. Mes ami.es m'avaient dit que ce stage serait ennuyeux. Qu'on ne ferait aucune intervention infirmière intéressante. J'avais l'impression qu'en psychiatrie, les infirmières étaient assises toute la journée ou qu'il n'y avait pas grand excitement. Mais maintenant que je travaille ici, je trouve que l'unité bouge rapidement, même lors des journées qu'on dit calme. (Entrée 12, 25 novembre 2022)*

Cet extrait du carnet de recherche révèle que, pendant la formation, le rôle infirmier en psychiatrie demeure abstrait pour les élèves. Cela propose un écart entre ce qui est appris et observé pendant la formation et ce qui est vécu sur le lieu de travail.

En milieu psychiatrique, l'utilisation de la contention mécanique est un exemple d'intervention mettant à l'épreuve les enseignements théoriques reçus et qui s'inscrivent dans une réflexion sur la redéfinition du rôle de terrain. La contention, sous toutes ces formes, constitue

l'utilisation minimale de la force, de moyens mécaniques ou de substances chimiques ayant comme objectif de maîtriser une personne (Gouvernement de l'Ontario, 2023). La contention mécanique, quant à elle, réfère à l'utilisation de moyens physiques afin de limiter les mouvements ou immobiliser complètement une personne (Negroni, 2017). En psychiatrie, la contention mécanique est utilisée lorsqu'un individu pose un risque de violence imminent envers lui-même ou autrui. C'est le personnel infirmier qui doit prendre la décision d'initier cette intervention. En ce qui concerne le Département faisant l'objet de nos observations, la contention mécanique est sécurisée sur une civière, facile d'accès dans le couloir lors de situation d'urgence:

*La contention et ses bretelles sont attachées à la civière et le patient doit y être couché de façon sécuritaire. La contention est installée par des professionnels de la santé, souvent sous la direction d'une infirmière. (...) Le système permet une certaine flexibilité quant au degré d'immobilisation. Au minimum, les deux poignets et les deux chevilles sont attachés. On peut y rajouter une bretelle qui sécurise la taille et le pelvis et une autre pour les épaules. (Entrée 30, 30 décembre 2022)*

Le recours à la contention mécanique peut représenter un moment difficile pour le personnel infirmier. C'est un constat qui a été soulevé par Corneau et al. (2017), Gelkopft et al. (2009) et Sequiera et Halstead (2004). L'obligation d'agir contre la volonté d'une personne ainsi que le recours à la force contredisent le code de conduite de la profession, qui demande que les infirmiers et infirmières respectent la dignité des clients (CNO, 2019). Alors qu'elle est en transition, la relève infirmière assiste à cette intervention difficile tout en étant témoin de certaines contradictions quant à son rôle:

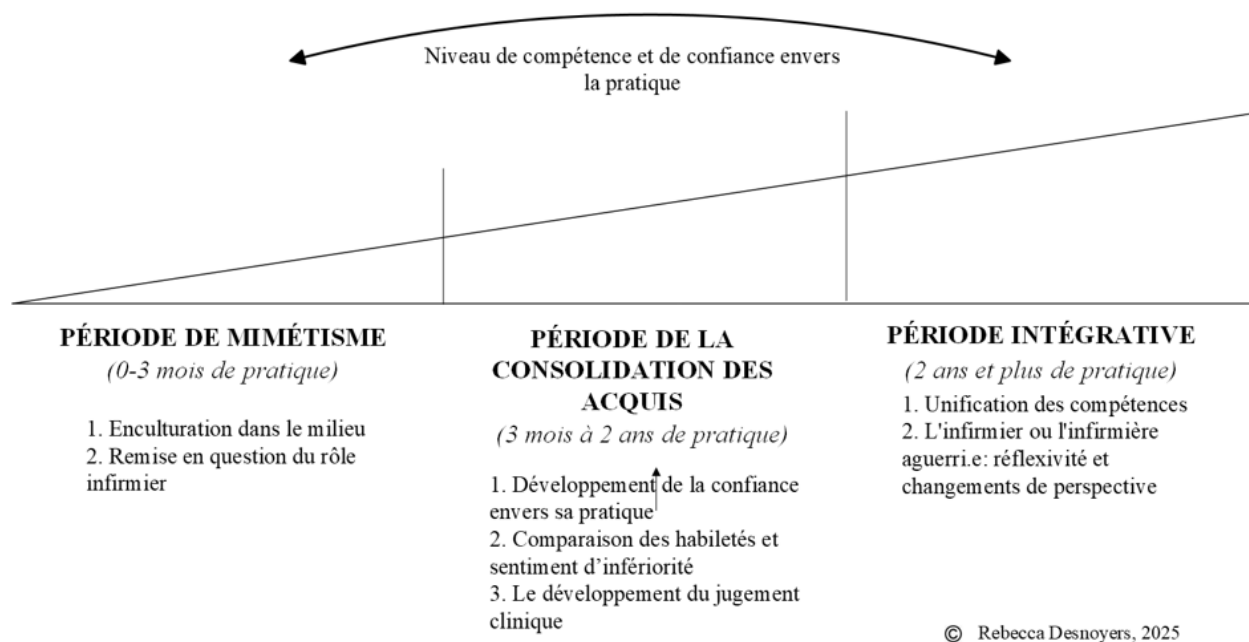
*La tournée initiale du matin dans la chambre de la patiente concernée a permis de constater une escalade imminente de son comportement. Je me suis cachée derrière ma superviseure lors de cette tournée. L'état de la patiente a continué d'empirer. Elle refusait toute contention pharmacologique et l'enjeu de sécurité devenait de plus en plus évident. Ma superviseure a pris la décision de mettre la patiente sous contention. Sur le coup, je n'avais aucune idée de quoi elle parlait. En y songeant, je ne crois pas avoir eu connaissance de l'existence des contentions mécaniques avant ce moment précis. Je croyais vraiment qu'on attachait seulement les gens dans les films d'horreur. (...) Ma superviseure, ayant reconnu l'impact de la situation sur moi, m'a rencontrée seule afin de discuter de mes sentiments. Je lui ai posé la question de comment attacher la patiente pourrait lui*

*être bénéfique. Elle m'a répondu que c'était pour son bien-être. Je n'ai pas vraiment compris. (Entrée 1, 10 octobre 2022)*

C'est au cours de l'intervention d'immobilisation que l'infirmière novice réalise alors qu'elle sera elle-même responsable de la décision d'initier cette intervention. Elle comprend que son rôle implique le maintien de la sécurité du milieu et, par conséquent, qu'elle devra ainsi agir contre la volonté de la personne confiée à ses soins.

Duchscher (2008) a traité de cette remise en question du rôle professionnel qui survient pendant ce qu'elle nomme la période du « *Doing* ». Dans son article, « *A process of becoming: the stages of new nursing graduate professional role transition* », elle suggère qu'au cours des trois à quatre premiers mois de pratique, l'infirmière interroge ce qui avait été envisagée comme étant son rôle professionnel. Après quatre mois de pratique, le rôle professionnel est mieux défini et reflète davantage la réalité du milieu. Les résultats de cette thèse proposent que cette ambiguïté du rôle perdure même après plusieurs mois d'enculturation. C'est en peaufinant les compétences requises pour exercer le rôle infirmier propre au milieu qu'on arrive à la fin de la période de mimétisme. La relève infirmière adopte les pratiques du milieu comme faisant partie inhérente de son rôle et ainsi fait place à la phase de consolidation des acquis et des pratiques.

La figure 4 illustre le processus transitionnel de la relève infirmière en psychiatrie selon les données recueillies dans le carnet de recherche. Ce processus est divisé en trois phases, la phase de mimétisme, de consolidation des acquis ainsi que la phase intégrative.

**Figure #4***Processus transitionnel de la relève infirmière en psychiatrie***FIGURE 2: PROCESSUS TRANSITIONNEL DE LA RELÈVE INFIRMIÈRE EN PSYCHIATRIE****5.2 La période de la consolidation des acquis**

Avant de procéder à la consolidation des acquis, la relève infirmière doit d'abord comprendre la routine du milieu et redéfinir son identité professionnelle (Heslop et al., 2001). Nous avons vu que, durant la période de mimétisme, l'infirmière novice prend conscience de son rôle. C'est ce à ce moment que lui sont présentées les pratiques qu'elle doit maîtriser. En psychiatrie, le recours à la contention, l'administration de médicaments ainsi que le développement d'une relation thérapeutique sont des exemples d'interventions infirmières faisant partie du

quotidien (Cleary et al., 2009; Khankeh et al., 2014). L'apprentissage de ces interventions fait partie de l'expérience de transition en contexte psychiatrique. Nous présentons la phase de la consolidation des acquis en trois sous-éléments: le développement de la confiance envers sa pratique, la comparaison des habiletés avec les pairs et finalement, le développement du jugement clinique, que nous explorons dans le contexte du recours à la contention mécanique.

### **5.2.1 Développement de la confiance envers sa pratique**

Après avoir observé les collègues lors des premiers mois d'intégration, il est attendu que la relève soit maintenant en mesure de répliquer ce qui a été observé. Une certaine confiance en ce qui concerne ces habiletés est nécessaire, afin d'exécuter les pratiques qui sont associées au rôle. L'augmentation de la confiance envers la pratique est fondamentale au processus de maturation des novices (Duchscher, 2008). Pendant la période du mimétisme, la confiance envers ses propres habiletés est faible. L'incertitude et l'inconfort à l'égard du nouvel environnement prédominent. Après quelques mois de pratique (voir figure 4), ce sentiment d'inconfort s'atténue (Ortiz, 2016). Cependant, une certaine ambivalence à l'égard de la prise de décision perdure (Duchscher, 2008). Le manque de confiance fait en sorte que la relève infirmière a toujours de la difficulté à verbaliser ou défendre ses décisions, tel que le démontre cet extrait du carnet de recherche:

*J'ai dû mettre mon patient en salle de retrait. Il criait et pourchassait d'autres patients sur l'unité. J'ai tenté la désescalade, mais en vain. J'ai appelé la sécurité pour du renfort et ils ont mis mon patient en salle d'isolement. Le tout s'est bien passé. J'anticipais qu'il allait se coucher sur le lit de la salle d'isolement et s'endormir. Après tout, l'injection de Haldol<sup>5</sup> et Ativan ferait effet bientôt. J'ai remercié mes collègues de la sécurité et je suis retournée dans le poste infirmier pour documenter mon intervention. Assise pour à*

---

<sup>5</sup> Haldol (ou Halopéridol) est un antipsychotique de la première génération qui est parfois utilisé en milieu psychiatrique hospitalier afin de contrer les comportements agressifs, l'agitation ou l'anxiété. (LexiDrugs, 2025)

*peine deux minutes, je lève les yeux et je vois mon patient devant moi alors qu'il pourchasse à nouveau un patient en menaçant de le frapper.*

*Je regarde ma collègue infirmière, assise à côté de moi, incrédule. Mon cerveau tente de comprendre comment le patient a fait pour sortir. Pendant que je me creuse les méninges, le psychiatre du patient entre dans le poste infirmier. Il nous lance un regard et questionne notre surprise. Je lui explique que j'avais mis ce patient dans la salle d'isolement il y a quelques minutes. Il m'informe que c'est lui qui a sorti le patient. Ma collègue, une infirmière avec plus d'années d'expériences que j'ai d'années de vie, dévisage le psychiatre. Moi, je reste tellement surprise que je ne dis rien du tout. Finalement, je lui demande pourquoi. Il me répond que le patient ne semblait plus être agité. Je n'ai pas voulu rétorquer, je me suis dit que j'avais peut-être eu tort d'initier cette contention. En plus, le mal était déjà fait: le patient courrait devant nous en brandissant ses poings. Ma collègue a demandé au psychiatre comment il aimerait procéder. Le psychiatre, paraissant surpris de l'agitation soudaine du patient (mais qui n'était pas du tout soudaine), a dit qu'il devrait être remis en isolement. J'ai exécuté cette ordonnance.*

*Maintenant, je suis assise à ma pause du dîner et je réfléchis. J'aurais voulu défendre mes actions, mais j'ai eu peur. Le psychiatre est pourtant quelque'un de très gentil, et je suis certaine qu'il aurait réagi respectueusement. J'ai toutefois immédiatement abandonné mon raisonnement pour me plier au sien. J'ai assumé que le médecin en savait plus que moi sur le sujet. J'ai un peu honte que ma collègue infirmière ait été témoin de la situation. (Entrée 66, 22 mai 2023)*

Selon Hallaran et al. (2023), apprendre à naviguer au sein de relations interprofessionnelles complexes est une partie importante de la transition à laquelle la relève infirmière n'échappe pas. C'est en développant sa confiance envers sa pratique qu'elle devient plus à l'aise à défendre ses opinions. Un niveau de confiance accrue permet d'atténuer l'effet de la comparaison et du sentiment d'infériorité vis-à-vis de ses pairs. La section suivante élabore ce concept en suggérant que le développement de la confiance requière le soutien des collègues.

### ***5.2.2 Comparaison des habiletés et persistance du sentiment d'infériorité***

La proximité de la relève infirmière avec des collègues plus ou moins expérimentées crée une dynamique professionnelle sur laquelle il vaut de se pencher. Les collègues infirmiers et infirmières sont essentiels à l'apprentissage, mais représentent également un niveau de performance, une expertise et un savoir-faire que doit attendre quelqu'un qui débute dans la profession. La littérature suggère que l'accumulation d'expérience professionnelle chez le

personnel infirmier augmente sa compétence (Istomina et al., 2011; Meretoja et al., 2015).

Évidemment, cela désavantage les novices, qui sont conscient.es de cet écart:

*J'ai remarqué que mes collègues sont plus confortables avec la contention mécanique, on dirait que ça impact directement leur fréquence d'utilisation de celle-ci. Plus elles sont confortables avec la Pinel [contention mécanique], plus elles l'utilisent. J'ai remarqué que sur mon unité, les infirmières plus séniors étaient beaucoup plus portées à initier la contention. Peut-être que les infirmières avec plus d'expérience parviennent à mieux reconnaître les situations où la contention mécanique est appropriée. (Entrée 34, 17 janvier 2023)*

Selon Tarhan et al. (2022), l'infirmière novice déploie un effort considérable afin de prouver sa compétence. Il s'agit d'un effort de sa part qui espère établir une égalité entre son niveau de compétence et celui de ses collègues :

*J'ai pris la décision d'utiliser une contention chimique et d'injecter mon patient qui est devenu agressif. J'explique mon plan aux agents de sécurité et à ma collègue [infirmière]. Comme si j'attends qu'ils me disent que j'ai fait le bon choix. J'espère avoir l'air sûr de moi. Je veux que l'équipe ait confiance en moi. (Entrée 5, 15 octobre 2022)*

Après la première année d'expérience, le carnet de recherche contient des exemples confirmant que les sentiments d'infériorité et d'inégalité diminuent. Les infirmières et infirmiers novices cherchent à statuer sur leur niveau de compétence en se comparant à d'autres infirmières et infirmiers encore plus novices qu'eux. C'est une observation que partage également Duchscher (2008) dans ses contributions sur le processus de transition. Dans le carnet de recherche, cette comparaison est évidente lors d'une discussion avec une nouvelle infirmière qui fait partie d'un programme de transition :

*Je lui ai posé la question si elle se sentait prête à bientôt terminer [son programme de transition] et être autonome. Elle m'a répondu qu'elle était prête depuis quelques semaines. L'unité était tellement en manque [d'effectif infirmier] qu'elle avait dû assumer la charge de 14 patients avec son superviseur. Je lui ai demandé si elle avait peur d'avoir autant de patients, et sa réponse m'a surpris. Elle m'a dit que non, ça s'était bien passé. Ça m'a fait un peu peur qu'elle réponde ça. Même moi je craindrais d'assumer une telle charge. (Entrée, 78, 1 août 2023)*

La comparaison auprès des pairs revêt une grande importance durant le processus de transition. C'est en se comparant avec ses pairs que la relève infirmière comprend et respecte les limites qui sont imposées par son niveau de compétence. Cette introspection est possible après plusieurs mois d'observation des collègues qui possèdent des niveaux variés d'expérience et de compétence. Sans être en mesure de s'affirmer, la relève infirmière lors de la consolidation des acquis effectue des réflexions à l'égard de certaines pratiques. C'est alors qu'elle façonne son jugement clinique.

### ***5.2.3 Le développement du jugement clinique dans le contexte du recours à la contention mécanique***

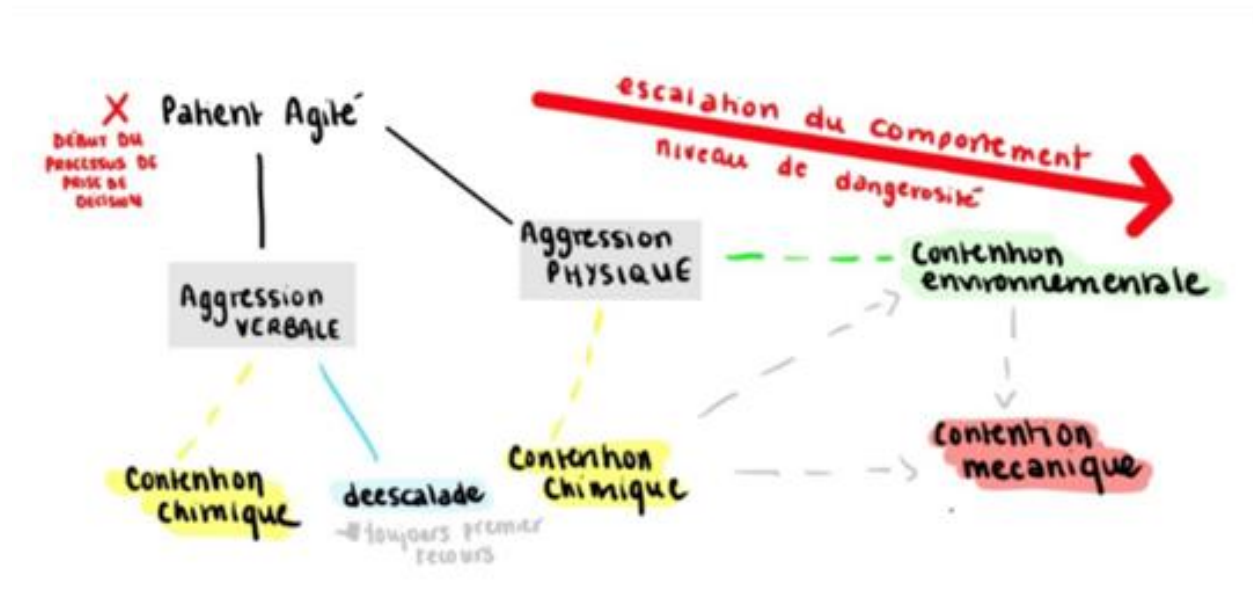
Pendant la période de la consolidation des acquis (voir figure 4), l'infirmier ou l'infirmière novice peaufine sa compréhension des interventions infirmières dont elle ou il a la responsabilité. Certaines situations requièrent une prise de décision informée. Ces décisions, comme celle d'initier la contention mécanique, sont complexes et multifactorielles (Corneau et al., 2017; Goethals et al., 2011; Riahi et al., 2016; Ye et al., 2019). Les novices doivent avoir recours à leurs jugements cliniques afin d'assurer une prise de décision éclairée. Phaneuf (2009) propose que le jugement clinique soit compris comme étant une idée ou une conclusion qui est déterminée par l'observation, la réflexion et le raisonnement de l'infirmière ou de l'infirmier. Hazelton et al. (2011) ainsi que Hooper et al. (2016) confirment que c'est pendant la transition vers la pratique que le jugement clinique est développé.

