

Contentions chimiques en psychiatrie : une étude phénoménologique de l'expérience
vécue par les patients

Stéphanie Mercier

Thèse soumise dans le cadre des exigences du programme de
Maîtrise en sciences infirmières

École des sciences infirmières
Faculté des sciences de la santé
Université d'Ottawa

© Stéphanie Mercier, Ottawa, Canada, 2020

UNIVERSITÉ D'OTTAWA

Cette thèse a été dirigée par :

Dave Holmes, Ph.D. Inf., FAAN

Université d'Ottawa

Jury d'évaluation de la thèse :

Denise Moreau, Inf., Ph.D.

Université d'Ottawa

Jean Daniel Jacob, Inf., Ph.D.

Université d'Ottawa

Dave Holmes, Inf., Ph.D., FAAN

Université d'Ottawa

Sommaire

L'objectif de cette étude était d'examiner l'expérience phénoménologique des patients placés sous contentions chimiques dans un contexte de psychiatrie légale au Canada. Onze patients ont pris part à des entrevues semi-structurées qui ont ensuite été transcrites, codées et analysées selon la méthode d'analyse interprétative phénoménologique (AIP). La recherche a eu lieu dans une institution de psychiatrie légale dans un centre métropolitain du Canada. Au plan théorique, les travaux de Foucault et de Goffman ont guidé le processus d'analyse. Cette dernière montre que même lorsqu'utilisée de façon adéquate, les contentions chimiques peuvent entraîner certaines répercussions négatives sur leur bien-être physique et psychologique des patients. Les résultats de cette recherche ont aussi fait ressortir que les patients sous contentions chimiques vivaient une détresse psychologique, pouvant dans certains cas, exacerber leurs symptômes psychiatriques et que la relation thérapeutique entre le patient et l'infirmière peut aussi être entravée. Par ailleurs, l'administration de médicaments PRN, sans le consentement du patient, entraîne des enjeux juridiques, cliniques et éthiques.

Table des matières

Sommaire.....	iii
Liste des figures.....	v
Remerciements	vi
Introduction.....	1
Chapitre 1 : Problématique de recherche.....	3
Chapitre 2 : Recension des écrits.....	11
1. Perspective historique de l'utilisation des contentions.....	11
2. Contention chimique contemporaine.....	14
3. Impacts de la contention sur le patient dans le milieu clinique	21
4. Enjeux juridiques, cliniques, éthiques et professionnels suscités par l'utilisation de la contention chimique sur les patients.....	23
Chapitre 3 : Cadre théorique.....	29
La discipline.....	30
Les institutions totales	34
Chapitre 4 : Considérations méthodologiques.....	38
Devis	38
Milieu d'étude.....	40
Recrutement et échantillon	40
Collecte des données.....	41
Analyse des données.....	43
Critères de rigueur	46
Dimensions éthiques.....	49
Chapitre 5 : Résultats.....	52
5.1 Faire l'expérience de la contention chimique.....	53
5.2 Effets/perceptions	62
5.3 Relation patient-personnel	67
5.4 Trouver des « alternatives ».....	76
Chapitre 6 : Discussion.....	83
6.1 Les dimensions du pouvoir.....	83
6.2 Le patient : objet de soumission	88
6.3 Une éthique du corps-vécu	91
Conclusion	99
Références.....	100
Annexe A.....	112
Annexe B	117
Annexe C	122
Annexe D.....	126

Liste des figures

Figure 1. Modélisation graphique des thèmes et catégories.	53
Figure 2. Modélisation du thème : Faire l'expérience de la contention chimique.	54
Figure 3. Modélisation du thème : Relation patient-personnel.	68
Figure 4. Modélisation du thème : Trouver des « alternatives ».	77

Remerciements

Je tiens d'abord à remercier mon superviseur de thèse, le professeur Dave Holmes, pour m'avoir guidée tout au long de ce projet de recherche et pour les heures qu'il a consacrées à diriger ma thèse de maîtrise. Son soutien, sa générosité et sa patience ont grandement contribué à la réalisation de cet ouvrage, je lui en suis tout spécialement reconnaissante. Je voudrais également remercier la Faculté des études supérieures, l'École des sciences infirmières, la Chaire de recherche en soins infirmiers médico-légaux, ainsi que l'Université d'Ottawa pour leur soutien financier. Une pensée et un remerciement spécial vont à ma famille pour le soutien et les encouragements lors des moments qui ont été quelques fois difficiles. Enfin, un merci tout spécial à ma conjointe, Marimée Godbout-Parent, qui m'a poussé au-delà de mes limites et qui m'a encouragée tout au long de mon parcours. Enfin j'aimerais remercier la professeure Denyse Pharand, Inf., PhD, maintenant retraitée, pour son travail d'édition.

Introduction

Les personnes atteintes d'un trouble de santé mentale font partie d'une population vulnérable (Larkin, Watts, & Clifton, 2006). Ces personnes peuvent parfois poser un risque pour eux et pour ceux qui les entourent. Selon l'*American Psychiatric Nurses Association* (APNA) (2014), dans le but d'empêcher des comportements dangereux adoptés par leurs patients, le personnel infirmier qui exerce en milieux psychiatriques se voit souvent contraint d'utiliser des contentions chimiques comme intervention clinique. Selon la Loi ontarienne de 2001 sur *la réduction au minimum de l'utilisation de la contention sur les malades, c16*, la contention est définie comme suit : « [...] contrôler grâce à l'utilisation minimale de la force, des moyens mécaniques ou des substances chimiques qui sont raisonnables compte tenu de l'état physique et mental de la personne ». Bien que l'utilisation des contentions physiques ou chimiques constitue une intervention de dernier recours, il demeure que celles-ci sont fréquemment utilisées en milieu psychiatrique (Alty, 1997; Chieze, Hurst, Kaiser & Sentissi, 2019). Malheureusement, l'utilisation des contentions entraîne souvent des conséquences négatives, voire graves tant au plan physique que psychologique. Les écrits démontrent qu'en plus des effets secondaires de la médication qui peuvent être très sérieux, les contentions chimiques représentent également une manifestation de pouvoir de la part du personnel infirmier (Cleary, 2003; Duxbury, 2002; Huckshorn, 2004). L'utilisation de ces contentions peut générer des sentiments d'hostilité, de honte et de culpabilité chez les patients qui vivent cette expérience (Corneau, 2016).

La présente recherche s'inscrit dans le cadre d'une étude plus large intitulée: *Treatment or Control: Toward a Phenomenological Understanding of the Use of Chemical Restraints in Mental Health Care*. Cette étude, subventionnée par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC, 2015-2017) avait comme objectif principal de mieux comprendre le vécu des patients (et du

personnel infirmier qui les soignent) soumis à la contention chimique. Afin de bien saisir l'expérience des patients, des entrevues semi-dirigées ont été effectuées par les chercheurs principaux. Ces expériences phénoménologiques des patients placés sous contentions chimiques dans un contexte de psychiatrie légale au Canada ont été méticuleusement examinées. Au plan théorique, les travaux de Foucault et de Goffman ont guidé le processus d'analyse. Les résultats de cette recherche ont fait ressortir plusieurs points importants. D'abord, les patients sous contentions chimiques vivent une détresse psychologique importante, pouvant dans certains cas, avoir des effets négatifs sur leurs bien-être ainsi que sur la relation thérapeutique entre le patient et l'infirmière. Par ailleurs, l'administration de médicaments PRN, sans le consentement du patient, entraîne des enjeux juridiques, cliniques et éthiques considérables.

Chapitre 1 : Problématique de recherche

Certains comportements des personnes hospitalisées en milieu psychiatriques peuvent occasionner des risques pour leur sécurité et celle de leur entourage. De ce fait, l'agression et l'agitation sont des problématiques constamment rencontrées (Chieze & al., 2019; Holmes, Rudge, Perron & St-Pierre, 2012; Power & Baker, 2020; Muir-Cochrane, O'kane & Oster, 2018; Voss & Bartlett, 2019). Dans le but de diminuer ces risques, certaines mesures restrictives sont utilisées pour assurer la sécurité des personnes hospitalisées (APNA, 2014). Les contentions chimiques sont parmi les mesures de sécurité adoptées. Ces interventions de soins sont souvent nécessaires dans le but de minimiser les blessures, non seulement pour le patient et pour le personnel, mais aussi pour protéger les autres patients hospitalisés (APNA, 2014).

Les écrits identifient trois motifs principaux qui justifient le recours aux mesures de contrôle : (1) clinique ou thérapeutique (ex. : afin d'aider un patient à reprendre le contrôle) ; (2) sécurité (ex. : pour prévenir, chez un patient, un comportement dangereux pour lui-même ou autrui) ; et (3) punition (ex. : afin de modifier les comportements du patient). Les auteurs consultés sont clairs sur le fait que les patients perçoivent l'utilisation des mesures de contrôle comme une punition ou une intervention coercitive utilisée lorsque des règles sont enfreintes (Evans, Woods, & Lambert, 2003; Gerolamo, 2006; Muir-Cochrane, Grimmer, Gerace, Bastiampillai & Oster, 2019; Muir-Cochrane, Oster & Grimmer, 2019; Muir-Cochrane, Oster, Gerace, Dawson, Damarell, & Grimmer, 2020; Wynn, 2004; Wynn, 2004). Cette pratique soulève des questions éthiques dans les milieux cliniques surtout lorsque ces mesures coercitives (par exemple : la salle d'isolement, les contentions mécaniques et les contentions chimiques), sont utilisées comme des mesures répressives, tout en étant supportées paradoxalement par un rationnel thérapeutique (Holmes, Kennedy, & Perron, 2004; Mason, 1994; Mohr, 2009). Cependant, certains sont en

désaccord et argumentent que de telles procédures sont inhumaines et associées au contrôle, au pouvoir et à la correction (Harwood, 2017; Hochstrasser, Frolich, Scheeberger & Borgwardt, 2020; Jacob, Sahu, Frankel, Homel, Berman & McAfee, 2016; Johnson, 1998; Strout, 2010).

De plus, plusieurs problématiques surgissent lors de l'utilisation de ce type de contentions (Colaizzi, 2005; Mohr, 2010). Les écrits soulignent trois éléments principaux qui sont liées à l'utilisation des contentions chimiques. Ce sont : (1) le recours abusif à ces contentions pour exercer un contrôle sur les comportements des patients ; (2) la relation thérapeutique avec les patients est entravée par l'utilisation de la force physique ; (3) les effets secondaires nombreux et importants des médicaments (lorsque la contention chimique est utilisée).

Exercer un contrôle sur les comportements des patients est clairement soulignée dans les écrits de Goffman (1963). Ce dernier rappelle que les personnes atteintes de troubles de santé mentale ont été marginalisées à travers les différentes périodes de l'histoire. Ces personnes ont été réformées, voire sanctionnées dans les institutions, pour ensuite être réinsérées dans la société. Barton, Johnson et Price (2009) considèrent que les contentions chimiques peuvent être perçues comme un déploiement de force et de contrôle du personnel infirmier. Il est donc évident que cette intervention clinique doit être utilisée comme mesure de dernier recours. En Ontario, le législateur reconnaît que le droit à l'autonomie personnelle ne doit pas être moins protégé que celui des personnes qui souffrent de maladies physiques (Fleming, 1991). Les contentions chimiques sont cependant utilisées de façon quasi quotidienne dans les milieux psychiatriques, et ce, contre le gré des patients. De même, le contexte québécois est similaire. Au Québec, l'article 118.1 de la LSSSS (L.R.Q. c. S-4.2) stipule que « la force, l'isolement, tout moyen mécanique ou toute substance chimique ne peuvent être utilisés, comme mesure de contrôle d'une personne dans une installation maintenue par un établissement, que pour l'empêcher de s'infliger ou d'infliger à autrui des

lésions. L'utilisation d'une telle mesure doit être minimale et exceptionnelle et doit tenir compte de l'état physique et mental de la personne. » De fait, lorsqu'une mesure « est prise à l'égard d'une personne, elle doit faire l'objet d'une mention détaillée dans son dossier. Doivent notamment y être consignées une description des moyens utilisés, la période pendant laquelle ils ont été utilisés et une description du comportement qui a motivé la prise ou le maintien de cette mesure. Tout établissement doit adopter un protocole d'application de ces mesures en tenant compte des orientations ministérielles, le diffuser auprès de ses usagers et procéder à une évaluation annuelle de l'application de ces mesures. ». En 2002, bien que les orientations ministérielles relatives à l'utilisation des mesures de contrôle incluent la substance chimique comme mesure de contrôle, le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) ne s'est engagé de manière plus affirmée dans son utilisation que dans sa version de 2015 du Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle destinée à standardiser les protocoles des établissements.

Certaines recherches recensées appuient la notion du contrôle des comportements des patients. À ce titre, le *Canadian Institute for Health Information* (CIHI), (2011) révèle pour sa part, qu'en Ontario, 24 % des personnes admises dans un service de santé mentale vivront l'expérience d'au moins un type de mesure de contention : les contentions chimiques (58,9 %) ; les contentions physiques/mécaniques (20,7 %) ; l'isolement (20,4 %). Katiala-Heino, Tuohimäki, Korkeila & Lehtinen (2003) rapportent que la contention chimique est souvent utilisée conjointement avec la contention mécanique ou la mise en salle d'isolement. Selon Currier (2003), un manque de consensus perdure sur la définition même de ce qu'est une contention chimique.

Une seconde problématique reliée à l'utilisation des contentions est la force physique et le contrôle des intervenants qui entravent la relation thérapeutique avec le patient. Il est connu que

certains troubles mentaux peuvent aviver des comportements agressifs (Harwood, 2017; Palowski & Barnowski, 2017) Ces comportements constituent un risque pour la sécurité de l'environnement. Ainsi, le besoin de maintenir ou de restaurer la sécurité peut obliger le personnel infirmier à avoir recours à la contention chimique. Les écrits rapportent toutefois que l'intervention restrictive posée par le personnel infirmier peut être dépourvue d'empathie et de compréhension au regard de l'expérience du patient. Holmes, Kennedy & Perron (2004) soutiennent que l'utilisation des mesures restrictives en milieu psychiatrique peut entraîner une rupture de la relation thérapeutique, un manque de confiance du patient envers le soignant, ainsi que des sentiments d'hostilité et de honte. De son côté, Johnston (2017), confirme que l'utilisation de contentions chimiques sur des personnes atteintes de trouble psychiatrique viole leur indépendance. Ces interventions cliniques augmentent l'anxiété des patients, ce qui peut les conduire à des symptômes de dépression. Les patients sentent qu'ils n'ont aucun contrôle sur leur situation, se sentent inaptes à participer à leurs soins, ne savent, ni ne comprennent ce qui se passe. Pour Johnston (2017), la dignité humaine de base est gravement bafouée, les patients ayant perdu la capacité de contrôler leur corps, se sentent totalement infantilisés.

Une troisième problématique liée à l'utilisation des contentions chimiques est les effets secondaires nombreux et importants des médicaments administrés en tant que « contention chimique » aux patients hospitalisés dans les milieux de soins psychiatriques. Bernheim (2016) note plusieurs effets secondaires entraînés par ces médicaments. Certains d'entre eux sont : des dysfonctions musculaires, une vision trouble, la sécheresse de la bouche, la prise de poids, l'hypotension, des changements cardiovasculaires et, très rarement la mort subite. Toutefois, Fleming (1991) a identifié un effet secondaire grave de ces médicaments si pris à long terme, soit la dyskinésie tardive. La dyskinésie tardive est décrite comme un trouble neurologique

généralement irréversible caractérisé par des mouvements involontaires et grotesques du visage. Notre pratique clinique nous permet aussi d'affirmer que l'environnement du patient peut exacerber les symptômes psychiatriques. De plus, une exacerbation des symptômes psychiatriques voire même, sous forme de psychose toxique a pu être observée chez certains patients soumis à la contention chimique. Les écrits soulignent également que l'expérience peut être très traumatisante tant pour les patients, que pour le personnel infirmier (Huckshorn, 2004). Ce qui suit illustre le traumatisme vécu chez les patients lors de l'utilisation de la force physique pour administrer la médication PRN (au besoin) per os (voie orale). Lorsque le patient refuse la médication per os, le personnel se voit contraint de l'administrer par injection, et ce, contre le gré du patient (Bowers, Ross, Owiti, Baker, Adams & Stewart, 2012; Johnston, 2017). Une force physique contraignante doit alors être déployée par les intervenants, afin que le patient soit complètement immobilisé face contre terre. L'administration intramusculaire de la médication peut donc se faire sans risque de causer un dommage relié au site d'injection (atteinte au nerf sciatique).

Non seulement l'utilisation de la contention chimique « forcée » suscite des problèmes physiques et psychologiques pour les patients en milieu psychiatrique, mais ce type d'intervention engendre des enjeux d'ordre éthique, juridique et moral ; ces enjeux rendent cette intervention clinique (PRN forcé par voie IM) controversée (Mohr, 2009; Paterson & Duxbury, 2007; Strout, 2010). Ceci étant dit, la perspective des patients, qui reçoivent l'administration d'une médication PRN contre leur gré est, par ailleurs, très peu explorée dans les travaux de recherche. En effet, bien que les écrits recensés précédemment soulèvent plusieurs questions au regard de l'administration d'une médication PRN contre le gré du patient, il demeure toutefois que « *la voix* » du patient se fait malheureusement bien discrète. En fait, très peu de recherches se sont intéressées à l'expérience de la personne soumise à la contention chimique, même si de telles études auraient

pu permettre de mieux comprendre et, de ce fait, d'améliorer l'expérience du patient. Ces études auraient également pu contribuer à sensibiliser le personnel soignant aux conséquences néfastes de la contention chimique sur le patient.

De cette problématique émane l'objectif de la présente étude. Cet objectif est de comprendre l'expérience phénoménologique de la contention chimique chez des patients hospitalisés dans un milieu de soins de psychiatrie légale. L'exploration du vécu phénoménologique des patients de psychiatrie légale auxquels est administrée une contention chimique enrichira les connaissances actuelles sur les enjeux de pouvoir intrinsèque à cette pratique.

Objectif de recherche

Comprendre l'expérience des patients auxquels une contention chimique (médication PRN) leur est administrée **sans leur consentement** dans un contexte canadien de psychiatrie légale.

Positionnement paradigmatique

Un paradigme est une manière de penser, de voir et d'aborder les phénomènes qui reflètent nos croyances fondamentales. Guba & Lincoln (1994) ont identifié quatre grands paradigmes : le positivisme, le post-positivisme, le constructivisme et la théorie critique. La position épistémologique de cette recherche est la théorie critique. Guba & Lincoln (1994) définissent la théorie critique comme une épistémologie subjective et transactionnelle qui étudie les effets du savoir, du pouvoir et du langage sur certaines personnes ou sur un groupe de personnes. La théorie critique propose une méthodologie dialogique et dialectique. Le dialogisme mène à une interaction qui se constitue entre le discours du narrateur principal (chercheur) et le discours des participants. La présente recherche se distancie de la réalité objective des paradigmes positiviste et post-positiviste. Elle s'ancre plutôt dans une perspective de vérité subjective, contextuelle et

multidimensionnelle. Selon Guba & Lincoln (1994) dans cette perspective, l'auteur peut laisser la place à une voix et à une conscience qui sont indépendantes de la sienne. La perspective des participants (patients) est privilégiée. La théorie critique est appropriée pour comprendre l'expérience des patients en milieu de psychiatrie légale auxquels une contention chimique (médication PRN) leur est administrée sans leur consentement. Ce positionnement épistémologique est justifié, car ces patients sont hospitalisés dans un contexte de forces politiques, éthiques, légales et scientifiques où le discours binaire (acceptable/inacceptable, bénéfique/non-bénéfique) est prédominant. L'approche dialectique a également été utilisée par la chercheuse pour discuter, raisonner, contester et interpréter le problème qu'elle observera.

L'ontologie de la théorie critique précise qu'en étudiant les effets du savoir, du pouvoir et du langage sur un groupe donné, on observe une oppression distincte. Cette oppression est la résultante d'enjeux sociopolitiques et culturels qui ont lieu à travers l'histoire (Foucault, 2006). Whittington & McLaughlin (2000) ajoutent qu'avec le temps, ces conséquences ont créé la réalité qu'on observe à l'heure actuelle. Guba & Lincoln (1994) sont clairs sur le fait que l'interaction entre le chercheur et le participant révèle différentes subjectivités qui viendront influencer les résultats de la recherche. Il est impossible d'être entièrement objectif à la réalité, car chacun possède un bagage qui lui est propre et qui lui permet de voir le monde selon différentes perspectives. Une revue systématique des écrits effectuée par Hui, Middleton & Völlm (2013) permet d'affirmer qu'il y a un manque évident de recherches empiriques en milieu de psychiatrie légale. De leur côté, Bregar, Skela-Savič & Plesničar (2018) prétendent que l'utilisation des mesures de contrôle sur les patients en psychiatrie est en fait un phénomène contextualisé, interactif et multidimensionnel.

Les écrits précédents confirment le choix judicieux du positionnement paradigmatique de l'auteure de la présente étude. La recension des écrits très récente de Al-Maraira & Hayajneh (2019) valide le fait que plusieurs recherches ont porté exclusivement sur l'isolement et la contention, toutefois peu d'entre elles se sont penchées sur l'utilisation de la contention chimique (Hui & al., 2013).

La présente recherche phénoménologique s'intéresse au vécu du patient au moment de l'administration de la contention chimique, sans son consentement, dans un contexte canadien de psychiatrie légale. Cette recherche contribuera au développement de connaissances spécifiques en permettant d'entendre, de recevoir et de comprendre « *la voix* » des patients. Nous souhaitons que le travail de réflexion critique amorcé puisse servir de point de départ à l'élaboration de principes et de lignes directrices pour encadrer davantage les soins infirmiers en milieu psycho-légal et de permettre aux patients de verbaliser leur droits et leurs besoins.

Chapitre 2 : Recension des écrits

Le développement des soins psychiatriques actuels a été influencé par une culture qui a évolué au fil du temps (Whittington & McLaughlin, 2000). Aujourd'hui, le milieu médical est encore basé sur le contrôle de la maladie mentale (Hall, 2004). À travers les générations, la transmission du savoir professionnel a favorisé la continuité d'une pratique « particulière » dans le milieu de soins (Whittington & McLaughlin, 2000). C'est ainsi que nous observons toujours la présence des « vieilles méthodes » dans la pratique infirmière d'aujourd'hui. Plusieurs recherches ont documenté la perspective des patients par rapport aux méthodes de contention (Brophy, Roper, Hamilton, Tellez, & McSherry, 2016; Gagnon, Desmartis, Dipankui, Gagnon, & St-Pierre, 2013; Georgieva, Mulder, & Wierdsma, 2012; Haw, Stubbs, Bickle, & Stewart, 2011; Holmes, Kennedy, & Perron, 2004 ; Kinner, Harvey, Hamilton, Brophy, Roper, McSherry & Young, 2017; Kontio et al., 2012; Larue, Dumais, Boyer, Goulet, Bonin & Baba, 2013; Ling, Cleverly, & Perivolaris, 2015; Verbeke, Vanheule, Cauwe, Truijens, & Froyen, 2019). Pourtant, peu de recherches permettent de réellement comprendre le vécu des patients qui se voit administré des méthodes de contention contre leur gré.

Le présent chapitre est divisé en sous-sections qui présentent les thèmes suivants : (1) perspective historique de l'utilisation des contentions (2) contention chimique contemporaine: définition et processus décisionnel du personnel infirmier pour son utilisation (3) impact de la contention sur le patient dans le milieu clinique (4) enjeux cliniques, juridiques, de même qu'éthiques et professionnels au regard de l'utilisation de la contention chimique sur les patients.

1. Perspective historique de l'utilisation des contentions

La tendance à associer la maladie mentale à un manque de capacité et à la dangerosité a des racines historiques profondes et les attitudes ont été lentes à changer (Chandler & Flood, 2016). Les

patients atteints de troubles de santé mentale ont toujours été désavantagés. Ils ont été victimes de stéréotypes, de préjugés, ainsi que d'une longue histoire de détention et de traitement forcé. La « folie » a longtemps constitué une forme de statut social (Foucault, 1976 ; Flemming, 1991). Colaizzi (2005) rappelle qu'à la période de la philosophie des Lumières, le concept de « folie » est passé d'une conception surhumaine à celle d'une perturbation au niveau du cerveau qui devait absolument être traitée. Au tournant du XVIII^e siècle, les médecins se sont faufiletés dans le monde asilaire, ceux-ci étant attirés par l'autorité sur ceux qu'ils pouvaient interner (Cellard & Thifault, 2007; Foucault, 2009). Cette époque a marqué le début des traitements aux personnes atteintes de troubles mentaux dans le but de leur rendre la raison. La raison est alors devenue un point déterminant de l'humanité et sa présence s'est faite indispensable pour permettre à la personne de se prévaloir de tous ses droits (Colaizzi, 2005). À l'intérieur des asiles, la perte de contrôle était vue comme une perte de la raison. C'est ainsi que différentes méthodes ont été élaborées afin de permettre au malade de reprendre le contrôle sur lui-même (Colaizzi, 2005).

Dans les années 1840, l'apparition de l'usage de substances chimiques utilisées dans le but de restaurer le contrôle du malade a vu le jour (Colaizzi, 2005). Dans les années 1950, la découverte de la chlorpromazine (CPZ) a fait basculer la psychiatrie à l'ère de la médecine. Depuis, des progrès importants ont été répertoriés, notamment la sortie des asiles et le maintien en communauté de nombreux malades, ou encore le contrôle de la maniaque-dépression (Dorvil, 2006).

L'idéologie associée au contrôle comme étant thérapeutique existe encore aujourd'hui. Le transfert des croyances, des perspectives, des pensées et des façons de faire du personnel soignant est encore vivant dans les milieux de soins (Jacob, Sahu, Frankel, Homel, Berman & McAfee, 2016; Johnston, 2017; Luciano, Sampogna, Del Vecchio, Pingani, Palumba, De Rosa, Catapano &

Fiorillo, 2014; Verlinde, Noorthoorn, Snelleman-Van der Plas & Lepping, 2017; Whittington & McLaughlin, 2000). Ce cycle favorise très peu le changement organisationnel. À ce jour, les patients qui présentent des risques d'hétéro/auto-agression et qui refusent de suivre un plan de traitement thérapeutique subissent des quelques fois des traitements obligatoires (Durand & Alary 2014; Szasz, 2012; Van der Merwe, Muir-Cochrane, Jones, Tziggili, & Bowers, 2013). D'ailleurs, les classifications du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) (American Psychiatric Association, 1952, 2012) permettent une classification dite objective de chacune des maladies mentales selon quelques courtes définitions. Dans les établissements, les traitements forcés deviennent une réalité quotidienne (Katiala-Heino & al., Szasz, 2012; Van der Merwe & al., 2013).