Le carnet de recherche rejoint et confirme ces constats. Il rend compte de la maturation du jugement clinique de la relève infirmière. Ce phénomène est particulièrement évident dans le carnet lorsqu'il est question de la contention mécanique. Le personnel infirmier assume la responsabilité d'initier la contention dans le contexte psychiatrique. Dans la revue de la littérature,

les auteur.es ont tous mis en évidence que cette décision est informée de multiples facteurs, mais dépend ultimement du jugement clinique infirmier (Bigwood et Crowe, 2008; Gelkopf et al., 2009; Goethal et al., 2012; Holzworth et al., 1999; Lee et al., 2003; Sequeira et al., 2004; Riahi et al., 2016; Ye et al., 2019). L'étude de la réflexion qu'entreprend le corps soignant afin d'initier la contention est une lacune identifiée dans la littérature actuelle. L'entrée du 29 novembre 2022, rapporte un graphique et une réflexion sur la question d'initier la contention :

### Figure #5

Réflexion de l'infirmière novice concernant le processus décisionnel de l'initiation de mesures de contention



*J'ai réfléchi au cheminement de ma pensée lorsqu'il est question de mettre un patient sous contention. Le processus est visuel dans ma tête, alors je l'ai dessiné ci-dessus. Je différencie d'abord l'agression verbale de l'agression physique. Une agitation physique a, pour moi, un potentiel de risque un peu plus élevé que l'agression verbale (à noter qu'un risque demeure avec l'agression verbale). Si mon patient est verbalement agressif, je tente d'abord la désescalade par la conversation. Un patient qui est physiquement agressif pose un danger immédiat d'atteinte à la sécurité de tous. Je tente la désescalade, mais je ne prends aucune chance. Si le patient adopte des comportements violents envers l'environnement ou ayant un risque mineur, j'offre d'abord une contention chimique; un médicament oral. Si ce patient refuse le médicament P.O, je procède aux médicaments injectables avec l'assistance de la sécurité. Certains patients se calment dès l'arrivée de la sécurité, mais d'autres continue d'escalader. Ceci justifie le recours à une autre forme de contention. Si l'unité le permet et j'ai une salle d'isolement, je la privilégie. Je la trouve plus humaine que la contention mécanique. Les patients qui frappent des murs, qui se*

*blessent sévèrement ou ceux qui persiste dans leurs agressivités sont des candidats pour la contention mécanique. Le comportement doit justifier la force. Ce qui veut dire que la contention mécanique est un dernier recours. J'ai l'habitude de garder les patients sous contention pour 15 à 30 minutes, le temps que la médication fasse effet. (Entrée 13, 29 novembre 2022)*

Cette réflexion suggère qu'après une année et quelques mois de pratique, la prise de décision est éclairée par les acquis théoriques et la pratique. La relève infirmière tend à dichotomiser les situations qu'elle rencontre en noir ou blanc, négligeant ainsi les nuances de gris qui justifient le recours au jugement clinique. L'infirmier ou l'infirmière novice devra nécessairement affiner son jugement clinique face à des situations complexes jamais rencontrées auparavant.

*(...)je suis plus confortable maintenant comparativement à mes débuts comme infirmière. En début de pratique, j'attendais plutôt qu'une autre infirmière m'indique que je devrais mettre mon patient sous contention. J'attendais presque la permission(...). Il était facile pour moi de savoir si la contention était appropriée lors de cas de violence extrêmes. Mais la réalité est qu'on opère souvent dans une zone grise. La décision appropriée ne vient pas nécessairement si facilement. Souvent, il faut que je balance plusieurs options qui sont toutes peu agréables. Il faut choisir celle qui semble être la plus bénéfique pour la majorité. Si on met le patient en contention, on risque de lui faire vivre une expérience traumatisante ou lui causer une atteinte physique. D'un autre côté, en décidant de ne pas mettre le patient sous contention, on met à risque l'équipe et les autres patients. C'est une décision impossible. Mais une décision qui s'apprend, qui s'enseigne, et qui devient normale. Mon expérience continue de s'accumuler et je sens cette décision devenir de plus en plus facile. Les situations auxquelles je suis confrontée ne me sont plus étrangères. Je sais comment réagir. (Entrée 34, 17 janvier 2023)*

Tel que nous l'avons abordé dans les sections précédentes, plus la relève acquiert de l'expérience, plus elle cultive sa confiance envers ses habiletés. Cette confiance nourrit son jugement clinique. La prise de décision est moins difficile et beaucoup plus rapide. Cette efficacité est parfois nécessaire, particulièrement lors de situations complexes:

*La dynamique de l'unité est difficile ces jours-ci. Les patients sont très agités. Ces derniers temps, le risque de violence est très élevé et l'équipe ressent presque une perte de contrôle. Comme si les patients ont le gros bout du bâton. Nous avons eu plusieurs codes ces derniers jours. Des codes qui sont très difficiles. Celui d'hier, je craignais que l'équipe n'arrive pas à regagner le contrôle de la situation ou que quelqu'un soit sérieusement blessé. J'étais dans le poste infirmier, devant les fenêtres résistantes, et je voyais trois patients se frapper*

*à grands coup de poings. On ne pouvait pas intervenir avant d'avoir des renforts. Alors nous voilà, à l'intérieur du poste à regarder comme si c'était un spectacle pendant ce qui a semblé être un très long moment. On m'a dit pendant le debrief que l'équipe de sécurité avait répondu en deux minutes. Bref, même avec 5 agents de sécurité et deux infirmiers, la situation a été résolue avec grande difficulté. J'ai eu à prendre plusieurs décisions très rapidement. Qui allait-on médicamenté, mettre en isolement ou en contention. En quel ordre? Mais avant tout, avons-nous les ressources pour le faire? Il fallait décider rapidement avant qu'un patient, ou tous, se blessent. (Entrée 75, 12 juillet 2023)*

Somme toute, il est évident que le jugement clinique mûrit pendant le processus de transition. L'interprétation des situations et la réaction face à celles-ci sont beaucoup plus nuancées. Cette capacité décisionnelle résulte de plusieurs mois d'observation, d'apprentissage et de pratique. Le développement de ce jugement clinique marque l'ensemble des expériences, des acquis et des connaissances jusqu'à présent.

### **5.3 La période intégrative**

La relève infirmière progresse finalement vers la phase intégrative. Il s'agit d'une période durant laquelle le sentiment de sécurité se développe envers la pratique infirmière. Elle maîtrise les rudiments de son rôle infirmier et s'adapte à l'environnement instable de l'unité psychiatrique. Selon Benner (1982), il faut environ deux à trois ans de pratique pour atteindre ce niveau de compétence. Cette période intégrative implique l'unification des compétences, entraînant ainsi des remises en question et des changements de perspective.

#### **5.3.1 Unification des compétences**

Lors de la période de la consolidation des acquis, l'acquisition des compétences est prioritaire afin de rencontrer les exigences du rôle professionnel. Plus elle chemine, plus la relève infirmière constate que l'application de ses compétences est multifactorielle. Le niveau de risque de la situation, la confortabilité de l'équipe soignante, l'environnement et plusieurs autres facteurs doivent être considérés avant d'initier une intervention infirmière (Riahi et al., 2016). L'unification

des compétences se réfère à la période durant laquelle l’infirmier ou l’infirmière novice parvient à prendre des décisions basées sur l’ensemble de ses acquis, tout en ayant recours à son jugement clinique.

L’inconfort et l’incertitude jadis ressentis font place à une assurance du soi. Dans les sections précédentes, l’infirmière ou l’infirmier novice s’affirme avec difficulté, particulièrement auprès de ses pairs. Tel qu’il a été proposé, cela repose sur un manque de connaissances et de confiance. Pendant la période intégrative, la prise de décisions est basée sur le jugement clinique et l’expérience, ce qui lui permet de défendre son opinion avec assurance:

*Le patient a été admis en provenance d’un milieu carcéral. L’arrivée de patients de ce type de milieu à tendance à déstabiliser l’unité. Ceci est assurément en lien avec les agents correctionnels qui restent assis devant la porte de chambre du patient. La politique de la prison suit ces patients lorsqu’ils viennent chez nous. Cette régulation fait en sorte que ces patients doivent être, en tout temps, menottés aux quatre extrémités, demeurer dans leur chambre et être dans le champ de vision des deux agents qui les accompagnent. Malheureusement c’est une politique qui est hors de mon contrôle ou de celui de mes collègues.*

*Les allégations ou charges du patient avaient fait en sorte qu’il était considéré comme étant un individu à risque de violence très élevé. À un tel point qu’un clinicien de l’urgence avait spécifiquement indiqué que ce patient devait être sécurisé en contention [mécanique] Pinel pendant tout son séjour. J’attendais le patient et l’ordonnance me dérangeait. Je sais très bien que garder une personne en Pinel 24 heures sur 7 va contre la loi et la politique de l’hôpital. J’ai partagé mes inquiétudes avec mon gestionnaire et il m’a dit que je devrais questionner le médecin ayant émis l’ordonnance.*

*Entre-temps, le patient est monté sur l’unité en contention Pinel. Je me suis dit que j’évaluerais le comportement du patient afin de déterminer si la contention mécanique était justifiée. J’ai évalué le patient sous le regard des agents correctionnels. Le patient était calme, psychotique assurément. Mais aucunement violent.*

*Je me suis excusée de la chambre ayant comme plan d’aller trouver la psychiatre du patient. Je l’ai retrouvée en conversation avec mon gestionnaire dans le poste infirmier. Je lui ai demandé son opinion sur la situation. Elle a semblé incertaine, elle a expliqué que les antécédents du patient justifiaient cette rigueur. Je lui ai expliquée l’enjeu infirmier qui faisait en sorte que j’allais devoir détacher le patient. Puisque le patient n’est pas actuellement violent ou agité, je n’ai pas de raison de le garder attaché. J’ai supporté mon opinion du fait que le patient est constamment menotté aux chevilles et aux poignets et sous la supervision de deux agents correctionnels. D’autres infirmiers et infirmières se sont ajoutés à la discussion. Tous étaient catégoriques: la contention mécanique pour une*

*période continue paraît cruelle et injustifiée. L'équipe était d'accord et nous avons été fermes pour que la Pinel soit cessée. (Entrée 72, 22 juin 2023)*

C'est en continuant de s'affirmer que l'intégration auprès de l'équipe est solidifiée. Dans la littérature, Pfaff et al. (2014) appuient cet argument en suggérant que plus la relève infirmière acquiert de l'expérience et de la confiance, plus elle est propice à la collaboration avec ses pairs. Il en résulte également une hausse du niveau de confiance qui lui est accordé par les autres membres de l'équipe. Il est courant que ce soit pendant cette période que l'infirmier ou l'infirmière novice assume pour la première fois des rôles plus exigeants, tels que celui d'infirmier ou d'infirmière responsable.

*J'assume maintenant la position d'infirmière responsable ces temps-ci pendant mes quarts de nuits. L'infirmière responsable est en charge de l'équipe infirmière pour son quart. Elle gère les admissions, les assignent aux membres de l'équipe et s'occupe de faire la distribution infirmière des patients de l'unité. Elle doit aussi participer aux codes blancs. C'est un rôle habituellement réservé pour les infirmières avec une expérience étoffée. (...)l'infirmière en charge a une charge quasi-complète de patients. C'est-à-dire que si une infirmière "régulière" sur le plancher à 5 patients, l'infirmière responsable en aurait probablement 4. Mais 4 patients, en gérant les appels des médecins, les urgences sur l'unité et les frustrations de mes collègues à l'égard de l'assignation des patients, c'est énorme. (Entrée 71, 20 juin 2023)*

En augmentant progressivement ses responsabilités, la relève infirmière fait face à des nouvelles situations qui requièrent l'exercice de son jugement clinique. Celle-ci doit fonder ses décisions sur des événements passés, mais a maintenant la capacité de les projeter dans l'avenir (Benner, 1982). Cette capacité était autrefois absente lors de la période de mimétisme et de la consolidation des acquis.

Cette maturation professionnelle n'a pas lieu à l'insu de l'infirmier ou de l'infirmière novice. Il ou elle parvient à analyser son cheminement et entretient des réflexions sur ses acquis jusqu'à présent. C'est un concept étudié par Cadorette et al. (2023) dans l'article « *Reflective Transition Practice Model: The New Graduate Registered Nurse* ». Ces auteurs et autrices soutiennent que la capacité de réflexion sur soi-même est acquise avec l'expérience. En début de

pratique, le raisonnement se limite au concept théorique et analytique. Maintenant mieux outillé dans sa pratique, le jugement infirmier est fondé sur un amalgame d'expérience, de connaissances théoriques, mais également du raisonnement clinique. Cela permet d'accéder à un regard holistique sur son cheminement professionnel:

*Durant l'écriture de ce carnet, j'ai évolué comme infirmière, mais aussi comme personne. Je me retrouve maintenant comme infirmière sûre d'elle, confiante et pleine d'espoir pour le futur. Je dois remercier mes collègues et mes professeur.es, qui m'ont appris une grande majorité de ce que je sais. Toutes ces personnes, en m'offrant un morceau de leurs connaissances, m'ont fait grandir. En revenant sur mon parcours, je vois un casse-tête géant. Un casse-tête que j'ai débuté à ma graduation universitaire avec quelques pièces. En cours de route, on m'a offert des pièces. À plusieurs reprises, je me suis arrêtée; je me suis dit que le casse-tête ne faisait pas de sens, que les pièces ne fonctionnaient pas. Mais aujourd'hui, près de deux ans et demi plus tard, je vois le début d'une image se former. Finalement, les choses ont un sens. (Entrée 87, 19 octobre 2023)*

Cet extrait du carnet de recherche illustre la conscience qu'à désormais l'infirmière novice quant à la nature perpétuelle de son parcours. Alors qu'elle évolue, elle remet en question ses opinions, entraînant ainsi des changements de perspectives.

### **5.3.2 L'infirmier ou l'infirmière aguerrie: réflexivité et changements de perspective**

La section précédente a démontré que la période intégrative implique l'unification des compétences ainsi que le développement de la capacité d'autoréflexion. C'est en exerçant cette pratique réflexive que la relève infirmière remet en question certaines composantes de son identité professionnelle. Elle comprend que ce qu'elle maîtrise résulte de ce qui lui a été enseigné et de ce qu'elle a mis en pratique:

*J'ai débuté un stage à un autre endroit dans la région offrant des soins de santé mentale dans le cadre d'un cours universitaire de maîtrise. Une opportunité intéressante qui me permet de voir comment les choses sont faites à différents endroits. J'ai dû participer à une session d'orientation comme tout le personnel infirmier de ce milieu. Le sujet de la contention mécanique a été abordée afin d'éduquer le personnel infirmier sur son rôle au sein de cette organisation. J'étais certaine qu'ils n'allaient rien m'apprendre de nouveau, après tout, j'utilise cette même contention presque toutes les semaines. Pendant l'explication, j'écoutais d'une oreille jusqu'à ce qu'ils en arrivent au déroulement typique d'un code blanc. Le scénario, fictif bien sûr, présentait un patient agité qui s'était*

*mis à vouloir frapper le personnel. Tout autre intervention n'avait pas fonctionné. Il était devenu clair que la contention mécanique était la seule option. J'ai levé le regard de mon ordinateur portable, intriguée par la suite. J'attendais le moment où l'infirmière du scénario allait appeler un code blanc et que six agents de sécurité entreraient brusquement sur l'unité, mettre le patient au sol pour ensuite l'attacher dans la contention mécanique.*

*Sauf que ce moment n'est jamais venu dans l'histoire. Dans leur version, il n'y a pas d'agents de sécurité, seulement le personnel infirmier. Le tout n'est pas brusque ou violent. J'étais confuse. Je me suis dit que peut-être il n'était pas au courant de la "vraie" psychiatrie. Celle où j'ai vu des patients [ou des collègues êtres] poignardés, frappés et plus. Je me suis dit qu'une intervention calme comme ça n'était pas représentative de la réalité observée au département de psychiatrie*

*Comme si c'était plus fort que moi, j'ai levé la main. J'ai demandé « Et la sécurité? Qu'arrive-t-il si le patient est trop violent? » La personne qui enseignait m'a répondu que ça arrivait très rarement chez eux. Par chance, si ça arrive, il serait plus approprié d'appeler la police. J'étais un peu sous le choc. Chez nous, les agents de sécurité sont presque mes meilleurs amis puisque je les appels si souvent. Mais c'est assis dans ma chaise que j'ai soudainement réalisée qu'elle avait raison; je n'avais pas entendu la voix robotique de l'intercom annoncer un code blanc toute la journée. C'est un son qui est tellement commun sur mon unité qu'il se fond dans l'arrière-plan. Pourquoi est-ce que j'ai immédiatement refusé l'idée d'un environnement psychiatrique sans intervention brusque? Pourquoi est-ce totalement impossible dans mon imaginaire?*

*Peut-être parce que c'est tout ce que je connais. C'est tout ce qui m'a été enseigné. (Entrée 36, 2 février 2023)*

Armée de cette compréhension, l'infirmière ou l'infirmier novice est en mesure d'adopter ou de rejeter ce qui avait autrefois été considéré comme étant un fait. Elle ou il façonne une interprétation de son milieu et de ses connaissances qui lui est unique. Toutefois, en accédant à une réalité autre que la sienne, l'infirmier ou l'infirmière novice peut proliférer l'inconfort ressenti à l'égard de certaines pratiques autrement tenues pour acquises:

*Hier j'ai dû injecter et mettre en Pinel [contention mécanique] mon patient contre son gré. C'est sa réaction qui me pèse sur la conscience. Après avoir mis le patient sous contention, je lui ai demandé s'il était correct où s'il avait besoin de quoi que ce soit. Le patient, en pleurant, m'a dit d'aller me promener (d'une manière un peu plus sèche que ça) et il a dit que je l'avais traumatisé en l'attachant de la sorte. Ça m'a frappée directement dans le cœur. Je ne suis pas naïve, je suis bien au courant que mettre quelqu'un sous contention doit être très traumatisant pour eux. Mais on ne m'avait jamais dirigé le blâme d'une telle façon. C'est justifié, bien sûr, mais ça n'empêche pas la puissance du coup. J'ai figé quand il m'a dit ça. J'ai compris que je pourrais bien me démenter à défendre mes actions et tenter de rebâtir une relation thérapeutique, mais pour lui, je serais*

*toujours la vilaine de l'histoire. Je suis la méchante infirmière qui l'a injecté et attaché. Je déteste que cette décision me revienne.* (Entrée 74, 2 juillet 2023)

Cet extrait du carnet de recherche illustre l'impact qu'a le point de vue de la personne hospitalisée sur la relève infirmière. Bien qu'elle soit sensible à la perspective des patient.es, la relève devient un produit de son environnement et est porte-parole des pratiques infirmières du milieu. Plus celle-ci adhère à la culture de son environnement, plus elle en adopte les opinions et les valeurs.

*Dans mon nouveau poste, je suis responsable de former, orienter, et supporter les nouvelles infirmières. C'est une position intéressante qui engendre une sorte de conflit, si on le veut, qui m'est tout nouveau. Je suis appelée à être le pigeon voyageur de pratiques avec lesquelles j'entrais en conflit au début de ma carrière. Par exemple, lors de mes débuts en tant qu'infirmière, je trouvais les contentions mécaniques aberrantes, je ne comprenais pas que cette pratique allait faire partie de mon quotidien d'infirmière psychiatrique. Maintenant, je suis celle qui enseigne aux employé.es comment l'appliquer. Je suis un peu de l'autre côté du miroir. Je regarde les visages de ces infirmières qui sont confus ou effrayés. Je suis celle qui doit leur dire que c'est la bonne chose à faire, même si le bon sens leur dit autrement.*

*Une personne en particulier m'a demandée « Pourquoi on fait ça? Ça ne fait pas de sens attacher un patient contre son gré? ». Je me suis surprise par ma réaction. Parce que je n'ai pas tout de suite compris son côté des choses. J'ai voulu immédiatement lui expliquer ce qui m'a été enseigné un million de fois. Ce qui est écrit noir sur blanc dans les politiques et les procédures: « C'est une intervention thérapeutique parfois nécessaire pour le bien-être, blablabla ». Mais je me suis arrêtée et je me suis remise dans les souliers de cette personne. Je me souviens être moi-même une jeune infirmière qui avait posé presque cette même question à mes collègues.* (Addendum, le 4 décembre 2023)

Il est intéressant de remarquer qu'après deux à trois ans d'intégration dans un milieu, la relève infirmière adopte des valeurs qui lui paraissaient autrefois illogiques. L'intégration a été efficace à un tel point qu'elle oublie l'expérience d'infirmier.ères plus novices qu'elle. Cela étant dit, il ne s'agit pas de prétendre que la personne novice promeut soudainement l'utilisation de la contention. Il s'agit plutôt d'une acclimatation progressive dans le milieu de soin qui désensibilise les novices à l'égard des pratiques coercitives.

Ce que rend compte le carnet de recherche est un processus durant lequel la relève infirmière chemine en tant que professionnelle et s'intègre dans le milieu psychiatrique. Elle débute sa pratique dans l'inconfort et l'inconnu pour en arriver, en quelques années de pratique, à reproduire les mêmes gestes que ceux répétés par ses collègues. Le carnet de recherche permet de présenter le processus de transition, la genèse du jugement clinique ainsi que plusieurs réflexions à l'égard du parcours.

Dans la deuxième partie de ce chapitre, il est proposé de diffuser ces données en production artistique soit, un scénario de court-métrage. Cela dans l'espoir de contribuer à la dissémination des connaissances issues de notre recherche.

#### **5.4 Recherche-crédation: le scénario d'un court métrage**

Les sous-sections à venir proposent d'élaborer le processus entamer afin de traduire les résultats de l'analyse thématique en une œuvre artistique, soit, le scénario dialogué d'un court-métrage. Le scénario offre une représentation réaliste du vécu de la relève infirmière alors qu'elle entame sa pratique sur un département de psychiatrie. Également inclut dans cette section sont le synopsis, la description des personnages ainsi que la note d'intention.

##### ***5.4.1 - Représentation des thèmes dans le scénario de court métrage***

La première partie de ce cette section a présenté les résultats de l'analyse des entrées au carnet de recherche. Nous proposons, dans cette deuxième section, de traiter ces résultats de façon à les diffuser dans un scénario. Les thèmes établit ont guidé la structure narrative du récit scénarisé. La contention mécanique, le processus de la prise de décision, l'interaction avec les collègues et le sentiment ressentie entre l'identité professionnelle et personnelle structurent le discours

narratif du scénario intitulé « ÷ » (Division). Dans les prochains paragraphes, nous allons élaborer l'intégration de ces thèmes dans le scénario.

### **Thème 1: La perspective de la relève infirmière sur la contention mécanique**

Le carnet de recherche contient plusieurs entrées qui décrivent le processus du recours à la contention mécanique sur une unité psychiatrique à sécurité élevée. Les observations notées dépeignent une intervention qui polarise le personnel infirmier. La contention mécanique engendre un malaise chez la relève infirmière confronté à une prise de décision complexe et potentiellement conflictuelle. L'acte de soumettre une personne à la contention mécanique est en quelque sorte un sujet tabou, et échappe souvent aux conversations portant sur le système psychiatrique, si ce n'est que pour décrire ses usages (Kodal et al., 2018). Cette absence donne l'espace aux représentations univoques en provenance de personnes ayant été assujetties au processus parfois violent de la mise sous contention (Boily, 2020; Larose, 2023; Nadeau, 2011). La création du scénario expose, sans censure, la mise sous contention à travers le regard d'une infirmière novice. C'est dans les émotions, les paroles et les manières du protagoniste que l'on décèle l'inconfort ressenti par une infirmière nouvellement exposée à l'acte de la mise sous contention.

### **Thème 2: Le processus de la prise de décision**

La revue de la littérature ainsi que le carnet de recherche ont tous deux mis en évidence la complexité et les multiples facteurs entourant la décision d'initier la contention mécanique. Le recours à cette technique implique une restriction de la liberté du patient ou de la patiente. C'est cet enjeu qui justifie une prise de décision délibérée et efficace quant à son utilisation. Cette responsabilité incombe au personnel infirmier, indépendamment de son niveau d'expérience ou

d'aisance face à cette pratique. Le scénario *Division* « ÷ » permet d'observer le processus décisionnel du protagoniste.

Selon les observations notées au carnet de recherche, il est évident que la relève infirmière en début de carrière ne possède pas encore le discernement requis pour prendre cette décision de manière libre et assumée. Celle-ci doit être formulée rapidement tout en prenant en considération le bien-être, mais aussi la sécurité des patient.es et des membres du personnel impliqué. Le personnel soignant constitue l'unique point de référence vers lequel la novice peut se tourner. Dans un tel contexte, le processus décisionnel n'est ni éclairé ni pondéré, mais plutôt alimenté par la peur, l'incertitude et les normes enseignées par les membres de l'équipe soignante.

### **Thème 3: L'interaction avec les collègues**

Il était essentiel de représenter la dynamique qui existe entre les membres du corps infirmier qu'ils soient expérimentés ou novices. La complexité des relations interpersonnelles en contexte professionnel est bien marquée dans le carnet de recherche. Il a été observé pendant la période de transition que les collègues occupent un rôle d'importance et assument la responsabilité de l'apprentissage de la relève infirmière. Cela crée une dynamique de dépendance qui fait en sorte que l'opinion des collègues plus expérimenté.es est valorisée.

Le scénario met en lumière la disparité entre le niveau d'assurance d'un professionnel expérimenté et celui d'une nouvelle infirmière. Il témoigne d'une certaine accoutumance aux vicissitudes du métier qui vient avec l'expérience et contraste avec celle de la protagoniste. La thématique au cœur du scénario *Division* sera élaborée dans le prochain paragraphe.

### **Thème 4: La division identitaire**

Le thème de la division résonne dans l'expérience de l'infirmière novice documentée dans le carnet de recherche. Il est particulièrement saillant lors des délibérations sur la légitimité d'utiliser la contention mécanique, dans les processus décisionnels, et encore dans la construction de l'identité personnelle et professionnelle de la relève infirmière.

L'infirmière se situe alors dans un inconfortable entre-deux, et entremêle alors continuellement les frontières entre l'identité professionnelle et personnelle. La responsabilité d'initier des interventions qui remettent en question les valeurs infirmières est difficile à assumer. Imposer une intervention, qui peut être parfois violente dans son application sur une personne, nuit au lien thérapeutique (Moyle, et al. 2023). Cela force l'infirmière dans un rôle qui diffère de celui traditionnellement idéalisé lors de sa formation.

## **CHAPITRE 6 : DIVISION « ÷ » LE SCÉNARIO DE COURT MÉTRAGE**

### **Le synopsis**

CHARLIE, une infirmière récemment diplômée, travaille à l'unité de psychiatrie interne. Elle s'adapte progressivement à un rôle qui s'avère plus exigeant qu'elle ne l'avait imaginé. En dehors des murs austères de l'unité psychiatrique, Charlie fait face à la dégradation de l'état de santé de son père, LOUIS. Louis souffre de démence depuis maintenant quelques mois. Chaque jour, une partie de sa personnalité semble s'effacer et son comportement devient de plus en plus agressif, en particulier envers sa femme, SYLVIE. Charlie se trouve dans une situation difficile, devant jouer simultanément le rôle d'infirmière, qui lui est tout nouveau, et le rôle de fille, qui doit soutenir sa famille dans cette période difficile.

De retour sur l'unité, Charlie semble profondément affectée par ce qui se passe chez elle. Elle tente tout de même de respecter les attentes à son égard. SIMON, un infirmier expérimenté, travaille en tandem avec Charlie. Un patient, PATIENT 1, se présente au poste. Faute d'un environnement confrontant et d'un sentiment de ne pas être écouté, il perd rapidement patience et la situation dégénère. Les contentions mécaniques s'avèrent nécessaires. Pendant cette situation d'urgence, le manque de confiance de Charlie est évident. Elle cherche des repères chez SIMON, qui oublie qu'elle a peu d'expérience. En attachant le Patient 1 dans la civière de contention, Charlie ressent une sensation de déjà-vu qui ramène sa pensée vers sa situation familiale. Elle parvient à sécuriser le Patient 1 et reprend son souffle.

L'unité retrouve son calme, mais Charlie demeure habitée par le poids qu'elle porte dans son univers professionnel, mais également dans son univers personnel. Elle ne veut surtout pas alarmer Simon en lui faisant croire qu'elle n'arrive pas à tolérer le rôle d'infirmière qu'elle a toujours voulu. Charlie se remet au travail et on lui annonce une admission imminente.

Qu'advient-il de Charlie lorsque ces deux univers seront forcés de se rencontrer ?

## **Les personnages**

### *Charlie*

Charlie est une jeune femme de vingt-trois ans. Ses cheveux sont noirs et courts, récemment coupés, symbole d'une maturité qu'elle espère afficher. Charlie vient tout juste de compléter son programme universitaire en sciences infirmières. Première de sa classe et sportive de nature, elle se sentait à sa place dans le milieu structuré académique. Le contraire est vrai maintenant qu'elle pratique en tant qu'infirmière au Département de psychiatrie depuis deux mois. Le milieu est confrontant, presque épouvantable, et elle n'arrive pas à faire le lien entre la profession infirmière qui lui a été présentée en salle de classe et celle qu'elle observe au quotidien. Charlie s'accroche à l'espoir qu'elle pourra faire une réelle différence dans la vie de ces patient.es, mais le milieu lui offre le contraire.

### *Louis*

Louis est âgé de soixante-huit ans et souffre de démence depuis quelques mois. Plombier par métier et grand fan de baseball, ses mains craquées trahissent une usure indéniable. Louis est un homme gros et de grande stature. Il est imposant lorsqu'aux cotées de sa femme, Sylvie, une dame d'à peine 5 pieds. Louis porte des pantalons tenus par des bretelles et un mouchoir pend de la poche avant de sa chemise.

La démence avancée dont souffre Louis fait en sorte qu'il existe sans vivre. La majorité de ses journées filent alors qu'il est assis dans son fauteuil à écouter des repassages d'anciens matchs de baseball. Il arrive, quoique de plus en plus rarement, que son visage laisse percer un brin d'émotion; lorsque Sylvie approche une cuillère remplie de crème glacée à ses lèvres ou lorsque les partisans sur la télévision rugissent après un coup de circuit.

Autrefois un père de famille dévoué, Louis ne reconnaît plus Charlie. Il devient de plus en plus violent, imprévisible et agité. Perdu dans un brouillard de souvenirs troués, Louis est méconnaissable. Sa femme, Sylvie, s'accroche à l'homme qu'il était, mais qu'il ne sera plus.

### *Simon*

Âgé d'une quarantaine d'années, Simon est un homme costaud et chauve. Il exerce en tant qu'infirmier au sein du Département de psychiatrie depuis maintenant vingt-cinq ans. Il opère dans cet environnement avec une familiarité et rien ne le perturbe. Il arrive toujours deux minutes avant le début de son quart de travail, vêtu d'un pantalon jeans, un chandail blanc et une bouteille d'eau en plastique dans la main. Simon est quelqu'un de simple, tout simplement. Simon travaille énormément et il est fréquent qu'il fasse des quarts de seize heures. Ses collègues l'apprécient tel qu'on apprécie une antiquité au musée. Simon est, en quelque sorte, un pilier du Département de psychiatrie de l'hôpital.

### *Patient 1*

Le Patient 1 est un homme aux yeux perçants en situation d'itinérance. Il est grand, presque imposant, mais très, très mince. Son âge n'est jamais dévoilé, mais ses joues, qui ne sont pas tout à fait creusées par l'âge ou sa minceur, suggère qu'il se situe dans la vingtaine. Il est vêtu d'un chandail qui arbore le mot PATIENT et d'un pantalon du style jogging.

Patient 1 était grand fan de baseball. Enfant, il pratiquait régulièrement ce sport avec son père, aujourd'hui décédé. Lorsqu'il bénéficie de sa liberté et qu'il n'est pas interné au Département de psychiatrie, Patient 1 à l'habitude de passer le temps en vagabondant dans les rues de la métropole. Auparavant, Cela fait plus de 2 ans qu'il s'y trouve, loin de son chez lui, à la recherche de nourriture ou du prochain petit plaisir. Patient 1 est quelqu'un qui est éternellement sans destination. Affligé de schizophrénie ainsi que d'une propension pour l'automédication par la

consommation de substances illicites, il se retrouve fréquemment entre les mains du système de santé. Il se sent à la maison dans l'environnement froid et impersonnel de l'hôpital. Depuis sa jeunesse, Patient 1 prend plaisir à détruire et nuire afin de donner voix à sa souffrance.

### **La note d'intention**

Charlie, une jeune infirmière d'une vingtaine d'année, a récemment débuté sa carrière en psychiatrie interne. Charlie est normale, même banale pour certains. Charlie est n'importe qui, et cela amplifie le silence de son expérience et permet aux spectateurs de s'y reconnaître. Nous avons souhaité traduire notre expérience et notre vécu dans la caractérisation des personnages. Ayant entamé notre pratique infirmière dans un milieu franco-ontarien, l'ambiance du scénario nous rappelle notre chez-nous. Nous avons voulu préserver l'authenticité de ce milieu par le langage ; rendre le dialogue plus stoïque aurait dépaysé le contenu.

Le récit narratif qui relate le vécu de Charlie fait sans doute écho à l'expérience de la relève infirmière. En effet, pour plusieurs infirmières qui entrent sur le terrain de la pratique, la psychiatrie interne n'a rien de réconfortant. Par l'approche scénaristique et son appui sur l'analyse du carnet de recherche, nous espérons refléter cette réalité. Le thème de la division identitaire - professionnelle, éducationnelle et personne - se retrouve et prend forme à plusieurs niveaux du scénario. C'est l'une des raisons pour laquelle nous avons choisi d'en faire le titre. Les scènes ne sont pas linéaires et les temporalités se mélangent pour appuyer l'idée que Charlie interprète et vit les circonstances en puisant à divers bagages culturels, qui pour elle, ne sont pas saisis immédiatement comme différent. La frontière qui devrait séparer sa vie professionnelle et sa vie personnelle est brouillée. Bien que les difficultés de Charlie lui appartiennent, ce qu'elle vit au travail correspond sur la réalité qui est documentée dans notre carnet de recherche pendant un an et demi.

Le scénario nous informe également de l'histoire de Louis et Sylvie, les parents de Charlie. L'histoire de Louis et de Sylvie nous est présentée à travers les yeux de Charlie. Il est établi que Louis est atteint d'une démence sévère. Sylvie, son épouse et mère de Charlie, s'efforce de le maintenir à domicile. Toutefois, les comportements violents de Louis se révèlent de plus en plus difficiles à gérer. Charlie semble manquer d'empathie envers la situation vécue par ses parents ; son discours sonne comme celui d'une infirmière avec son patient, plutôt que celui d'une fille avec sa mère. L'incapacité de Charlie à se séparer de son identité d'infirmière brouille ainsi la ligne frontière entre le personnel et le professionnel.

Sur l'unité, Charlie n'a pas la même assurance qu'auprès de son père. La dynamique entre elle et son collègue Simon est représentative d'interactions que l'on voit peu souvent dépeintes sur les écrans dans toute leur complexité. Un incident impliquant un patient agressif met en lumière l'inexpérience et les hésitations de Charlie, suscitant les critiques de son collègue plus expérimenté. Charlie a besoin de soutien, et dans notre scénario, nous souhaitons qu'on ressente ce besoin chez Charlie. Elle tremble, elle a peur, elle hésite, ses émotions révèlent un besoin d'être encadrée.

La perspective de Charlie est maintenue à travers tout le scénario car c'est à travers ce personnage que l'intrigue se déploie. Comparativement à ce qui ressort d'une grande majorité des œuvres cinématographiques et télévisuelles sur le milieu psychiatrique, la perspective du personnel soignant est mise de l'avant et l'anonymat du patient est préservé. C'est un choix délibéré qui ne cherche pas à effacer l'expérience des patient.es, mais plutôt à amplifier la voix et l'expérience de l'infirmière, qui est le cœur battant de cette œuvre. Les autres membres de notre groupe, SCRIPPT, mettent en scène et scénarisent l'expérience des patient.es dans leur scénario respectif. Pour ce qui est de Division, je donne à entendre la voix de l'infirmière novice psychiatrique.