Par ailleurs, les objectifs thérapeutiques et protecteurs de la loi sur la santé mentale font en sorte que les effets punitifs et discriminatoires potentiels sont justifiés par cette même loi (Chandler & Flood, 2016). Selon les mêmes auteurs, les tribunaux ont souvent conclu que les personnes atteintes de troubles mentaux appartiennent à une catégorie spéciale de personnes nécessitant un traitement législatif spécial pour leur propre protection et celle de la société. De même, les décisions relatives aux contestations de la législation en matière de santé mentale mettent plutôt l'accent sur les objectifs de sécurité et de liberté plutôt que sur les droits à l'égalité des personnes qui sont soumises à la détention et aux contentions. Ces obstacles affectent de manière disproportionnée les personnes souffrant de troubles liés à la santé mentale et rendent invisible leur expérience quant à la discrimination dans la détention psychiatrique (Chandler & Flood, 2016). À ces fins « les rapports de force entre la pratique médicale et le cadre législatif de l'état représentent donc le noyau de la psychiatrie contemporaine, dont les pouvoirs soutiennent les pratiques coercitives que l'on connaît aujourd'hui, tels les traitements obligatoires, l'incarcération

sur des unités fermées, ainsi que l'usage de mesures d'isolation et de contentions » (Corneau, 2016, p. 19).

2. Contention chimique contemporaine

En Ontario (durant les années 2006-2007 et 2009-2010), plus de 90 000 patients étaient hospitalisés sur des unités de soins en santé mentale (ICIS, 2011). Il est permis de penser que l'historique présenté précédemment au regard de l'utilisation des contentions puisse encore, de nos jours, teinter les discours d'autorité, de pouvoir et de discipline au sein de la culture psychiatrique concernant les soins.

Définition et indications de la contention chimique

Selon l'*American Psychiatric Nurses Association* (ci-après « APNA ») (2014), les contentions chimiques dans le contexte psychiatrique sont des médicaments administrés sur une unité de soins pour contrôler les comportements des personnes jugées dangereuses. L'APNA (2014) définit également les contentions comme étant des stratégies de gestion du comportement, particulièrement lorsque les patients vivent des situations difficiles. Selon les normes de pratique, les contentions doivent être utilisées lorsque le patient ne répond pas aux autres formes de techniques de désescalade (ex.: la désescalade verbale). L'APNA (2014) précise que les contentions ne doivent pas être utilisées de façon punitive. Il existe trois types de contentions : les contentions mécaniques, les contentions chimiques et les contentions environnementales (Raveesh, Gowda & Gowda, 2019). Bien que leur emploi nécessite une ordonnance médicale, les contentions chimiques sont reconnues comme étant une méthode de dernier recours. De plus, ce type d'intervention se doit d'être remis en question, car il peut donner beaucoup de contrôle au personnel sur leurs patients. L'éthique de ces interventions pourrait alors être remise en cause.

De son côté, Gaten (2007) prétend que le terme « contention » se rapporte à une limitation de la liberté d'une personne. Dans le domaine médical, cette situation s'applique à toutes les pratiques, les méthodes ou les objets qui contrôlent le comportement de la personne. La présente étude s'intéresse à la contention chimique laquelle fait référence à une l'utilisation d'une médication psychoactive (Moore & Pfaff, 2017). Cette médication n'est pas toujours administrée dans le but d'être thérapeutique; elle est plutôt utilisée pour créer un niveau de sédation chez le patient alors que ce dernier est agité (Moore & Pfaff, 2017). Les contentions sont souvent administrées sans le consentement du patient (Szasz, 2012). En conséquence, elles ne devraient jamais être utilisées à la convenance du personnel. Le personnel soignant devrait plutôt y avoir recours lorsque toutes les autres méthodes ont été épuisées. Les écrits suggèrent trois raisons principales qui justifient l'utilisation des contentions : (1) pour assurer la sécurité (Goethals, Dierckx de Casterlé, & Gastmans, 2012; Muir-Cochrane et al., 2019; Muir-Cochrane et al., 2020; Muir-Cochrane et al., 2019; Strout, 2010; Wynn, 2004); (2) à des fins thérapeutiques, pour permettre au patient de reprendre son intégrité (Gelkopf et al., 2009; Van der Merwe, Muir-Cochrane, Jones, Tziggili & Bowers, 2013; Muir-Cochrane et al., 2019; Muir-Cochrane et al., 2019; Muir-Cochrane et al., 2020; Wynn, 2004); et (3) à des fins punitives, pour permettre d'assurer le pouvoir des intervenants (Strout, 2010).

Les travaux de recherche font également ressortir des opinions contradictoires au regard de la contention. Selon *The Patient Safety Education Program* (2013) les contentions chimiques « refers to the administration of psychotropic medication in situations where a person may have already lost behavioural control or where there is imminent risk of loss of control in behaviour that will lead to harm to self or others » (p. 4). Par ailleurs, le *Joint Commission* (2009) donne une interprétation quelque peu différente : « The [organization] uses restraint or seclusion only when

it can be clinically justified or when warranted by patient behavior that threatens the physical safety of the patient, staff, or others » (p. 2). De son côté, Muir-Cochrane et al., (2020) évoquent que « Chemical restraint (CR) (also known as rapid tranquilisation) is the forced (non-consenting) administration of medications to manage uncontrolled aggression, anxiety, or violence in people who are likely to cause harm to themselves or others. » (p. 1). Certains modèles psychiatriques donnent également une autre définition de la contention chimique: « A drug or medication when it is used as a restriction to manage the patient's behavior or restrict the patient's freedom of movement and is not a standard treatment or dosage for the patient's condition » (Zun, Chepenik & Mallory, 2013, p. 369). Par ailleurs, dans le document traitant des orientations ministérielles (2015), le MSSS a complètement séparé le terme contention et substances chimique. Ainsi, la contention est définie comme étant une « mesure de contrôle qui consiste à empêcher ou à limiter la liberté de mouvement d'une personne en utilisant la force humaine, un moyen mécanique ou en la privant d'un moyen qu'elle utilise pour pallier un handicap. » (p. 9). De son côté, la substance chimique est définie comme étant une « mesure de contrôle qui consiste à limiter la capacité d'action d'une personne en lui administrant un médicament. » (p.1). Ces divergences d'opinions et les interprétations plutôt vagues au sujet des contentions, quelque'en soit la forme, étayaient une confusion persistante chez le personnel infirmier. De fait, il est souvent difficile pour le personnel infirmier et pour le patient de distinguer une contention chimique d'un médicament qui ne l'est pas. Par ailleurs, le personnel infirmier peut s'appuyer sur l'ouvrage des *U.S. Centers for Medicare & Medicaid Services* qui a permis la publication d'un guide pour aider à reconnaître et à établir le type de contention, la durée, la dose appropriée, les effets secondaires et indésirables, de même que les indications justes pour son utilisation (Levy, 2017).

Par ailleurs, selon Moore et Plaff (2017), il existe trois classes majeures de contentions chimiques : (1) les benzodiazépines, (2) les antipsychotiques de première génération, (3) les antipsychotiques de seconde génération. En général, l'utilisation des antipsychotiques de première génération et à action rapide (avec ou sans une benzodiazépine) est utilisée chez les patients extrêmement violents ou agités. Dans ce cas, la contention agit dans le but d'endormir le patient rapidement. Dans le même ordre d'idées, une benzodiazépine est plutôt utilisée pour les patients qui présentent des symptômes de sevrage. Pour les patients atteints de problèmes psychiatriques connus, l'utilisation des antipsychotiques de première génération s'avère plus efficace (Moore & Plaff, 2017). Compte tenu de l'état d'agitation du patient, la contention chimique est souvent administrée sous forme d'injection intramusculaire (IM). Néanmoins, le personnel infirmier devrait toujours donner un choix au patient au moment de l'administration du médicament, en lui offrant une dose orale (PO) lorsque la situation le permet.

Suite à la recension des écrits effectuée en utilisant diverses bases de recherche, la définition retenue pour la présente étude est celle de la Loi de 2001 *sur la réduction au minimum de l'utilisation de la contention sur les malades*. Cette définition est la suivante: « relativement à une personne, s'entend du fait de la contrôler grâce à l'utilisation minimale de la force, des moyens mécaniques ou des substances chimiques qui sont raisonnables compte tenu de l'état physique et mental de la personne. ». Trois raisons ont été identifiées dans les écrits pour justifier l'usage des contentions chimiques : (1) à des fins thérapeutiques (par ex. : afin d'aider le patient à retrouver le contrôle dans une situation particulière) (Goethals, Dierckx de Casterlé, & Gastmans, 2012; Muir-Cochrane et al., 2019; Muir-Cochrane et al., 2020; Muir-Cochrane et al., 2019; Strout, 2010; Wynn, 2004; (2) pour des raisons de sécurité (par ex. : pour empêcher un patient de faire du mal à autrui ou à lui-même) (Gelkopf et al., 2009; Van der Merwe, Muir-Cochrane, Jones, Tziggili &

Bowers, 2013; Muir-Cochrane et al., 2019; Muir-Cochrane et al., 2019; Muir-Cochrane et al., 2020; Wynn, 2004); et (3) à des fins punitives (c'est-à-dire : dans le but de modifier les comportements) (Strout, 2010). Holmes, Kennedy & Perron (2004) rapportent que les patients constatent souvent une composante punitive et coercitive à l'utilisation des contentions. D'autres auteurs ajoutent que les contentions sont déployées lorsque les règlements ne sont pas respectés (Evans, Woods & Lambert, 2003; Wynn, 2004). Assurément, cette pratique a causé plusieurs questionnements éthiques dans le milieu clinique, surtout lorsque l'utilisation de ces pratiques coercitives, comme l'utilisation de la salle d'isolement, des contentions mécaniques, et des contentions chimiques sont utilisées comme mesures répressives soutenues par un rationnel « thérapeutique ». (Holmes, Kennedy, & Perron, 2004; Holmes & Murray, 2011). Par conséquent, certains chercheurs appuient le fait que ces procédures, même si elles sont communes, n'en sont pas moins inhumaines ; elles sont souvent associées au contrôle, au pouvoir et à la punition (Strout, 2010).

Processus décisionnel infirmier

Il est important de bien comprendre le processus décisionnel infirmier qui sous-tend l'utilisation de la contention. Pour ce faire, il est fondamental de saisir l'influence du jugement clinique, du contexte et de l'historique psychiatrique dans le processus décisionnel de l'administration de la contention chimique au patient. Le jugement clinique est 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 étudiées : il est, en somme, la conclusion qu'elle en tire (Phaneuf, 2008). Malheureusement, encore aujourd'hui, les données probantes montrent des lacunes, au niveau du jugement clinique, dans la prédiction du risque de violence (Dolan & Doyle, 2000). La conséquence de ces lacunes au niveau du jugement clinique fait en sorte que les mesures de

contention sont largement utilisées dans le milieu de soins (Derval, 2013). Les protocoles institutionnels, les pressions externes, les comportements des patients, les valeurs personnelles et professionnelles des infirmières peuvent venir grandement influencer sur le processus décisionnel. Ce processus qui fait partie du rôle infirmier est basé sur le jugement clinique posé dans le contexte particulier de chaque milieu de soins. Par ailleurs, il demeure que ces mesures de contrôle ont souvent eu des impacts négatifs sur les patients. Dans le but d'aider les infirmières dans le processus décisionnel de l'utilisation de la contention, Derval (2013) a développé un modèle conceptuel qui considère l'environnement du patient. Ce modèle conceptuel s'est inspiré du modèle de Kayser-Jones (1992), adapté par Gagnon & Roy (2006). Le modèle développé en collaboration par Derval (2013) a été validé auprès d'un groupe d'infirmières.

L'élaboration du modèle de Derval a été basée sur une recension des écrits exhaustive. De cette recension sept recommandations en lien avec l'utilisation des contentions ont été proposées. Ce sont : (1) les professionnels doivent créer un environnement le plus agréable que possible. (2) Les contentions doivent être utilisées seulement lorsqu'appropriées. (3) Plusieurs alternatives doivent être envisagées avant d'avoir recours aux contentions. (4) La contention utilisée doit être la moins contraignante possible et doit respecter l'intégrité du patient. (5) La documentation de la contention doit être rédigée. (6) La surveillance doit être assurée après l'usage de la contention. (7) Le patient et la famille doivent recevoir de l'information sur la contention. Par la suite, le modèle conceptuel a été élaboré.

Le modèle de Derval (2013) comprend quatre concepts. Tout d'abord, l'évaluation du patient qui comprend l'identification et le traitement des causes sous-jacentes à l'agitation, afin de les éliminer. Pour ce faire, l'infirmière doit vérifier les besoins de base de chaque patient et percevoir les facteurs propices pour qu'ils soient comblés. L'infirmière doit aussi connaître les

antécédents du patient (par ex. : abus de substance, hospitalisation antérieure, etc.), réviser la médication et reconnaître les facteurs contributifs qui se retrouvent dans l'environnement. Finalement, l'infirmière doit connaître le fonctionnement antérieur du patient, c'est-à-dire avant son hospitalisation.

Le deuxième concept touche les alternatives utilisées. Pour respecter ce concept, l'infirmière doit assurer le confort, l'orientation et la communication auprès du patient. Elle peut assurer le confort en positionnant adéquatement le patient. Elle peut également personnaliser et regrouper les soins afin d'éviter de déranger le patient. L'infirmière peut aussi utiliser la diversion et la communication pour intervenir lors d'une situation difficile (Bowen, Privitera, & Bowie, 2011). L'infirmière peut modifier l'environnement du patient en éliminant les stimuli qui causent de l'agitation et de l'agressivité (par ex. : l'éclairage, le bruit). D'autres mesures sont mentionnées, ce sont : impliquer la famille, utiliser des agents pharmacologiques appropriés, favoriser la continuité des soins, assurer un bon ratio infirmières-patients et émettre une surveillance accrue.

Le troisième concept documente le motif et le type de la contention utilisée, le comportement du patient, son état de conscience, les autres alternatives envisagées. La durée, la fréquence et la réaction du patient lors de l'utilisation de cette contention doivent également être documentées. L'infirmière doit aussi assurer la liaison avec la famille en leur donnant l'information appropriée. Le quatrième concept du modèle se rapporte à la surveillance du patient, laquelle pour Derval (2013) signifie que la contention doit être conformément utilisée. Le confort et le positionnement adéquat doivent être assurés jusqu'au retrait de la contention (la douleur, l'anxiété et l'agitation doivent être bien gérées). Les signes vitaux et la vérification des points de pression doivent être faits avec soin.

Le modèle de Derval (2013) conçoit les étapes qui doivent être suivies par l'infirmière dans un contexte clinique idéal. Toutefois, cet idéal n'est pas toujours présent dans les milieux de soins, ce qui permet de souligner, à titre d'exemple une des limites du modèle. L'étape où l'infirmière administre la contention n'est pas décrite. Cette lacune rend difficile une description des signes et symptômes pour distinguer l'urgence de la non-urgence de l'intervention, l'agression sévère de l'agression moins sévère.

3. Impacts de la contention sur le patient dans le milieu clinique

Certaines problématiques psychiatriques comme : la psychose, le trouble de stress post-traumatique, le trouble de la personnalité, la démence, un historique de violence, le problème de dépendance peuvent augmenter le risque de violence ou d'agressivité chez un patient (Moore & Pfaff, 2017). De plus, les écrits suggèrent que certains facteurs environnementaux peuvent aussi causer une escalade comportementale. Ces facteurs environnementaux sont : le ratio patient-infirmière trop élevé, le manque de temps, un membre du personnel qui se retrouve seul avec le patient, l'invasion de l'espace personnel du patient, l'utilisation de contention, le manque de formation du personnel infirmier, le niveau d'activité important sur l'unité, la période d'attente prolongée, ainsi que la présence d'une arme. Dans le but d'éviter ces comportements agressifs et les effets à long terme qui en découlent, la contention peut être utilisée pour retrouver le contrôle d'une situation (APNA, 2014 ; Moore & Pfaff, 2017). À ce titre, après avoir tenté la désescalade verbale, le personnel infirmier peut tenter de « ralentir » le patient à l'aide d'une contention chimique. Le médicament adéquat pour ce genre d'intervention doit être en mesure d'agir rapidement et d'entraîner un minimum d'effets secondaires (Moore & Pfaff, 2017).

La contention chimique peut être utilisée pour exercer une emprise sur les comportements du patient, mais elle peut aussi être employée dans le but de mettre fin aux dissensions sur l'unité,

de démontrer au patient qu'il s'est mal comporté, ou encore dans le but « d'éduquer » le patient (Gelkopf & al., 2009). L'utilisation de la contention prend ainsi la forme d'une punition. Keski-Valkama & al. (2010) identifient d'autres situations où le personnel infirmier peut utiliser des contentions, comme : la fugue, le refus de collaborer ou de prendre une médication, l'automutilation, la désorientation, les menaces, le bris de matériel et la violence.

Force est de constater que les auteurs consultés sont unanimes sur le fait que l'utilisation des contentions peut représenter une expérience traumatisante pour le patient. Or, selon les recommandations de l'APNA (2014), les milieux psychiatriques devraient utiliser le minimum de contentions possible afin de favoriser le bien-être du patient. Malgré cette recommandation, près de 50 % des patients soutiennent qu'au moment de l'utilisation de la contention, ils ne représentaient pas de danger envers eux-mêmes ou autrui (*Psychiatric Patient Advocate Office*, 2001). Plusieurs auteurs (APNA, 2014; Derval, 2013; Moore & Pfaff, 2017) tentent de donner une explication à cette situation qui pourrait être qualifiée « d'abusives ». Ils ont identifié des facteurs qui peuvent influencer l'utilisation de ces méthodes restrictives. Parmi ces facteurs, les auteurs précédents rapportent entre autres que le personnel clinique est peu protégé et peu préparé dans la prévention, de même que dans la gestion des comportements violents. De plus, selon les patients, le personnel infirmier ne serait pas suffisamment attentif à leurs besoins.

L'utilisation des contentions chimiques sur les patients peut provoquer des conséquences délétères sur leur bien-être physique, psychologique et environnemental (APNA, 2014; Scanlan, 2009). Ces conséquences nombreuses sont susceptibles de provoquer divers sentiments entre autres : l'hostilité, la honte, la colère, la tristesse, la peur, l'humiliation, le découragement, l'impuissance, la détresse (Knowles, Hearne & Smith, 2015). Nonobstant l'importance des conséquences émotives liées aux contentions, la conséquence ultime de cette intervention peut

être la mort subite (APNA, 2014). Cette conséquence létale rare renforce l'importance d'employer de façon judicieuse ces interventions cliniques dans la pratique infirmière. Toutefois, plusieurs enjeux sont tout de même au centre des débats entraînés par l'utilisation de la contention chimique sur les patients. Ces enjeux touchent des aspects cliniques, juridiques, éthiques et professionnels du débat causé par l'utilisation de la contention chimique.

4. Enjeux juridiques, cliniques, éthiques et professionnels suscités par l'utilisation de la contention chimique sur les patients.

La contention chimique implique l'administration d'une médication PRN. Cette médication est très souvent donnée sans le consentement du patient. Dès lors, cette situation peut amener divers enjeux éthiques, juridiques et cliniques qui sont en soi complexes et antinomiques (Bernheim, 2010; Colaizzi, 2005; Kontio, Valimaki, Putkonen, Kuosmanen, Scott, Joffe & al., 2010).

Enjeux juridiques

Sur le plan juridique, l'utilisation de la contrainte chimique pourrait être vue comme enfreignant les droits de la personne, plus spécifiquement son droit à l'autonomie et à la détermination personnelle protégé par l'article 7 de la *Charte canadienne des droits et libertés* (1982) (A c Manitoba, 2009; R c. Morgentaler, 1988; Rodriguez, 1993). Cette pratique peut provoquer un risque psychologique potentiel chez des patients qui sont déjà atteints d'un trouble de santé mentale. Les droits à l'inviolabilité et au consentement aux soins découlent directement du droit à l'intégrité de la personne et constituent la pierre angulaire du droit médical canadien (Rodriguez, 1993; A c Manitoba, 2009). Au Canada, la cour suprême du Canada ne s'est toujours pas prononcée spécifiquement sur la problématique des contentions chimiques administrées contre le gré d'un patient. Par contre le Législateur a reconnu le droit à la sécurité de la personne en vertu

de l'art.7 de la *Charte des droits et libertés* (1982), y compris ses composantes physiques et psychologiques, soulignant les « notions d'autonomie personnelle impliquant, à tout le moins, le contrôle de son intégrité corporelle sans ingérence de l'état et l'absence de stress psychologique et émotionnel imposé par l'état ainsi que le droit de faire des choix concernant son propre corps, le contrôle de son intégrité physique et psychologique, et la dignité humaine fondamentale. » (Rodriguez, 1993). D'autant plus, au niveau des tribunaux provinciaux, le Droit ontarien a reconnu immédiatement l'effet arbitraire et choquant des interventions forcées dans un jugement toujours pertinent rendu par la cour d'appel de l'Ontario, soulignant que « Few medical procedures can be more intrusive than the forcible injection of powerful mind-altering drugs which are often accompanied by severe and sometimes irreversible adverse side effects. To deprive involuntary patients of any right to make competent decisions with respect to such treatment when they become incompetent, and force them to submit to such medication, against their competent wishes and without the consent of their legally appointed substitute decision-makers, clearly infringes their Charter right to security of the person. » (Flemming v Reid, 1991, p. V). Par ailleurs, la Cour suprême du Canada a admis que : « le droit de décider de ce qu'on pourra faire subir à son corps et de ne se voir imposer aucun traitement médical auquel on n'aura pas donné son consentement est fermement ancré dans notre « Common Law ». Ce droit de décider sous-tend le principe du consentement éclairé. « Sauf dans des cas très rares, le corps d'une personne est considéré comme inviolable et, en conséquence, toute personne adulte mentalement apte a le droit de refuser un traitement médical. Les risques ou conséquences graves que peut entraîner le refus d'un traitement médical ne permettent aucunement de porter atteinte au droit à l'autodétermination en matière médicale » (AC c Manitoba, 2009, para 44).

Enjeux cliniques

D'un point de vue clinique, les contentions peuvent causer des blessures graves ou mineures. En effet, selon Moore & Pfaff (2017) il y aurait un lien entre l'incidence de trouble cardiaque et le stress relié à l'utilisation des contentions. Ces mêmes auteurs ajoutent que les médicaments antipsychotiques, souvent administrés comme contentions, occasionnent des troubles cardiovasculaires et métaboliques. De plus, cette intervention psychiatrique restrictive implique l'administration d'agents pharmaceutiques psychotropes qui influencent les transmissions chimiques vers le cerveau et altèrent les pensées (Johnston, 2017). L'efficacité des médicaments psychotropes se trouve par ailleurs alambiquée par plusieurs effets secondaires graves. Ces effets secondaires sont : les dysfonctions musculaires, la vision trouble, la sécheresse de la bouche, la prise de poids, les étourdissements, les évanouissements, la dépression, l'hypotension, le diabète, des troubles métaboliques, des changements cardiovasculaires et, parfois même, la mort subite (Bernheim, 2010; Johnston, 2017). Levy & Pravikoff (2016) rapportent qu'en 2008, l'analyse des archives de deux hôpitaux du Michigan a démontré un ratio de chute plus important chez les patients qui étaient sous l'effet d'une contention, par rapport aux patients que ne l'étaient pas. De plus, certaines études ont reconnu que les patients sous contention vivaient une plus grande détresse psychologique pouvant dans certains cas, exacerber leurs symptômes psychiatriques. D'ailleurs, les effets secondaires néfastes entraînés par des doses élevées et irrégulières de médication ont été associés à une augmentation de l'agressivité chez des patients qui étaient déjà agressifs (Wilkniss & al., 2004). Il est permis de penser que chez des patients ayant vécu des situations d'agression dans le passé, l'expérience des contentions peut s'avérer encore plus traumatisante. Il est rapporté que l'expérience des contentions chez ce groupe d'individus peut ramener les émotions du passé, causer des symptômes post-traumatiques et conduire la personne

à une situation de détresse (Ashcraft, Bloss & Anthony, 2012). Les enjeux liés à l'utilisation des contentions chimiques ne touchent pas que la sécurité physique du patient ; ils remettent également en question l'aspect moral de cette pratique clinique.

Enjeux éthiques et professionnels

L'instauration d'une relation thérapeutique — composé de l'accord commun du personnel soignant et du patient sur les objectifs et les modalités de traitement — demeure la base de la réussite de tout traitement (Delage & Junod, 2003; Johansson & Eklund, 2003). L'utilisation imposée de contention chimique pourrait altérer la capacité du client à exprimer cet accord, provoquer une perte de confiance et mettre en péril l'alliance thérapeutique, de même que la réussite du traitement à long terme. La recherche de Johnston (2017) a documenté l'expérience et l'expertise des personnes qui assurent la représentation juridique de patients qui contestent leur détention dans un établissement de soins de santé mentale en vertu de la loi sur la santé mentale. Ces personnes ont à la fois l'expérience de travail avec des personnes en détention pour raisons de santé mentale et la formation juridique nécessaire pour se familiariser avec les droits de la *Charte des droits et libertés* (1982) et les procédures équitables dans les systèmes administratifs. L'extrait suivant de Johnston (2017) est éloquent : « My clients, the majority of them, of course, feel like their independence is taken away. It's very disheartening to them. It causes them... increased anxiety, it can lead to depression-like symptoms. And in some of these cases, they'll explain this to the doctor and the doctor will write down that it's a part of their primary illness and so it's just cyclic. Nothing seems to be addressed. You feel stripped of your control of the situation, the ability to participate, the ability to know what's going on, the ability to feel like you, you know, just basic human dignity, in terms of having some ability to control or even know what's happening to you. They feel like they're not in control of their body... I've seen women who've been abused

in the past telling me this is really triggering of those moments when other people had control over them. You remove their free will, you are infantilizing them » (p. 83).

Le patient hospitalisé en milieu psychiatrique n'est pas seul à vivre l'expérience parfois traumatisante des contentions chimiques. Le personnel infirmier vit également l'impact de l'utilisation des contentions chimiques. Lalande et Lepine (2011) donnent un exemple de l'impact de ces interventions de soins sur le personnel. Des professionnels de quatre établissements de santé mentale, où se sont produits entre 20 et 70 cas d'agressions physiques durant l'année les ont contraints à prendre un congé de maladie. De plus, les travaux de Corneau (2016) ont révélés que « Les infirmier(e)s ont également rapporté souffrir de conséquences psychologiques liées à l'utilisation des contentions, incluant l'inconfort, la détresse, l'anxiété, la frustration, l'impuissance, la colère, et la re-traumatisation chez celles ayant vécu des traumatismes antérieurs ». (p.32). Il va de soi que ces sentiments entravent grandement la relation thérapeutique infirmière-patient, si importante dans le processus de soins.

Les travaux de Jacob & Holmes (2011) rapportent que certains cliniciens ont davantage recours à ces méthodes d'interventions parce qu'ils ont peur des comportements des patients. Johnston (2017) ajoute que les cliniciens ont souvent recours aux contentions chimiques de façon trop hâtive, sans considérer les autres modes d'interventions thérapeutiques. À la lecture des énoncés précédents, force est de constater que la contention chimique peut être perçue comme un symbole distinct de contrôle imposé sur les patients par le personnel. Ces méthodes d'interventions peuvent générer des émotions fortes chez les deux partis en cause. Une recherche entamée par Johnston (2017) auprès de patients atteints de troubles de santé mentale a montré que les demandes de traitements alternatifs faites par les patients ont été souvent ignorées des psychiatres. Ces traitements alternatifs sont les suivants : thérapie cognitive comportementale, thérapies de groupe,

traitement des dépendances, programmes de gestion de la colère, remèdes basés sur la nutrition ou la naturopathie, musicothérapie, art-thérapie, marijuana médicale, exercice physique, yoga et méditation. Il semblerait que les professionnels aient porté peu d'intérêt à ces traitements qui pourraient pourtant, éviter plusieurs situations d'escalade comportementale d'agitation ou d'agressivité.

Il est aussi intéressant de préciser que la contention chimique masque aussi l'imposition arbitraire de valeurs et de préférences professionnelles par rapport à celles des personnes évaluées. L'autorisation de traitement forcé continue d'être perçue comme étant une occasion pour les individus de revenir à une vie normale et de se rétablir. Malgré l'historique et la reconnaissance des droits de la personne, certains juges et professionnels de la santé ne considèrent pas que l'objectif des mécanismes juridiques d'autorisation de traitement est de protéger les droits, mais plutôt de protéger les personnes vulnérables (Johnston, 2017). Plusieurs membres du personnel hospitalier vivent de l'ambivalence en rapport avec l'utilisation des contentions chimiques dans leur pratique. En effet, beaucoup d'intervenants estiment que les unités de soins ne pourraient pas fonctionner sans ces interventions restrictives, mais ils croient tout à la fois, que les contentions peuvent nuire au rétablissement de leurs patients, à la relation-thérapeutique ainsi que créer un débalancement dangereux entre les soins et le contrôle (Muir-Cochrane & Gerace, 2018).

Chapitre 3 : Cadre théorique

Il faut rappeler que l'objectif de la présente étude est de comprendre l'expérience phénoménologique de la contention chimique, sans consentement, chez des patients hospitalisés dans un milieu de soins de psychiatrie légale. La complexité de cet objectif exige le recours à un cadre théorique tout aussi complexe, lequel permettra d'analyser le discours des participants en lien avec les enjeux de pouvoir et de contrôle intrinsèques à cette pratique restrictive qu'est la contention chimique.

Les travaux de Foucault (1971, 1975, 1988, 1991, 1995) et ceux de Goffman (1998) sont les bases théoriques qui sous-tendent la présente étude pour l'analyse de l'expérience des patients hospitalisés soumis à la contention chimique. Les problématiques soulevées par l'utilisation des contraintes chimiques, soit : le recours abusif aux contentions pour exercer une emprise (pouvoir) sur les comportements des patients ; la force physique et le contrôle qui entravent la relation thérapeutique ; les effets secondaires des médicaments administrés en tant que contention chimique reflètent les notions de pouvoir et de contrôle qui sont au cœur des travaux de Foucault et Goffman.

Les travaux de Foucault (1975) sur les perspectives cliniques et médicales ainsi que son travail sur la biopolitique (1991) sont importants afin de déceler en quoi le pouvoir opère dans les hôpitaux de psychiatrie légale. Foucault (1975, 1991, 1995) a contribué à notre compréhension du micro-fonctionnement du pouvoir à travers les relations. Pour sa part, Goffman (1968) décrit les tensions et les contradictions entre les demandes de soins thérapeutiques et le contrôle social imprégné au cœur des institutions psychiatriques. À titre d'exemple, nous remarquons aujourd'hui en quoi les pratiques doivent être précises et planifiées dans le but de procurer un bon fonctionnement des services et du mandat institutionnel (Goffman, 1968). En ce sens, ces milieux

de soins sont liés à la surveillance et au contrôle de ceux qui y demeurent institutionnalisés (Goffman, 1968). La compréhension de l'humain et de la géographie de la santé a démontré en quoi l'expérience de la santé est structurée selon des dimensions spatiales. Comprendre cette notion est un élément théorique important pour étudier l'expérience du corps vécu chez les patients qui se font administrer des médicaments PRN contre leur gré dans un milieu de psychiatrie légale, l'objet de la présente recherche.

La discipline

Les travaux de Foucault (1975) sur la vision clinique et médicale permettent de situer les contentions chimiques comme un point nodal à l'intersection des corps et du pouvoir institutionnel. L'ampleur des relations de pouvoir règne dans les établissements de traitement : le contrôle de l'accès, la fixation de l'ordre du jour, les intérêts servis, et comment les personnes situées en bas de la hiérarchie socio-institutionnelle sont traitées de manière à se faire constamment remettre et maintenir à leur place. Cependant, il existe également des formes de pouvoir plus subtiles qui sont impliquées et inextricablement liées aux notions et aux pratiques du « soin » lui-même. Foucault (1975, 1991, 1995) a largement contribué à notre compréhension de ce « micro-fonctionnement » des relations de pouvoir. Celui-ci illustre d'ailleurs l'appareil d'État pourvu lui-même de systèmes administratifs à multiples facettes (système judiciaire, système éducatif, système de soins de santé, etc.) (Castel, 1984; Ewald, 1986; Holmes & Gastaldo, 2000; Holmes & Murray, 2011).

Foucault explique en quoi les mécanismes institutionnels de contrôle sont mis en place pour assurer que le corps malade reçoit le traitement qui lui est nécessaire. C'est ainsi que la personne souffrante est prise en charge dans un établissement distinct et soumis à une discipline (traitements) qui lui permettra de recouvrer un fonctionnement normal, et rejoignant les normes sociopolitiques (Foucault, p.166). Ce pouvoir disciplinaire se conditionne par des « méthodes qui

permettent le contrôle minutieux des opérations du corps, qui assurent l'assujettissement constant de ses forces et leur imposent un rapport de docilité-utilité » (Foucault, 1975, p.161). Dans la section qui suit, les techniques disciplinaires seront définies et reprises dans le contexte du système de santé.

Les corps dociles

Le grand livre de « l'Homme-Machine » (Foucault, 1975) a été écrit conjointement sur deux documents : le registre anatomico-métaphysique, dont Descartes a écrit les premières pages et qui a été continué par les médecins et les philosophes, ainsi que le registre technico-politique, composé par un ensemble de règlements et de méthodes empiriques et calculées pour contrôler ou corriger les opérations du corps. Ces méthodes et règlements décrits étaient relatifs à l'armée, à l'école et à l'hôpital. En somme, les deux documents étaient non seulement sujets à la soumission et à l'utilisation, mais aussi au fonctionnement et à l'explication : le corps utile et le corps intelligible. L'Homme-Machine et la notion de docilité relie le corps analysable au corps manipulable, supposant ainsi que le corps docile peut être soumis, utilisé, transformé et amélioré.

Au cours des XVII^e et XVIII^e siècles, les disciplines sont devenues des formules générales de domination. Tout d'abord, il s'agissait de travailler le corps, de conditionner sur lui une contrainte subtile et d'obtenir des prises au niveau du mécanisme lui-même, puis il y a eu l'objet du contrôle et enfin, la modalité (Foucault, 1975). La modalité impliquait une coercition ininterrompue et constante, qui s'exerçait selon une codification cloisonnant au plus près le temps, l'espace, le mouvement. Ces méthodes ont permis le contrôle des opérations du corps et ont assuré la soumission constante de ses forces ainsi que l'imposition d'une relation de docilité-utilité appelée « disciplines ». À ce titre, le corps humain entre dans une machine puissante qui l'explore, le décompose et le réarrange : une mécanique du pouvoir. Cette mécanique définit comment on

peut avoir une emprise sur le corps des autres, pour qu'ils fonctionnent comme on veut avec l'efficacité que l'on détermine : un corps docile (Foucault, 1975). À presque toutes les occasions, ces méthodes de disciplines ont été adoptées en réponse à des besoins particuliers. Selon Foucault (1975), il y a quatre fondements du pouvoir disciplinaire liés aux corps dociles : l'art des répartitions (enfermement), le contrôle de l'activité, l'organisation des genèses et la composition des forces.

L'art des répartitions

L'art des répartitions consiste fondamentalement à diviser pour mieux dominer. « Il s'agit d'établir les présences et les absences, de savoir où et comment retrouver les individus, d'instaurer les communications utiles, d'interrompre les autres, de pouvoir à chaque instant surveiller la conduite de chacun, l'apprécier, la sanctionner, mesurer les qualités ou les mérites – espace analytique » (Foucault, 1975, p.168). Dans le système de la santé, les corps malades sont séparés des corps sains et réunis dans des hôpitaux à l'intérieur desquels les corps sont placés dans des emplacements permettant une localisation continue. Ces emplacements permettent de rompre les communications, d'assurer la surveillance, et d'optimiser leur utilité. Ainsi, sa finalité est de « constituer un temps intégralement utile, (...) l'exactitude et l'application sont, avec la régularité, les vertus fondamentales du temps disciplinaire » (Foucault, 1975, p.177).

Contrôle de l'activité

Le contrôle de l'activité est à peu de choses près, entièrement régi dans un hôpital. À titre d'exemple, les actions du personnel soignant doivent être réalisées avec compétence et de façon efficiente, tout en respectant les normes professionnelles, les protocoles et les procédures. Par ailleurs, l'emploi du temps des patients et du personnel est aussi contrôlé par les activités clinico-administratives.

Organisation des genèses

L'organisation des genèses est une organisation du travail où chaque personne se trouve plongée dans une série séculière, qui définit précisément son rang et où l'activité individuelle s'inscrit dans une organisation disciplinaire harmonieuse et à multiple voix. Entre autres, cette organisation est reflétée dans le système de santé par l'organisation du travail de chaque soignant étant lui-même attribuée en fonction des patients dont il a la charge et en fonction d'une hiérarchie de rôle allant de simple à complexe.

Composition des forces

Finally, l'organisation des forces repose sur 1. Le corps individuel comme un élément qui peut être placé, déplacé, et articulé sur d'autres ; 2. Les différentes séries chronologiques et ; 3. Une combinaison de forces soigneusement mesurée nécessitant un système de commandement précis. Ainsi, à partir des corps qu'elle contrôle, la discipline crée une individualité qui est dotée de quatre caractéristiques, notamment un corps qui est : cellulaire (par le jeu de la répartition spatiale), organique (par le codage des activités), génétique (par l'accumulation du temps), et combinatoire (par la composition des forces). Par ces faits mêmes, la discipline prescrit, impose et organise des mouvements, des exercices et une tactique facilitant la construction — avec des corps localisés, des activités codées et des aptitudes entraînées — d'un mécanisme par lequel le produit des différentes forces est augmenté par leur combinaison calculée. En outre, l'appareil hospitalier est composé de ces machines multi-segmentaires qui répondent à des signaux prédéterminés relatifs aux soins des patients tels que le changement de quart de travail, les tournées aux heures, le départ pour les services d'imagerie, de radiologie, ou de chirurgie, ou encore, l'arrivée des cabarets-repas.

De plus, la « surveillance hiérarchique », la « sanction normalisatrice » et « l'examen » sont tous des dispositifs qui permettent de façonner le corps dans le but d'aboutir à cette norme

recherchée. Dans les mots de Foucault, « la discipline « fabrique » des individus ; elle est la technique spécifique d'un pouvoir qui se donne les individus à la fois pour objets et pour instruments de son exercice » (Foucault, 1975, p.200). Repris dans ces termes, un patient est un objet soumis à la discipline. Tout d'abord, les activités réservées aux infirmières et aux personnels de sécurité sur les patients, telles que la surveillance clinique de leur condition incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier, le suivi de ces patients, ainsi que l'évaluation de leur condition physique et mentale sont la fondation des pouvoirs conférés par l'état afin de soutenir l'appareil étatique dans les objectifs de santé qu'il fixe. À ce titre, les patients sont visés par les politiques socio-sanitaires gouvernementales et soumis à des sanctions normalisatrices et à une gamme d'examens laborieux.

Les institutions totales

La thérapeutique en psychiatrie légale fonctionne dans une matrice de relations de pouvoir et est basée sur une rhétorique de discipline telle que décrite par Foucault (1975). À travers différentes périodes de l'histoire, que ce soit en dissimulant l'existence des personnes atteintes de troubles de santé mentale en les sanctionnant ou en les réformant puis en les réinsérant dans la société, l'objectif a toujours été de maintenir la force du lien social en les marginalisant, d'une part, ou en essayant de les intégrer par la socialisation, d'autre part (Goffman, 1963). Ainsi, le patient, porteur d'une maladie mentale, est exclu de la société et hospitalisé dans un établissement psychiatrique. À l'intérieur de l'établissement, différentes méthodes se sont élaborées afin de permettre au malade le regain de son contrôle et la récupération de son fonctionnement. Le respect des règles de la société est alors indispensable pour permettre au malade de reconquérir son statut de citoyen raisonnable (Goffman, 1968). Goffman (1968) fait allusion à la rhétorique disciplinaire : « les détails de la vie du malade sont réglés et ordonnés suivant un système disciplinaire conçu de façon

à permettre à un personnel réduit de diriger un grand nombre d'internés venus là contre leur gré. » (p.414). D'ailleurs, plusieurs des caractéristiques inhérentes aux institutions de psychiatrie légale correspondent énormément aux caractéristiques des institutions totales représentées par Goffman (1968).

Les institutions totales se caractérisent par le contrôle bureaucratique des besoins humains d'un groupe de personnes et fonctionnent par le mécanisme de la mortification du soi. Selon Goffman, les hôpitaux psychiatriques font partie des institutions totalitaires, et s'associent notamment à la catégorie des « établissements dont la fonction est de prendre en charge les personnes jugées à la fois incapables de s'occuper d'elles-mêmes et dangereuses pour la communauté, même si cette nocivité est involontaire » (Goffman, 1968, p.46). Goffman (1968) décrit les tensions et les contradictions existantes entre les exigences thérapeutiques des soins et les impératifs de contrôle et d'ordre social au cœur des « institutions totales ». Les hôpitaux psychiatriques où les personnes vulnérables qui peuvent ou non être une menace pour elles-mêmes et pour la société sont contrôlées dans le but de traiter ou de gérer une maladie ou une condition, qu'elle soit chronique ou aiguë. Le caractère totalement englobant ou totalisant des « institutions totales » est symbolisé par la barrière aux relations sociales avec le monde extérieur, une barrière dans laquelle toutes les modalités de vie sont explicitement et méticuleusement réglementées. L'institution totale est donc un espace de vie dans lequel les personnes qui partagent une situation sociale similaire sont coupées de la société pendant une période considérable.

Dans la société civile, nous travaillons, jouons et dormons dans différents endroits avec différentes personnes sous différentes autorités. Dans l'ensemble des institutions, ces trois sphères d'activité perdent leurs frontières distinctes de diverses manières. Tout d'abord, la vie est vécue et contrôlée au même endroit par la même autorité centrale. Deuxièmement, les activités de la vie

quotidienne sont souvent menées en présence d'un grand groupe de personnes dans des circonstances similaires. Ces autres personnes peuvent être traitées de manière très similaire et peuvent être amenées à faire les mêmes choses ensemble. Troisièmement, toutes les phases des activités quotidiennes sont soigneusement planifiées, une activité menant dans la suivante à un moment prédéterminé et souvent pour répondre à des besoins organisationnels plutôt qu'individuels. Ainsi, les pratiques doivent être étroitement programmées, régies dans le temps et dans l'espace, pour que l'institution fonctionne efficacement en matière de prestation de services et de résultats obligatoires : « Les objectifs officiels de l'ensemble des institutions sont clairs, bien que peu nombreux : objectifs économiques, éducation, instruction, traitement médical ou psychiatrique, nettoyage religieux, défense de la société contre la corruption... Neutralisation, sanction, prévention, guérison » (Goffman, 1998, p. 131). En ce sens, « les lieux de soins de santé englobent des considérations normatives qui révèlent, matérialisent et étendent des aspects importants des cultures et des dynamiques professionnelles » (Lehoux, Daudelin, Poland, Andrews & Holmes, 2007, p.1537). La totalisation est également liée à la mesure dans laquelle le patient est exclu de la connaissance des décisions prises à son sujet concernant ses traitements. Ces lieux de soins sont inextricablement liés à la surveillance et au contrôle de soi et de l'autre, s'appuyant sur des modèles et des espaces de soins particuliers qui organisent le travail des agents sociaux et l'utilisation de diverses technologies. En d'autres termes, les conceptions actuelles de la géographie humaine et de la santé ont montré à quel point l'expérience de la santé et des soins est profondément structurée par les dimensions spatiales (Andrews, 2002 ; Kearns, 1993).

À ce titre, la mortification est une conséquence qui survient sur la personnalité du patient. Celle-ci est un ensemble de « pratiques ascétiques destinées à réprimer les tendances mauvaises ou dangereuses pour les soumettre à la volonté » (Larousse en ligne, 2019). Selon Goffman (1968),

ce concept s'associe indubitablement aux procédures et aux mécanismes imposés par les institutions totales. D'ailleurs, ceux-ci sont dégradants, choquants et déshumanisants pour les patients et ils obligent la conformité institutionnelle par voie de soumission. À titre d'exemple, la personne est admise dans l'établissement et elle subit divers traitements et processus considérés comme étant indispensables pour le fonctionnement adéquat de l'institution. Ici, l'isolement, les mesures de contentions, les procédures d'admission, la dégradation de l'image de soi, le dépouillement, la contamination physique et morale sont vécus par le patient et contribuent au processus de mortification. Les formalités d'admission lui attribuent une identité institutionnelle, comme par exemple, un numéro de dossier. D'un point de vue moral, le patient est tout-à-fait réduit à l'impuissance. Ainsi, la dimension multiplexe du lieu est un élément théorique essentiel de notre perquisition du corps vécu (Holmes, Murray, Perron, & Rail, 2006). Selon Fisher (1992), de nombreuses études ont porté sur les facteurs de stress dans l'environnement, certaines suggérant que la surcharge environnementale peut expliquer les attributs stressants d'un espace particulier. Cependant, notre perspective phénoménologique va au-delà de ces observations pour étudier l'éthique du corps vécu dans un environnement institutionnel psychiatrique très réglementé et saturé de personnalités de toutes sortes. Notre approche phénoménologique considère le corps vécu et sa relation comme le fondement sur lequel la relation éthique prend tout son sens. Cette tension est le cadre de l'analyse éthique du vécu du patient en psychiatrie légale en sécurité maximum au moment de se faire administrer une médication PRN contre son gré. Les patients, à la fois sujets et objets, sont d'un côté des êtres qui sont censés agir librement, et devant ainsi être traités avec les égards appropriés, mais de l'autre, ils font partie d'un monde où ils doivent être analysés par une perspicacité technique, dégagée de toute conjoncture rituelle (Goffman, 1968, p.384).

Chapitre 4 : Considérations méthodologiques

Dans ce quatrième chapitre, le type de devis de recherche, soit l'analyse interprétative phénoménologique (AIP) est présentée. Le milieu dans lequel s'est déroulée l'étude est décrit; l'échantillon et le mode de recrutement des participants à la recherche sont également décrits. Les procédures de collecte et d'analyse des données sont aussi présentées, les critères de rigueur de l'étude et les dimensions éthiques sont exposés dans la section finale de ce chapitre.

Devis

Le devis utilisé pour cette recherche est l'analyse interprétative phénoménologique (API). L'API est une méthode qualitative qui tire ses origines de la recherche en psychologie de la santé (Colaizzi, 1978; Reid, Flowers, & Larkin, 2005; Smith, 1996; Smith & Osborn, 2004). Ce devis est à la fois une philosophie et une méthode de recherche (Pietkiewicz, Smith & Birkbeck, 2014). Elle s'intéresse à l'épistémologie et à l'ontologie. Le but de l'AIP est de comprendre la manière dont les participants à l'étude conçoivent leur environnement et le sens qu'ils donnent à leurs expériences. Selon Pietkiewicz, Smith & Birkbeck (2014), la phénoménologie tente de découvrir l'essence des phénomènes, leur nature et le sens qui leur est attribué. De son côté, l'API est un regroupement d'idées empruntées de la phénoménologie descriptive et de la phénoménologie herméneutique. La fusion de ces théories a fait émerger une méthode d'analyse qui permet à la fois de décrire et d'interpréter l'expérience que chaque personne veut nous divulguer. En ce sens, l'API analyse des cas individuels et examine la perspective de chaque individu dans leur contexte. À ce titre, Pietkiewicz, Smith & Birkbeck (2014) reconnaissent que, même si l'entrevue nous fournit des données importantes, il faut se rappeler que toute expérience est assujettie à la subjectivité.

Plusieurs études analysent l'impact des éléments stressants dans un environnement de soins. Il est admis que les excès environnementaux (cris, pleurs, agitation psychomotrice des pairs, etc...) peuvent provoquer de l'anxiété dans un milieu particulier (Jonker, Goosens, Steenhuis & Oud, 2008). En dépit de ce constat, notre perspective phénoménologique dépasse ces observations. Effectivement, nous sommes conscients que l'éthique du « corps vécu » dans une institution psychiatrique nous offre un environnement hautement régulé en matière de lois et de politiques. Cet environnement est saturé de personnalités de toutes sortes telles que : des désordres psychiatriques incluant la promiscuité, la redéfinition de l'espace personnel, le bruit, etc...). En réponse à cette situation, les efforts sont concentrés sur la perte de contrôle du « corps vécu » en rapport avec son environnement. Fisher & al. (1992) remarquent que cette perte de contrôle peut provoquer une anxiété considérable voire, un état pathologique comme la psychose ou la phobie. Les écrits recensés relatent que l'administration de contentions chimiques peut induire un sentiment d'impuissance chez le patient (Bonner et al., 2002; Knowles, Hearne & Smith, 2015). Dans ces conditions, notre approche phénoménologique suppose que le « corps vécu » et sa relation avec son espace produit un mode de subjectivité sans qui l'éthique est réduite aux codes, aux abstractions morales, et aux injonctions punitives — la forme exacte de la loi.

Dans le domaine à l'étude, Oiler (1982) considère la phénoménologie comme une très bonne manière de comprendre la vie et les expériences individuelles. Le présent projet s'ancre dans l'AIP et adapte la méthodologie décrite avec précision dans le livre publié par Smith, Flowers, & Larkin (2009). Ce projet de recherche a été élaboré afin [1] d'acquérir une compréhension critique de l'éthique d'utilisation de la contention chimique en psychiatrie (psychiatrie légale) et [2] grâce à l'analyse phénoménologique interprétative de l'expérience des contentions chimiques,

d'explorer une approche alternative à l'éthique qui prend en considération l'expérience vécue, lorsque soumise à la contention chimique.

Milieu d'étude

La présente étude s'est déroulée dans un important établissement de psychiatrie légale bilingue (français/anglais). Le milieu d'étude est un grand hôpital universitaire de 295 lits offrant des soins médicaux légaux à des patients atteints de problèmes mentaux en phase aiguë. L'établissement offre uniquement des soins dans un contexte de sécurité maximum. Il reçoit des patients prévenus-détenus, des détenus de centres provinciaux et fédéraux, des détenus selon une ordonnance de la commission d'examen des troubles mentaux du Tribunal administratif du Québec. L'Institut reçoit également des patients non judiciairisés du réseau de la santé. L'évaluation de la dangerosité et du risque que présentent les patients comporte un double volet, soit le volet légal et le volet clinique. Les unités de soins peuvent recevoir de 18 à 21 patients selon le type d'unité. Les équipes soignantes sont composées d'une à deux infirmières, selon la structure des postes; de trois intervenants psychosociaux; d'un agent de sécurité; d'un agent de surveillance qui, assis à la console assure la surveillance de l'unité, gère les déplacements et les accès du personnel, ainsi que des patients sur l'unité. Le personnel de l'unité peut être assisté par une équipe d'agents de sécurité au besoin.

Recrutement et échantillon

Les 11 patients qui ont participé à la recherche ont été recrutés sur quatre unités de soins, soit deux unités d'admission et deux unités d'expertise. Les participants devaient remplir les critères d'admissibilité suivants : a) avoir eu une expérience directe de l'utilisation des contentions chimiques (c'est-à-dire, avoir reçu une médication PRN contre son gré); b) se souvenir de cette expérience; c) être capable et intéressé de partager son expérience (se référer à la section éthique

pour plus de détails concernant le consentement et l'entrevue). Les participants à la recherche ont été recrutés à la suite d'une présentation publique du protocole de recherche. Un infirmier clinicien, employé de l'hôpital a servi d'intermédiaire entre l'équipe interdisciplinaire et l'équipe de recherche.