**Le scénario qui suit fait partie d'un recueil de scénarios intitulé *La vie. C'est comme la bicyclette, il faut avancer pour ne pas perdre l'équilibre.***

**Référence :** Desnoyers, R. (2025). « *Division* ». Dans Thifault, M-C. (dir.) (Presses de l'Université d'Ottawa), *La vie. C'est comme la bicyclette, il faut avancer pour ne pas perdre l'équilibre* (pp.68-82).

**DIVISION « ÷ »**

**(2022)**

Rebecca Desnoyers



**Format:** Court métrage

**Genre:** Drame

**Résumé:**

À travers le regard de Charlie, une jeune infirmière préoccupée par la maladie de son père et les défis de son nouveau travail, nous découvrons ce qui se cache derrière les portes barrées d'une unité psychiatrique.

### **1. INT. UNITÉ PSYCHIATRIQUE – SOIR**

CHARLIE (femme, vingtaine, taille moyenne) marche vers deux grandes portes grises au bout d'un corridor vide. Elle est vêtue d'un uniforme d'infirmière bleu foncé agencé. Un masque facial bleu couvre le bas de son visage. Une petite plaque de métal décore le mur, elle lit "*UNITÉ PSYCHIATRIQUE - ENTRÉE RESTREINTE*". Elle fouille dans un sac noir qui pend de son épaule, elle en ressort une carte portant son nom et sa photo. Elle la balaie sur le lecteur, qui affiche une petite lumière verte, et relâche un déclic métallique. Elle ouvre la porte et se dirige dans le couloir vers une porte qui sépare le poste infirmier de l'unité psychiatrique. Elle balaie sa carte sur un lecteur identique au précédent, le déclic résonne dans les couloirs sombres de l'unité. La porte s'ouvre. On entend, au loin, la voix d'un animateur de match de baseball.

## 2. INT. SALON - APRÈS-MIDI

La pièce est petite. Un fauteuil berçant et un divan en cuir noir occupent la pièce avec une télévision moderne qui repose sur un meuble en bois écorché. La partie de baseball du dimanche inonde la pièce de sons. POW! Le coup de la balle retentit sur le bâton du joueur, suivi des cris des partisans dans le stade.

Charlie est debout devant LOUIS (homme, père de Charlie, soixantaine, grand). Elle lui tient les deux poignets. Charlie porte son uniforme d'infirmière bleu foncé. Un stéthoscope dépasse de son sac noir qu'elle a posé sur le sol à côté d'elle. Louis porte des pantalons bruns, soutenu par des bretelles. Sa chemise est décorée d'un petit collant sur la poitrine qui affiche Louis St-Onges. Il est debout dans le salon, menaçant et en sueur.

Les cadres sur le mur couleur crème portent des photos de Charlie, dans l'enfance, à sa graduation. Un cadre montre une photo vieillie d'un beau jeune homme devant une voiture des années 1960. Chaque cadre porte une petite note collante qui décrit la date et l'événement de la photo. SYLVIE (Mère de Charlie, femme, soixantaine, petite taille), occupe le coin de la pièce. Son visage trahit sa peur, ses mains tremblent.

CHARLIE

*DAD! DAD! Arrête! Calme-toi! Arrête de frapper. Tu fais peur à maman.*

Louis se débat afin de libérer ses poignets. La sueur coule dans ses yeux, il paraît chancelant. Charlie parvient à le diriger vers une chaise. Elle aide Louis à s'y asseoir et relâche ses poignets. Louis tente de rejoindre ses poignets comme s'il tenait un bâton de baseball. Charlie prend un mouchoir sur la table à café près de la chaise et essuie la sueur du front de Louis.

CHARLIE

(doucement, en remettant la main sur les poignets de Louis)

Laisse-moi t'aider Dad. Respire avec moi.

SYLVIE

(la voix qui tremble)

Tiens-le, pas trop fort. Tu vas lui faire mal. Il est fragile, *tsé*.

CHARLIE

(d'un ton sec)

Maman, laisse-moi gérer.

Le visage de Louis trahit sa confusion. Il se met à se bercer rapidement dans la chaise qu'il occupe. Il retourne son regard vers la partie de baseball à la télévision. Sa main gauche tremble rapidement.

SYLVIE

Je lui ai donné le calmant comme tu m'as dit. La petite bouteille orange. J'ai mis la pilule sous sa langue. Ça ne marche pas pantoute! Il s'est quasiment étouffé dessus!

CHARLIE

Il faut que tu lui donnes avant qu'il devienne comme ça Mom! Sinon ça fait rien du tout!

(pause)

Il devient pire. On a besoin d'aide. La démence va s'empirer, tu le sais.

(Elle hésite, elle mord sa lèvre inférieure)

J'ai peur qu'il te fasse mal.

SYLVIE

(presque frénétique)

**NON! Non!** Tu le sais ce que je pense. Ton père voulait mourir ici, dans sa chaise

préférée. Après tout ce qui a fait pour nous  
c'est la moindre des choses qu'on peut faire.

CHARLIE

Laisse-faire le *guilt trip*! Il faut être  
réaliste! Moi, j'suis *pu* capable Mom. Tu  
le sais comment la job est difficile  
depuis que j'ai commencé. Je peux pas  
m'occuper de Dad en plus!

SYLVIE

Si tu veux plus m'aider, je le ferais toute seule Charlie!

CHARLIE

(en pleurant)

C'est pas que je veux pas. Je NE PEUX pas.

(elle s'arrête)

Papa y voudrait que tu vives ta vie, maman.

SYLVIE

(elle crie)

Tu le connais pas aussi bien que moi Charlie! On s'est promis l'amour à la vie, dans la joie, dans  
la douleur, dans la santé, dans la maladie! *Toute le kit!* Alors qu'il ne me reconnaît pas, qu'il me  
frappe, qu'il passe son temps à crier. J'serais là à côté de lui, parce qu'il aurait fait la même chose  
pour moi!

Charlie fixe Sylvie, son visage est rouge, trempé. Des larmes coulent le long du visage de Sylvie.

Charlie la prend dans ses bras. Les larmes de Sylvie mouillent l'uniforme de Charlie. Elle prend

son sac qui repose toujours au sol et le balance sur son épaule.

CHARLIE

(doucement)

Je dois aller travailler Mom.

Elle jette un coup d'œil vers Sylvie qui est de retour auprès de Louis. Elle quitte la pièce.

### 3. INT. POSTE INFIRMIER - UNITÉ PSYCHIATRIQUE – APRÈS-MIDI

Charlie entre dans un poste infirmier, et dépose son sac sur un bureau où reposent trois ordinateurs. Le poste infirmier est séparé de l'unité par des fenêtres résistantes qui permettent d'observer les patients qui errent dans les couloirs. Un collègue de travail, SIMON (homme, quarantaine, costaud), est assis sur une chaise devant un des ordinateurs. Il est vêtu d'un jean bleu et d'un pull rouge démodé qui laisse trahir sa quarantaine. Le masque sur son visage est baissé et repose en dessous de ses narines. À l'arrivée de Charlie, il remonte le masque sur l'arête de son nez. On entend des patients rires bruyamment.

SIMON

Salut Charlie! Comment tu vas la petite?

CHARLIE

Ça pourrait aller mieux. Mais bien contente de voir que je travaille avec toi.

(Charlie lave ses mains avec du désinfectant à l'alcool)

Les infirmières de jour t'ont donné un p'tit rapport avant de partir ou elles se sont sauvées?

SIMON

Elles m'ont dit que c'était un *shift Rock-N-Roll*. On en a trois qui ont reçu des injections et un en contention Pinel. Apparemment un des patients aurait même mordu Josh de la sécurité.

CHARLIE

Wow O.K...on gère ça comme ça vient alors.

Elle s'installe à l'ordinateur vide près de Simon. Un PATIENT (homme, vingtaine, grand) se présente à la fenêtre devant l'ordinateur de Charlie. Il pose ses yeux verts brillants sur elle. Il porte un coton ouaté bleu marin qui est déchiré à plusieurs endroits. Il semble désorienté, ses yeux balaient les alentours. La lumière fluorescente de l'unité brille sur son crâne nu.

PATIENT 1

Du jus. Orange. Tout de suite. J'ai soif.

Charlie continue de taper sur le clavier de l'ordinateur. Le patient cogne sur la fenêtre devant Charlie.

PATIENT 1  
(en colère)  
*Eille! Ignore-moi pas!*

Charlie sursaute et lève le regard.

CHARLIE  
Oui, certain! Donne-moi deux minutes et  
je t'amène ça. Je débute ma soirée alors  
je regarde quelques p'tit trucs sur l'ordi et  
j'arrive.

Patient 1 la fixe d'un regard intense. Il se fâche et frappe du poing la fenêtre. La bouche de Charlie s'entrouvre, mais elle la referme sans rien dire. Patient 1 la fixe et s'éloigne du poste infirmier, vers le couloir des chambres de l'unité. En marchant, il chantonne.

PATIENT 1  
(en riant)  
Un, deux, trois, quatre, cinq, six, sept,  
Violet-te, Violet-te à bicyclette.

SIMON  
Bon, ça commence bien. Laisse-le faire.

CHARLIE  
(un petit rire nerveux lui échappe)  
Attends que je lui dise qu'on a plus de jus d'orange depuis hier.

SIMON  
Amène la sécurité avec toi quand tu vas aller le voir. Il n'a pas l'air content.

CHARLIE  
(d'un ton sarcastique)  
T'as vu le garde de sécurité de l'unité aujourd'hui? Je pense que j'ai plus de muscles que lui, et il a l'air plutôt intéressé par son sudoku. Je voudrais surtout pas le déranger.

Simon lâche un rire bruyant et hoche de la tête. Charlie se lève et se dirige vers la porte du poste infirmier.

#### 4. INT. COULOIR DE L'UNITÉ PSYCHIATRIQUE - SOIR

Le couloir est monochrome, la peinture est un beige écaillé. Les murs sont nus, sauf pour celui où on lit les mots *HELP* en crayon à mine rédigé sur toute sa surface d'une main évidemment tremblante. Le désinfectant à main laisse une odeur forte de chimique dans l'air. Un haut-parleur au plafond de l'unité relâche un craquement électronique avant de lancer:

VOIX DE FEMME - HAUT-PARLEUR.

*Code Blanc. Unité Psychiatrique. Chambre 1B06. Code Blanc. Unité Psychiatrique. Chambre 1B06.*

Le déclic des portes d'entrée sonne et 5 AGENTS DE SÉCURITÉ en uniforme entrent dans l'unité psychiatrique. Charlie tient la porte de la chambre du patient fermée. On entend des coups de l'autre côté de la porte. Charlie tente de maintenir sa position afin de garder la porte fermée, mais l'effort de la tâche est lisible sur son visage; la sueur brille sur son front. Deux gardiens viennent l'appuyer. Charlie cède sa place et se dirige vers le poste infirmier.

CHARLIE

J'avais préparé l'injection. Simon est où? Vous l'avez vu?

Charlie n'attend pas leurs réponses, elle entre dans le poste. On la voit à travers la vitre transparente du poste. Elle agrippe une seringue, une fiole de médicament et un tampon d'alcool. Elle insère l'aiguille dans la fiole et tente de tirer. Elle n'y arrive pas. Elle tremble. Sa respiration est rapide. Elle sort l'aiguille, en ouvre une autre qui est clairement plus épaisse. Elle l'insère dans la fiole et aspire le liquide visqueux dans la seringue. Charlie enfle une paire de gants. Elle sort du poste et croise Simon qui arrive avec une civière, couverte d'un drap blanc. Une bretelle bleue avec des sangles de métal pend du bord de la civière.

SIMON

J'ai été chercher la civière. On le met en contention mécanique, hein?

Charlie hésite. Son masque est trempé de sueur.

CHARLIE

*(la voix tremblante)*

Je pense que oui.

*(pause)*

Toi tu ferais quoi? T'as plus d'expérience que moi là-dedans.

SIMON

*(d'un ton sec)*

Charlie! C'est pas le temps de niaiser!

C'est ton patient, c'est toi qui décides!

Qu'est-ce qu'on fait?

CHARLIE

*O.K, O.K,*

*(Elle hésite à nouveau)*

On... on l'attache.

Les gardes de sécurité ouvrent la porte, Patient 1 sort rapidement de la chambre en criant. Il dirige son poing vers le visage d'un des gardes qui esquive celui-ci de peu. Les gardes de sécurité immobilisent le patient au sol en ayant recours à une chorégraphie qui ressemble à un pêle-mêle de bras et de jambes. Simon baisse le pantalon du patient et expose sa hanche droite. Charlie demeure derrière, figée. La seringue tremble légèrement dans sa main gantée.

SIMON

**CHARLIE! LET'S GO.** T'as préparé le médicament?

Injecte-le! C'est pas le temps de niaiser!

Charlie s'avance. Elle ouvre un petit tampon d'alcool et désinfecte la surface de la peau du patient. Elle hésite, tente d'utiliser ses doigts pour confirmer le site d'injection, mais ils tremblent trop. Elle regarde les mains des gardes de sécurité qui sécurisent les poignets du patient. Charlie remarque un tatouage minuscule sur l'avant-bras du Patient; une balle de baseball. Les yeux de Charlie deviennent grands. Elle se revoit dans son salon, le visage de son père brouille sa vision. Le patient hurle et ramène Charlie dans le moment. Elle insère l'aiguille dans le muscle de la hanche du patient et injecte le médicament en appuyant sur le piston de la seringue. Elle la retire du muscle et appuie un petit bout de coton sur celui-ci. Les gardes de sécurité soulèvent le patient

par les bras et le dépose sur la civière. Ils agrippent chacun une bretelle qui pend de chaque extrémité de la civière. Ils attachent d'abord les poignets pour ensuite immobiliser les chevilles et puis en terminer avec l'abdomen. Le patient continue de se débattre, mais ses paupières paraissent lourdes. Charlie reste debout près du poste infirmier, elle est figée. Le tout se fait d'une rapidité qui la dépasse. Simon guide la civière dans la chambre du patient. Il quitte la chambre du patient. Il se dirige vers Charlie, qui est en marche vers le poste infirmier.

SIMON

Pourquoi ça t'as pris longtemps comme ça à réagir? Tu le sais bien qui faut réagir vite pendant un code comme ça!

CHARLIE

Je sais. Désolée. Je suis pas tout à fait confortable avec tout ça encore.  
(Elle hésite)  
J'ai de la misère à m'y faire...

SIMON

C'est pour son bien Charlie. C'est ça être infirmière en psy. C'est pas toujours beau, mais c'est ça. Va falloir que tu t'y fasses.

Il balaie sa carte sur le lecteur de la porte du poste infirmier et y entre en secouant la tête. Il paraît déçu. Charlie fixe la porte de la chambre. Des larmes se forment dans ses yeux. Elle lève les yeux vers le ciel et prend une profonde respiration.

## 5. EXT. RUE DEVANT L'HÔPITAL - SOIR

Charlie marche le long d'un trottoir pauvrement éclairé. L'hôpital et ses lumières scintillent dans l'arrière-plan. Les automobiles filent à côté d'elle. Un ITINÉRANT (homme, cinquantaine, habits négligés) déambule devant elle. Il est chancelant. Il heurte presque Charlie de son coude en passant. Charlie ne réagit pas, son regard est vide. Charlie s'assit sur le bord du trottoir trempé par la pluie.

Les images de Louis et du patient filent dans sa tête. Elle met sa main dans sa poche et en ressort son téléphone cellulaire. Elle déverrouille son téléphone et pose son index sur l'application de ses photos. Elle ouvre un album nommé "Dad". Elle clique sur la première photo. C'est une photo de Charlie dans sa petite enfance assise sur les genoux de Louis, qui est déguisé en Père Noël. Charlie sourit.

## 6. INT. POSTE INFIRMIER - UNITÉ PSYCHIATRIQUE - SOIR

Charlie est assis devant un ordinateur. Simon est assis à l'ordinateur à côté d'elle.

SIMON

Ta pause t'a fait du bien?

CHARLIE

Oui. On peut dire ça.

SIMON

*(il s'adoucit)*

Tu sais Charlie, c'est *tough* travailler ici.  
Tu vas voir...ça devient plus facile avec  
le temps. On s'y habitue.

CHARLIE

Je sais Simon. Ça va, j'te le dis.

SIMON

Ça fait qu'on est *all good*? Tsé, je veux  
juste ton bien, la p'tite.

CHARLIE

*(elle lui sourit)*

Je le sais. Merci.

SIMON

Good. *Anyways*, on nous a appelés pendant ta pause pour annoncer une admission dans le 8 pour toi. J'ai pas grand info, juste le nom et un peu de son histoire.

Charlie va dans son sac noir et en ressort un petit calepin. Elle prend une plume de la poche de son uniforme. Elle se prépare à écrire.

CHARLIE  
Raconte-moi.

Simon s'enfonce dans sa chaise et joue avec sa plume. Il rabaisse son masque sous son nez et prend une grande inspiration.

SIMON  
Homme, 68 ans, admit pour  
comportements violents envers sa  
femme. On suspecte Démence,  
Alzheimer. Mais c'est pas clair encore.  
Précautions élevées pour la violence, il  
nous arrive en contention.

(Charlie note rapidement sur son papier)

Son nom c'est... huumm, attend laisse-moi voir mes notes. Un nom ben commun, facile à oublier,  
Ah c'est ça!  
Louis St-Onge.

Charlie cesse d'écrire, son visage se crispe. L'écran devient noir.

**FIN**

## CHAPITRE 7 : DISCUSSION

Cette thèse s'appuie sur le cadre théorique de la narratologie selon Bal (2017) qui privilégie l'exploration et l'amplification de l'expérience vécue. Notre démarche a permis de documenter dans un carnet de recherche le vécu d'une infirmière novice sur un département de psychiatrie. L'objectif principal de cette recherche consiste à examiner et à disséminer la perspective d'une infirmière novice dans l'espoir d'ouvrir le dialogue sur le parcours transitionnel de la relève infirmière. Dans un premier temps, lorsqu'il est question de son intégration au sein de l'équipe de soin en psychiatrie et, dans un deuxième temps, son expérience quant à l'usage des contentions mécaniques. Cette étude s'appuie sur deux approches méthodologiques, celles de l'ethnographie et de la recherche-création. La discussion de ce chapitre porte sur les contributions issues de ces deux volets de la recherche, soit les observations notées au carnet de recherche et la création d'un scénario de court métrage. Notre étude contribue à une meilleure compréhension du processus d'intégration de la relève infirmière en psychiatrie hospitalière. Elle suggère également des pistes concrètes de réflexion sur la perspective infirmière lors du recours à la contention mécanique. Des recommandations en ce qui concerne les domaines de la pratique, de la recherche et de la formation en soins infirmiers sont proposées à la fin de ce chapitre.