Les participants se sont prêtés à des entrevues semi-structurées qui ont été enregistrées électroniquement. Les entrevues étaient non directives et les questions posées étaient des questions ouvertes. Pour Pourtois & Desmet (1989), ce type d'entrevue est essentiel pour ce genre de recherche qualitative. Les participants ont pu s'exprimer librement, en français ou en anglais et leurs questions ont été clarifiées au fur et à mesure. Les entrevues ont eu lieu dans une pièce fermée sur l'unité, où seuls l'intervieweur et le participant étaient présents. Les entrevues semi-dirigées ont permis de mieux comprendre la réalité quotidienne des participants, et la manière dont ils ont vécu leur relation avec l'environnement, leur corps et le corps des autres personnes avec qui ils ont été en interaction lors de l'administration d'un PRN contre leur gré.

Collecte des données

En recherche qualitative, les méthodes utilisées pour recueillir des données doivent permettre une description détaillée du phénomène à l'étude (Fortin, 2010). Comme présenté précédemment dans les critères d'admissibilité à l'étude, les participants devaient être intéressés à partager leurs expériences verbalement. Il va de soi que le sujet d'étude justifiait tout à fait le recours à des entrevues semi-structurées pour recueillir les propos des participants. Les 11 entrevues ont été conduites par les chercheurs principaux. Le contact direct établi avec le participant s'est déroulé dans l'environnement de ce dernier.

L'entrevue semi-structurée permet à l'interviewer de contrôler le contenu de l'entretien. Cette méthode d'entrevue consistait à recueillir les propos des participants quant à leurs

expériences et leurs sentiments reliés aux dilemmes imposés dans l'utilisation des contentions. Pour se faire, des thèmes et des questions ouvertes préétablis ont été préparés pour conduire les entrevues, lesquelles ont été enregistrées électroniquement pour faciliter l'analyse des données recueillies. Les questions ouvertes sont essentielles pour les recherches qualitatives (Pourtois & Desmet, 1989). Les participants ont pu s'exprimer librement, en français ou en anglais et leurs questions ont été clarifiées au fur et à mesure. Les entrevues ont eu lieu dans une pièce fermée sur l'unité, où seuls l'intervieweur et le participant étaient présents. Les entretiens semi-structurés ont permis de mieux comprendre la réalité quotidienne des participants, et la manière dont ils ont vécu leur relation avec l'environnement, leur corps et le corps des autres personnes avec qui ils ont été en interaction lors de l'administration d'un PRN contre leur gré.

Le but de la collecte de données était de considérer l'éthique du « corps vécu » lui-même soumis à la contention et, à travers l'API, de mieux comprendre la réalité des patients et plus particulièrement, de saisir leurs propos en ce qui a trait à l'agence et au pouvoir institutionnel. L'analyse et l'interprétation des transcriptions des entrevues ont été amorcées après chacune des entrevues. Ainsi, les données recueillies des entrevues précédentes ont aidé à analyser les entretiens subséquents, tout en les comparant avec les écrits recensés et le cadre théorique. L'objectif de recherche a servi de structure pour le processus analytique. Le guide d'entrevue est disponible à l'annexe A. Tous les participants ont signé le formulaire de consentement qui est disponible à l'annexe B.

Un second moyen de collecte des données a été utilisé. Il s'agit du recensement et de l'analyse des documents institutionnels qui réfèrent aux politiques et procédures pour baliser la médication d'appoint administrée au besoin (médicament PRN). Ces documents ont été utilisés pour contextualiser l'analyse des données.

Analyse des données

L'analyse des données s'est déroulée selon six (6) étapes identifiées par Colaizzi, (1978). Ce sont : (1) lire les transcriptions des entrevues à plusieurs reprises pour absorber leur contenu; (2) identifier les phrases et les parties de phrases qui sont directement liées à l'objet de l'étude; (3) résumer en un mot la signification de la phrase ou de la partie de phrase (codification); (4) regrouper les codes similaires ensemble (catégorisation); (5) intégrer les résultats (catégories qui deviennent des thèmes) dans un texte descriptif qui traduit l'expérience & ; (6) rechercher les schémas entre les cas. Il faut souligner qu'une attention spéciale a été portée à l'identification des thèmes récurrents. Le processus analytique proposé a fourni une description holistique du phénomène à l'étude. De plus, l'utilisation du *N-Vivo 10 Qualitative Management Software* a permis de coder, d'emmagasiner et de gérer les données. Les chercheurs qui ont dirigé l'étude et les assistants de recherche ont également compilé des notes de terrain durant le processus analytique.

Le processus analytique s'est effectué à partir des descriptions et des observations recueillies dans les propos de chaque participant. De cette façon, l'expérience de chacun des patients soumis à la contention chimique a été analysée et comparée. Durant le processus analytique, il s'est avéré important de déceler les similitudes entre l'expression du vécu de chacun des participants. Chaque nouvelle transcription a été minutieusement scrutée, afin de porter un regard neuf, dans la mesure du possible, sur chaque cas, dans le but de laisser émerger les nouveaux thèmes, sans que des idées préconçues ou celles qui avaient émergé des cas précédents viennent teinter ou bloquer la signification exprimée par le participant.

L'analyse interprétative phénoménologique (API) qui regroupe à la fois la phénoménologie descriptive et herméneutique a permis de décrire la signification d'une expérience particulière,

mais aussi de mettre l'accent sur l'interprétation de ces expériences. Il faut rappeler que le but de l'API est de mieux comprendre la façon dont l'individu perçoit le monde autour de lui (Pietkiewicz, Smith & Birkbeck, 2014). D'une part, le volet descriptif de l'API nous a permis d'être conscients de l'état d'un phénomène, tout en mettant l'accent sur le processus interactif qu'utilisent les participants pour donner une signification distincte à une situation particulière. D'autre part, le côté herméneutique de l'API nous a permis de focaliser nos intentions sur l'expérience humaine, telle que vécue. À ce titre, le défi herméneutique a simplifié notre compréhension et notre interprétation de l'expérience des participants, pour ainsi mieux saisir le sens de la réalité quotidienne de chacun d'eux. L'analyse interprétative des propos des participants nous a donné accès au sens que ces derniers accordaient au pouvoir institutionnel, de même qu'à leur expérience en relation avec leur propre corps et avec celui de ceux avec lesquels ils sont entrés en contact. À travers ce processus, nous avons tenté de dégager les significations que chaque participant attribuait à leur expérience.

Les six (6) étapes d'analyse proposées par Colaizzi, (1978) ont été utilisées pour l'analyse des données. Durant *la première étape*, un processus itératif de lecture et relecture a été entrepris afin que la chercheuse puisse s'immerger complètement dans la réalité du patient. L'accent a donc été mis sur le corps et sa perception: « *by looking in detail at how individuals talk about the stressful situations they face, and how they death with them, and by close consideration of the meanings they attach to them* » (Smith, 1996, p. 270). Les expériences des patients qui ont vécu l'effet des contentions chimiques ont dès lors été explorées et comparées. Ce processus a aussi permis l'apparition de nouveaux thèmes. Ici, l'intention de la chercheuse était de traiter chaque cas de façon individuelle et par la suite, toutefois pas avant l'étape de la catégorisation, d'analyser les résultats pour obtenir un modèle à travers une multitude de cas. *La seconde étape* fut celle de

la codification initiale. Cette étape a été réalisée simultanément avec la première étape, alors que la transcription a été annotée. Les notes exploratoires pouvaient être de trois (3) types : les commentaires descriptifs cernaient le contenu de ce que le participant avait partagé; les commentaires linguistiques identifiaient la manière dont le participant avait partagé son vécu et ; les commentaires conceptuels mettaient en lumière les concepts présents dans le vécu du participant. Par la suite, lors de *la troisième étape*, les liens et les relations dans les notes exploratoires ont été identifiés. L'analyse, plus interprétative a ensuite débuté tout en demeurant proche des propos des participants. Les notes exploratoires ont été rédigées de manière détaillée. Les thèmes émergents devaient refléter la compréhension que la chercheuse a eu du vécu du participant. Dans *la quatrième étape*, les thèmes ont été juxtaposés, sériés, unis et séparés afin d'en saisir les recoupements. À cette étape, des thèmes ont été fusionnés et d'autres laissés de côté en fonction de la question de recherche. Une représentation spatiale, soit l'élaboration d'une carte conceptuelle du vécu du participant a été précieuse pour l'analyse. Durant *la cinquième étape*, soit au moment d'analyser la transcription suivante, Smith & al. (2009, p.100) soulignent que le chercheur n'est plus seulement chargé de son propre vécu subjectif, mais il porte aussi sa compréhension du vécu du participant précédent. Une attention particulière à la lecture initiale de la transcription suivante a donc été portée, afin de rester disponible et ouverte à recevoir le vécu tel qu'il a été exprimé par le participant suivant et de rendre justice à son individualité, de même qu'à son unicité. Une fois les cas analysés, *la sixième étape* consistait à rechercher des schémas entre les cas. Les cartes conceptuelles ou schématiques des participants ont été comparées; les liens et les interactions ont été analysés à la lumière des propos de l'ensemble des participants. Les éléments individuels tout en étant spécifiques, recoupaient des caractéristiques communes qui ont pu devenir des catégories. Il va de soi que la description initiale de l'expérience du participant

s'est approfondie dans un sens plus large dans le contexte social, culturel et théorique. (Larkin, Watts, & Clifton, 2006, p. 104). Le défi herméneutique a été de comprendre le vécu des participants — au-delà du simple plan cartésien — comme un sujet complexe, être au monde (*being-in-the-world*, Heidegger, 1962). Le participant est vu comme un être *étant et vivant* dans le monde, à la fois sujet et objet dans l'espace, soit un sujet de langage, de culture, d'idéologie, d'éducation, d'attentes sociales, etc... C'est à ce degré — le niveau du « *corps vécu* » — que les relations éthiques, les comportements et l'attribution du sens doivent être compris.

Par ailleurs, dans le cadre théorique présenté précédemment, le corps — du point de vue phénoménologique — est un site riche pour une analyse éthique. De ce fait, l'éthique du corps (Shildrick & Mykitiuk, 2005) dépasse l'éthique traditionnelle (Beauchamp & Childress, 2009). Ainsi, bien que les résultats mesurables et les meilleures pratiques (basées sur des codes de conduite moraux) soient nécessaires, elles ne sont pas suffisantes si l'objectif est de comprendre la manière dont l'expérience subjective du corps, de même que sa rationalité intersubjective, forme aussi la base d'une pratique éthique. Par conséquent, bien que cette étude soit basée sur un cadre théorique. Nous devons souligner que nous avons pris comme « *objet* » le corps vécu, pour étudier les déterminants sociaux, pratiques et éthiques de la santé et du soin en interaction dans cet environnement.

Critères de rigueur

La rigueur et l'authenticité sont des qualités inhérentes de la recherche qualitative (Fortin, 2010). La validité scientifique des résultats est généralement appelée véracité en recherche qualitative. Elle est définie comme le « niveau de confiance que les chercheurs travaillant dans le domaine qualitatif accordent à leurs données » (Loiselle, Profetto-McGrath, Polit, & Beck, 2007, p.44). Il est reconnu que la qualité d'une recherche est associée à la rigueur démontrée par les chercheurs

dans l'utilisation des méthodes pour améliorer la véracité des résultats. Des principes de recherche qualitative établis ont été utilisés pour l'analyse des données (Denzin & Lincoln, 1998). Ainsi, la validité des données a été vérifiée selon les principes de crédibilité, transférabilité, fiabilité et confirmabilité. Pour ce faire, la triangulation des données, la vérification par les membres de l'équipe, une description complète et détaillée et un journal détaillé des audits ont été assurés.

La crédibilité

Une étude est crédible si l'on estime que les méthodes employées par les chercheurs engendrent des données et une interprétation exacte (Loiselle & al., 2007, p.44). Selon Lincoln et Guba (1989), l'engagement prolongé est une technique qui peut augmenter la probabilité d'obtenir des données et des interprétations crédibles (cité dans Loiselle & al., 2007, p.337). Les chercheurs principaux ont déjà effectué une recherche dans le milieu et dans des milieux similaires. Il est familier avec le contexte de soins sous contrainte, en connaît la culture. Il faut rappeler que les chercheurs principaux ont conduit une étude plus large subventionnée par les IRSC entre 2013 et 2016. L'auteure de la présente recherche, à titre de chercheuse collaboratrice dans la recherche subventionnée a débuté son immersion dans les données avec le processus d'analyse des données transcrites, c'est-à-dire que les données ont été évaluées selon l'exactitude dans la description du phénomène vécu par les participants en lien avec l'interprétation des données. À ce titre, pour que la réalité soit réellement représentée et interprétée, un engagement prolongé sur le terrain a été entrepris. De plus, la méthode de triangulation a été utilisée. Ainsi, de multiples ressources de données ont été utilisées (entrevues, documents institutionnels, notes de terrain). Ces sources multiples nous ont permis de tirer des conclusions crédibles en ce qui concerne la réalité de l'expérience vécue chez les participants. Les conclusions tirées des archives ainsi que des entrevues étaient comparables. La crédibilité de l'étude a pu être confirmée par le fait que les

conclusions tirées des archives ainsi que des entrevues étaient comparables.

La fiabilité

Ce critère de rigueur se rapproche de celui qui traduit la crédibilité de cette étude. Il réfère à ce que Guba & Lincoln (1989, p. 242) nomment *dependability*, soit le fait que le processus soit consistant et stable dans le temps. Selon ces auteurs, la fiabilité en recherche qualitative est parallèle au critère de fidélité utilisé dans les recherches quantitatives. Dans le cadre de la présente recherche, il est important de rappeler que l'apport de la chercheuse collaboratrice avec l'équipe de la recherche subventionnée a débuté lorsque les transcriptions des entrevues des patients lui ont été confiées afin d'en faire l'analyse. Il est reconnu, en recherche qualitative, que le manque d'accès direct aux participants, de même qu'à celui des enregistrements des entrevues empêche l'observation des indices verbaux et non verbaux qui auraient pu enrichir ou orienter différemment l'interprétation des données. Cette limite est à considérer lors de la lecture des résultats puisque le processus d'immersion avec les données a commencé à partir des données déjà retranscrites.

Afin de contrer cette limite, des séances d'échanges régulières ont eu lieu entre la chercheuse collaboratrice et les chercheurs principaux dans le but d'examiner et d'analyser différents aspects de la recherche. La rétroaction des membres du comité examinateur a été une autre forme de vérification externe par des chercheurs expérimentés qui connaissent bien le contexte de soins infirmiers prodigués sous la contrainte.

La confirmabilité

La confirmabilité des données correspond au potentiel de correspondance entre les résultats obtenus par des sources indépendantes quant à l'exactitude, à la pertinence ou à la signification de ces données (Loiselle & al., p. 340). Un vérificateur externe pourrait consulter les pistes de vérification de la chercheuse collaboratrice, à savoir les commentaires descriptifs à même les

transcriptions, les tableaux de regroupements des données en fonction de la codification jusqu'à l'émergence des thèmes. Le journal de bord de la chercheuse est aussi disponible avec les questionnements soumis au superviseur de thèse/chercheurs principaux. La chercheuse a aussi conservé les multiples versions de la rédaction des résultats et de la discussion.

La transférabilité

La transférabilité est le degré auquel les conclusions s'appliquent à d'autres contextes ou à d'autres groupes (Loiselle & al., 2007, p.47). Selon Lincoln & Guba (1989) la transférabilité indique si les conclusions tirées des données s'appliquent à d'autres contextes. La description étoffée, riche et complète du cadre de recherche comprenant le cadre légal du contexte de soins, l'environnement de soins, la composition des équipes de soins et des processus étudiés dans l'acte de soins, fournit les informations précises nécessaires à la transférabilité des résultats de cette recherche.

Dimensions éthiques

Les approbations éthiques de l'Université d'Ottawa et de l'institution sont à l'annexe C. La confidentialité des données de recherche (les entrevues) a été assurée d'une part, par l'attribution d'un code alphanumérique pour chaque entrevue, par ex : PA-1 (pour patient #1). D'autre part, les données (les transcriptions des entrevues et les notes de terrain) ont été entreposées dans le bureau du chercheur principal à l'Université d'Ottawa pour une durée établie à six (6) ans. Parallèlement, des précautions strictes ont été maintenues en ce qui concerne la confidentialité, afin de permettre un dialogue ouvert, honnête et informatif entre les participants et les chercheurs. Toutefois, les chercheurs ont pris en compte de la possibilité que certains patients puissent être réticents à répondre à certaines questions. Par conséquent, les chercheurs ont établi une relation et une atmosphère de confiance mutuelle avec les participants. Subséquemment, ceci a favorisé l'expression et l'échange d'information non censurée.

Les chercheurs principaux, conscients que les participants (patients hospitalisés) faisaient partie d'un groupe « vulnérable », ont clairement défini l'éthique du processus de recrutement. C'est pourquoi des mécanismes ont été mis en place pour minimiser les coercitions possibles. Ainsi, les chercheurs se sont assurés que ce groupe « vulnérable » puisse faire entendre leur « voix » dans la conduite de la recherche. Les chercheurs ont également été à l'affût de ce statut de « vulnérabilité » des patients, ce qui aurait pu entraver la liberté de ces derniers à consentir de façon libre et éclairée à la recherche. Afin de contrer cet état de fait, les chercheurs ont procédé à une série d'étapes.

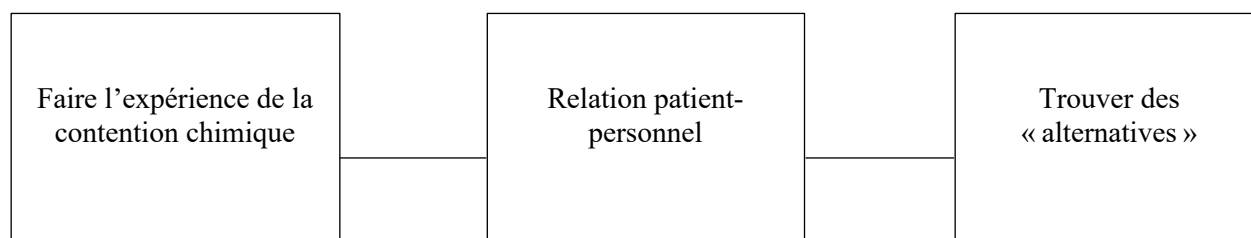
Dans l'optique de respecter le principe primordial de la recherche, qui est d'obtenir le consentement libre et éclairé de chaque participant, le milieu et l'environnement dans lesquels la recherche s'est déroulée ont été fortement pris en considération dans les étapes suivantes. (1) Le recrutement des participants a été fait sur place, ceci dans le but d'éviter l'exclusion des patients qui n'auraient pu ne pas avoir accès à la publicité de l'étude. (2) Suite à l'identification des participants, le chercheur principal ou le co-chercheur principal, les a approchés pour présenter l'étude. Cette étape était importante, puisque ces deux personnes, étant les concepteurs du protocole de recherche, étaient très bien positionnées pour expliquer leur étude aux participants. Les chercheurs se sont assurés que chaque participant recevrait l'information relative à l'étude. (3) Le collaborateur à la recherche s'est aussi assuré que chacun des participants avait bien compris l'information qui leur a été acheminée, et ce, de façon continue. (4) Chaque participant a été mis au courant de son droit de se retirer de l'étude à n'importe quel moment. Les participants ont aussi été informés des responsabilités de l'équipe de recherche, en les assurant que le contenu de leur entrevue ne serait, en aucune façon transmis à l'équipe de soins. (5) Après l'obtention du consentement, un rendez-vous pour mener l'entrevue a été pris avec chacun des participants.

Une considération éthique importante a été de bien planifier le temps des entrevues. Cette considération était importante, non seulement pour l'expérience individuelle du participant, mais également pour l'évaluation de la capacité de celui-ci à donner son consentement. Ainsi, les participants cliniquement instables (les patients psychotiques, les patients atteints de démence, etc...); ceux qui avaient vécu un changement majeur dans leur traitement pharmacologique; ou ceux qui ne se sentaient pas prêts à participer à la recherche ont été exclus. Pour déterminer la capacité du participant à donner son consentement, une discussion entre l'équipe soignante et le collaborateur à la recherche a été essentielle. Le chercheur principal et le co-chercheur principal, des infirmiers autorisés possédant une grande expérience, étaient très bien placés pour évaluer les situations cliniques conjointement avec l'équipe soignante. Les chercheurs se sont également préoccupés de l'importance pour les patients de ne pas associer leur participation à la recherche à leur plan de traitement. Les chercheurs ont porté une attention particulière à réitérer aux participants l'indépendance de la recherche dans leur plan de traitement.

Chapitre 5 : Résultats

La présentation et l'analyse des résultats des questions de recherche font l'objet de ce chapitre. Elles sont basées sur le contenu des entrevues semi-dirigées qui ont été conduites auprès de 11 patients qui vivent entre les murs de l'institution. L'analyse interprétative phénoménologique (API) présentée dans le chapitre précédent a permis de mieux comprendre et d'analyser la réalité quotidienne des 11 participants à l'étude. L'accent a été mis sur une compréhension, ainsi que sur une interprétation multidimensionnelle et complexe du processus d'administration de la contention chimique chez les patients. Le processus d'analyse a également porté sur la compréhension des patients au regard du pouvoir institutionnel, de même qu'à leur expérience de la relation avec leur propre corps et celui de ceux avec qui ils entrent en contact.

L'analyse des données a révélé trois grands thèmes. Ce sont : (1) faire l'expérience de la contention chimique (2) la relation patient-personnel (3) trouver des alternatives. Le premier thème, faire l'expérience de la contention chimique se rapporte à l'expérience du patient en relation avec les indications, la pratiques et les effets/perceptions des contentions chimiques. Le second, la relation patient-personnel analyse les rapports entretenus par les patients avec leurs infirmières de même qu'avec le personnel de sécurité. Le dernier thème, trouver des alternatives expose les moyens à utiliser pour aider le patient à gérer ses émotions et éviter les situations de crise qui donne souvent lieu à l'utilisation de la contention chimique. La *Figure 1* représente la modélisation graphique de ces thèmes et de ces catégories.



5.1 Faire l'expérience de la contention chimique	5.2 Relation patient-personnel	5.3 Trouver des alternatives
5.1.1 Indications <ul style="list-style-type: none"> • <i>Sur demande (PO/IM)</i> • <i>De force (PO/IM)</i> 5.1.2 Pratiques <ul style="list-style-type: none"> • <i>Contention mécanique</i> • <i>Utilisation de la force</i> • <i>Provocation</i> 5.2.2 Effets/perceptions <ul style="list-style-type: none"> • <i>Effets positifs</i> • <i>Effets négatifs</i> 	5.2.1 Personnel de sécurité <ul style="list-style-type: none"> • <i>Tensions</i> 5.2.2 Personnel infirmier <ul style="list-style-type: none"> • <i>Importance de la relation thérapeutique</i> • <i>Importance du dialogue</i> • <i>Qualité des soins</i> 	5.3.1 Écoute active 5.3.2 Méditation musique et autres loisirs 5.3.3 Évaluation et Interventions

Figure 1. Modélisation graphique des thèmes et catégories.

5.1 Faire l'expérience de la contention chimique

Ce thème (*Figure 2*) met en relation le vécu rapporté par les patients en ce qui a trait à l'administration de la contention chimique dans leur milieu de psychiatrie légale. Trois catégories décrivent l'expérience de la contention chimique, soient les indications, les pratiques, ainsi que les effets et les perceptions de la contention chimique. Les patients considèrent que l'utilisation des contentions chimiques est parfois essentielle et efficace pour les aider à gérer leur niveau d'anxiété ou leurs symptômes de sevrage ou encore, dans le but de moduler les effets secondaires de certains

agents psychotropes. Cependant, dans la pratique courante, la contention chimique est aussi utilisée contre le gré du patient dans des situations de crise ou dans le but de bloquer physiquement des comportements jugés inappropriés. Les patients ont aussi donné des exemples de situations pour lesquelles la médication PRN est donnée conjointement avec la mise en salle d'isolement et les contentions mécaniques. La dernière catégorie soit, les effets et les perceptions des patients face à ces mesures restrictives sont possiblement positifs, mais surtout négatifs.

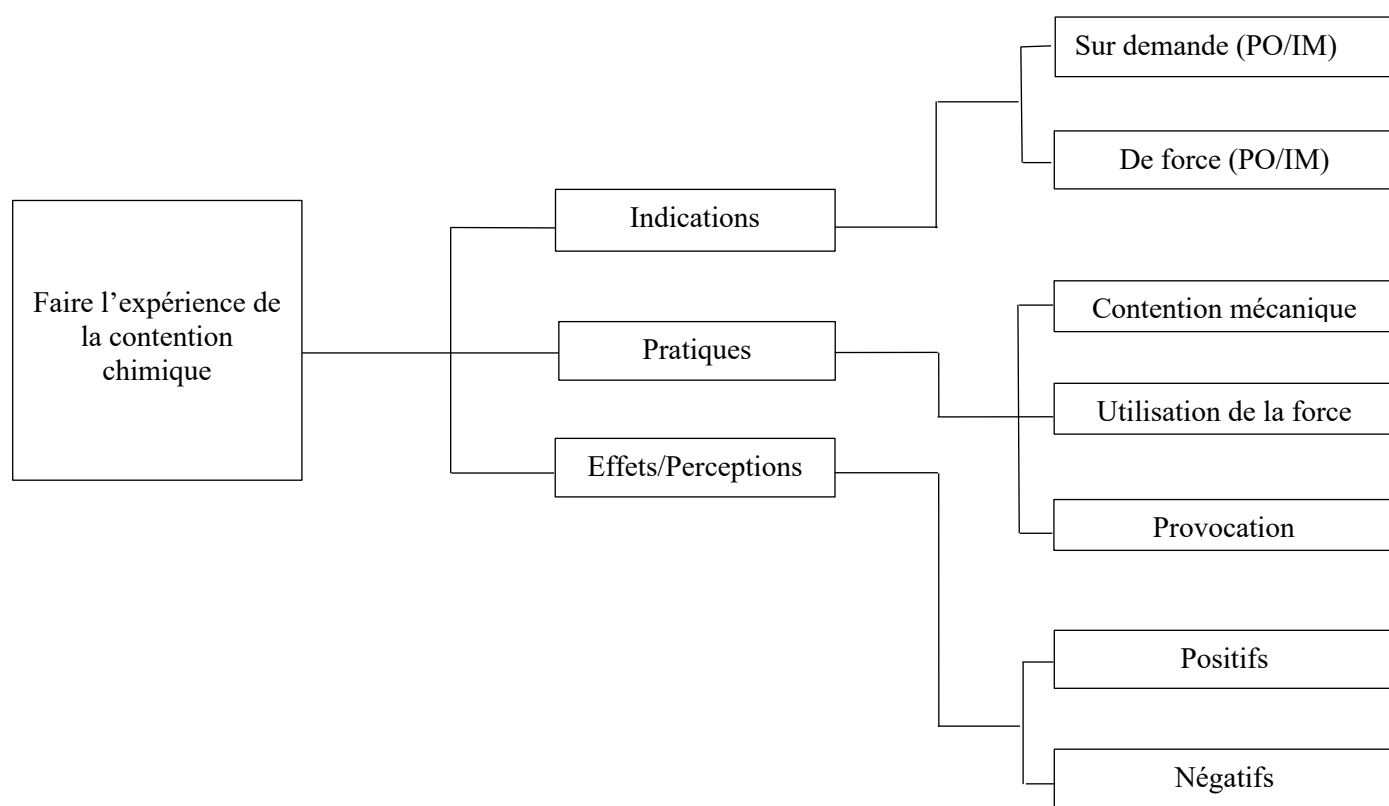


Figure 2. Modélisation du thème : Faire l'expérience de la contention chimique.