### 7.1 Processus transitionnel de l'infirmière ou de l'infirmier novice

Plusieurs auteurs et autrices ont proposé des théories concernant le processus de transition professionnelle de l'infirmière ou de l'infirmier novice, parmi lesquelles nous citons celles de Benner (1982) et de Duchscher (2008). Benner (1982), inspirée du modèle de Dreyfus (1980), a proposé un processus d'acquisition des compétences infirmières. Selon Benner, l'acquisition de ces compétences constitue un processus linéaire au cours duquel l'intuition et le

jugement clinique se développent. Ce processus comporte cinq niveaux, soit : novice, débutant.e, avancé.e, compétent.e, performant.e et enfin, expert.e. L'infirmier.ère approche les situations cliniques selon ces niveaux de compétence. Les travaux de Duchscher (2008) se sont plutôt penchés sur le processus du *Becoming* de l'infirmier ou l'infirmière novice lors des douze premiers mois de sa pratique. Selon sa théorie, la personne novice traverse trois stades pendant sa transition : le *Doing*, le *Being* et le *Knowing*. Duchscher conceptualise ce processus transitionnel comme étant non linéaire et non prescriptif. Tout comme Benner (1982), Duchscher soutient que la difficulté majeure du processus transitionnel réside dans l'immaturité du jugement clinique de la relève infirmière. Les contributions de Duchscher (2008) et Benner (1982) permettent d'appréhender le processus de transition ainsi que l'acquisition des habiletés professionnelles de l'infirmier ou de l'infirmière novice. Notre étude s'est intéressée à ce phénomène de transition sur plus de deux ans et, spécifiquement, en contexte psychiatrique. Nos résultats viennent ainsi compléter ceux de Duchscher et de Benner.

Bien que plusieurs modèles antérieurs se soient penchés spécifiquement sur la première année de pratique des infirmières et infirmiers novices (Duchscher, 2008; Hsiao et al., 2021; Spector et al., 2010), nos résultats suggèrent que cette transition peut s'étendre sur une période allant jusqu'à deux ans de pratique, voire davantage. Les niveaux de confiance et de compétence peuvent à tout moment évoluer ou régresser selon les interactions avec l'environnement. Ces fluctuations sont possibles même après une année de pratique. La fin du processus de transition ne correspond donc pas à une étape à atteindre au bout de 12 mois. À cet égard, nos résultats corroborent les contributions de Meleis et al. (2000), qui ont avancé l'hypothèse selon laquelle il pourrait être non seulement impossible, mais potentiellement déconseillé de quantifier la durée du processus de transition.

Le processus transitionnel de la relève infirmière en psychiatrie présenté dans le chapitre des résultats rend compte de l'acquisition des compétences de celle-ci. Elle démontre également son niveau de confiance professionnelle. Cette illustration du processus transitionnel met en valeur, sur une période de plus de deux ans, trois phases de développement des compétences et les fluctuations significatives au cours des phases de « mimétisme », de « consolidation » et d'« intégration ». Nos résultats suggèrent le besoin d'appréhender rapidement les subtilités du milieu et de performer selon les attentes du rôle infirmier. Ce long processus transitionnel en trois périodes distinctes révèle un écart significatif entre la formation universitaire reçue et la réalité du milieu psychiatrique. Les stages cliniques effectués durant la formation ne permettent pas à la relève infirmière d'acquérir une compréhension approfondie du rôle infirmier au sein du département de psychiatrie. Ce domaine se distingue des autres départements hospitaliers et nécessite le recours à des compétences et des aptitudes pratiques différentes. Le rôle infirmier en milieu psychiatrique est plutôt axé sur la relation thérapeutique, l'approche orienté vers le rétablissement ainsi que le soin qui prends en compte les traumatismes (ACESI, 2015). La singularité inhérente au milieu psychiatrique engendre une expérience de transition particulièrement distinctive pour la relève, qui justifie le besoin d'approfondir la recherche à ce sujet afin de mieux préparer la relève infirmière en milieu psychiatrique.

La conception du processus transitionnel, telle que nous l'avons illustrée dans les chapitres qui ont précédé trouve avec l'écriture scénaristique présentée dans ce chapitre-ci une portée d'illustration et de diffusion plus large. En effet, l'approche narrative (Bal, 2017) permet de transmettre l'expérience vécu par les participant.es. Notre conception du processus transitionnel de la relève infirmière en psychiatrie s'appuie sur le cadre théorique de la narratologie de Bal (2017). Notre étude s'est intéressée aux émotions, à l'environnement, au

contexte, parmi d'autres, mais également à l'aspect temporel du processus de l'expérience transitionnelle de la relève infirmière.

## **7.2 Intégration ou assimilation?**

L'écart entre la formation théorique et la réalité de la pratique infirmière en psychiatrie contraint l'infirmier.ère à « mimer » les pratiques de ses collègues. Il s'agit d'un constat qu'a également observé McTavish (2023). Joseph et al. (2022) ont d'ailleurs suggéré que l'environnement psychiatrique est particulièrement confrontant pour l'infirmier et l'infirmière en début de carrière. La complexité du développement d'une relation thérapeutique, l'importance de maintenir la sécurité du milieu et de la patientèle, ainsi que les compétences spécialisées requises afin d'exceller en tant qu'infirmier.ère psychiatrique sont des facteurs contribuant à cette difficulté. Nos observations rejoignent celles de Joseph et al. (2022). La relève infirmière entame sa pratique en étant habitée d'une importante incertitude et de l'appréhension. Ces sentiments sont partiellement en lien avec certaines interventions faisant partie du quotidien qui reposent presque entièrement sur la prise de décision infirmière. Il s'agit d'une source d'inquiétude pour la relève infirmière dont le jugement clinique est encore en développement. En conséquence, le ou la novice agit par mimétisme pendant les premiers mois de sa pratique. Ce phénomène s'explique non seulement par le désir de s'intégrer à l'équipe soignante, mais aussi dans l'espoir de réduire les sentiments d'incertitude et d'appréhension vécus inhérents au processus de transition. Lors de la phase de mimétisme, l'infirmier ou l'infirmière novice remet en question sa présence dans le milieu de soin et s'interroge sur sa capacité à gérer l'insécurité qui prédomine durant cette période. Les études de Gregg et al. (2023) et de Ching et al. (2022) proposent que ce soit à ce stade qu'il ou elle évalue la possibilité de poursuivre ou de quitter la profession. Nous rejoignons Lee et al. (2024) en concluant que si l'infirmier ou l'infirmière novice ne s'adapte pas

à l'environnement, la pérennité de l'offre de soin risque d'être éphémère. Une observation qui est particulièrement importante dans un contexte de pénurie d'infirmières et d'infirmiers en milieu psychiatrique (Statistique Canada, 2023). Le manque d'effectifs est un exemple qui démontre la pression qu'exerce le milieu sur la relève infirmière. Le manque de ressources contribue à accélérer son assimilation afin qu'elle parvienne rapidement à répondre, de façon autonome, aux exigences du rôle professionnel.

L'infirmier.ère en devenir prend conscience de cette assimilation pour la première fois lors d'interactions avec des infirmier.ères moins expérimenté.es. À ce moment, il ou elle constate l'atténuation des hésitations et un sentiment d'insécurité moins prononcé et moins déstabilisants. Selon Duschner (2008), cette réalisation survient durant la phase du «*Knowing*», approximativement après 12 mois de pratique. Les résultats de la présente étude identifient ce changement durant la période de consolidation des acquis, soit entre 3 mois et 2 ans de pratique. Notre étude démontre une relation entre l'évolution de la pratique et l'effacement de la perception du rôle ayant été conçu durant la formation. Avec l'expérience, les opinions changent, et ce, dû au développement du jugement clinique, mais aussi en lien avec un degré d'habitation envers l'environnement. La phase de la consolidation des acquis s'associe au niveau de «*débutante avancée*» de Benner (1982). La phase de mimétisme permettait dans un premier temps à la relève infirmière d'observer le fonctionnement de l'unité et de mieux comprendre les règles et les routines du quotidien. Elle se concentre maintenant sur le perfectionnement de ses compétences acquises par le biais d'une pratique répétée et reproduite. La phase de la consolidation des acquis est en quelque sorte une période transitoire durant laquelle l'assurance nécessaire pour affirmer pleinement son jugement clinique n'est pas encore développée. La

relève infirmière parvient néanmoins à prendre des décisions élémentaires en s'appuyant sur ses observations antérieures.

C'est au cours de la phase intégrative que l'infirmière ou l'infirmier novice acquiert la réflexivité lui permettant d'appréhender les subtilités de son environnement professionnel. Ces réflexions sont rendues possibles si l'assimilation dans l'environnement de soin est réussie. Une assimilation réussie cultive un sentiment d'appartenance et de confort au sein de l'équipe soignante. L'anxiété lors d'interactions avec les collègues est réduite. C'est alors que la relève infirmière s'interroge sur son intégration dans le milieu. Elle réussit même à établir un parallèle entre la personne qu'elle était au tout début de sa transition et celle qu'elle est devenue. Le sentiment d'inconfort, qui avait été oublié pendant un certain temps, peut se manifester en lien avec la réalisation de cette évolution personnelle et professionnelle importante. La remise en question du rôle et de ses valeurs peut également resurgir. Dans cette étude, la transformation des perceptions fut particulièrement flagrante dans le contexte du recours à la contention mécanique.

### **7.3 Intersection du processus de transition et l'expérience du recours à la contention mécanique**

L'analyse du processus de transition de la relève infirmière dans un contexte de soins psychiatriques a mis en évidence l'inconfort et l'importante incertitude ressenti en particulier lors de l'utilisation des contentions mécaniques. Cette période transitoire exerce une influence significative sur les décisions et les interventions cliniques de l'infirmière débutant.e. La tension vécue autour de l'usage des contentions mécaniques permet d'assister aux émotions, ajustements et décisions qui caractérisent la transition de la formation à la pratique infirmière en milieu psychiatrique.

La contention mécanique constitue une intervention relevant du rôle infirmier dans le contexte des soins psychiatriques en milieu hospitalier. La littérature scientifique met en

évidence une division des opinions parmi les auteur.es quant au recours à cette pratique. Le personnel infirmier subit l'impact de cette ambiguïté. Il est rare d'atteindre un consensus concernant les conditions justifiant ou non le recours à la contention. Birkeland & Gildberg (2016), Bowers (2014) et Kodal et al. (2018) présentent des arguments explicites en faveur de l'abolition ou de la réduction de cette pratique, citant son potentielle élevée de traumatismes aux patient.es et aux membres du personnel infirmier. Lee et al. (2003) et Marangos-Frost & Wells (2000) soutiennent, quant à eux, la position opposée, soulevant l'absence d'alternatives permettant de mitiger l'agression physique et la violence en milieu psychiatrique. Nos résultats démontrent que la relève infirmière souffre de ce débat. Tel que démontré plus haut, la relève a recours au mimétisme afin d'appréhender les rudiments de son rôle au sein du milieu psychiatrique. Au cours de la première phase transitionnelle, celle-ci n'a pas les connaissances ou le jugement clinique requis afin de prendre position quant au dilemme que soulève le recours ou non à la contention mécanique.

Le personnel expérimenté influence la décision de recourir ou non à la contention mécanique. L'infirmière ou l'infirmier novice qui se situe à la phase du mimétisme, hésite, tout en portant la responsabilité d'initier l'usage des contentions. Son intervention, qui peut lui sembler brutale, repose sur des compétences insuffisamment développées afin d'avoir l'assurance nécessaire pour justifier ou non la contention mécanique. Il est même probable qu'il s'agit de sa première interaction avec la contention mécanique. Selon notre expérience, les étudiants et étudiantes lors de leurs stages cliniques sont exclu.es des situations d'urgence nécessitant leur recours. L'arrivée de la relève infirmière dans un milieu exigeant l'utilisation des contentions mécanique force la prise de conscience d'un dilemme éthique significatif. Celle-ci se trouve en opposition avec les principes fondamentaux inculqués lors de la formation professionnelle,

lesquels reposent sur une image professionnelle équitable, éthique et avocate de ses patient.es. Nous postulons que le milieu de travail inculque des mécanismes qui permettent d'atténuer la dissonance cognitive engendrée par l'utilisation de la contention mécanique, et ce dès la phase de mimétisme. Cette observation s'aligne avec les travaux de Corneau (2017) qui a démontré que les infirmier.ères ont recours à la rationalisation et à la trivialisatation afin de minimiser l'impact de la dissonance cognitive associée à l'application de la contention mécanique. Le personnel infirmier justifie l'utilisation de la contention mécanique en soulignant sa nécessité et en utilisant une terminologie qui présente cette intervention comme étant dans l'intérêt du bien-être des patient.es. La dissonance cognitive que prolifère la contention mécanique chez l'infirmière ou l'infirmier novice résulte d'une vision du rôle professionnel imaginé durant la formation et le rôle observé pendant la phase de mimétisme. Comme il a déjà été mentionné, la relève infirmière est malléable et absorbe le quotidien du milieu afin de favoriser son intégration. C'est alors qu'elle assimile, à son insu, certains réflexes afin de dissimuler les émotions difficiles en lien avec cette intervention infirmière.

Lorsque l'infirmier ou l'infirmière novice chemine vers la phase de la consolidation des acquis, les efforts se concentrent sur la concrétisation des pratiques plutôt que de simplement les reproduire. À ce stade, la personne novice manifeste une confiance accrue dans ses compétences et démontre une capacité à identifier certaines situations nécessitant le recours à la contention mécanique. Néanmoins, le processus décisionnel, particulièrement en ce qui concerne l'initiation et la cessation de la contention, demeure complexifié par des compétences en développement. Les résultats de notre étude montrent que le processus décisionnel de la relève infirmière concernant l'utilisation de la contention est rudimentaire et ne permet pas l'intégration des nuances inhérentes à cette intervention. En phase de consolidation des acquis, les novices

parviennent à évaluer la pertinence de la contention mécanique lors de situations cliniques familières ou de base. Toutefois, cette cohorte hésite lorsqu'elle est confrontée à des situations ambiguës ou nouvelles. L'atténuation de l'incertitude constitue un indicateur de l'évolution vers la phase intégrative du processus transitionnel.

Nos résultats soulignent l'importance de la phase intégrative lorsqu'il est question de la prise de décision infirmière, particulièrement, lors de l'usage des contentions mécaniques. L'infirmier ou l'infirmière novice traversant la phase intégrative éprouve toujours une dissonance cognitive, toutefois, celle-ci provient plutôt du fait que des pratiques qui aurait autrefois été contestées ont été assimilées à son insu. Avec un certain temps écoulé depuis la formation initiale, l'infirmier ou l'infirmière novice ne perçoit plus la dichotomie entre le rôle professionnel idéalisé et la réalité observée. La phase intégrative, caractérisée par l'introspection et la réflexivité, conduit vers une réévaluation critique de l'utilisation des contentions mécaniques. La relève infirmière développe une compréhension approfondie des situations complexes nécessitant le recours aux contentions mécaniques, ce qui l'amène à une analyse réflexive sur ses décisions. L'affinement du jugement clinique facilite une prise de décision plus intuitive et moins théorique, sans toutefois atténuer l'impact émotionnel lié à l'application des contentions mécaniques.

#### **7.4 Qu'en est-il des émotions ?**

L'importance de se pencher sur le vécu émotionnel de la relève infirmière est soulignée par Jarden et al. (2021). Un état émotionnel précaire peut présager la fatigue compassionnelle ou même l'abandon de la profession. L'exploration des émotions vécues par l'infirmier ou l'infirmière novice au cours de sa transition professionnelle et lors du recours à la contention mécanique demeure insuffisamment documentée dans la littérature scientifique actuelle.

Néanmoins, les résultats de cette étude permettent de conclure que l'expérience émotionnelle influence significativement l'infirmière ou l'infirmier novice, et ce, particulièrement en période de transition. Nous avançons que la prise de décisions est largement influencée par l'anxiété, l'appréhension et l'incertitude ressentie durant le processus de transition.

Selon Duchscher (2008), la relève infirmière qui entame sa pratique vit une période de lune de miel. Pendant celle-ci, bien qu'elle ressente également de la peur et de l'incertitude, la relève infirmière est guidée par sa fébrilité d'être finalement une professionnelle de la santé faisant partie d'une équipe soignante. Elle éprouve le besoin de démontrer qu'elle est à la hauteur des attentes en lien avec son rôle professionnel. Cela fait en sorte qu'elle arrive à performer malgré une anxiété qui peut être intense par moment. Lors de ses premiers mois de pratique, l'infirmière ou l'infirmier novice est submergé par un immense volume d'information qui doit rapidement être assimilé. La relève infirmière n'a pas l'opportunité ou la réflexivité requise pour s'intéresser à ses émotions dans le milieu de pratique. Un constat également proposé par Benner (1982). Tel que mentionné dans les sections précédentes, il est possible qu'elle mette de côté ses opinions lors de certaines pratiques, comme la mise en place de la contention mécanique, simplement parce qu'elle ressent le besoin de se conformer à la culture de son nouveau lieu de travail.

Alors qu'elle se situe dans la phase de la consolidation des acquis, la relève infirmière se sent plus compétente et l'anxiété est significativement réduite. Elle parvient à fonctionner dans le milieu psychiatrique et sa confiance en est nourrie. Il est possible qu'elle ignore les limites de sa compétence dues à ce sentiment de familiarité. Fraîchement sortie d'une phase durant laquelle l'expertise de ses collègues était indispensable, la personne novice désire son indépendance. Toutefois, l'intégration de la réflexivité demeure un aspect à développer afin de faire progresser

sa pratique. C'est cette réflexivité qui lui permettra d'assurer sa pérennité au sein du milieu clinique.

Ce n'est que plusieurs mois plus tard, dans la phase intégrative, que l'infirmier ou l'infirmière novice s'intéresse à ses émotions. Au cours de ses deux ans de pratique, plusieurs situations lui ont permis d'exercer son jugement clinique. À cette étape, les difficultés du côté émotif sont principalement liées à la remise en question professionnelle et à la projection dans l'avenir. Les sentiments d'enthousiasme et de nouveauté éprouvés durant la période de mimétisme et de la consolidation des acquis cèdent place à une perception de routine et de prévisibilité. L'aspect émotionnel des infirmier.ères en période intégrative demeure peu documenté dans la littérature scientifique, principalement en raison du fait que de nombreux auteur.es ont circonscrit leurs recherches à la première année de transition.

### **7.5 Représentation du vécu : la création scientifique**

L'usage de la recherche-crédation dans cette thèse contribue à rehausser le discours sur ce que constitue la recherche en sciences infirmières et participe à la réflexion sur la diffusion rapide des résultats dans les milieux de soins.

L'intérêt d'avoir recours à la création afin de diffuser des résultats scientifiques provient d'un écart bien documenté dans la littérature entre la pratique et la recherche. La production artistique, peu importe son format, matérialise les constats et les rends plus accessibles au public général. L'art permet d'exprimer une expérience telle qu'elle a été vue, entendue ou touchée par ceux et celles l'ayant vécue. Paquin (2017) souligne l'importance d'une interprétation artistique véritable qui fait en sorte que les personnes ayant vécu l'expérience s'y reconnaissent. Ce principe a considérablement guidé la rédaction du scénario de court métrage présenté dans le

cadre de cette thèse. L'objectif est de doter la relève infirmière d'une représentation du milieu psychiatrique afin qu'elle soit mieux outillée dans sa transition professionnelle.

Notre scénario de court métrage, intitulé *Division* (÷), met en lumière une thématique centrale émanant de nos résultats de recherche. Le carnet de recherche rend compte d'une division multidimensionnelle inhérente à l'expérience de la relève infirmière. Cette division se manifeste à travers diverses facettes de la transition professionnelle. L'écart entre le milieu académique et la pratique clinique provoque un sentiment de division dès l'introduction dans le milieu. Lorsque la relève infirmière entame son intégration, ses valeurs sont confrontées lorsqu'elle prend conscience des disparités entre l'idéal infirmier enseigné et la réalité de l'environnement de travail. Cette division revient lorsqu'il est question de la contention mécanique: l'infirmier ou l'infirmière novice doit choisir entre maintenir la sécurité de l'environnement ou le maintien de la dignité de la personne en situation de crise. Nuancer le vécu de la relève infirmière lors de son processus de transition en milieu psychiatrique implique la compréhension que celle-ci vivra plusieurs divisions qui vont influencer la compréhension de son rôle.

Cette thèse contribue non seulement à la compréhension du phénomène de la transition, mais avance également que la complexité de celle-ci réside dans la fragmentation de l'identité infirmière qu'elle assimile. Le scénario illustre la charge théorique considérable que doit assumer l'infirmière ou l'infirmier novice au début de sa carrière professionnelle. L'accès à ces connaissances s'avère particulièrement difficile dans des situations anxiogènes auxquelles elle ou il n'a jamais été confrontée auparavant. La conjugaison entre l'acquisition des compétences et les défis de la vie personnelle complexifie l'intégration au milieu professionnel. La relève infirmière se trouve dans une double position : celle d'une professionnelle en développement évoluant dans

un environnement complexe, et celle d'un individu confronté à des difficultés personnelles parfois étouffantes. Le milieu peut également contribuer à une induction qui fait en sorte que l'identité professionnelle et personnelle se mêlent. Ce scénario met en lumière cette dualité qui enrichit la littérature scientifique portant sur la transition professionnelle des infirmiers et infirmières novices.

## **7.6 Retombés escomptées**

Cette section explore les retombées de cette étude en ce qui concerne la pratique, la formation et l'éducation infirmière.

### ***7.6.1 Implications pour la pratique infirmière***

Tout d'abord, nous recommandons que les professionnel.les qui accueillent la nouvelle génération d'infirmier.ères clarifient leurs procédures et protocoles afin d'assurer que le personnel infirmier dispose des outils nécessaires pour prendre des décisions éclairées (Nibbelink & Brewer, 2018). Cette considération revêt une importance particulière dans le contexte de la contention mécanique, une intervention qui repose largement sur le jugement clinique du personnel infirmier, tant novice qu'expérimenté. Les résultats de notre recherche ont démontré que l'immaturation du jugement clinique de la relève infirmière complexifie davantage la prise de décision concernant l'application de la contention mécanique. L'établissement d'un cadre procédural permettrait de partager la responsabilité de l'intervention que constitue la contention mécanique entre le personnel soignant et l'organisation qui l'impose. Cela contribuerait à réduire la détresse psychologique vécue par le personnel infirmier en lien avec cette intervention, qui est particulièrement ressentie pendant la première période de transition (Riahi et al., 2016). L'adoption de procédures standards garantit la continuité des soins et l'équité de la prise en charge des personnes hospitalisées au département de psychiatrie.

Deuxièmement, notre étude a démontré l'importance de la pratique réflexive, par le biais d'un carnet de recherche, des tensions intrinsèques vécues par l'infirmière ou l'infirmier novice durant sa transition vers la pratique. L'utilisation structurée d'un carnet de recherche, initiée dès l'intégration au milieu clinique, permet non seulement d'atténuer la charge émotionnelle associée à cette transition, mais facilite également une analyse réflexive approfondie du développement professionnel. Cette habitude donne l'opportunité à l'infirmier ou l'infirmière novice d'expliquer ses valeurs et ses motivations. Le journal de bord s'avère également un instrument précieux pour l'analyse critique des processus décisionnels et des interventions cliniques, favorisant ainsi l'optimisation des pratiques futures. Cette réflexivité contribue significativement à la construction de l'identité professionnelle. Les recherches de Cadorette et al., 2023, Forneris et Peden-McAlpine, 2007 et de Walton et al., 2018 ajoutent que la pratique réflexive contribue au développement du jugement clinique chez le personnel infirmier novice.

### ***7.6.2 Implications pour la formation infirmière***

La formation infirmière a un impact particulier sur le processus de transition de la relève en soins infirmiers. La littérature démontre l'existence d'un écart significatif entre les connaissances théoriques enseignées à la formation et les compétences pratiques nécessaires en milieu clinique (Cleary, Horsfall & Happell, 2009). Par conséquent, l'infirmier ou l'infirmière novice qui débute sa pratique en psychiatrie risque de vivre un choc de transition. C'est pour cela que les institutions académiques doivent s'intéresser aux opportunités d'apprentissage qui rejoignent le milieu académique et la réalité de la pratique et qui explorent également l'expérience émotionnelle du processus de transition.

Tout d'abord, cette étude fournit un scénario de court métrage qui illustre la réalité du milieu psychiatrique de la perspective de la relève infirmière. La lecture du scénario dans le

milieu universitaire devrait être encouragé parmi la communauté enseignante. Le scénario met en évidence des subtilités du milieu psychiatrique afin d'élargir la compréhension de l'étudiant.e. Cette initiative vise à éclairer le milieu académique sur les subtilités de la pratique infirmière selon la perspective de la relève. Les étudiant.es peuvent ainsi acquérir une compréhension plus approfondie des responsabilités qui leur incomberont dans l'exercice de leurs fonctions au sein du Département de psychiatrie.

De plus, le scénario valide les émotions vécues par la relève infirmière, un aspect qui seraient autrement passés sous silence dans le discours entourant la transition de la formation à la pratique infirmière. Cette représentation artistique constitue une occasion intéressante pour les enseignantes et enseignants du niveau universitaire. *Division* peut servir à entamer une discussion approfondie sur la dimension émotive, qui joue un rôle important dans le processus de transition des infirmières et infirmiers novices. Cela pourrait provoquer de riches discussions sur le sentiment de division pouvant être ressenti durant la transition. Aborder ce thème pourrait également servir de tremplin pour éclairer les étudiants et étudiantes sur la fatigue compassionnelle et ainsi favoriser leur résilience (Gagnon-Béland, Austin & St-Pierre, 2024).

### **7.6.3 Implications pour la recherche**

Nos recommandations concernant la recherche en sciences infirmières se divisent en deux temps. Dans un premier temps, notre recherche contribue de manière significative à la littérature scientifique concernant la durée du processus de transition des infirmières et infirmiers novices. Dans un deuxième temps, notre approche méthodologique ainsi que le processus de collecte et d'analyse de données démontre la pertinence et la validité de l'utilisation de la recherche-création dans le domaine des sciences infirmières, encourageant la communauté scientifique à explorer des approches novatrices.

D'abord, nous suggérons aux équipes de recherches de s'intéresser à l'expérience transitionnelle de l'infirmière novice au-delà de la première année de transition. Le milieu de pratique engendre des attentes professionnelles qui nécessitent un niveau de performance équivalent à celui de ses collègues expérimentés. Ce phénomène, qui se produit pendant la phase intégrative, est relativement peu étudié dans la littérature sur la transition infirmière. L'étude de ce cheminement vers celle d'infirmière ou d'infirmier d'expérience a le potentiel d'offrir des pistes de réflexion sur la pérennité de la relève infirmière en contexte psychiatrique.

Dans un deuxième temps, nous suggérons que les équipes de recherche en sciences infirmières considèrent la recherche-création comme une approche méthodologique pertinente favorisant la diffusion des savoirs de façon originale. En nous appuyant sur la recherche-création dans une démarche scientifique, nous explorons le processus de transition d'une façon plus large, plus humaine et bien documentée, tout en restant accessible à tous. Les infirmières et infirmiers novices, ainsi que les élèves, ne sont pas systématiquement familiarisés avec le corpus de recherche qui sous-tend la pratique infirmière. Il serait plus approprié d'explorer la production de matériaux tangibles pour cette population, pouvant être diffusés directement dans le milieu de pratique. La recherche-création permet non seulement la matérialisation des connaissances, mais également l'engagement des chercheurs et chercheuses dans un processus créatif qui favorise une nouvelle interprétation de leurs résultats. Dans ce contexte, l'implication des chercheurs et chercheuses au sein d'un processus alliant créativité et rigueur scientifique offre une introspection autrement difficile d'accès. Cette démarche réflexive facilite l'exploration de la dimension émotionnelle de l'expérience et capture alors les subtilités de celle-ci. Par le fait même, cette démarche apporte une perspective novatrice aux retombées de la recherche.

## **7.7 Forces et limites de l'étude**

Cette section élabore les forces et les limites de la démarche entreprise par ce projet de recherche.

Certain.es pourraient soutenir que la nature subjective des données nuit à la scientificité de cette thèse. Nous rappelons que le devis qualitatif et l'approche ethnographique adoptée nécessitent l'immersion de la chercheuse afin de capturer l'essence du terrain. Cette approche, qui exige une réflexivité subjective, confère aux entrées du carnet de recherche un caractère personnel, enrichi d'une expérience vécue. La proximité de la chercheuse avec son terrain de recherche constitue un atout qui a permis d'accéder à une compréhension approfondie des subtilités et des nuances propres au milieu étudié.

Les résultats de cette étude reposent sur des observations documentées dans un carnet de recherche rédigés par une infirmière novice. Le fait que l'étude ne comprend qu'une seule participante pourrait être considéré comme étant une limite. Par conséquent, les résultats de cette étude ne prétendent pas à une généralisation, mais proposent plutôt une transférabilité des connaissances acquises. L'expérience, dans sa nature intrinsèque, constitue un processus dynamique et fluide. Cette thèse participe à élucider l'expérience vécue d'une infirmière novice afin d'en révéler des perspectives jusqu'alors inexplorées.

Il convient de souligner que la rédaction des entrées dans le carnet de recherche s'est déroulée dans un contexte de pandémie, soit de 2022 à 2024. La pandémie de COVID-19 a engendré une situation d'urgence sanitaire ayant considérablement impacté le système de santé et, par conséquent, le personnel infirmier. L'ajout de nouvelles politiques et procédures en lien avec les mesures sanitaires de la COVID-19 aurait pu contribuer à la difficulté de la transition. Il est à noter que l'expérience de transition documentée dans le carnet pourrait être influencée par le contexte exceptionnel imposé par la pandémie de COVID-19.

## **Conclusion**

Cette étude a, en premier lieu, permis d'examiner l'expérience professionnelle des infirmier et infirmières novices lors de leur transition au sein du service de psychiatrie hospitalière. En second lieu, elle s'est penchée sur leurs expérience lorsqu'il est question du recours aux contentions mécaniques. Le recours à la recherche-crédation rend la recherche scientifique plus accessible à un large public dans son volet création. L'étude par le biais de la recherche-crédation offre l'occasion d'appréhender la dimension émotionnelle, un aspect difficilement accessible dans le cadre des approches méthodologiques traditionnelles, qu'elles soient qualitatives ou quantitatives. Cette recherche a généré des recommandations pertinentes pour la pratique infirmière, la formation professionnelle ainsi que la recherche. Cette étude enrichit non seulement la littérature existante sur la transition des infirmiers et des infirmières novices en psychiatrie, mais propose également d'explorer la perspective de cette relève concernant le recours à la contention mécanique.

## CONCLUSION

Cette thèse avait comme ambition de faire part d'une perspective largement absente de la littérature portant sur le soin psychiatrique, soit, celle de la relève infirmière. Pour ce faire, nous avons mené une étude guidée par le cadre théorique de la narratologie de Bal (2016). Nous avons opté d'allier la recherche scientifique et l'art, en jumelant l'ethnographie narrative à la recherche-création. Cette démarche répond à un objectif principal, celui de nuancer le vécu de la relève infirmière alors que celle-ci effectue sa transition sur un département de psychiatrie interne. Nous avons également fixé deux objectifs secondaires. Tout d'abord, nous souhaitons avoir recours à la contention mécanique afin de démontrer l'expérience de la relève infirmière alors qu'elle chemine dans sa transition de la formation vers la pratique. Ensuite, cette étude proposait la rédaction d'un scénario de court métrage qui contribuerait à mieux informer la relève infirmière en ce qui concerne la réalité du milieu de pratique psychiatrique. Afin d'atteindre ces objectifs, nous avons consigné, dans un carnet de recherche, nos observations au Département de psychiatrie interne sur une période de 18 mois, du 22 octobre 2022 au 5 février 2024.

Nous avons emprunté la méthode de Braun et Clarke (2006) afin de procéder à l'analyse thématique de nos données. L'analyse thématique nous a permis d'identifier des thèmes qui résument l'expérience infirmière en période de transition, plus particulièrement, dans un contexte psychiatrique. De cette analyse, cinq thèmes ont émergé : 1) Impact de l'équipe et des collègues 2) Acquisition et consolidation des connaissances, des compétences et des habiletés 3) Marqueurs de transitions de l'infirmière ou de l'infirmier novice 4) Responsabilités et conflits autour de la contention mécanique 5) Positionnement de l'infirmier ou de l'infirmière novice lors du recours à la contention mécanique. Nous avons peaufiné l'analyse en consolidant ces cinq thèmes en deux thématiques générales qui rapportent les observations notées au carnet de recherche : 1) Le « formatage » de la relève infirmière en psychiatrie, et, 2) Le positionnement de la relève infirmière

lors du recours à la contention mécanique. Ces deux thématiques approfondissent notre compréhension du vécu de la relève infirmière qui entame sa carrière sur un département de psychiatrie.

Les résultats de cette thèse démontrent que l'infirmier et l'infirmière novice traverse trois phases distinctes lors de la transition vers la pratique infirmière. Ces phases comprennent la phase de mimétisme, la phase de consolidation des acquis et la phase intégrative. Durant la phase de mimétisme, les infirmiers et les infirmières novices éprouvent une insécurité significative, les conduisant à adopter inconsciemment les comportements de leurs pairs. Cette observation nous amène à conclure de l'influence considérable des collègues infirmiers sur la construction du rôle professionnel de la relève infirmière. La deuxième phase du processus transitionnel, la consolidation des acquis, se caractérise par une prédominance de la comparaison et du désir de s'intégrer dans l'équipe soignante. Finalement, la phase intégrative se distingue par une réflexion sur l'identité professionnelle. L'infirmier ou l'infirmière novice développe alors son jugement critique sur les pratiques et les valeurs assimilées, parfois inconsciemment, au sein de l'environnement professionnel. Dans un automatisme parfois difficile à appréhender, la relève infirmière, sous la pression des attentes imposées par le milieu de soin, adopte leurs façons de faire. Cette trajectoire résume l'évolution professionnelle de l'infirmier ou de l'Infirmière novice en contexte psychiatrique. Notre contribution enrichit ainsi les travaux sur la transition infirmière de novice à experte dans le contexte psychiatrique, tel que ceux de Benner (1982) et Duschner (2008).

L'interaction de la relève infirmière avec l'équipe de soin concernant l'utilisation de la contention mécanique s'est avérée intéressante afin de démontrer l'évolution des prises de décisions à travers les trois phases du processus de transition. Nos résultats, portant sur le processus

de transition ainsi que sur la décision d'utiliser la contention mécanique, rendent compte d'un état que nous nommons « division » et qui a un impact sur l'entièreté du processus de transition de l'infirmier ou de l'infirmière novice. Notre étude a soulevé des disparités entre ce qui est enseigné lors de la formation universitaire et la réalité du rôle infirmier psychiatrique. L'identité professionnelle forgée durant la formation universitaire diffère de celle que les collègues infirmières démontrent. Il est important de rappeler que la profession infirmière est associée à la promotion du bien-être et au respect de la dignité de la personne. Cependant, dans le milieu psychiatrique, où il est nécessaire de gérer des comportements potentiellement dangereux en utilisant des mesures de contention, le rôle infirmier s'écarte de cette représentation (Lee et al., 2003; Corneau et al., 2017; OIIO, 2023). Cette lacune fragilise la relève infirmière en omettant de représenter la réalité de la pratique infirmière dans le milieu psychiatrique. La contention mécanique est un exemple d'un sujet qui échappe aux discussions préparant les étudiant.es en sciences infirmières à la transition vers leur rôle professionnel. La littérature nous a permis de comprendre que l'utilisation de la contention mécanique est largement controversée tant dans le milieu académique que dans la sphère publique (Birkeland & Gildberg, 2016; Bowers, 2014; Carr, 2012; Johnson, 1998; Kodak et al., 2018; Lee et al., 2003 et Marangos-Frost & Wells, 2000). Cette polarisation est due au fait que la contention mécanique est imposée sans le consentement en situation d'urgence et que celle-ci porte atteinte à la liberté de la personne. L'utilisation de la contention mécanique nécessite une décision difficile de la part du personnel infirmier: celle de préserver la dignité de la personne ou de préserver sa sécurité, celle d'autrui et du milieu. La relève infirmière se trouve au cœur de cette division. Elle se retrouve dans un espace d'entre-deux où le rôle infirmier imaginé lors de la formation et la réalité de la pratique infirmière en milieu

psychiatrique sont en conflit. C'est dans l'espoir de faire entendre ce phénomène que nous nous sommes tournés vers la recherche-crédation.

Notre étude, qui a eu recours à la recherche-crédation, présente une méthodologie innovante pour la dissémination des connaissances issues de la recherche en sciences infirmières. Nous avons développé le scénario d'un court métrage intitulé « *Division “÷”* ». Celui-ci rend compte de l'expérience des infirmières et infirmiers novices en psychiatrie. Ce format artistique très accessible permet de rejoindre les infirmier et infirmières en devenir durant leur formation universitaire. Le scénario met en scène Charlie, une infirmière novice qui travaille sur un département de psychiatrie interne. L'audience est invitée à partager le quotidien de Charlie alors qu'elle fait face à une situation nécessitant le recours à la contention mécanique. Elle met en évidence les subtilités que vit une infirmière novice qui évolue dans un milieu exigeant et qui a de la difficulté à distinguer son identité professionnelle de son identité personnelle. Une réalité qui avait d'ailleurs été mis en évidence dans la littérature par Karlowicz & Ternus (2008), mais également dans nos observations au Département de psychiatrie.