5.1.1 Indications

L'utilisation de la contention chimique peut être indiquée dans deux situations : une première, suite à la demande du patient, laquelle demande peut être acceptée ou refusée par l'infirmière; une

deuxième situation, en faisant usage de la force et contre le gré du patient, soit lors d'une circonstance de crise ou dans le but de gérer des comportements inappropriés et/ou violents.

Sur demande

Lors des entrevues effectuées auprès des patients à l'INPLPP, il ressort que la médication PRN administrée par voie orale est souvent demandée par le patient lui-même, à la suite d'un « *sentiment de malaise* ». Par exemple, les entrevues suggèrent que les patients font souvent la demande de cette médication soit dans le but de mieux gérer leur niveau d'anxiété face à certains éléments, soit pour contrer les symptômes de sevrage et d'angoisse, ainsi que les effets secondaires de certains agents psychotropes. Il est également apparu que plusieurs patients prennent aussi la médication PRN pour favoriser le sommeil. En résumé, les résultats démontrent que les patients demandent des médicaments PRN « *lorsqu'ils sentent qu'ils ne vont pas bien* ». Bien que pour certains, la médication PRN ne les aide pas toujours à soulager les symptômes ressentis, beaucoup rapportent que le médicament aide grandement à gérer certaines émotions. Toutefois, les infirmières peuvent accepter ou refuser demande qui leur est faite.

Demande acceptée (Satisfaction). Les entrevues révèlent que la plupart du temps, les patients font la demande du médicament PRN qui semble les aider à gérer le stress, le sommeil et les effets secondaires de certains agents psychotropes. Par conséquent, les infirmières acceptent souvent la demande de médication lorsque le patient les approche. Notamment lorsque nous avons questionné un patient si le médicament demandé a toujours été accepté, celui-ci a répondu :

Oui, dans les cas ou est-ce que je l'ai fait, je l'ai demandé, oui.

(Participant 1, ligne 41)

Un autre patient a aussi rapporté que la demande était souvent acceptée, mais qu'on l'interrogeait sur ses raisons avant l'administration, par exemple :

Oui, on me demandait les raisons. (Participant 2, ligne 33)

Par contre, nous observons que le médicament PRN est rarement offert aux patients lorsque le patient lui-même sent que cela pourrait l'aider. Ainsi, un patient révèle :

Moi ce que je remarque, c'est que quand j'ai besoin de PRN ou quand j'ai besoin d'une infirmière, la personne ne vient pas nécessairement voir ce que j'ai. (Participant 9, lignes 31-32)

En somme, ce qui semble ressortir des entrevues est que les patients sont souvent conscients de leurs émotions et qu'une grande majorité d'entre eux font la demande de médicament PRN lorsque le besoin est ressenti. De plus, lorsque leur demande est acceptée, les patients rapportent être satisfaits.

Ah ok, ah ça c'est parce que dans le fond tu reconnais toi-même en dedans de toi que tu « feel » pas bien. [...] Puis à place d'en aller jusqu'à péter ta coche parce que c'est en étapes, tu sais. [...] Moi je devrais dire là, puis l'Haldol-Ativan en PRN à donner que, que je vais le prendre, ça se passe bien en général. Parce qu'il y a pas l'état d'être en « tabarnak » envers un intervenant. (Participant 10, lignes 26-27)

Demande refusée (insatisfaction) Bien que la demande de médication PRN soit quelques fois acceptée, certains patients révèlent que ce n'est pas toujours le cas. D'ailleurs, l'un d'eux soutient que dans des situations fréquentes, le médicament est refusé au patient. Il affirme aussi qu'une évaluation et une enquête sont souvent faites d'une façon très sommaire avant de lui refuser un médicament dont il croit avoir besoin. Par exemple :

Oui, souvent ils disent : T'as pas rien là, vas dans ta chambre, vas te coucher. Peu importe là, t'as, tu viens juste d'avoir ton injection, ça se peut pas que tu aies des effets secondaires, toutes sortes d'affaires comme ça. (Participant 7, lignes 19-21)

De plus, les patients ont rapporté qu'ils s'attendaient à ce que ces médicaments leur soient alloués lorsque leur demande était faite. Ainsi, dans une situation où le médicament est refusé, beaucoup reconnaissent que cette situation pourrait leur causer du stress ou de la déception. Un patient rapporte :

Non, non, déçus. Je me choquerai pas à pas prendre de, non, non, non ça me choquerait pas du tout, mais déçu. Probablement là, comme je te dis c'est par anticipation. (Participant 1, lignes 147-148)

Par ailleurs, un autre patient rapporte qu'un refus pourrait engendrer des sentiments colériques :

Bin, ça raisonne en « esti », ça fait encore plus fructifier ma colère, mes effets secondaires la plupart du temps parce que ça me stress, puis avec le stress ça va que, ça m'empire. (Participant 7, lignes 23-24)

Les propos des participants nous permettent de penser que ces derniers connaissent leur corps et leurs émotions. Cependant, il arrive que leurs émotions deviennent trop fortes et qu'un médicament puisse s'avérer nécessaire pour les aider à gérer leurs émotions. Dans une telle circonstance, si le patient se voit refuser un médicament PRN, il peut être entraîné dans une situation de crise et d'insatisfaction totale, comme en témoigne la citation suivante :

Puis je voulais un médicament qui pourrait me calmer, puis ils ne voulaient pas me le donner, puis c'est là que j'ai pété ma coche, puis ça tout viré comme. (Participant 6, lignes 186-187)

De force

Les médicaments PRN administrés par voie intramusculaire (forme injectable) sont des médicaments puissants qui sont administrés de façon beaucoup plus intrusive que la médication PRN donnée par voie orale. Selon les propos des participants rencontrés en entrevue, la voie injectable est utilisée lorsqu'un patient devient dangereux pour son entourage ou pour lui-même. Cette dangerosité est présente lorsqu'un patient devient très agité, sévèrement halluciné, agressif ou lorsque celui-ci présente un risque suicidaire élevé. D'ailleurs, beaucoup des participants rapportent avoir reçu cette médication dans une situation de crise. Un patient rapporte cet extrait :

J'ai déjà reçu plusieurs fois par la bouche, mais à des moments de crise, ils me l'ont obligé de le prendre en injectable, puis ils ont été m'attacher. (Participant 3, lignes 7-8)

Cette situation n'est pas exclusive. À vrai dire, d'autres participants ont vécu une expérience similaire, plusieurs expériences semblables ont été relatées lors des entrevues, comme celle-ci :

Je vivais beaucoup d'émotions, d'agressivité [...] j'étais perturbé par mes comportements agressifs. [...] je me suis coupé avant de venir ici [...] C'était, j'avais des émotions qui venaient me chercher à l'intérieur de moi [...] Puis j'avais de l'impulsivité, puis je commençais à me sentir que je voyais tout noir, puis que j'avais de la misère à accepter le temps qui me restait pour sortir d'ici-là. [...] Je me suis sentie très impulsive, puis après ça j'ai, j'ai été, j'ai crié. (Participant 6, lignes 12, 14, 33, 40, 42-43, 54)

Ou encore celle-ci :

Bin j'ai frappé pi j'ai euh, j'ai été comme maîtrisé [...] j'entendais des voix, puis je voyais des choses, puis-je, j'entends des voix. (Participant 5, lignes 23 & 33)

Bien que l'intensité des crises puisse être élevée, les patients disent que le personnel soignant ne porte pas toujours l'attention nécessaire et n'effectue pas toujours les interventions appropriées avant que la crise dégénère. Par exemple, plusieurs patients mentionnent qu'une médication orale

leur est rarement offerte avant l'intervention par voie injectable. Il est permis de penser que ce médicament par la bouche (moins intrusif) aurait pu apaiser les émotions que vivent certains patients avant d'en arriver à une situation de crise. Les participants révèlent que ces situations, qui se répètent, rendent propice l'administration de la médication PRN par voie injectable, presque toujours administrée contre le gré du patient. Un participant rapporte :

Moi, j'ai, j'avais deux options à accepter ou non. J'avais, une chose que j'ai, bin tu sais, du mal à « dealer » là. (Participant 5, lignes 124-125)

Un autre nous parle de son vécu :

Oui parce qu'il fallait absolument que je prenne la médication, la mesure que tu disais là. [...] J'étais pas agressif, c'est juste parce que je suis sensé être psychotique là, à leurs yeux, fait que, faut je prenne de la médication antipsychotique là, c'est pour ça que je veux me battre, puis je veux aller en cour pour aller changer ça là, ça pas de bon sens là. Me forcer à prendre de la médication qui me rend encore plus malade que ce que je suis en partant là, ça, ça marche pas là. (Participant 7, lignes 53-56)

Tout comme cet autre participant, qui livre des sentiments similaires :

Bin c'est souvent de force [...] les injectables je veux dire [...] Bin c'est, souvent une personne pour les injectables, puis trois autour pour euh, je sais pas trop quoi, me maintenir. (Participant 9, lignes 18-24)

D'autres patients nous font part de certaines expériences où les médicaments injectables sont utilisés de façon concomitante avec une contention mécanique pour obliger le patient à le prendre, comme en témoigne ce patient :

Bin il m'a pogné, il m'a, il m'a tenu la tête dans le mur, après ça ils m'ont mis les meno, je suis tombé à terre, ils m'ont mis les menottes, puis dans le fond, je sais même pas c'est comment que c'est arrivé. (Participant 7, lignes 90-92)

Un deuxième renforce la même idée :

Ils m'ont amené de force dans la salle d'isolement, mais moi j'ai collaboré [...] Je voulais pas me battre avec les autres, les agents de sécurité. Après ça, quand ils m'ont mis dans la salle d'isolement, ils m'ont piqué, ils m'ont piqué je m'en souviens plus c'était quoi la médication qu'ils m'ont piqué. [...] (Participant 6, lignes 76-81)

L'analyse des données a révélé que les patients en situation de crise ou les patients non coopératifs reçoivent des médicaments contre leur gré, qui sont majoritairement administrés par voie intramusculaire. Les patients ont fait part de leur grande insatisfaction face à ce type d'intervention « plutôt musclée ». Certains d'entre eux ont rapporté avoir vécu des sentiments de tristesse, de peur et de dégoût au regard des interventions qu'ils ont subies. Un participant rapporte :

C'est sûr ça fait pas mal, ils me détachent, puis après ça ils me détachent, puis après ça j'ai crié, ça m'a fait peur. (Participant 3, lignes 29-30)

5.1.2 Pratiques

Lors de l'utilisation de la contention chimique, différentes pratiques sont courantes dans le milieu de soins, elles sont utilisées de façon concomitante à la contention chimique. Ces pratiques sont : l'usage de la contention mécanique; l'utilisation de la force pour administrer la médication; les attitudes provocatrices du personnel combinées aux lacunes dans l'évaluation et les interventions précoces à l'endroit des patients. Cette dernière pratique peut également jouer un rôle fondamental dans l'agitation et les comportements des patients.

Contention mécanique et mise en salle d'isolement

Alors que les contentions chimiques sont administrées contre la volonté du patient en situation de crise, il n'est pas rare que les médicaments PRN injectables soient utilisés en même temps qu'un deuxième type de contention (soit mécanique ou mise en salle d'isolement). Ainsi, en plus d'être

obligés de prendre un médicament puissant sans nécessairement le vouloir, les patients sont aussi soumis à des interventions intrusives. À titre d'exemple, certains patients disent avoir été « enfermés » dans une salle d'isolement. D'autres verbalisent avoir été ligotés et maîtrisés par plusieurs intervenants simultanément. L'extrait suivant rapporte, de façon explicite, l'expérience « pathétique » d'un patient ayant reçu une médication PRN injectable. Le patient raconte :

[...] ils m'ont fait rester trois jours ou deux jours assis sur un matelas, puis là j'avais mal à la tête, j'ai dit j'ai mal à la tête, donnez-moi une Tylenol, il est comme : On peut pas te donner des Tylenol, il faut que tu aies la prescription du docteur, il faut attendre que tu vois un docteur, j'ai dit bin faite moi voir un docteur, man j'ai besoin de Tylenol, allez chier avec vos docteurs man, j'ai besoin de « fucking » Tylenol, j'ai dit là j'ai, je me tenais la tête, puis ils m'ont contentonné sur le lit, mais pas contentonné, ils m'ont tenu à la gang. [...] Puis, ils m'ont injecté, ils m'ont dit après que c'était de l'eau qui m'ont injecté, mais ils ont tu le droit plus de m'injecter de l'eau qu'un médicament? Moi je pense qu'ils m'ont injecté un médicament ou un, un poison ou pas un poison, mais un, un stabilisa, un modificateur de conscience ou de réseau cérébral là, puis après ça, à partir de ça ils pouvaient me contrôler genre. Puis ça faisait longtemps que je me disais qu'ils faisaient des choses comme ça. [...] (Participant 7, lignes 260-275)

Un autre patient témoigne de l'intensité des interventions, lorsque le médicament est administré simultanément avec une contention environnementale.

J'ai passé trois jours dans l'isolement. Ça été dur. (Participant 5, ligne 80)

Utilisation de la force

En plus de l'utilisation des contentions physiques et la mise en salle d'isolement en concomitance avec les contentions chimiques, les participants rapportent des expériences réelles où la force physique a été utilisée pour les maîtriser dans le but de leur administrer un médicament. L'un des participants rapporte son expérience :

Oui, une salle dans le fond ils arrivent là, sont huit là, puis ils te pognent [...] Le, comment qu'ils font, ils me pognent là, puis là, il y en a un qui te donne un genou dans le dos là, puis il y en a un qui te poussent vers le bas. [...] (Participant 10, lignes 188, 195-196)

Provocation

L'analyse des entrevues démontre que les comportements agressifs des patients sont parfois influencés par le comportement du personnel. Entre autres, certains patients ont rapporté s'être senti provoqués par le personnel soignant :

Ça commencé par le fait qu'un gars, je sais pas s'il était intervenant, il rentre dans ma chambre, puis il vient me baver, alors euh, je pense qu'il parlait de mon père puis de moi, mais il était dans ma chambre et puis il est rentré sans que je veuille, fait que, comme il avait fait mon père, puis moi je lui ai donné un coup de pied, puis là il m'a, ils étaient quatre là, j'ai entendu quatre voix il me semble, alors il me met sur l'estomac, sur le lit et puis un moment donné, c'est ça qui s'est passé. (Bruit de strangulation) [...] Tout ça parce que j'ai donné un coup, un coup de pied alors que lui il se foutait de ma gueule, il disait des affaires sur mardi, puis mardi c'est moi qui étais là en train de faire là, l'hôtesse si on peut dire de mon père. [...] Un peu plus puis je mourrais. J'étais vraiment là, j'avais vraiment plus d'oxygène qui rentrait, j'avais plus rien. (Participant 9, lignes 96-101 ; 111-113 ; 117-118)

5.2 Effets/perceptions

Alors que certains patients réclament des médicaments PRN pour soulager certains symptômes, d'autres patients rapportent qu'il ne faut pas nécessairement toujours avoir recours au médicament pour contrôler les émotions. Comme nous l'avons vu dans la section précédente, les médicaments PRN — surtout sous forme injectable — sont souvent administrés contre le gré des patients. Dans la présente section, les effets positifs et négatifs des médicaments PRN sur les patients sont analysés. Les perceptions de ces derniers en ce qui concerne l'administration de cette médication PRN sont également explorées.

5.2.1 Effets positifs

Les données recueillies lors des entrevues appuient le fait que des participants ont recours à la médication PRN pour les aider à gérer certains symptômes, notamment l'angoisse, le stress et les troubles de sommeil. Cette médication contribue à les calmer et à leur assurer une certaine sécurité.

Calme. Un patient a témoigné qu'un médicament PRN qu'il avait reçu par voie orale avait été également efficace pour gérer certains effets non désirables tel que les méfaits engendrés par les effets secondaires de certains agents psychotropes, ainsi que pour l'aider à garder son calme :

Moi, au début, moi j'ai déjà un PRN, je prenais, puis ça me faisait un effet, contre les effets secondaires. (Participant 2, lignes 39-40)(...) j'ai demandé le voir le psychiatre, je l'ai expliqué que je savais que j'étais en sevrage, ça prenait du temps, mais je me sentais vraiment pas bien, je n'étais plus capable de mangé, je me sentais dépressif, donc j'avais demandé. (Participant 2, lignes 39-40; 42-45)

La médication PRN, administrée par voie orale est souvent la réponse à une demande du patient. Toutefois, il semble que le personnel infirmier l'offre rarement aux patients. Il faut noter que la perspective des patients en entrevue en ce qui concerne les médicaments PRN pris par la bouche était beaucoup moins négative que leur perspective face aux médicaments PRN administrés par voie intramusculaire.

Sécurité. Lorsqu'un médicament PRN est demandé, un patient nous explique que :

...Ça se passe bien... (Participant 11, ligne 58)

À l'instar du participant 11, un autre participant appuie le sentiment de sécurité que lui procure la médication PRN :

[...] dans le fond tu reconnais toi-même en dedans de toi que tu « feel » pas bien. [...] Puis à place d'en aller jusqu'à péter ta coche parce que c'est en étapes, tu sais. [...] Moi je devrais dire là, puis l'Aldol-Ativan en PRN à donner que, que je vas le prendre, ça se passe bien en général. Parce qu'il n'y a pas l'état d'être en « tabarnak » envers un, un intervenant (Participant 10, lignes 26-27)

5.2.2 Effets négatifs

Bien que la médication PRN apporte calme et sécurité, il demeure qu'elle occasionne également des effets négatifs. Selon les entrevues menées avec les patients, plusieurs nous ont parlé des

répercussions physiques engendrées par la prise du médicament. Parmi les participants plusieurs rapportent avoir eu des effets secondaires sévères reliés à la prise de médication PRN. Un patient nous explique comment il se sent lorsqu'il reçoit une contention chimique :

Je me sens comme euh, je vois tout croche, je vois flou, de temps en temps j'ai les yeux qui ferment tout seul, toutes sortes d'effets secondaires comme ça, dans le fond je les ai pas tous dits, je voulais les dire, j'ai pas pensé de tous les dire, je m'en rappelle plus de mes effets secondaires quand on m'a posé la question, puis dans le fond c'était parce que j'étais pas capable de les dire à cause qu'on me contrôlait par la tête à cause qu'ils voulaient pas que je dise mes effets secondaires à, puis ils peuvent faire ça avec la médication qui me donne là. (Participant 7, lignes 58-63)

Un autre patient divulgue les effets secondaires associés à la prise de ces médicaments à long terme :

Faut juste que je fasse attention avec mes tremblements là [...] c'est parce que j'en prends beaucoup aussi (Participant 8, ligne 262-268).

5.2.3 Perceptions des patients

Les patients vivent les effets positifs et négatifs de la prise de médication PRN. Toutefois, lors des entrevues, ils ont également témoigné de leurs perceptions en ce qui a trait à « faire l'expérience de la contention chimique ».

Désespoir. Face aux contentions chimiques, plusieurs patients admettent se sentir grandement découragés en ce qui concerne les interventions du personnel de soins. Un patient précise dans le contexte de l'administration d'un PRN contre son gré :

Tu sais, ils me forcent à agir mauvais, de ma mauvaise volonté genre, ils me forcent à prendre des pilules, ils m'empêchent d'avoir mon argent [...] puis juste pour dire là, ici ils ne m'ont pas fait vraiment chier encore à date, mais ils me font chier pareil parce que sont tout le temps sur les règles, ils me disent qu'ils vont me donner de quoi, ils me le donnent pas, tout le temps des « esti » d'affaires là de crosseur là tout le temps de même là, je suis écoeuré. (Participant 7, lignes 177-78 ; 219-226)

Ce même patient poursuit l'entrevue en faisant part de son expérience de la contention chimique :

Puis, ils m'ont injecté, ils m'ont dit après que c'était de l'eau qui m'ont injecté, mais ils ont tu le droit plus de m'injecter de l'eau qu'un médicament, moi je pense qu'ils m'ont injecté un médicament ou un, un poison ou pas un poison, mais un, un stabilisa, un modificateur de conscience ou. (Participant 7, lignes 267-270)

Accoutumance/discipline. Par ailleurs, les propos des participants ont démontré que les contentions chimiques sont utilisées tellement fréquemment, que les patients s'y soumettent sans même les questionner. Des patients vont même jusqu'à normaliser l'usage de ces interventions :

Je sais, mais je suis tout le temps comme ça là, mais quand j'arrive en cour, ils font exprès, il me donne une petite pilule qui est plus forte que les autres ou avec un petit quelque chose pour que j'aie les yeux qui « fuck » tu sais, puis là, ils veulent me mettre sur une médication, puis je sais ce que ça va faire là, je vais avoir les yeux fermés tout le long du temps. Je vais les ouvrir, ils vont refermer, je vais être comme ça, là ils vont rouvrir un moment donné, ils vont tout le temps refermer là. (Participant 7, lignes 124-129)

Un autre patient explique son expérience lors du PRN par injection :

Mais moi j'avais accepté dans le fond là, c'est, c'est juste, tu sais veux dire, c'est euh, c'est psycholo. (Participant 5, ligne 62-63)

Impuissance. Certains participants rapportent que ces puissants médicaments peuvent les faire dormir pour plusieurs jours, un patient révèle même perdre complètement le contrôle de son corps :

T'as plus le contrôle de ton propre corps, t'aimes pas ça. (Participant 10, ligne 162)

Un autre nous rappelle que:

Bin, c'est sûr que si on m'attache, je vais me sentir vraiment là euh, dans l'impuissance totale, puis même qu'un moment donné, on m'injectait puis on m'attachait souvent, fait que

là, je me suis dit faut que j'arrête de cogner dans ma porte parce que je suis en train de perdre l'esprit à cause de la médication. (Participant 4, lignes 69-72)

La lecture des extraits précédents révèle l'évidence que l'administration des médicaments PRN par injection suscite beaucoup de sentiments négatifs chez les patients. Certains d'entre eux ont ajouté à la liste la tristesse et le dégoût envers les interventions qui leur sont prodiguées. Un participant rapporte :

J'ai jamais été blessé là, mais ils m'ont ramassé attaché, c'est humiliant [...] tu sais c'est, c'est dégoûtant là, se faire attacher de même là. (Participant 3, lignes, 59 & 104)

Bien que certains patients rapportent ne pas avoir été blessés physiquement lors de l'administration de la contention et des interventions physiques du personnel, il demeure toutefois qu'ils peuvent s'être sentis blessés mentalement.

Colère. Durant les entrevues les patients ont relaté le fait qu'ils peuvent être en salle d'isolement durant plusieurs jours. Il arrive qu'ils soient attachés au matelas, afin de favoriser la désescalade de leur comportement agressif et même de recevoir un médicament contre leur gré. Selon le témoignage de plusieurs participants, l'expérience des contentions a été un moment traumatisant pour eux. Du fait même, un participant nous fait part d'une colère révélatrice :

Je me sens agressif certain. « Criss » man, j'ai pas d'affaire à pogner des injection de un, puis de deux on me force à prendre des injections en me pognant par les bras, puis en me « winchant » par en arrière de la tête là, puis ça pas rapport là, c'est juste euh, même si c'est pas des infirmiers, que ce soit des infirmiers ou quoi là, ils m'ont rentré des produits par la bouche, ils m'ont renté toutes sortes d'affaires. [...] (Participant 7, lignes 162-166)

Sans grande surprise, on constate que les contentions chimiques administrées par voie intramusculaire sont des expériences traumatisantes et négatives pour tous les patients qui voient leur autonomie brimée. Certains patients associent ces méthodes à des moyens punitifs, plutôt qu'à

des moyens thérapeutiques. Dans l'énoncé suivant, un patient « crie » son sentiment de révolte, de colère et de haine contre les soins psychiatriques en général.

Bin non c'est sûr, je suis autant révolté là, moi euh, je ne sais pas qu'est-ce que je vais faire quand je vais sortir d'ici, mais je suis juste révolté d'être ici. [...] La révolte, la révolte occasionnée par ça, c'est normal que je cogne dans ma porte, puis que je sois révolté, (Participant 4, lignes 115-116 ; 227-231)

Perte de privilège. Certes, les médicaments par voie injectable utilisés en conjonction avec d'autres mesures restrictives provoquent la méfiance, voire la peur chez plusieurs patients qui craignent de perdre des privilèges comme des sorties ou la participation à des activités récréatives.

Bin j'avais peur, j'avais peur de, de, d'être chicané longtemps [...] J'avais peur d'être, que ça fasse des problèmes euh, les sorties euh, [...] Perte de, perte de privilèges. (Participant 8, lignes 96-106)

5.3 Relation patient-personnel

Dans le volet précédent, les effets positifs et négatifs des contentions sur les patients, de même que les perceptions de ces derniers en ce qui a trait à leur expérience de la contention chimique ont généré des sentiments qui ne peuvent qu'avoir un impact sur la relation patient-personnel. Dans le présent volet, l'impact des sentiments générés par l'administration des contentions chimiques — particulièrement ceux administrés par voie intramusculaire — sera analysé. Il est important de rappeler que la relation thérapeutique est la pierre angulaire des soins infirmiers en milieu psychiatrique. Comme *la Figure 3* l'illustre, cet impact sur la relation thérapeutique se manifeste à différents niveaux : entre le patient et le personnel infirmier, ainsi qu'entre le patient et le personnel de sécurité. *La Figure 3* représente une modélisation du thème : Relation patient-personnel.