Le scénario constitue un outil pédagogique qui pourrait être présenté lors de la formation universitaire, facilitant ainsi le dialogue sur la transition vers la pratique infirmière. La mise en place de stratégies visant à mieux préparer la relève s'avère essentielle pour assurer la rétention du personnel infirmier, particulièrement dans le domaine de la psychiatrie. De surcroît, cette étude offre une perspective différente sur le trajet des personnes atteintes de troubles de santé mentale graves, notamment celle des soignant.es. Notre scénario est une représentation authentique du rôle des soignant.es en psychiatrie contribuant ainsi à la déconstruction des stigmates et des stéréotypes à l'égard du soin dans ce milieu.

Notre étude souligne l'importance de développer des méthodes favorisant la diffusion des connaissances acquises lors des démarches de recherche. Cela est particulièrement important pour la relève infirmière qui vit actuellement un choc de transition important lors de son arrivée en milieu psychiatrique (Khankeh et al., 2014). S'intéresser à l'expérience de Charlie pourrait s'avérer bénéfique pour la rétention de la relève infirmière psychiatrique en assurant une transition vers la pratique qui reflète la réalité du rôle infirmier dans ce contexte.

## BIBLIOGRAPHIE

- Adama, E., Sundin, D. & Bayes, S. (2016). Exploring the sociocultural aspect of narrative inquiry: A dynamic nursing research methodology. *Clinical Nursing Studies*, 4(4), 1-8. <https://doi.org/10.5430/cns.v4n4p1>
- Alexander, L., Coyte, B., Evans, A., Dickson, J., Guinea, S., & Foster, K. (2023). The Educational Value of Mental Health Simulation in Undergraduate Bachelor of Nursing Education: An Integrative Review. *Clinical Simulation in Nursing*, 84, 101459-. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2023.101459>
- Bal, M & Boheemen, C. (2017). *Narratology Introduction to the Theory of Narrative*. University of Toronto Press. 4ed
- Benner, P. (1982). From Novice to Expert. *The American Journal of Nursing*, 82(3), 402-. <https://doi.org/10.2307/3462928>
- Benner, P., & Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring: Stress and coping in health and illness*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley.
- 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. <https://doi.org/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, 215-222. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2008.00526.x>
- Birkeland, S., & Gildberg, F. A. (2016). Mental Health Nursing, Mechanical Restraint Measures and Patients’ Legal Rights. *The Open Nursing Journal*, 10(1), 8–14. <https://doi.org/10.2174/1874434601610010008>
- Boily, D. (2020, 30 juin). Cinq agressions en psychiatrie à la Cité-de-la-Santé à Laval en un mois. *Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1716169/agressions-psychiatrie-cite-sante-laval-employes-securite>
- Borkan, J. (1999). *Immersion/Crystallization*. In Crabtree, B.F. & Miller, W.L. (Eds.) *Doing Qualitative Research* (2nd Edition). Thousand Oaks, CA: Sage Publications. pp. 179-194.
- Bowers, L. (2014). Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards: Safewards: description of the model. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(6), 499–508. <https://doi.org/10.1111/jpm.12129>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

- Bruce, A., Beuthin, R., Sheilds, L., Molzahn, A., & Schick-Makaroff, K. (2016). Narrative Research Evolving: Evolving Through Narrative Research. *International Journal of Qualitative Methods*, 15(1). <https://doi.org/10.1177/1609406916659292>
- Bujold, A., Pariseau-Legault, P. & de Montigny, F. (2020). Exploration de l'impopularité des milieux de santé mentale/psychiatrie auprès de la relève infirmière : une revue systématique des écrits. *Recherche en soins infirmiers*, 141, 17-37. <https://doi.org/10.3917/rsi.141.0017>
- Bureau de la traduction, Services publics et Approvisionnement Canada. (2024, 16 août). Écriture inclusive – Lignes directrices et ressources. *Gouvernement du Canada*. <https://www.noslangues-ourlanguages.gc.ca/fr/cles-de-la-redaction/ecriture-inclusive-lignes-directrices-ressources>
- Cadorette, J., McCurry, M., & Danells Chin, E. (2023). Reflective Transition Practice Model: The New Graduate Registered Nurse. *Nursing Science Quarterly*, 36(3), 282–291. <https://doi.org/10.1177/08943184231169763>
- Canadian Association of Schools of Nursing & Canadian Federation of Mental Health Nurses. (2015). *Entry-to-practice mental health and addiction competencies for undergraduate nursing education*. Ottawa, ON: Author.
- Cara, C., Gauvin-Lepage, J., Lefebvre, H., Létourneau, D., Alderson, M., Larue, C. & Mathieu, C. (2016). Le Modèle humaniste des soins infirmiers -UdeM : perspective novatrice et pragmatique. *Recherche en soins infirmiers*, 125, 20-31. <https://doi.org/10.3917/rsi.125.0020>
- Carr, P. G. (2012). The use of mechanical restraint in mental health: a catalyst for change? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(7), 657–664. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2012.01912.x>
- Ching, H. Y., Fang, Y. T., & Yun, W. K. (2022). How New Nurses Experience Workplace Belonging: A Qualitative Study. *SAGE Open*, 12(3). <https://doi.org/10.1177/21582440221119471>
- Clandinin, D.J., & Connelly, F.M. (2000). *Narrative inquiry: Experience and story in qualitative research*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Cleary, M., Horsfall, J., & Happell, B. (2009). Transition to psychiatric/mental health nursing programs: Expectations and practical considerations. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18(4), 265–273. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2009.00606.x>
- Cleary, M., Horsfall, J., Mannix, J., O'Hara-Aarons, M., & Jackson, D. (2011). Valuing teamwork: Insights from newly-registered nurses working in specialist mental health services. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20(6), 454–459. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2011.00752.x>

- College of Nurses of Ontario. (2019). La Déontologie Infirmière. [https://www.cno.org/globalassets/docs/prac/51034\\_ethicalframe.pdf](https://www.cno.org/globalassets/docs/prac/51034_ethicalframe.pdf)
- Cooper, R., & Lilyea, B. V. (2022). I'm Interested in Autoethnography, but How Do I Do It?. *The Qualitative Report*, 27(1), 197-208. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2022.5288>
- Corbetta, M., Corso, B., & Camuccio, C. A. (2022). Rules and ward climate in acute psychiatric setting: Comparison of staff and patient perceptions. *International journal of mental health nursing*, 31(3), 611–624. <https://doi.org/10.1111/inm.12980>
- Corneau, P., Jacob, J.D., Holmes, D., & Rioux, D. (2017). Contentions mécaniques en psychiatrie : étude phénoménologique de l'expérience vécue du personnel infirmier. *Recherche en soins infirmiers*, 128(1), 41–53. <https://doi.org/10.3917/rsi.128.0041>
- Culture Montréal (2015). *Didascalie*. Office québécois de la langue française. <https://vitrinelinguistique.oqlf.gouv.qc.ca/fiche-gdt/fiche/26541552/didascalie>
- Curtis, J. (2007). Working together: A joint initiative between academics and clinicians to prepare undergraduate nursing students to work in mental health settings. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16(4), 285–293. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2007.00478.x>
- DiFabio, S. (1981). Nurses' Reactions to Restraining Patients. *The American Journal of Nursing*, 81(5), 973–975. <https://doi.org/10.1097/00000446-198105000-00010>
- Domingue, J.-L., Jager, F., Lusk, J., Pryer, B., Ezeani, C., & Davis, A. (2023). “You're Just a Mental Health Nurse”: Nurses' Experiences of Associative Stigma When Accessing Physical Health Care for Their Patients. *Issues in Mental Health Nursing*, 44(2), 121–129. <https://doi.org/10.1080/01612840.2023.2174219>
- Dreyfus, S. E. (2004). The Five-Stage Model of Adult Skill Acquisition. *Bulletin of Science, Technology & Society*, 24(3), 177–181. <https://doi.org/10.1177/0270467604264992>
- Duchscher, J. B. (2008). A process of becoming: the stages of new nursing graduate professional role transition. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 39(10), 441–450. <https://doi.org/10.3928/00220124-20081001-03>
- Dzierzynski, N., Goupy, F. & Perrot, S. (2018). Chapitre 13. *Avancées en médecine narrative*. Dans Plagnol, A. (éd.), *Les nouveaux modèles de soins: Une clinique au service de la personne* (pp. 163-173). <https://doi.org/10.3917/jle.plagn.2018.01.0163>
- Fereidooni Moghadam, M., Fallahi Khoshknab, M., & Pazargadi, M. (2014). Psychiatric Nurses' Perceptions about Physical Restraint; A Qualitative Study. *International journal of community based nursing and midwifery*, 2(1), 20–30.
- Fisher W.A. (1994) Restraint and seclusion: a review of the literature. *The American Journal of Psychiatry*, 151, 1584–1591. <https://doi.org/10.1176/ajp.151.11.1584>

- Fornieris, S. G., & Peden-McAlpine, C. (2007). Evaluation of a reflective learning intervention to improve critical thinking in novice nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 57(4), 410–421. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04120.x>
- Foucault M. (1977). *Discipline and punish: the birth of the prison*. New York: Vintage.
- Foucault M. (2013). *History of madness*. Londres: Routledge.
- Gagné, G. (2023). Lacunes en psychiatrie à l'hôpital de Maria. *LeSoleil*. <https://www.lesoleil.com/actualites/actualites-locales/est-du-quebec/2023/08/27/lacunes-en-psychiatrie-a-maria-tout-est-sur-la-table-pour-la-famille-audet-FSTEHSIMJJDDDLGEOFUOAIRJW4/>
- Gagnon-Béland, C., Austin, S., & St-Pierre, L. (2024). La résilience des infirmières et infirmiers en contexte d'insertion professionnelle : une revue intégrative. *Quality Advancement in Nursing Education*, 10(3). <https://doi.org/10.17483/2368-6669.1476>
- Gagnon, S. (2107). La violence dans le traitement de la folie au Québec. *Aspects sociologiques*, 14(1), 89-112
- Gelkopf M., Roffe Z., Behrbalk P., et al. (2009). Attitudes, opinions, behaviors, and emotions of the nursing staff toward patient restraint. *Issues in Mental Health Nursing* 30, 758–763. <https://doi.org/10.3109/01612840903159777>
- Goethals S., de Casterle B.D. & Gastmans C. (2011). Nurses' Decision-Making in Cases of Physical Restraint: a Synthesis of Qualitative Evidence. *Journal of Advanced Nursing*, 68(6), 1198–210. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05909.x>.
- Goffman E, Lainé L, Lainé C, Castel R. (1968). *Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. Paris: Les Editions de Minuit.
- Gosselin, P, É. L. C. (2006). *Recherche création: Pour une compréhension de la recherche en pratique artistique*. Presses de l'Université du Québec.
- Goulet, M.-H. & 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>
- Gouvernement de l'Ontario. (2023, mai 17). *Réduction au minimum de l'utilisation de la contention sur les malades (Loi de 2001 sur la)*. Relevé en ligne. <https://www.ontario.ca/lois/loi/01p16>
- Gralnick, A. (1988). Cultural aspects of the psychiatric hospital. *Psychiatric Quarterly*, 59(1), 3–9. <https://doi.org/10.1007/BF01064288>
- Gregg, M., Wakisaka, T., & Hayashi, C. (2023). Senior nurses' expectations and support of new graduate nurses' adjustment in hospitals: A qualitative descriptive study. *Heliyon*, 9(8), e18681–e18681. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e18681>

- Guba, E. C. (1990). *The alternative paradigm dialog*. Dans E. C. Guba (Éd.), *The paradigm dialog* (pp. 17-23). Newbury Park: Sage.
- Guzik, E. (2013). Representing Ourselves in Information Science Research: A Methodological Essay on Autoethnography / La représentation de nous-mêmes dans la recherche en sciences de l'information : Essai méthodologique sur l'auto-ethnographie, *Canadian Journal of Information and Library Science*, 37(4), 267-283. <https://doi.org/10.1353/ils.2013.0025>
- Hallaran, A. J., Edge, D. S., Almost, J. & Tregunno, D. (2023). New Nurses' Perceptions on Transition to Practice: A Thematic Analysis. *Canadian Journal of Nursing Research*, 55(1), 126–136. <https://doi.org/10.1177/084456212211074872>
- Hazelton, M., Rossiter, R., Sinclair, E. & Morrall, P. (2011). Encounters with the “dark side”: New graduate nurses' experiences in a mental health service. *Health Sociology Review*, 20(2), 172–186. <https://doi.org/10.5172/hesr.2011.20.2.172>
- Heslop, L., McIntyre, M. & Ives, G. (2001). Undergraduate student nurses' expectations and their self-reported pre-paredness for the graduate year role. *Journal of Advanced Nursing*, 36 (5), 626–634. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.02022.x>
- Holmberg-Laurency, C. (2019). La réflexivité, un élément-clé de la professionnalisation infirmière. *Spécificités*, 14(3), 125-141. <https://doi.org/10.3917/spec.014.0125>
- Holzworth, R. J. & Celia E.E. (1999). Nurses' Judgments Regarding Seclusion and Restraint of Psychiatric Patients: A Social Judgment Analysis. *Research in Nursing & Health*, 22(3), 189–201. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-240X\(199906\)22:33.0.CO;2-Q](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-240X(199906)22:33.0.CO;2-Q)
- Hooper, M. E., Browne, G. & O'Brien, A. P. (2016). Graduate nurses' experiences of mental health services in their first year of practice: An integrative review. *International journal of mental health nursing*, 25(4), 286–298. <https://doi.org/10.1111/inm.12192>
- Hsiao, P., Lin, C., Han, C., Chen, L., Wang, L. & Su, C. (2021). Role transition of newly graduated nurses: a qualitative study. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 57(6), 450–461. <https://doi.org/10.1080/10376178.2022.2029519>
- Humble, F. & Cross, W. (2010). Being different: a phenomenological exploration of a group of veteran psychiatric nurses. *International journal of mental health nursing*, 19(2), 128–136. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2009.00651.x>
- Institut canadien d'information sur la santé [ICIS]. *Restraints use and other control interventions for mental health inpatients in Ontario* (2011). Repéré en ligne le 20 juin 2023. [https://secure.cihi.ca/free\\_products/Restraint\\_Use\\_and\\_Other\\_Control\\_Interventions\\_AI\\_B\\_EN.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/Restraint_Use_and_Other_Control_Interventions_AI_B_EN.pdf)
- Istomina, N., Suominen, T., Razbadauskas, A., Martinkėnas, A., Meretoja, R. & Leino-Kilpi, H. (2011). Competence of nurses and factors associated with it. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 47(4), 230–237. <https://doi.org/10.3390/medicina47040033>

- Jarden, R. J., Jarden, A., Weiland, T. J., Taylor, G., Bujalka, H., Brockenshire, N. & Gerdtz, M. F. (2021). New graduate nurse wellbeing, work wellbeing and mental health: A quantitative systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 121, 103997–103997. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103997>
- Johnson, M., Cowin, L. S., Wilson, I. & Young, H. (2012). Professional identity and nursing: contemporary theoretical developments and future research challenges. *International Nursing Review*, 59(4), 562–569. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2012.01013.x>
- Johnson, M. E. (1998). Being restrained: a study of power and powerlessness. *Issues in Mental Health Nursing*, 19(3), 191–206. <https://doi.org/10.1080/016128498249024>
- Joyce, M. (2015). Using narrative in nursing research. *Nursing Standard*. (29)38, 36-41
- Karłowicz, K. A. & Ternus, M. P. (2009). Issues influencing psychiatric nurse retention during the first year of employment: a case analysis. *Journal of Nursing Management*, 17(1), 49–58. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2934.2008.00850.x>
- Khankeh, H., Khorasani-Zavareh, D., Hoseini, S.-A., Khodai-Ardekandi, M.-R., Ekman, S.-L., Bohm, K., Nakhaie, M., Ranjbar, M. & Castrén, M. (2014). The journey between ideal and real: Experiences of beginners psychiatric nurses. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 19(4), 396–403.
- Kodal, J. S., Kjær, J. N. & Larsen, E. R. (2018). Mechanical restraint and characteristics of patient, staff and shifts in a psychiatric ward. *Nordic Journal of Psychiatry*, 72(2), 103–108. <https://doi.org/10.1080/08039488.2017.1393560>
- Larose, I. (1 août 2023). Des mesures de contrôle « systématiques » à l'hôpital de Maria. *Radio-Canada*. Repéré en ligne : <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1999891/contention-hopital-maria-rapport-protecteur-citoyen>
- Lebenbaum, M., Chiu, M., Vigod, S. & Kurdyak, P. (2018). Prevalence and predictors of involuntary psychiatric hospital admissions in Ontario, Canada: a population-based linked administrative database study. *BJPsych open*, 4(2), 31–38. <https://doi.org/10.1192/bjo.2017.4>
- Lee, S., Gray, R., Gournay, K., Wright, S., Parr, A-M. & Sayer, J. (2003) Views of nursing staff on the use of physical restraint. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 10, 425–430. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2003.00625.x>
- Lee, T., Yoon, Y. S. & Ji, Y. (2024). Predicting New Graduate Nurses' Retention during Transition Using Decision Tree Methods: A Longitudinal Study. *Journal of Nursing Management*, 1–11. <https://doi.org/10.1155/2024/4687000>
- Lepage, H. & Vonarx, N. (2023). Une domination biomédicale dans le monde des soins infirmiers : contribution pour une émancipation infirmière. *Recherche en soins infirmiers*, 152, 7-16. <https://doi.org/10.3917/rsi.152.0007>