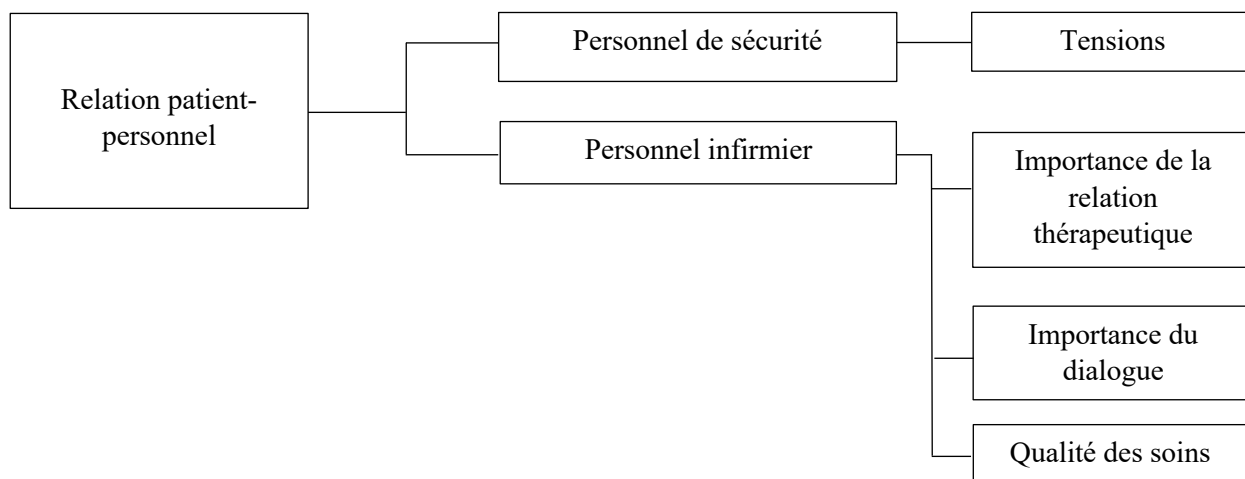


Figure 3. Modélisation du thème : Relation patient-personnel.

5.3.1 Relation patient-personnel de sécurité

L'analyse des propos des patients interviewés a fait ressortir l'impact, davantage négatif, des contentions chimiques sur ceux-ci, lorsque ces contentions étaient administrées contre leur gré. Plusieurs participants ont d'ailleurs mentionné qu'ils auraient aimé avoir le choix de leur processus de traitement. Le fait que la prise de médicament leur soit imposée déclenche un sentiment d'impuissance chez eux. En somme, il est permis de dire que les patients interrogés vivent des émotions négatives face aux professionnels de la santé, surtout face au personnel de sécurité.

Tensions. L'administration d'une contention chimique contre le gré du patient crée une énorme tension entre celui-ci et le personnel de sécurité. Entre autres, plusieurs participants ont verbalisé leur frustration. Un patient rapporte :

Bin c'est ça, il faut que tu restes tout le temps, marcher sur les œufs, tu sais, tu restes de garde, puis tu montes pas le ton plus haut, puis t'écoutes tout ce qu'ils (personnel de sécurité) disent. Les autres là, moi j'avais un, comment ça s'appelle là, un intervenant ressource ici là, qu'ils appellent, une affaire de même là. (Participant 10, lignes 234-236)

Un autre verbalise ceci à propos du personnel de sécurité:

[...] Ils agissent comme des salauds moi je trouve un peu là (Participant 3, ligne 14)

Et cet autre, aussi au sujet du personnel de sécurité :

[...] je trouve qu'ils sont sauvages avec les gens [...] (Participant 1, ligne 230)

D'autres patients ont mentionné se sentir « mal aimés » par certains membres du personnel de sécurité, de même qu'attaqués physiquement lors de l'administration de contentions chimiques. D'ailleurs, les témoignages suivants des participants qui se sont sentis provoqués et poussés à une situation d'escalade en font foi:

Je trouve que ceux qui m'aiment moins en profitent pour m'attaquer physiquement dans les intervenants. (Participant 10, lignes 211-212)

Dans le cas suivant, l'intervention est même survenue alors que le patient était presque inconscient :

Bin, ils sont rentrés, moi j'étais en train de tomber à cause de la médication justement j'ai « choqué », puis j'étais déjà « fucké » à cause de la médication, puis là ils m'ont poussé, en tout cas je ne veux pas expliquer tout ce qui est arrivé comme la bataille, puis tout ça là. J'ai eu une réaction un peu spontanée là, mais [...] C'est à cause que on m'a poussé, puis ils m'ont foncé dessus, fait que, j'ai frappé un coup de poing la [...] J'étais à moitié inconscient à cause des injections (Participant 7, lignes 78-81, 85-86, 94)

Un autre participant a affirmé un constat intéressant :

Je n'ai jamais été agressif en premier. (Participant 4, ligne 202)

Le patient affirme aussi que même s'il n'a jamais été blessé physiquement, les méthodes utilisées par le personnel de sécurité sont quand même très agressives :

Ça va arriver des fois qu'ils sont brusques, qu'ils me tordent les bras plus, que ça fait mal des fois-là, ils vont te mettre les menottes, ils vont les mettre trop serrées, ça c'est déjà arrivé. (Participant 4, lignes 207-208)

Les témoignages des patients appuient le fait qu'ils ne se sentent pas respectés. D'ailleurs, certains patients disent s'être sentis « violés, réprimandés et attaqués ». Un participant explique :

Ils m'ont failli assassiner, ils ont failli m'assassiner [...] Ça commencé par le fait qu'un gars, je sais pas s'il était intervenant, il rentre dans ma chambre, puis il vient me baver, alors euh, je pense qu'il parlait de mon père puis de moi, mais il était dans ma chambre et puis il est rentré sans que je veuille, fait que, comme il avait fait mon père puis moi, je lui ai donné un coup de pied, puis là il m'a, ils étaient quatre là, j'ai entendu quatre voix il me semble, alors il me met sur l'estomac, sur le lit et puis un moment donné, c'est ça qui s'est passé. (Bruit de strangulation) (Participant 3, lignes 94, 96-101)

Il rajoute :

C'est comme un viol, sauf que ce n'est pas sexuel. C'est comme un viol. (Participant 3, ligne 116)

Par ailleurs, un participant nous rappelle la présence inévitable et évidente des relations de pouvoir :

Bin ils sont plus dangereux que moi [...] puis eux ils n'ont pas été punis. (Participant 9, lignes 185-187)

De plus, un autre participant verbalise sa peur du personnel de sécurité et la présence angoissante de celui-ci lors d'une situation de crise :

Bin euh, c'était angoissant [...] ils m'ont dit t'es mieux de te calmer, j'ai dit c'est correct m'a me calmer, fait que là, ils m'ont tourné de bord, ils m'ont fait une piqûre [...] C'est désagréable, je ne conseille pas à personne de, de crier après les gens qui travaillent ici là parce qu'ils peuvent obtempérer, je pense. (Participant 8, lignes 115, 123-124, 129-130)

La lecture des témoignages précédents laisse entrevoir que la « relation patient-personnel de sécurité » peut être totalement détruite, à la suite des agissements du personnel en autorité. Le manque de confiance et de respect envers les patients peut même conduire ces derniers à vouloir se venger du personnel de sécurité :

Mais des fois on aurait dit que c'est plus fort que nous autres, tu la répètes ta coche, tu la « re-câliss » là, puis tu continues, tu veux te venger. Moi j'ai ai tous menacés de mort, puis la gang du *****, pas eux-autres là, eux-autres tu sais, je suis rendu en état plus stable là. (Participant 10, lignes 127-129)

Cette courte phrase d'un participant conclut bien cette sous-section :

Moi je n'ai jamais eu de bonnes relations avec les membres du personnel. (Participant 4, ligne 111)

5.3.2 Relation patient-personnel infirmier

Les interventions intrusives associées à l'utilisation des contentions chimiques nuisent aussi au caractère thérapeutique de la relation patient-infirmière. La crainte du personnel infirmier fait en sorte que les patients ont de la difficulté à partager leurs sentiments avec les infirmières. À l'encontre des témoignages précédents, cette crainte vécue par les patients nuit à l'établissement de la relation thérapeutique — pierre angulaire des soins infirmiers en psychiatrie — et, de ce fait nuit à la qualité des soins reçus par le patient.

Importance de la relation thérapeutique

La qualité de la relation thérapeutique établie entre le patient et l'infirmière est déterminante dans le succès du traitement. De là l'importance pour le patient de se sentir en confiance avec son infirmière. L'une des dimensions de la relation thérapeutique qui a été le plus étudiée est celle de l'alliance thérapeutique. Cette dimension comporte différents aspects à prendre en compte tels

que : le lien émotionnel profond qui s'établit entre le patient et l'infirmière; l'accord concernant les objectifs thérapeutiques; l'entente sur la manière et le type de tâches qui permettra d'atteindre ces objectifs. Lorsque ces éléments sont respectés, le traitement peut être poursuivi avec succès. L'analyse des entrevues permet de constater que le discours des patients au regard des infirmières est plus nuancé (moins négatifs) que ceux tenus au sujet du personnel de sécurité. À titre d'exemple, un patient rapporte :

Bin, non les infirmières, des fois c'était, ici tu vois, puis je leur ai dit ici, j'ai dit : j'ai été surpris là? C'est plus, un peu plus attentionné, un peu plus mature on dirait, plus euh, j'aurai passé une remarque, j'ai fait la remarque constructive et positive. (Participant 1, lignes 239, 241)

Toutefois, bien que la relation thérapeutique soit extrêmement importante, les participants se disent souvent impuissants et envahis d'une peur incontrôlable de leur infirmière. Ainsi, bien que les sentiments soient partagés, certains participants témoignent du fait que les contentions chimiques administrées contre le gré du patient entravent la relation thérapeutique et peuvent nuire grandement au bien-être du patient à long terme. Un participant rapporte :

Sont dures avec le monde. Sont dures avec le monde, puis qui, qu'ils m'ont fait mal. [...] Oui, ils m'ont fait mal c'est, tu sais je suis rendu quelqu'un, je pense j'ai peur du monde, qui c'est qui peut me battre puis m'attacher, ça me fait peur du monde. (Participant 3, lignes 85, 87-88)

Cependant, d'après les propos recueillis, la relation thérapeutique peut s'avérer plus efficace selon les différentes cultures des milieux de soins. Selon un participant :

Des fois, je leur parle puis ça veut rien savoir, ici je peux leur parler de n'importe quoi, puis tout, puis rien, puis ils disent pas un mot. Mais à ***** sont de même, ils veulent pas avoir de relation avec le patient on dirait, comme si on était plus bas. (Participant 3, lignes 185-186)

Ce même participant renforce les différences de cultures de soins, en expliquant que la relation thérapeutique est plus facilement atteignable lorsque le patient ne se sent pas en « situation de dominance » par rapport au personnel de soins :

Ici, le staff est égal aux patients, mais à ***** on a l'air plus bas. (Participant 3, ligne 189)

Importance du dialogue

Un autre élément important du sous-thème « personnel infirmier » est le dialogue, afin d'assurer la relation entre le patient et l'infirmière. Cependant, pour faciliter un dialogue thérapeutique, il faut aller au-delà du simple échange. Ainsi, l'écoute active, l'authenticité et l'empathie doivent être présentes afin de favoriser le dialogue entre le patient et l'infirmière. Dans le milieu de la psychiatrie légale, l'écoute active est une façon structurée d'écouter son interlocuteur et de lui répondre de façon à ce qu'ils se sentent compris. Selon les participants, le dialogue et l'ouverture peuvent aider énormément dans la gestion des sentiments et des émotions difficiles. L'essentiel est donc de communiquer sans porter de jugements. Ces techniques facilitent une relation plus efficace et plus positive. Un participant rapporte :

Moi je parlais, je parlais avec les infirmières, avec le personnel et ils m'aidaient vraiment, comme les gens m'écoutaient, m'aidaient, ils faisaient ce qu'ils pouvaient faire. (Participant 2, lignes 240-241)

Un autre patient explique que se sentir écouté lui a permis d'éviter les situations de crise :

Non, c'est jamais arrivé ici honnêtement c'est jamais arrivé. [...] Ils sont plus à l'écoute du personnel, du patient ici. (Participant 3, lignes 122 & 124)

Un autre participant allègue que lorsque le personnel s'adresse à lui de la bonne façon, il se sent au même niveau qu'eux :

Ici je peux leur parler de n'importe quoi, puis tout, puis rien, puis ils disent pas un mot. Mais a ***** sont de même, ils veulent pas avoir de relation avec le patient on dirait, comme si on était plus bas. (Participant 3, lignes 185-188)

Toutefois, l'utilisation des contentions chimiques contre le gré du patient peut nuire au maintien de ce dialogue. Après une telle intervention, un patient rapporte comment il a réagi :

[...] j'ai dit au docteur, quand ils m'ont posé des questions, ils m'ont posé comme euh, comment tu vas, ils m'ont dit ça. Est-ce que t'es calme ? Est-ce que tu as repris ton calme ? Ils m'ont dit ça, puis, et moi j'ai comme fait des, j'ai comme dit n'importe quoi, je l'ai comme envoyé chier. (Participant 6, lignes 135-136)

Un autre patient a vécu un sentiment similaire après avoir reçu une injection de force et avoir été enfermé dans une salle d'isolement. À la question d'entrevue : « Est-ce que votre infirmière est venue vous voir? » il a répondu ceci:

Non parce que ça me faisait pleurer, puis là j'essayais de me débattre là, puis ça marchait pas. (Participant 3, ligne 56)

Qualité des soins

Les propos tenus précédemment par les patients rappellent l'entrave que peut amener l'utilisation de la force physique, lors de l'administration de la contention chimique dans la relation thérapeutique. Subséquemment, la qualité des soins donnés ne peut qu'en être altérée. Lors des entrevues, à la question posée aux participants sur leurs sentiments face au personnel soignant, certains ont relaté « avoir marre » de leurs interventions. D'un côté, certains critiquent le personnel d'être trop attentionné aux règlements :

[...] Ils, c'est sûr que si tu fais une crise, c'est dérangeant, mais, tu sais, ils pourraient me le, ils pourraient me comprendre, puis, en ***** je trouve qu'ils sont bin vite à nous attacher. (Participant 3, lignes 16-17)

D'un autre côté, les patients révèlent que les infirmières n'interviennent pas toujours au moment opportun :

Fait que là, c'est sûr que ça aurait été mieux qu'on vienne me parler, puis euh, c'est parce que c'est sûr qu'il y a pas de, on peut pas avoir de discussion avec les membres du personnel parce qu'ils ont tout le temps raison, puis tu peux pas leur dire la vérité parce que là, ça les frustre que tu leur dises ça, tu leur tombes sur les nerfs, tu sais, ils veulent avoir raison, tu sais, sur toi, fait que c'est sûr que c'est mieux de parler, mais encore là parler, tu peux pas leur parler, tu peux pas avoir raison, tu sais, faut tout le temps que, faut que tu sois un patient débile ici, puis euh. (Participant 4, lignes 137-142)

Dans les cas les plus sévères, l'atteinte à la relation patient-infirmière jette une ombre importante sur le cheminement clinique des patients. Certains perdent même le goût de continuer leur cheminement clinique :

Parce que, parce que je me sentais que, que c'était, que c'était, ça vaut pas la peine qu'ils viennent, que c'était, que ça valait pas la peine qu'ils viennent me voir parce que je voulais tout laisser tomber, puis je voulais tout laisser tomber mon cheminement, mon désir de me sortir de là, là. Et j'ai dit, j'ai dit au docteur, quand ils m'ont posé des questions, ils m'ont posé comme euh, comment tu vas, ils m'ont dit ça. Est-ce que t'es calme ? Est-ce que tu as repris ton calme ? Ils m'ont dit ça, puis, et moi j'ai comme fait des, j'ai comme dit n'importe quoi, je l'ai comme envoyé chier. (Participant 6, lignes 134-136)

Un autre patient dit :

[...] On dirait qu'ils sont sur mon cas pas mal, parce que moi le monde m'aime bien puis tout, puis on dirait qu'à cause de ça ils sont sur mon cas, à cause que je me fais facilement des amis. (Participant 3, lignes 90-92)

Le résumé de ce sous-thème permet de rappeler l'importance de la relation thérapeutique et du dialogue dans le maintien de la relation patient-infirmière. Par contre, les données recueillies lors

des entrevues appuient le fait que l'administration d'une contention chimique contre le gré du patient entrave la relation thérapeutique et le dialogue patient-infirmière. Conséquemment, ce problème a un impact important sur les soins au patient. Le discours d'un participant, alors que l'interviewer lui assurait que son infirmière viendrait le voir après l'administration de la contention chimique pour lui donner de l'aide. Dans un discours court et simple, le Participant 9 nous fait part de sa propre relation avec son infirmière :

Bin elle vient pas pour me soigner (Participant 9, ligne 215)

5.4 Trouver des « alternatives »

La section précédente a présenté l'analyse des modes d'administration de la contention chimique et l'impact de ceux-ci sur le patient, sur son corps et sur sa relation thérapeutique avec l'infirmière. À ce titre, nous envisageons en quoi les perceptions des patients pourraient concourir à changer les modes de faire du personnel infirmier dans l'ultime but de diminuer les sentiments de honte et d'impuissance ressenties. Ainsi, l'analyse des onze entrevues réalisées auprès des patients laisse entrevoir que plusieurs méthodes pourraient aider ceux-ci à reprendre le contrôle de leurs émotions. De ce fait, une escalade de la situation, de même que des procédures intrusives et traumatisantes pourraient être évitées.

En effet, les données recueillies reflètent que des « alternatives » pourraient être utilisées au lieu d'avoir recours directement à la contention chimique. La *Figure 4* présente une modélisation du thème : « Trouver des alternatives ». Les quatre éléments rattachés au thème sont présentés dans ce volet.

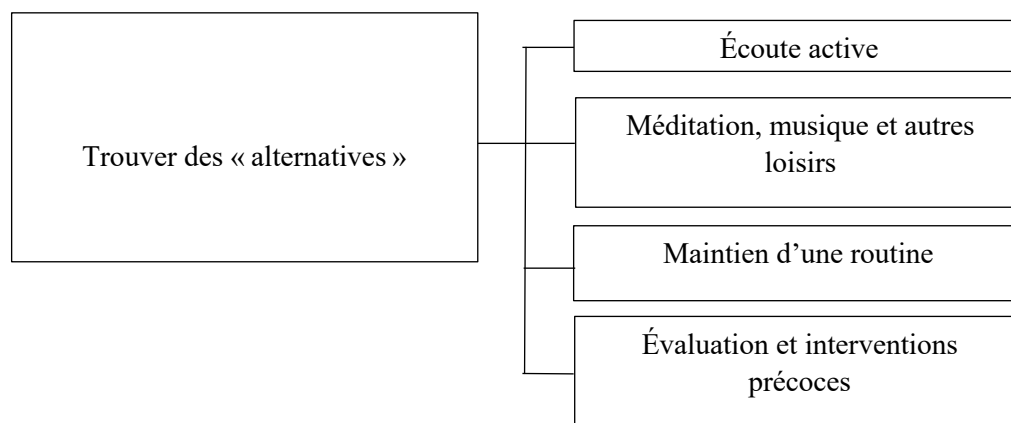


Figure 4. Modélisation du thème : Trouver des « alternatives ».

Écoute active

L'analyse des propos tenus par les participants lors des entrevues fait ressortir le désaccord de la majorité de ceux-ci sur la façon de faire du personnel infirmier. Plus précisément, les participants trouvaient que l'expérience était non seulement traumatisante pour eux, mais aussi que les infirmières avaient fréquemment recours aux contentions chimiques trop rapidement. Lors des entrevues, leur opinion leur a été demandée au regard des options possibles pour l'utilisation de la médication PRN. Les patients ont alors fait part de plusieurs suggestions, lesquelles selon eux, pourraient éviter les situations d'escalade. Un patient témoigne ainsi :

Euh, mais c'est comme, c'est surtout le mécanisme hein, la manière dont on est obligé de l'administrer, puis ce qu'eux-autres décide d'être plus forcé que pas forcé. [...] Je l'aime pas parce que comme que je vous dis, ils devraient trouver une solution. (Participant 10, lignes 79 ; 283-284)

Un deuxième patient renforce le témoignage précédent :

Je les trouvais vites en affaires là, mais [...] il avait pas de temps à perdre avec nous autres, tu sais. (Participant 3, ligne 182)

Bien que ces méthodes (les contentions chimiques sous forme d'injection) soient censées être utilisées en dernier recours, plusieurs participants disent que la réalité est toute autre. Ainsi, les contentions chimiques qui sont administrées de force privent le patient de son droit de prendre une décision éclairée. Les participants sont presque unanimes à dire que l'utilisation d'options plus simples et moins traumatisantes — par exemple, l'écoute active, la distraction, le dialogue avec le personnel de soins, les interventions et les évaluations précoces, l'offre d'un PRN par voie orale, etc... — est pratiquement toujours négligée. À ce titre, de nombreux participants ont rapporté un sentiment d'impuissance. Selon un participant, les médicaments ne sont pas des solutions à tous les problèmes :

[...] je pense qui faut pas toujours se diriger au médicament parce que c'est pas toujours les médicaments qui va [...] régler la situation [...] par exemple on sort dehors ça change. [...] ça change les idées, ça change les, tout en dedans dans le corps. (Participant 2, lignes 132-134)

L'écoute active demeure, pour l'ensemble des répondants, l'aspect le plus important pour éviter la frustration. À ce titre, beaucoup de patients ont renforcé le fait de s'être sentis privés de cette alternative ou encore du manque de temps qui leur était consacré par le personnel. Cela est d'ailleurs noté dans une citation précédente :

Fait que là, c'est sûr que ça aurait été mieux qu'on vienne me parler, puis euh, c'est parce que c'est sûr qu'il y a pas de, on peut pas avoir de discussion avec les membres du personnel parce qu'ils ont tout le temps raison, puis tu peux pas leur dire la vérité parce que là, ça les frustre que tu leur dises ça, tu leur tombes sur les nerfs, tu sais, ils veulent avoir raison, tu sais, sur toi, fait que c'est sûr que c'est mieux de parler, mais encore là parler, tu peux pas leur parler, tu peux pas avoir raison, tu sais, faut tout le temps que, faut que tu sois un patient débile ici, puis euh. (Participant 4, lignes 137-142)

Durant les rencontres, les patients ont confirmé que de se sentir écouté les aide à maintenir une attitude calme. Un patient valide :

Moi je parlais, je parlais avec les infirmières, avec le personnel et ils m'aidaient vraiment, comme les gens m'écoutaient, m'aidaient, ils faisaient ce qu'ils pouvaient faire. (Participant 2, lignes 240-241)

Un autre participant reconnaît que lorsque le personnel s'adresse à lui de la bonne façon, il se sent au même niveau qu'eux :

Ici, le staff est égal aux patients. (Participant 3, lignes 189)

Musique et autres loisirs

D'autres alternatives ont été suggérées, comme des choses simples — tels la musique, la lecture, le jardinage et les films — peuvent changer les idées lorsque les patients vont moins bien. La majorité des patients sont d'avis que les activités contribuaient énormément à rester calmes et positifs. Ce témoignage est très révélateur de l'importance de la musique :

Bin personnellement c'est, c'est pour moi, c'est la musique qui est le médicament [...] avant de me coucher, j'écoutais des musiques classiques pendant le jour [...] Pour moi, j'écoutais toutes sortes de postes, en changeant tout le temps, ça changeait mes émotions, c'est, moi j'ai eu comme une sorte de voyage toujours [...] je sais pas comment dire, mais c'est, ça change l'humeur et après un tour de ça, ça rend plus calme. (Participant 2, lignes 147, 153, 155-156, 172-173)

Un autre participant partage renforce le témoignage précédent :

Il y a plein d'activités ici-là, il y a plein d'activités qui me fait plaisir (Participant 3, ligne 178)

Maintien d'une routine

Alors que les activités permettent de divertir les patients, en leur changeant les idées, certains croient que le fait qu'ils soient maintenus dans une routine quotidienne particulière les aide à bien fonctionner, comme nous en fait très clairement part ce participant :

Ici en fait on a assez d'activités [...] Pour qu'on s'occupe l'esprit pendant le jour parce que moi j'étais en prison, là aussi je voyais comme ça se passe, c'était vraiment dur là-bas [...] J'aime vraiment ici c'est comment. C'est comme une routine qu'on suit, ça aide parce qu'on se laisse pas, comme il y beaucoup d'espace, comme qu'on peut penser aux choses, on s'occupe vraiment assez ici qu'on est, on a au moins une bibliothèque, moi je lis des livres quand je suis comme, quand j'ai l'espace, le temps. (Participant 2, lignes 185, 187-188, 190-193)

Évaluation et intervention précoces

En dernier lieu, les patients étaient conscients que le processus décisionnel du personnel se devait de changer. Selon les participants, le personnel agissait trop rapidement sans réellement prendre la mesure de la situation. Un patient souligne ce fait :

Je les trouvais vites en affaire là, mais [...] il avait pas de temps à perdre avec nous autres, tu sais. (Participant 3, lignes 182 & 184)

Pour un autre patient, le mécanisme d'administration est problématique :

Euh, mais c'est comme, c'est surtout le mécanisme hein, la manière dont on est obligé de l'administrer, puis ce qu'eux-autres décident d'être plus forcé que pas forcé. [...] Je l'aime pas parce que comme que je vous dis, ils devraient trouver une solution. (Participant 10, lignes 79 ; 283-284)

Les témoignages précédents se rejoignent dans le fait que la prise de médication par voie orale est beaucoup moins « traumatisante » que celle administrée par voie intramusculaire. Selon les

répondants, la prise de médicament oralement peut aussi, voire davantage les aider à gérer leurs comportements avant d'en arriver à une situation de crise. Un répondant le confirme :

[...] Des fois je trouve qui devrait dire *** prend le PRN vas-t'en dans ta chambre, j'y vais, je prends la pilule, tu sais. (Participant 10, lignes 284-285)

Ce constat est appuyé par un autre participant lorsqu'il lui est demandé s'il est d'accord avec l'utilisation d'une injection. Il répond :

Non, je suis pas d'accord [...] Bin il faudrait que ce soit une pilule (Participant 9, lignes 78-80).

En conclusion, il est permis de dire que les contentions chimiques administrées sous forme d'injections sont des situations angoissantes pour les patients. L'expérience, souvent vécue en concomitance avec une contention mécanique ou la mise en salle d'isolement, donne au patient un sentiment d'impuissance et le pousse parfois à devenir plus agité. De plus, il apparaît évident que les contentions ont le pouvoir de blesser, plutôt que de soigner. Les alternatives possibles pour éviter l'escalade des situations de crise ont également été analysées. Ainsi, le manque d'écoute du personnel dans leurs échanges avec les patients a été relevé. Finalement, la négligence du personnel à trouver des interventions ou des activités plus simples et moins envahissantes pour les patients a été identifiée. Les entrevues ont également relevé que certains changements dans les interventions du personnel pourraient contribuer à l'amélioration des soins et aider les patients à mieux gérer leurs comportements agressifs. Ces changements pourraient diminuer l'utilisation intrusive des mesures restrictives, comme l'administration de la contention chimique.

Il faut retenir un élément essentiel, soit que les patients tout comme le personnel ont aussi le droit de se sentir en sécurité et devraient aussi avoir la liberté de faire un choix par rapport au mode d'intervention choisi. Un patient le confirme :

[...] j'aurais préféré être se, avant tout d'être sécurisé. [...] ça ne m'a pas rassuré non.
(Participant 5, lignes 95-98)

Chapitre 6 : Discussion

L'expérience du patient en psychiatrie légale, au moment de se faire administrer un PRN contre son gré, est influencée par deux grands phénomènes générant des contradictions et des tensions distinctives. Le premier phénomène ancré dans les travaux de Foucault (1975) provient de la anatomo-politique, et est composé d'un ensemble de règlements et de méthodes empiriques calculées pour contrôler ou corriger les opérations du corps. Le patient soumis à des méthodes de contrôle des opérations du corps est victime d'une soumission constante de ses forces, ainsi que de l'imposition d'une relation de docilité-utilité appelée « disciplines ». Le second phénomène, inscrit dans la foulée des travaux de Goffman (1968), provient des contradictions existantes entre les exigences thérapeutiques des soins, ainsi que les impératifs de contrôle et d'ordre social. Dans les hôpitaux psychiatriques, le patient qui peut, ou non, être une menace pour lui-même et pour la société est contrôlé dans le but de traiter ou de gérer une maladie ou une condition, qu'elle soit chronique ou aiguë. Les procédures et les mécanismes imposés sont choquants et déshumanisants pour les patients en les obligeant à la conformité institutionnelle par voie de soumission. Les deux phénomènes seront repris, de manière plus détaillée, dans le vécu partagé par les patients de cette étude au moment de se faire administrer un PRN contre leur gré en milieu psycho-légal. Le vécu phénoménologique des participants de l'étude sera discuté dans une perspective critique des enjeux entourant l'éthique de ce soin.

6.1 Les dimensions du pouvoir

La situation des patients dans le réseau de la santé quant aux positionnements des infirmières, ainsi que les prérogatives qu'elles détiennent sur la prévention de la maladie illustrent habilement le pouvoir politique que le personnel soignant détient sur les patients. L'anatomo-politique de Foucault (1975) s'articule suivant deux dimensions sur la situation des patients dans le milieu

d'étude : 1. la gestion des personnes et des corps (corps dociles) et 2. la thérapie. Ces deux dimensions permettent de maintenir le patient sous surveillance, d'appliquer des sanctions normalisatrices, de les évaluer constamment et d'intervenir lorsque leur comportement ne convient pas au cadre social. Ces dimensions sont bien illustrées dans la catégorie *faire l'expérience de la contention chimique* de cette étude. Alors que ces médicaments sont administrés contre la volonté du patient et dans une situation de crise, ils sont d'autant plus, utilisés en même temps qu'un deuxième type de contention (soit mécanique ou mise en salle d'isolement). Ainsi, en plus d'être obligés de prendre un médicament puissant sans le vouloir, les patients sont aussi soumis à des interventions intrusives et inhumaines dans le but de les rééduquer vers la normalité. La catégorie *contention mécanique* rapporte que certains patients se font enfermer dans une salle d'isolement au moment de l'administration du médicament. Par ailleurs, la catégorie *utilisation de la force* a démontré que d'autres patients s'étaient fait attacher et maîtriser par plusieurs personnes en même temps. En plus de l'utilisation des contentions physiques et environnementales, en combinaison avec les contentions chimiques, les participants rapportent des expériences vécues où la force physique a été utilisée pour les maîtriser, dans le but de leur administrer un médicament. La catégorie *pratique* expose le fait que le personnel soignant ne porte pas toujours une attention particulière, tout autant que nécessaire aux comportements de leurs patients. Les patients soutiennent que des interventions rapides et appropriées ne sont pas apportées aux patients en temps opportun. Par exemple, plusieurs patients mentionnent que le médicament par voie orale ne leur est pas offert avant de procéder à l'injection. De plus, dans la catégorie *relation patient-personnel*, il est démontré que les techniques de communication, entre autres l'écoute active et la gestion comportementale ne font pas toujours partie du discours descriptif des participants. Ces témoignages indiquent une certaine négligence dans l'utilisation de solutions appropriées auprès

des patients dans le but d'éviter des situations de crise. La catégorie *effets/perceptions* met en lumière le fait que ces interventions démunissent les patients en leur enlevant leur capacité à l'autonomie. De plus, ces interventions sont presque toujours utilisées dans le but de contrôler l'être humain sans nécessairement mener à des fins thérapeutiques.

Par ailleurs, la relation thérapeutique, qui est irrévocablement la base de toute intervention thérapeutique sert de véhicule à l'exercice du pouvoir de l'infirmière sur le patient. Tout comme l'indique les travaux de Holmes (2005), la confiance de part et d'autre est une nécessité absolue, tant au niveau disciplinaire que thérapeutique. Cet aspect important, fondé sur l'empathie, fait consensus à travers les écrits comme étant un élément influençant significativement l'expérience des mesures de contrôle tant pour les patients que pour le personnel soignant (Aguilera-Serano & al., 2018; Gerace & al., 2018; Perron & al., 2015) en milieu de psychiatrie légale (Gustaffson & Salzman-Erikson, 2016; Maguire, Young, & Martin, 2012). Pourtant, dans le thème *relation patient-personnel*, l'analyse des résultats a fait ressortir le fait que lorsqu'une méthode de contention est utilisée comme intervention, beaucoup de sentiments négatifs surgissent chez les participants. Dans le thème *relation patient-infirmière*, les participants rapportent également beaucoup de sentiments affligeants lors de l'utilisation des contentions chimiques. En fait, certains ressentent le dégoût, le désespoir et l'humiliation. D'autres participants relatent qu'ils se sentent fâchés et impuissants. L'analyse des résultats fait ressortir les effets négatifs des contentions chimiques chez les patients lorsque ces contentions sont administrées de force. Se sentant obligés de prendre la médication offerte par le personnel infirmier, les participants disent se sentir impuissants dans la situation. Cet état de fait entraîne donc chez ces derniers, une grande gamme d'émotions vives et négatives au regard des professionnels de la santé. Dans la catégorie *relation patient-personnel de sécurité* plusieurs patients ont mentionné ressentir des tensions avec ce type

de personnel. L'analyse des données a entre autres, révélé que le personnel de sécurité ne portait pas toujours une attention convenable, appropriée et empathique aux patients. D'autres patients ont mentionné se sentir « visés » par certains membres du personnel, de même « qu'attaqués », notamment par le personnel de sécurité. Il apparaît donc évident que les patients ne se sentent pas respectés. Ce manque de confiance et de respect ressenti par le patient peut faire en sorte que celui-ci puisse aller jusqu'au désir de se venger de certains membres du personnel de sécurité. Qui plus est, il arrive que, dans certains cas, les patients perdent même le goût de continuer de s'engager dans leur processus de rétablissement. Les résultats de la présente étude démontrent de façon évidente que les contentions chimiques, administrées avec force et contre le gré du patient brisent le lien de confiance entre celui-ci et l'infirmière. Ce type d'intervention appuie les dimensions de pouvoir qui existe en milieu psychiatrique et vient, à tout le moins, « altérer » la relation de confiance entre le patient et l'infirmière, au détriment du bien-être de ce dernier.

Cet ensemble de règlements et de méthodes empiriques calculées pour contrôler ou corriger les opérations du corps, soit l'anatomo-politique est enraciné dans les travaux de Foucault (1975). Le phénomène technico-politique exercé sur le patient dans le réseau de la santé est constitué de deux formes de pouvoir : le pouvoir disciplinaire et le pouvoir de la rhétorique thérapeutique. En psychiatrie légale, ces deux expressions du pouvoir prennent la forme de coercition tyrannique, parfois extrême et jugée acceptable au nom du soin et de la gestion du risque du patient. Les pratiques à la fois adaptées et ajustées aux exigences du système, soumettent donc le patient à un contrôle extrême, excusé par une rationnelle thérapeutique. Bien que les conséquences associées à ces expériences traumatisantes doivent faire en sorte que ces méthodes ne soient jamais utilisées à la convenance du personnel, les écrits suggèrent tout de même trois raisons principales qui justifient l'utilisation des contentions. Les données d'entrevue semblent aussi appuyées ces mêmes

constats. Premièrement, la première raison, soit (1) pour assurer la sécurité (Goethals & al., 2012; Gelkopf & al., 2009; Strout, 2010), a été illustré par la catégorie *Indications*. Cette catégorie a démontré que le personnel administrait des contentions chimiques, en faisant usage de la force et contre le gré du patient, soit lors d'une circonstance de crise ou dans le but de gérer des comportements inappropriés et/ou violents. Selon la catégorie *De force*, une dangerosité est présente lorsqu'un patient devient très agité, sévèrement halluciné, agressif ou lorsque celui-ci présente un risque suicidaire élevé. D'ailleurs, beaucoup des participants rapportent avoir reçu cette médication dans une situation de crise. Deuxièmement, la catégorie *Indications* démontre que les médicaments PRN peuvent aussi être administrés (2) à des fins thérapeutiques, pour permettre au patient de reprendre son intégrité (Gelkopf & al., 2009; Van der Merwe, Muir-Cochrane, Jones, Tziggili & Bowers, 2013). D'ailleurs, les *Indications* ont démontré que le personnel de soins peut administrer des médicaments PRN suite à la demande du patient pour gérer des effets secondaires ou des émotions fortes. Dans le cas échéant, les patients qui ont reçu ces médicaments ont avoué des effets positifs tel le maintien d'une sérénité et la sensation d'une sécurité personnelle. Finalement, les catégories *Colère*, *Impuissance*, *Désespoir* et *Perte de privilège* semblent démontrer que les patients qui ont vécu l'administration d'une contention chimique contre leur gré peuvent ressentir des émotions fortes et la sensation que les contentions chimiques sont utilisées (3) à des fins punitives, pour permettre d'assurer le pouvoir des intervenants (Strout, 2010). Même lorsqu'utilisées de façon adéquate, les contentions chimiques sur les patients peuvent amener des répercussions négatives sur leur bien-être physique, psychologique et environnemental (Muir-Cochrane et al., 2020). En plus de ces impacts négatifs, l'administration de médicaments PRN, surtout contre le consentement du patient, entraîne des enjeux éthiques irréfutables et provoque des risques psychologiques potentiels chez des patients qui sont déjà atteints d'un trouble de santé

mentale. À titre d'exemple, la recherche entamée par Johnston (2017) auprès de patients atteints de troubles de santé mentale a montré que les demandes de traitements alternatifs faites par les patients ont été souvent ignorées des psychiatres. Il semblerait aussi que les professionnels aient porté peu d'intérêt aux traitements qui pourraient pourtant, éviter plusieurs situations d'escalade comportementale d'agitation ou d'agressivité (Johnston, 2017). De plus, malgré l'historique et la reconnaissance des droits de la personne (Rodriguez, 1993; Flemming; A c Manitoba, 2008), certains juges et professionnels de la santé ne considèrent pas que l'objectif des mécanismes juridiques d'autorisation de traitement est de protéger les droits, mais plutôt de protéger les personnes vulnérables (Johnston, 2017). Ainsi, plusieurs membres du personnel hospitalier vivent de l'ambivalence en rapport avec l'utilisation des contentions chimiques dans leur pratique (Muir-Cochrane & Gerace, 2018). Ces mesures restrictives ont, de plus été reconnues comme pouvant entraîner des troubles physiologiques (cardiovasculaires et métaboliques). Par ailleurs, la relation thérapeutique entre le patient et l'infirmière — une relation où le lien de confiance tissé entre le patient et l'infirmière favorise un environnement sain pour aider au rétablissement — est gravement entravée (Muir-Cochrane et al., 2020).

6.2 Le patient : objet de soumission

Le vécu phénoménologique des patients en milieu de psychiatrie légale de sécurité maximum comporte des éléments illustrant le fait que les patients sont sujets à la soumission et objets à la rhétorique disciplinaire (Foucault, 1975). À titre d'exemple, dans sa description du « panopticon » comme machine de surveillance parfaite, Foucault (1975) affirme que la surveillance s'exerce sur les patients. Initialement prévus comme mesures sécuritaires pour préserver la sécurité du personnel soignant, la disposition des lieux et le positionnement physique des patients dans ces mêmes lieux concrétisent une surveillance constante de l'environnement, de même que des

patients hospitalisés sur l'unité. Aujourd'hui, le « panopticon » est la figure architecturale et le mécanisme du pouvoir disposés autour du patient en psychiatrie légale pour le marquer et le modifier. Cette surveillance engendre des conséquences sur les patients qui interagissent dans une structure qui les force à se conformer aux normes établies. La division constante entre le normal et l'anormal permet de mesurer, de superviser et de corriger le patient selon ses mécanismes disciplinaires. Comme nous le remarquons sous le thème *faire l'expérience de la contention chimique*, les patients qui refusent de se conformer à ces normes sont soumis à la médication PRN, souvent injectée de force et contre le gré du patient. De plus, utilisées conjointement avec le PRN, les contentions mécaniques et la mise en salle d'isolement peuvent aussi être appliquées de force, afin de maintenir le patient dans une situation de soumission où il ne sera plus jugé comme étant dangereux. Ces mêmes observations ont été décrits dans les travaux de Muir-Cochrane (2019; 2020).

En lien avec les travaux de Goffman (1968), le patient qui se retrouve dans un milieu présentant les caractéristiques des institutions totales subira des pressions et des transformations. En effet, à l'instar des patients admis en institutions totales dans les travaux de Goffman (1968) différentes méthodes ont été élaborées, afin de permettre au « malade » la reprise de son contrôle et la récupération de son fonctionnement. Le respect des règles de la société est alors indispensable pour permettre au « malade » de reconquérir son statut de citoyen raisonnable (Goffman, 1968). Dans les hôpitaux psychiatriques, les patients sont pris en charge et privés de relations sociales avec le monde extérieur, une barrière dans laquelle toutes les modalités de vie sont explicitement et méticuleusement réglementées. La personne est coupée de la société pendant une période considérable. Toutes les phases de ses activités quotidiennes sont soigneusement planifiées et elles répondent à des besoins organisationnels plutôt qu'individuels. Le patient se retrouve exclu de la

prise des décisions à son sujet concernant ses traitements et il se retrouve soumis à des « pratiques ascétiques destinées à réprimer les tendances mauvaises ou dangereuses pour les soumettre à la volonté » (Larousse en ligne, 2019). Ces procédures et ces mécanismes imposés par les institutions totales sont dégradants, choquants et déshumanisants pour les patients et ils obligent la conformité institutionnelle par voie de soumission. D'ailleurs, dans la catégorie *effets/perceptions*, il a été souligné que l'administration des médicaments PRN par injections fait surgir une gamme de sentiments négatifs chez le patient, notamment des sentiments de colère, d'impuissance, de désespoir et d'accoutumance, ainsi que des sentiments de tristesse, de frustration et de dégoût pour les interventions qui leur sont faites. Selon les écrits, il semble que le rôle du personnel et les conditions environnementales, qui sont potentiellement modifiables, affectent énormément l'expérience subjective de ces mesures. D'ailleurs, le contact et l'interaction avec le personnel, une communication adéquate avec les professionnels, le traitement humain, le debriefing, le respect et le soutien du personnel sont tous associés à une meilleure expérience et à une réduction de l'impact émotionnel de ces mesures. De même, la qualité de l'environnement de travail et de l'environnement physique ainsi que certaines variables individuelles et de traitement sont tout autant liées à l'expérience des contentions (Aguilera-Serrano, Guzman-Parra, Garcia-Sanchez, Moreno-Kustner & Mayoral-Cleries, 2018; Muir-Cochrane, Grimmer, Gerace, Bastiampillai & Oster, 2019; Muir-Cochrane et al., 2019; Muir-Cochrane et al., 2020). De même, les interventions intrusives associées à l'utilisation des contentions chimiques contre le gré du patient nuisent aussi à la relation thérapeutique. Tout comme dans les écrits, les entrevues ont souligné des faits perturbants reliés à la contention chimique lorsqu'utilisée avec la force et en duo avec d'autres formes de contentions (Aguilera-Serrano et al., 2018; Muir-Cochrane et al., 2019; Muir-Cochrane et al., 2019; Muir-Cochrane et al., 2020). Cet élément rend le partage d'émotions de leurs

sentiments avec le personnel très difficile. Selon le thème *relation patient-personnel* pour certains, la continuité de leur cheminement vers le rétablissement est délaissée, nonobstant le fait que selon les mécanismes et les procédures de l'institution, ce cheminement peut sembler plutôt illusoire. Les écrits ont souligné que la meilleure façon de prévenir et de désamorcer les situations est en identifiant le besoin et en essayant de l'anticiper ou d'y répondre. À cet égard, il est primordial de maintenir de bonnes lignes de communication entre le personnel et le patient. En outre, l'approche centrée sur la personne, qui consiste à essayer de comprendre et de traiter la détresse psychologique et émotionnelle, est nécessaire. Une communication compétente, la non-confrontation, l'établissement de relations et la négociation représentent la meilleure façon de gérer les situations et d'éviter les préjugés (Harwood, 2017; Muir-Cochrane, Oster, Gerace, Dawson, Damarell, & Grimmer, 2020; Yap, Knott, Kong, Gerdtz, Stewart & Taylor, 2017). Cependant, les mesures coercives peuvent nuire à ce processus (Harwood, 2017; Muir-Cochrane et al., 2020; Yap et al., 2017).

6.3 Une éthique du corps-vécu

Le sujet conventionnel en bioéthique est présumé être un tout stable et cohérent, maître de ses jugements éthiques. Cette présomption est cependant contradictoire au vécu phénoménologique des participants de l'étude. Le patient n'est ni libre ni autonome. Les aspects du contexte de soins en milieu psycho-légal, la soumission à la surveillance du personnel, la routine préétablie, de même que les contentions imposées ne permettent aucune liberté. Ainsi, la recherche d'un cadre éthique élaborant une éthique du corps-vécu, doit se poursuivre afin de renouveler le cadre éthique du soin en milieu psycho-légal.

Le patient évolue dans un environnement où les processus établis dictent la manière dont il peut décider d'utiliser son corps, et balise les interactions des corps entre eux. Ces processus

limitent et minimisent aussi la place du vécu subjectif chez le patient. Afin d'assurer une éthique du soin du corps-vécu au moment de se faire administrer un PRN contre son gré, le cadre éthique soutenant cette pratique doit permettre de discuter des enjeux de pouvoir et des vécus subjectifs impliqués entre le personnel et le patient. Bien que l'objectif prioritaire des soins soit de maintenir le patient au centre des préoccupations cliniques, il est clair dans le vécu phénoménologique des patients de cette étude que ce principe est appliqué de façon à enlever arbitrairement l'autonomie personnelle du patient (Harwood, 2017; Muir-Cochrane et al., 2020; Yap et al., 2017). Finalement, celui-ci se sent souvent plus impuissant qu'enclin à cheminer dans son rétablissement. La revue systématique de Muir-Cochrane et al. (2020) a également conclu qu'il y avait des tensions dans les écrits entre l'utilisation d'une contention efficace sans produire d'événements indésirables et la manière de décider quand la contention était nécessaire, le respect de la dignité des patients tout en préservant leur sécurité, et la préservation de lieux de travail sûrs pour le personnel et l'environnements de soins pour les autres patients.

Implications pour la pratique

En premier lieu, à la lumière de l'analyse des résultats des entrevues, force est de constater que les patients affichent des « idéaux différents ». Ces « idéaux » sont identifiables dans les catégories *indications* et *pratique*. Ainsi, il arrive que des patients demandent des médicaments PRN pour soulager certains symptômes, d'autres préfèrent croire qu'il ne faut pas nécessairement toujours avoir recours aux médicaments pour contrôler les émotions. L'analyse des résultats révèle également que des participants utilisent aussi le médicament PRN pour gérer certains symptômes, notamment l'anxiété, le stress et les troubles de sommeil. Par ailleurs, il faut souligner que le médicament PRN administré par voie orale est souvent donné en réponse à la demande des patients. Selon ces derniers, le personnel infirmier hésite quelques fois à répondre positivement à

leur demande de PRN. De plus, l'évaluation des effets du médicament n'est pas toujours faite par le personnel du milieu de soins. Par contre, il est toutefois important de souligner que le discours des patients au regard de l'administration des médicaments PRN par voie orale est beaucoup moins négatif que leurs propos concernant les médicaments PRN donnés par voie intramusculaire. De plus, le recours à des mesures de contention lorsque les techniques de désescalade sont plus appropriées pourrait avoir un impact négatif sur le patient, par contre des travaux sont nécessaires pour promouvoir la compréhension et l'utilisation d'interventions de désescalade appropriées sur la base d'une ligne directrice claire (Hallet & Dickens, 2015; Muir-Cochrane et al., 2020)

Deuxièmement, dans la catégorie *effets/perceptions* et la recension des écrits, il est admis que les contentions chimiques données par voie intramusculaire exercent une action plus puissante que les médicaments administrés par voie orale. Leurs effets secondaires sont également plus sévères. Bien que l'effet ressenti de la médication intramusculaire soit plus immédiat et plus efficace que la médication orale, il demeure toutefois que cette voie d'administration par injection suscite des sentiments beaucoup plus négatifs chez le patient. Ces sentiments, très réels, rapportés par les participants sont : la frustration, l'angoisse, l'anxiété, la honte et l'impuissance. Par ailleurs, dans la catégorie *pratique* il est reconnu que les contentions chimiques injectables sont souvent imposées aux patients. Le patient est ainsi doublement contraint; d'une part, il reçoit une médication contre sa volonté; d'autre part, il est également physiquement immobilisé par plusieurs personnes. La médication ayant été administrée, le patient est placé dans la salle d'isolation pendant plusieurs heures. À cela, faut-il ajouter que le patient peut être également attaché de force au matelas. Le discours des participants laisse entrevoir que cette façon d'administrer la contention chimique ne mène pas toujours pas à des fins thérapeutiques. De même, les travaux sur le sujet ont conclu que les patients soumis à une contention physique étaient plus susceptibles d'être agressifs

par la suite (Bowers, Cullen, Achilla, Baker, Khondoker, Koeser, Moylan, Pettit, Quirck, Sethi, Stewart, McCrone, Tulloch, 2017). Les écrits ont aussi souligné que des tensions entre l'utilisation d'une contention efficace sans produire d'événements indésirables et la manière de décider quand la contention était nécessaire, le respect de la dignité des patients tout en préservant leur sécurité, et la préservation de lieux de travail sûrs (Muir-Cochrane et al., 2020).

En troisième lieu, la catégorie *relation patient-personnel* appuie le fait que les patients ne ressentent pas qu'une attention adéquate leur est portée. Un participant affirme même que les membres du personnel donnent l'impression de manquer de patience et d'intérêt lorsqu'ils sont approchés par les patients. À l'autre extrême, d'autres patients rapportent se sentir visés par certains membres du personnel, voire même provoqués et attaqués. Par ailleurs, certains patients disent plutôt ressentir de l'impuissance et le sentiment de ne pas être respectés, ce qui entraîne la peur du personnel de soins. Certains confient se sentir violés, chicanés et attaqués. Il est donc possible de dire que la relation thérapeutique se voit entacher lors de l'utilisation des contentions chimiques contre le gré du patient. Par contre, les écrits ont très bien démontré que la relation de confiance est cruciale pour minimiser l'impact négatif des mesures coercitives utilisées pour gérer les urgences comportementales. La communication compatissante, l'information adéquate sur le traitement fourni et le suivi des soins est extrêmement important pour obtenir un bon cheminement clinique (Yap et al., 2016; Muir-Cochrane et al., 2020).

L'analyse du discours des participants a permis de faire certains constats en ce qui a trait aux interventions infirmières posées lors des situations de crise dans un milieu de psychiatrie psycho-légale. Plusieurs éléments ont été identifiés par les participants dans les différentes catégories présentées précédemment. Ces éléments permettent de suggérer des recommandations qui pourraient guider la pratique infirmière, dans l'aide à apporter aux patients pour contrôler leurs

émotions, avant l'arrivée de la situation de crise. Ces recommandations sont tirées du thème *trouver des « alternatives »*, présenté au chapitre précédent.

Dans le thème *trouver des « alternatives »*, les patients interviewés ont suggéré des activités tels la musique, la lecture, le jardinage et les films, afin de les distraire, alors qu'ils « se sentent moins bien ». De plus, les patients ont ajouté que le maintien d'une routine quotidienne particulière les aiderait également à « se sentir mieux ». Ainsi, les unités de soins psychiatriques pourraient se doter de salles de divertissements telles : une salle de musique, une salle d'art ou même un jardin. Le maintien d'une routine établie pourrait aussi aider à maintenir une familiarité thérapeutique sur l'unité. De ce fait, une formation pourrait aider les infirmières à acquérir les compétences nécessaires pour encourager le maintien de la routine et également soutenir ces dernières dans l'introduction d'activités pour leurs patients. Les travaux sur le sujet suggèrent que des programmes comme le « *Positive and Safe in Calderstones* », la modulation sensorielle et les conseils et le soutien des pairs font partie des efforts visant à éviter les mesures restrictives (Syamsudin, Fiddaroini & Heru, 2020).