- UpToDate LexiDrugs.inc, (2025) *Haloperidol*. Repéré en ligne, [https://online.lexi.com/lco/action/doc/retrieve/docid/patch\\_f/7019?cesid=4yHnpDHR7nl&searchUrl=%2Fico%2Faction%2Fsearch%3Fq%3Dhaloperidol%26t%3Dname%26acs%3Dfalse%26acq%3Dhaloperidol#rfs](https://online.lexi.com/lco/action/doc/retrieve/docid/patch_f/7019?cesid=4yHnpDHR7nl&searchUrl=%2Fico%2Faction%2Fsearch%3Fq%3Dhaloperidol%26t%3Dname%26acs%3Dfalse%26acq%3Dhaloperidol#rfs)
- Mabala, J., van der Wath, A. & Moagi, M. (2019). Newly qualified nurses' perceptions of working at mental health facilities: A qualitative study. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 26(5-6), 175–184. <https://doi.org/10.1111/jpm.1252>
- Malette, L. (2003). La psychiatrie sous influence. *Santé mentale au Québec*, 28(1), 298–319. <https://doi.org/10.7202/006993ar>
- Marangos-Frost, S. & Wells, D. (2000). Psychiatric nurses' thoughts and feelings about restraint use: a decision dilemma. *Journal of Advanced Nursing*, 31(2), 362–369. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01290.x>
- McTavish, C. (2023). *New Nurses' Perceptions of Work Environments and Work Outcomes in Mental Health Practice Settings: A Multi-Method Study*. [Thèse doctorale, Université de Toronto]. ProQuest Dissertations & Theses.
- Meretoja, R., Numminen, O., Isoaho, H. & Leino-Kilpi, H. (2015). Nurse competence between three generational nurse cohorts: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Practice*, 21(4), 350–358. <https://doi.org/10.1111/ijn.12297>
- Meyor, C. (2005). La phénoménologie dans la méthode scientifique et le problème de la subjectivité. *Recherches qualitatives*, 25(1), 25-41. <https://doi.org/10.7202/1085542ar>
- Ministry of Health. (2024, avril). *2024/25 Guidelines for Participation in the Nursing Graduate Guarantee (NGG) Program*. Repéré en ligne, <https://www.ontario.ca/files/2024-05/moh-2023-24-guidelines-participation-nursing-graduate-guarantee-program-en-2024-05-06.pdf>
- Mohr, W. K., Petti, T. A. & Mohr, B. D. (2003). Adverse Effects Associated with Physical Restraint. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48(5), 330–337. <https://doi.org/10.1177/070674370304800509>
- Moyles, J., Hunter, A. & Grealish, A. (2023). Forensic mental health nurses' experiences of rebuilding the therapeutic relationship after an episode of physical restraint in forensic services in Ireland: A qualitative study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 32(5), 1377–1389. <https://doi.org/10.1111/inm.13176>
- Nadeau, J-P. (2011, 23 août). Santé mentale : la contention, une pratique encore courante en Ontario. *Radio-Canada*. Repéré en ligne, <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/528070/contention-psychiatrie-ontario>

- Najafi, B. & Nasiri, A. (2023). Support Experiences for Novice Nurses in the Workplace: A Qualitative Analysis. *SAGE open nursing*, 9, 23779608231169212. <https://doi.org/10.1177/23779608231169212>
- Negrone, A. A. (2017). On the concept of restraint in psychiatry. *The European Journal of Psychiatry*, 31(3), 99–104. <https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2017.05.001>
- Nibbelink, C. W. & Brewer, B. B. (2018). Decision-making in nursing practice: An integrative literature review. *Journal of clinical nursing*, 27(5-6), 917–928. <https://doi.org/10.1111/jocn.14151>
- Ntebutse, J-G. & Croyere, N. (2016). Intérêt et valeur du récit phénoménologique: Une logique de découverte. *Recherche en soins infirmiers*, 124(1), 28-38.
- Noble, H. & Heale, R. (2019). Triangulation in research, with examples. *Evidence-Based Nursing*, 22, 67-68.
- Noiriel, G. (1990). *Journal de terrain, journal de recherche et auto-analyse. Entretien avec Florence Weber*. Dans Salais, R. (dir.). *Genèses*, 2, A la découverte du fait social. 138-147. <https://doi.org/10.3406/genes.1990.1035>
- O’Grady, P.J. (2014). Stop Making Sense: Alienation and Mental Health. *Irish Marxist Review*, 3, 36-47.
- Ortiz, J. (2016). New Graduate Nurses’ Experiences about Lack of Professional Confidence. *Nurse Education in Practice*, 19, 19–24. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2016.04.001>
- Paterson, B. & Duxbury, J. (2007). Restraint and the Question of Validity. *Nursing Ethics*, 14(4), 535–545. <https://doi.org/10.1177/0969733007077888>
- Paquin, L. C. (2017). *Méthodologie de la recherche création: Ethnographie autoethnographie*. Faculté de communication. UQAM. [http://lcpaquin.com/metho\\_rech\\_creat/metho\\_ethnographie.pdf](http://lcpaquin.com/metho_rech_creat/metho_ethnographie.pdf)
- Paquin, L. C. (2017). *Méthodologie de la recherche création*. Faculté de communication. UQAM. [http://lcpaquin.com/metho\\_rech\\_creat/metho\\_rech\\_creat.pdf](http://lcpaquin.com/metho_rech_creat/metho_rech_creat.pdf)
- Perers, C., Bäckström, B., Johansson, B. A. & Rask, O. (2022). Methods and Strategies for Reducing Seclusion and Restraint in Child and Adolescent Psychiatric Inpatient Care. *Psychiatric Quarterly*, 93(1), 107–136. <https://doi.org/10.1007/s11126-021-09887-x>
- Perkins E., Prosser H., Riley D. & Whittington, R. (2012) Physical restraint in a therapeutic setting; a necessary evil? *International Journal of Law & Psychiatry*, 35, 43–49. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2011.11.008>
- Pfaff, K. A., Baxter, P. E., Jack, S. M. & Ploeg, J. (2014). Exploring new graduate nurse confidence in interprofessional collaboration: A mixed methods study. *International*

- Journal of Nursing Studies*, 51(8), 1142–1152.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.01.001>
- Phaneuf, M. (2008). *Le jugement clinique, cet outil professionnel d'importance*. Repéré en ligne, [http://www.prendresoins.org/wp-content/uploads/2013/02/Le\\_jugement\\_clinique-cet\\_outil\\_professionnel\\_dimportance.pdf](http://www.prendresoins.org/wp-content/uploads/2013/02/Le_jugement_clinique-cet_outil_professionnel_dimportance.pdf)
- Poissant, L. (2006). *Préface*. Dans Gosselin, P. & Coguiec, É. (dir.). *Recherche création : Pour une compréhension de la recherche en pratique artistique*. Presses de l'Université du Québec. <https://doi.org/10.2307/j.ctv18ph3x1>
- Rahmani, N., Mohammadi, E. & Fallahi-Khoshknab, M. (2021). Nurses' experiences of the causes of their lack of interest in working in psychiatric wards: a qualitative study. *BMC Nursing*, 20(1), 246–246. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00766-1>
- Raynaud, I. (2019). *Lire et écrire un scénario* (2e éd). Dunod Editeur.
- 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*, 23(2), 116–28, <https://doi.org/10.1111/jpm.12285>
- Rojas-Velasquez, D. (2017). *The Evolution of Restraint in American Psychiatry*. [Thèse doctorale, Yale University]. ProQuest Dissertations Publishing.
- Rondeau, K. (2011). L'autoethnographie : une quête de sens réflexive et conscientisée au cœur de la construction identitaire. *Recherches qualitatives*, 30(2), 48-70. <https://doi.org/10.7202/1084830ar>
- Saldana, J (2016). *The Coding Manual for Qualitative Researchers* (3rd ed.) London, UK: Sage.
- Schatzman, L. & Strauss, A. L. (1973). *Field research : strategies for a natural sociology*. Prentice-Hall.
- Sequeira, H. & Halstead, S. (2004). The Psychological Effects on Nursing Staff of Administering Physical Restraint in a Secure Psychiatric Hospital: 'When I Go Home, It's Then That I Think About It'. *The British Journal of Forensic Practice*, 6(1), 3–15. <https://doi.org/10.1108/14636646200400002>
- Seyer-Forget, C., Holmes, D., Jacob, J., Bernheim, E. & Paradis-Gagné, É. (2022). Intervenir contre le gré du patient : médication pro re nata et vécu phénoménologique du personnel infirmier exerçant en milieu psycholégal. *Recherche en soins infirmiers*, 150, 7-22. <https://doi.org/10.3917/rsi.150.0007>
- Shields, L. B. E., Edelen, A., Daniels, M. W. & Flanders, K. (2021). Decline in Physical Restraint Use Following Implementation of Institutional Guidelines. *The Journal of Nursing Administration*, 51(6), 318–323. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000001020>

- Spector, N. & Echternacht, M. (2010). A Regulatory Model for Transitioning Newly Licensed Nurses to Practice. *Journal of Nursing Regulation*, 1(2), 18–25.  
[https://doi.org/10.1016/S2155-8256\(15\)30346-X](https://doi.org/10.1016/S2155-8256(15)30346-X)
- Statistique Canada. (2023). *Personnel infirmier : travail plus ardu pendant plus d'heures dans un contexte de pénurie croissante de main-d'œuvre*. Représenté en ligne, <https://www.statcan.gc.ca/o1/fr/plus/4165-personnel-infirmier-travail-plus-ardu-pendant-plus-dheures-dans-un-contexte-de-penurie>
- Sylvain, H. (2008). Le devis constructiviste : une méthodologie de choix en sciences infirmières. *L'Infirmière clinicienne*, 5, 1-11.
- Taranger, M.-C. (1999). Scénarios du vécu : cinéma, histoire et récit de vie. *Cinémas*, 9(2-3), 123–145. <https://doi.org/10.7202/024790ar>
- Tarhan, M., Doğan, P. & Kürklü, A. (2022). The Relationship between Nurse–Nurse Collaboration and Work Readiness among New Graduate Nurses. *Nursing Forum (Hillsdale)*, 57(6), 1104–1110. <https://doi.org/10.1111/nuf.12795>
- Tawash, E., Cowman, S. & Anwar, M. (2024). New graduate nurses' readiness for practice, transition and integration into the workplace: A longitudinal study with mixed methods research. *Nurse Education in Practice*, 79, 104076-  
<https://doi.org/10.1016/j.nepr.2024.104076><https://doi.org/10.1016/j.nepr.2024.104076>
- Truman, S. E. (2023). Undisciplined: Research-Creation and What It May Offer (Traditional) Qualitative Research Methods. *Qualitative Inquiry*, 29(1), 95–104.  
<https://doi.org/10.1177/10778004221098380>
- Valéau, P. & Gardody, J. (2016). La communication du journal de bord : un complément d'information pour prouver la vraisemblance et la fiabilité des recherches qualitatives. *Recherches qualitatives*, 35(1), 76–100. <https://doi.org/10.7202/1084497ar>
- Vanlint, A. Piron, F. & Arsenault, É. (2021). *Module 7 : Approches méthodologiques et stratégies d'enquête: Le journal de bord comme outil de terrain*. Dans Piron, F. & Arsenault, É. (dir.). Guide décolonisé et pluriversel de formation à la recherche en sciences sociales et humaines. Éditions science et bien commun (ÉSBC).
- Vedana, K. G. G., da Silva, D. M., Ventura, C. A. A., Giacon, B. C. C., Zanetti, A. C. G., Miasso, A. I. & Borges, T. L. (2018). Physical and mechanical restraint in psychiatric units: Perceptions and experiences of nursing staff. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(3), 367–372. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.11.027>
- Voirol, J. (2013). Récit ethnographique d'une expérience partagée de la fête de San Juan/Inti Raymi à Otavalo (Andes équatoriennes). *Ethnologies*, 35(1), 51–74.  
<https://doi.org/10.7202/1026451ar>

- Waddell, C., Graham, J. M., Pachkowski, K. & Friesen, H. (2020). Battling Associative Stigma in Psychiatric Nursing. *Issues in Mental Health Nursing*, 41(8), 684–690.  
<https://doi.org/10.1080/01612840.2019.1710009>
- Wale, J. B., Belkin, G. S. & Moon, R. (2011). Reducing the use of seclusion and restraint in psychiatric emergency and adult inpatient services- improving patient-centered care. *Permanente Journal*, 15(2), 57–62. <https://doi.org/10.7812/tpp/10-159>
- Walton, J. A., Lindsay, N., Hales, C. & Rook, H. (2018). Glimpses into the transition world: New graduate nurses' written reflections. *Nurse Education Today*, 60, 62–66.  
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.09.022>
- Wang, C. & Geale, S. (2015). The power of story: Narrative inquiry as a methodology in nursing research. *International Journal of Nursing Sciences*. 2, 195-198.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2015.04.014>
- Ye, J., Wang, C., Xiao, A., Xia, Z., Yu, L., Lin, J., Liao, Y., Xu, Y. & Zhang, Y. (2019). Physical restraint in mental health nursing: A concept analysis. *International journal of nursing sciences*, 6(3), 343–348. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2019.04.002>

**ANNEXE**

**Annexe 1 – Lettre d’approbation administrative d’éthique de l’Université d’Ottawa et du comité d’éthique de recherche de l’Hôpital Montfort**

2023-2025

21/10/2024

**Université d'Ottawa**

Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche

**University of Ottawa**

Office of Research Ethics and Integrity

**Lettre d'approbation administrative | Letter of administrative approval**

<b>Numéro de dossier / Ethics File Number</b>	H-11-23-9888
<b>Titre du projet / Project Title</b>	L'utilisation des contentions mécaniques: Récit ethnographique d'une infirmière novice en psychiatrie.
<b>Type de projet / Project Type</b>	Thèse de maîtrise / Master's thesis
<b>CÉR primaire / Primary REB</b>	Hôpital Montfort / Hôpital Montfort
<b>Statut du projet / Project Status</b>	Renouvelé / Renewed
<b>Date d'approbation (jj/mm/aaaa) / Approval Date (dd/mm/yyyy)</b>	06/11/2023
<b>Date d'expiration (jj/mm/aaaa) / Expiry Date (dd/mm/yyyy)</b>	26/10/2025

**Équipe de recherche / Research Team**

<b>Chercheur / Researcher</b>	<b>Affiliation</b>	<b>Role</b>
Rebecca DESNOYERS	École des sciences infirmières / School of Nursing	Chercheur Principal / Principal Investigator
Marie-Claude THIFAUULT	École des sciences infirmières / School of Nursing	Superviseur / Supervisor
Sandra HARRISSON	École des sciences infirmières / School of Nursing	Autre / Other
Jean-Laurent DOMINGUE	École des sciences infirmières / School of Nursing	Autre / Other

**Conditions spéciales ou commentaires / Special conditions or comments:**

La date d'expiration de l'Université d'Ottawa a été fixée conformément à celle du CER Montfort.

550, rue Cumberland, pièce 154    550 Cumberland Street, Room 154  
Ottawa (Ontario) K1N 6N5 Canada    Ottawa, Ontario K1N 6N5 Canada

613-562-5387 • 613-562-5338 • [ethique@uOttawa.ca](mailto:ethique@uOttawa.ca) / [ethics@uOttawa.ca](mailto:ethics@uOttawa.ca)  
[www.recherche.uottawa.ca/deontologie](http://www.recherche.uottawa.ca/deontologie) | [www.recherche.uottawa.ca/ethics](http://www.recherche.uottawa.ca/ethics)



Affilié à l'Université d'Ottawa | Affiliated with the University of Ottawa

**Certificat d'approbation éthique**  
**Comité d'éthique de la recherche (CÉR) de l'Hôpital Montfort**

Date: 16 octobre 2024

Nom de la chercheuse principale, affiliation, et courriel :

Rebecca Desnoyers, Hôpital Montfort, [REDACTED]

Nom des superviseuses, affiliations, et courriels :

Marie-Claude Thifault, Université d'Ottawa, [marieclaudethifault@uottawa.ca](mailto:marieclaudethifault@uottawa.ca)Sandra Harrisson, Université d'Ottawa, [sharriss@uottawa.ca](mailto:sharriss@uottawa.ca)

Numéro du dossier : 23-24-10-024

Titre du projet :

« L'utilisation des contentions mécaniques: Récit ethnographique d'une infirmière novice en psychiatrie. »

Type de soumission : Renouvellement #1

Type d'évaluation :

 Évaluation en comité plénier   
 Évaluation en comité délégué   
 Évaluation administrative

Date de début d'approbation : 27 octobre 2024

Date de fin d'approbation : 26 octobre 2025

Chère Mme Desnoyers,

Merci d'avoir soumis au CER de l'Hôpital Montfort pour évaluation une demande de renouvellement de l'approbation éthique pour le projet de recherche mentionné ci-dessus. **Le rapport annuel a été évalué par le CER et l'approbation éthique a été renouvelée.** Ce projet est approuvé jusqu'à la date d'expiration indiquée ci-dessus.

Aucune modification ou dérogation aux documents approuvés ne doit être initiée avant de soumettre une modification appropriée et d'obtenir l'approbation écrite du comité d'éthique de la recherche, sauf s'il est question de la sécurité immédiate des participants. Le chercheur doit aussi aviser le CÉR immédiatement de tout événement indésirable ou nouvelle information pouvant augmenter le risque ou modifier le cours du projet de recherche. Un rapport d'étape annuel et le cas échéant une demande de renouvellement du certificat d'approbation éthique doit être soumis au moins **quatre semaines avant la date d'expiration de ce certificat d'approbation** si l'étude se poursuit au-delà de la date d'expiration. Si le projet est terminé avant la date d'expiration indiquée ci-dessus, un rapport de fermeture ou de demande d'arrêt de l'étude doit être soumis au CER. Une étude dont le certificat d'approbation est expiré sera mise en suspension jusqu'à ce que l'approbation soit rétablie. Le chercheur peut en tout temps soumettre un formulaire de fin d'étude et y joindre un rapport final.

Le CÉR de l'Hôpital Montfort exerce ses activités d'une manière conforme avec la dernière Édition de l'Énoncé de politique des trois Conseils — Éthique de la recherche avec des êtres humains, aux Bonnes pratiques cliniques : directives consolidées, du Conseil international sur l'harmonisation des exigences techniques relatives à l'homologation des produits pharmaceutiques à usage humain (CIH-BPC E6), à la Partie C, Titre 5, du Règlement sur les aliments et drogues et aux règlements applicables, à la partie 4 du Règlement sur les produits de santé naturels; à la partie 3 du Règlement sur les instruments médicaux, au « Code of

713 Montréal, Ottawa, ON K1K 0T2

613-746-4621

613-746-4914



## Annexe 2 – Thèmes préliminaires de l'analyse thématique

32 thèmes préliminaires (extrait des codes initiaux)	
11	incertitude/incertaine/doute/inquiétudes
61	contention mécanique
6	contention chimique/pharmacologique
3	contention environnementale
18	responsabilité
5	fardeau
37	appréhension/crainte/peur
12	transition
36	décision/choix
31	expérience/séniorité
8	confiance
21	violence/aggression
72	collègues/équipe/interdisciplinarité
20	pouvoir/contrôle/force
3	division
15	valeur/morales, moralité et identité
24	connaissances/compétence/incompétence/habilité
21	jugement
25	perception/perspective/lentille
11	anxiété/stress/panique
29	novice/nouvelle (infirmier.ère.s)
6	pénurie
8	pandémie/COVID
12	relève/rétention
53	communication/interaction/conversation
11	opinion
10	code
11	formation/éducation
17	étudiant.e.s
15	passion
21	pratique
17	charge (de travail)

**Annexe 3 – Portrait de Charlie**



**Annexe 4 – Portrait de Louis**



**Annexe 5 – Portrait du Patient 1**