Implications pour l'enseignement

Les implications pour l'enseignement sont nombreuses, tant au niveau de l'enseignement en soins infirmiers que des programmes d'intégration à la fonction en milieu psycho-légal. Les connaissances émanant de cette recherche sur la nature du processus décisionnel et les paradoxes spécifiques aux soins sous contraintes devraient être enseignées afin de mieux préparer les infirmières à l'exercice de leur rôle professionnel. Un programme d'accompagnement de l'infirmière qui entre en fonction dans le milieu psycho-légal devrait aussi inclure ces notions. Selon les écrits, il existe un impératif international de réduire ou d'éliminer le recours à des pratiques coercitives, telles que la contrainte physique et chimique, dans les soins

psychiatriques (Muir-Cochrane et al., 2018, Muir-Cochrane et al., 2019, Muir-Cochrane et al., 2020). Les conclusions de recherches de Muir-Cochrane et al. (2018) détaillent d'ailleurs les conflits auxquels le personnel est confronté pour trouver un équilibre entre le besoin de sécurité et la prestation de soins centrés sur la personne. Les infirmières ont décrit l'évolution du rôle de l'infirmière qui se concentre davantage sur l'évaluation des risques et la médication tout en essayant d'exercer une pratique centrée sur la personne et tenant compte des traumatismes. Sur ce, les initiatives de changement doivent prendre en compte les profondes préoccupations des infirmières quant aux conséquences de l'élimination de toutes les formes de mesures de contrôle dans les hôpitaux et répondre aux symptômes et aux comportements que les patients présentent et aux comportements imprévisibles et inquiétants qui y sont associés. Les tentatives d'élimination des pratiques restrictives doivent donc être soigneusement étudiées et accompagner d'une articulation claire des alternatives pour assurer la sécurité des patients et du personnel (Muir-Cochrane et al., 2018).

Les participants ont également rapporté que l'écoute active avait un impact important pour eux sur leur maintien d'une attitude calme et sereine. Ainsi, des sessions de formation pour les infirmières pourraient améliorer la qualité de leur écoute des patients. Ces sessions de formation pourraient aider les infirmières à faire des constats de leurs comportements, de leur langage corporel et de leur présence sur les unités. Plus précisément, l'accent devrait être mis sur l'importance pour l'infirmière d'observer et de déceler prématurément les comportements perturbateurs des patients, afin d'agir pour prévenir. L'agir rapide et l'approche attentionnée à l'égard de leurs patients sont aussi des éléments de valorisation pour ces derniers, qui se sentiraient sûrement plus écoutés et moins frustrés. Selon les travaux de Syamsudin et al. (2020) certains des moyens de réduire l'utilisation de la contention sont l'écoute active, la surveillance constante, la

réduction des risques environnementaux et l'administration de médicaments per os en temps opportuns. D'ailleurs, le programme « Positive and Safe in Calderstones », la modulation sensorielle et les conseils et le soutien des pairs sont quelques-uns des efforts déployés pour éviter la contrainte (Syamsudin et al., 2020). Les sessions de formation en ce qui a trait à la prévention des situations de crise, aux méthodes de désescalade verbale, ainsi que l'identification des comportements perturbateurs des patients devraient être offertes sur toutes les unités de soins psychiatriques. Les infirmières sont en mesure d'utiliser leurs compétences cliniques pour maintenir la sécurité. L'étude de Muir-Cochrane et Gerace (2019) suggère que des initiatives à plusieurs niveaux sont nécessaires pour aider les infirmières à maintenir la sécurité et à progresser vers la réalisation des directives visant à réduire et, si possible, à éliminer l'utilisation des moyens de contention.

Implications pour la recherche

Il est impératif que la recherche se poursuive afin d'assurer le développement des connaissances dans la surspécialité des soins infirmiers médico-légaux. Dans le cadre de notre recherche, le questionnement sur un sujet aussi controversé que l'administration de médicaments PRN, contre le gré d'un patient doit se poursuivre afin de développer des lignes directrices qui encadrent une pratique exemplaire de soins infirmiers médico-légaux. Ces lignes directrices doivent être congruentes avec les fondements cliniques, légaux et moraux. Il serait aussi intéressant d'explorer le vécu des patients qui se voient prodiguer des soins psycho-légaux dans institutions psycholégales de niveaux de sécurité plus faible afin d'explorer l'impact du niveau de sécurité sur l'administration de médicaments PRN contre le gré du patient.

Limites de l'étude

Dans la présente étude, il est possible que l'expérience des contentions chimiques sur une unité de psychiatrie légale ait pu évoquer des sentiments de peur, de honte et de frustration chez les participants à l'étude. En conséquence, il est concevable que pour ces raisons, certains d'entre eux aient été réticents à partager leurs sentiments, leurs opinions ou leurs expériences. En deuxième lieu, le fait que le devis de l'étude soit de type qualitatif, il est donc important de rappeler que le critère de généralisation n'est pas applicable aux résultats obtenus. En effet, l'étude s'est déroulée dans un centre de psychiatrie reconnu mais qui n'est pas représentatif de tous les milieux de soins psychiatriques.

Conclusion

Le vécu phénoménologique des patients par rapport à l'administration de contentions chimiques contre leur gré peut être une expérience traumatisante. Entre autres, ces interventions démunissent parfois les patients de leur capacité d'autonomie. Elles sont aussi souvent administrées conjointement avec d'autres formes de contentions et très souvent, avec l'utilisation de la force. L'analyse des données a permis de faire le constat que l'utilisation des contentions chimiques, surtout contre le gré du patient, peut créer des sentiments et des émotions fortes, notamment l'impuissance, la colère, et le désespoir. Par ailleurs, l'analyse des entrevues a également démontré que la relation entre le patient et le personnel est aussi altérée. Selon les participants, le personnel soignant ne porte pas toujours l'attention nécessaire aux comportements de leurs patients. Conséquemment, des interventions rapides et appropriées ne sont pas toujours données aux patients en temps opportun. La contention chimique, particulièrement lorsqu'utilisée de force, entrave non seulement la relation thérapeutique avec le patient, mais elle peut aussi interrompre le dialogue et affecter la qualité des soins reçus par ce dernier. De plus, les techniques telles que l'écoute active et les autres méthodes thérapeutiques ne sont pas toujours employées. À la lumière de ces conclusions, nous soutenons que certains mécanismes doivent être mis en place dans la pratique, afin que le rôle de l'infirmière en milieu psycho-légal respecte non seulement les obligations professionnelles, mais aussi le bien-être des patients.

Références

- Aguilera-Serrano, C., Guzman-Parra, J., Garcia-Sanchez, J., Moreno-Küstner, B., & Mayoral Cleries, F. (2018). Variables Associated with the Subjective Experience of Coercive Measures in Psychiatric Inpatients: A Systematic Review. *The Canadian Journal of Psychiatry, 63*(2), 129-144. doi: 10.1177/0706743717738491
- Al-Maraira, O. A., & Hayajneh, F. A. (2019). Use of Restraint and Seclusion in Psychiatric Settings: A Literature Review. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 57*(4), 32-39.
- Alty, A. (1997). Nurses' learning experience and expressed opinions regarding seclusion practice within one NHS trust. *Journal of Advanced Nursing, 25*(4)
- Alty, A. & Mason, T. (1994). *Seclusion and mental health: A break with the past*. London Chapman & Hall.
- American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (1st ed.). Washington, DC.
- American Psychiatric Nurses Association. (2012). Janssen Scholars Seclusion & Restraint Workgroup Report. Tiré le 22 septembre 2017 de : <http://www.apna.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=4950>
- American Psychiatric Nurses Association [APNA]. (2014). *Position Statement on the Use of Seclusion and Restraint: revised, 2014*. Tiré le 23 nov. 2017 de : <http://www.apna.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=3728>
- Andrews, 2002. Towards a more place-sensitive nursing research: An invitation to medical and health geography. *Nursing Inquiry, 9*(4), 221-238. doi: 10.1046/j.1440-1800.2002.00157.x.
- Ashcraft, L., Bloss, M. & Anthony, W.A. (2012). Best Practices: The Development and Implementation of "No Force First" as a Best Practice. *Psychiatric Services, 63* (5), 415-417.
- Barton, S., Johnson, M., Price, L. (2009). Achieving restraint-free on an inpatient behavioral health unit. *Journal of Psychosocial and Mental Health Nursing, 47*(1)35-40.
- Beauchamp, TL., Childress, JF. (2009). *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford University Press.
- Bernheim, E. (2010). La médication psychiatrique comme contention : entre autonomie et protection, quelle place pour un cadre juridique? *Santé mentale au Québec, 35*(2), 163-184. doi: 10.7202/1000558ar

- Bonner, G., Lowe, T., Rawcliffe, D., & Wellman, N. (2002). Trauma for all: A pilot study of the subjective experience of physical restraint for mental health inpatients and staff in the UK.
- Bowen, B., Privitera, M.R. & Bowie, V. (2011). Reducing workplace violence by creating healthyworkplace environments. *Journal of Aggression, Conflict and Peace Research*, 3(4):185-198.
- Bowers, L., Cullen, A., Achilla, E., Baker, J., Khondoker, M., Koeser, L., Moylan, L., Pettit, S., Quirek, A., Sethi, F., Stewart, D., McCrone, P. & Tulloch, A. (2017). Seclusion and psychiatric intensive care evaluation study: combined qualitative and quantitative approaches to the uses and outcomes of coercive practices in mental health services. *NIHR Journals Library*, 5(21). doi: [10.3310/hsdr05210](https://doi.org/10.3310/hsdr05210)
- Bowers, L., Ross, J., Owiti, J., Baker, J., Adams, C., & Stewart, D. (2012). Event sequencing of forced intramuscular medication in England. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 19(9), 799-806.
- Bregar, B., Skela-Savič, B., & Plesničar, B. K. (2018). Cross-sectional study on nurses' attitudes regarding coercive measures: The importance of socio-demographic characteristics, job satisfaction, and strategies for coping with stress. *BMC Psychiatry*, 18(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1756-1>
- Brophy, L. M., Roper, C. E., Hamilton, B. E., Tellez, J. J., & McSherry, B. M. (2016). Consumers and Carers perspectives on poor practice and the use of seclusion and restraint in mental health settings: results from Australian focus groups. *International Journal of Mental Health Systems*, 10(6), 1-10. doi 10.1186/s13033-016-0038-x
- Canadian Institute for Health Information (2011). Restraint use and other control interventions for mental health inpatients in Ontario. Retrieved on September 10th from CIHI website: https://secure.cihi.ca/free_products/Restraint_Use_and_Other_Control_Interventions_AIB_EN.pdf
- Castel, R. (1984). *La gestion des risques*. Paris : Les Éditions de Minuit.
- Cellard, A & Thiffault, M. (2007). *Une Toupie sur la tête*. Montréal: Boréal.
- Chandler, J & Flood, C. (2016). *Law and Mind: Mental Health Law and Policy in Canada*. Ottawa : Lexis Nexis.
- Chieze, M., Hurst, S., Kaiser, S. & Sentissi, O. (2019). Effects of Seclusion and Restraint in Adult Psychiatry: A Systematic Review. *Front psychiatry*, 10(491). doi: [10.3389/fpsyt.2019.00491](https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00491)

- Cleary, M. (2003). The challenges of mental health care reform for contemporary mental health nursing practice: Relationships, power and control. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12(2), 139-147.
- Colaizzi, J. (2005). Seclusion & restraint: A historical perspective. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 43(2), 31-7.
- Colaizzi, P. (1978). Psychological research as a phenomenologist view it. In: Valle, R. S. & King.
- Corneau, P. (2016). Contentions mécaniques en psychiatrie: étude phénoménologique de l'expérience vécue du personnel infirmier. Université d'Ottawa. Faculté des sciences de la santé.
- Currier, D. (2003). Feminist Technological Futures. *Feminist Theory*, 4 (3).
- Currier, G. (2003). The controversy over « chemical restraint » in acute care psychiatry. *Journal of Psychiatric Practice*, 9(1), 59-70.
- Delage, M. & Junod, A. (2003) D'une éthique de la relation thérapeutique. *Annales médico psychologiques revue psychiatrique*, 161(1), 23-30. DOI 10.1016/S00034487(02)002238
- Denzin, N. K, & Lincoln, Y. S. (1998). *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage.
- Derval, C. (2010). Élaboration et validation d'un outil d'aide à la décision pour l'application de contentions physiques aux soins intensifs. Université de Montréal. Faculté des sciences infirmières.
- Dolan, M. & Doyle, M. (2000). Violence risk prediction. Clinical and actuarial measures and the role of the psychopathy checklist. *British Journal of psychiatry*, 177 (303),11.
- Dorvil, H. (2006). Prise de médicaments et désinstitutionnalisation. Dans J Collin, M Otero, & L Monnais (Édit.), *Le médicament au cœur de la socialité contemporaine* (33-35), Presses de l'Université Laval, Québec.
- Durand B Coord, Alary P coord. (2014). De la contention à la contenance : la psychiatrie au risque de la liberté. *Pratiques en santé Mentale*, 60(4), 1-58.
- Duxbury, J. (2002). An evaluation of staff and patient views of and strategies employed to manage inpatient aggression and violence on one mental health unit: a pluralistic design. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 9(3), 325-337.
- Duxbury, J., & Whittington, R. (2005). Causes and management of patient aggression and violence: Staff and patient perspectives. *Journal of Advanced Nursing*, 50(5), 469-478.

- E-Laws currency date.(2001). Patient Restraints Minimization Act. Tiré le 23 mai 2017 de <https://www.ontario.ca/laws/statute/01p16>
- Emanuel, L., Taylor, L., Hain, A., Combes, JR., Hatlie, MJ., Karsh, B., Lau, DT., Shalowitz, J., Shaw, T. & Walton, M. (2013). The Patient Safety Education Program – Canada (PSEP Canada) Curriculum. Tiré de <https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/education/PatientSafetyEducationProgram/PatientSafetyEducationCurriculum/Documents/Module%2013d%20Seclusion%20and%20Restraint.pdf>
- Evans, D., Wood, J., & Lambert, L. (2003). Patient injury and physical restraint devices: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 41(3), 274-282.
- Ewald (1986). L'Etat-Providence. *Revue française de science politique*, 36(5), 695-697.
- Fisher, W., Piazza, C. Bowman, L., Hagopian, L., Owens, J. & Slevin, I. (1992). A comparison of two approaches for identifying reinforcers for persons with severe and profound disabilities. *Journal of applied behavior analysis*. 25(2), 25-491.
- Fleming v. Reid*, 1991 82 DLR (4th) 298, 4 OR (3d) 74.
- Fortin, M. (2010). Fondement et étapes du processus de recherche. Québec : Chenelière Éducation p. 536.
- Foucault, M. (1971). *The order of things: an archaeology of the human sciences*. New York : Pantheon Books.
- Foucault, M. (1975). *Discipline and punish: The birth of the prison*. New York : Vintage.
- Foucault, M. (1988). *Madness and civilization: A history of insanity in the age of reason*. New York : Vintage.
- Foucault, M. (1991). Governmentality. In G. Burchell, C. Gordon & P. Miller (Eds). *The Foucault effect*. Chicago : The University of Chicago Press.
- Foucault, M. (1995). *Histoire de la folie à l'âge classique*. Saint-Amand : Editions TelGallimard.
- Foucault, M. (2006). *History of madness*. London : Routledge.
- Gagnon, M. P., Desmartis, M., Dipankui, Mt., Gagnon, J., & St-Pierre, M. (2013). Alternatives to Seclusion and Restraint in Psychiatry and in Long-Term Care Facilities for the Elderly: Perspectives of Service Users and Family Members. *Patient-Patient Centered Outcomes Research*, 6(4), 269-280. doi : 10.1007/s40271-013-0023-2
- Gagnon, R., & Roy, O. (2006). Module Kayser-Jones : Un cadre de référence pour guider le changement de pratique. Dans Ministère de la Santé et des Services sociaux (Éd.),

- Programme de formation. Cahier du formateur. Vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et l'isolement. Québec : Gouvernement du Québec.
- Gaten, C. & CRRN-A, M. N. R. N (2007). Restraints and Alternatives. Tiré de <http://www.rehabnurse.org/uploads/files/pdf/GeriatricsRestraints.pdf>
- Gaw, A. (1993). Culture, Ethnicity, and Mental Illness. Washington, D.C. : American Psychiatric Press.
- Gelkopf, M., Roffe, Z., Behrbalk, P., Melamed, Y., Werbloff, N., & Bleich, A. (2009). Attitudes, opinions, behaviors, and emotions of the nursing staff toward patient restraint. *Issues in Mental Health Nursing*, 30(12), 758-763.
- Georgieva, I., Mulder, C. L., & Wierdsma, A. (2012). Patients' Preference and Experiences of Forced Medication and Seclusion. *Psychiatric Quarterly*, 83, 1-13. doi: 10.1007/s11126-011-9178-y
- Gerace, A., Oster, C., O'Kane, D., Hayman, C., & Muir-Cochrane, E. (2018). Empathic processes during nurse–consumer conflict situations in psychiatric inpatient units: A qualitative study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(1), 92- 105. doi: 10.1111/inm.12298
- Gerolamo, A. M. (2006). The conceptualization of physical restraint as a nurse-sensitive adverse outcome in acute psychiatric treatment settings. *Archives of Psychiatric Nursing*, 20, 175–185. doi: 10.1016/j.apnu.2005.12.005
- Goethals, S., Dierckx de Casterlé, B., & Gastmans, C. (2012) Nurses' decision-making in cases of physical restraint: a synthesis of qualitative evidence. *Leading Global Nursing Research*. 68 (6), 1198-1210.
- Goffman, E. (1963). *Stigma : Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Goffman, E. (1968). *Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux*. Paris: Éditions de Minuit.
- Grove, M. & Meehl, E. (1996). Comparative efficiency of informal (subjective, impressionistic) and formal (mechanical, algorithmic) prediction procedures: The clinical–statistical controversy. *Psychology, Public Policy, and Law*, 2(2), 293-323.
- Guba, E. & Lincoln, Y. (1994). Competing Paradigms in Qualitative Research. In N.K. Denzin & Y. s. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research*. 105-117. Thousand Oaks, CA : Sage.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth Generation Evaluation*. Newbury Park, CA : Sage.

- Gustafsson, N., & Salzman-Erikson, M. (2016). Effect of Complex Working Conditions on Nurses Who Exert Coercive Measures in Forensic Psychiatric Care. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 54(9), 37-43. doi:10.3928/02793695-20160817-06
- Hallet, N. & Dickens, G. (2014). De-escalation: a survey of clinical staff in a secure mental health inpatient service. *Int J Ment Health Nurs*, 24(4), 324-333. doi: 10.1111/inm.12136
- Hall, J. E. (2004). Restriction and control: The perceptions of mental health nurses in a UK acute inpatient setting. *Issues in Mental Health Nursing*, 25(5), 539-552.
- Harwood, R. (2017). How to deal with violent and aggressive patients in acute medical settings. *J r Coll Physicians edinb*, 47, 176–82. doi: 10.4997/JrCPE.2017.218
- Haw, C., Stubbs, J., Bickle, A., & Stewart, I. (2011). Coercive treatments in forensic psychiatry: A study of patients' experiences and preferences. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 22(4), 564–585. doi: 10.1080/14789949.2011.602097
- Heidegger, M. (1962). *Being and time*. New York: Harper. (Original work published 1927).
- Hochstrasser, L., Frolich, D., Schneeberger, AR. & Borgwardt, S. (2018). Long term reduction of seclusion and forced medication on a hospital ward level: implementation of an open-door policy over 6 years. *European Psychiatry*, 48(1), 51-57. doi: <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.09.008>
- Holmes, D. (2005). Governing the Captives: Forensic Psychiatric Nursing in Corrections. *Perspectives in Psychiatric Care*, 41(1), 3-13.
- Holmes D., & Gastaldo, D. (2002). Nursing as means of governmentality. *Journal of Advanced Nursing*. 38(6): 557-565.
- Holmes D., Kennedy, SL., Perron A. (2004). Mentally ill and social exclusion: a critical examination of the use of seclusion from the patient's perspective. *Issues Mental Health Nursing*, (25), 559-78.
- Holmes, D., Murray, S., Perron, A. & Rail, G. (2006). Deconstructing the evidence-based discourse in health sciences: truth, power and fascism. *Evidence based healthcare*, 4(3), 180-186.
- Holmes, D. & Murray, S. J. (2011). Civilising the 'Barbarian': A critical analysis of Behaviour Modification Programmes in forensic psychiatric settings. *Journal of Nursing Management*, 19(3), 293-301. doi: 10.1111/j.1365-2834.2011.01207.x

- Holmes, D., Rudge, T., Perron, A., & St-Pierre, T. (2012). Introduction: (Re)Thinking Violence in Health Care Settings. In D. Holmes, T. Rudge, and A. Perron (Eds). *(Re)Thinking Violence in Health Care Settings* (pp.1-17). Surrey: Ashgate.
- Huckshorn, K. A. (2004). Reducing the use of seclusion and restraint in mental health systems: A public health prevention approach with interventions. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 42(9), 22-33.
- Hui, A., Middleton, H., & Völlm, B. (2013). Coercive Measures in Forensic Settings: Findings from the Literature. *International Journal of Forensic Mental Health*, 12(1), 53-67. doi: 10.1080/14999013.2012.740649
- Institut canadien d'information sur la santé. [ICIS]. (2011). Restraints use and other control interventions for mental health inpatients in Ontario. Tiré le 12/03, 2017, du site: https://secure.cihi.ca/free_products/Restraint_Use_and_Other_Control_Interventions_AIB_EN.pdf
- Irving, K. (2002). Governing the conduct of conduct: Are restraints inevitable? *Journal of Advanced Nursing*, 40(4), 405-412.
- Jacob, J. D., & Holmes, D. (2011). Working under threat: Fear and nurse?patient interactions in a forensic psychiatric setting. *Journal of Forensic Nursing*, 7(2), 68-77.
- Jacob, T., Sahu, G., Frankel, V., Homel, P., Berman, B. & McAfee, S. (2016). Patterns of restraint utilization in a community hospital psychiatric inpatient unit. *Psychiatry Q*, 87(1), 31-48. doi: 10.1007/s11126-015-9353-7
- Johansson, H., & Eklund, M. (2003). Patients' opinion on what constitutes good psychiatric care. *Scandinavian Journal of Caring Science*. 17(4), 339-346. Doi : 10.1046/j.02839318.2003.00233.x
- Johnson, M. E. (1998). Being restrained: A study of power and powerlessness. *Issues in Mental Health Nursing*, 19, 191– 206.
- Johnston, L. (2017). Operating in Darkness: BC's Mental Health Act Detention System. Tiré de https://d3n8a8pro7vhm.cloudfront.net/clastest/pages/1794/attachments/original/152728723/CLAS_Operating_in_Darkness_November_2017.pdf
- Joint Commission. (2010). Joint Commission Standards on Restraint and Seclusion/ Nonviolent Crisis Intervention. Tiré de <https://www.crisisprevention.com/CPI/media/Media/Resources/alignments/Joint Commission-Restraint-Seclusion-Alignment-2011.pdf>
- Jonker, E., Goosens, P., Steenhuis, I & Oud, N. (2008). Patient Aggression in Clinical Psychiatry: Perceptions of Mental Health Nurses. *Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing*. 15(6), 492-9. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2008.01261.x

- Kaltiala-Heino, R., Tuohimäki, C., Korkeila, J., & Lehtinen, V. (2003). Reasons for using seclusion and restraint in psychiatric inpatient care. *International Journal of Law and Psychiatry*, 26(2), 139-149.
- Kayser-Jones, J. (1992). Culture, Environment, and Restraints: A Conceptual Model for Research and Practice. *Journal of Gerontological Nursing*, 18(11), 13- 20.
- Kearns, R. (1993). Place and Health: Towards a Reformed Medical Geography. *The Professional Photographer*. 45(2),. doi :10.1111/j.0033-0124.1993.00139.x
- Keski-Valkama, A., Koivisto, A., Eronen, M. & Kaltiala-Heino, R. (2010). Forensic and general psychiatric patients' view of seclusion: a comparison study. *The Journal of forensic psychiatry & psychology*, 21 (3), 446-461.
- Kinner, S. A., Harvey, C., Hamilton, B., Brophy, L., Roper, C., McSherry, B., & Young, J. T. (2017). Attitudes towards seclusion and restraint in mental health settings: Findings from a large, community-based survey of consumers, carers and mental health professionals. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 26(5), 535- 544. doi: 10.1017/S2045796016000585
- Knowles, S. F., Hearne, J., & Smith, I. (2015). Physical restraint and the therapeutic relationship. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 26(4), 461-475.
- Kontio, R., Joffe,G., Putkonen, H., Kuosmanen, L., Hane, K., Holi,M.,& Välimäki, M. (2012). Seclusion and Restraint in Psychiatry: Patients' Experiences and Practical Suggestions on How to Improve Practices and Use Alternatives. *Perspectives in psychiatric care*, 48(1),16-24.
- Kontio R, Välimäki M, Putkonen H, Kuosmanen L, Scott A, Joffe G, et al. (2010). Patient restrictions: Are there ethical alternatives to seclusion and restraint? *Nursing Ethics*, (17) 65-76.
- Lalande, F. & Lepine, C. (2011). Analyse d'accidents en psychiatrie et propositions pour les éviter. Québec: inspection générale des affaires sociales.
- Lamarre, S. (1999). Le respect de l'autonomie. Dans L Blanchette (Édit.), *L'approche systémique en santé mentale* (234), Presses de l'Université de Montréal : Montréal.
- Larkin, M., Watts, S., & Clifton, E. (2006). Giving voice and making sense in interpretative phenomenological analysis. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 102-120.
- Larue, C., Dumais, A., Boyer, R., Goulet, M., Bonin, J., & Baba, N. (2013). The Experience of Seclusion and Restraint in Psychiatric Settings: Perspectives of Patients. *Issues In Mental Health Nursing*, 34(5), 317-324. doi :10.3109/01612840.2012.753558

- Lehoux, P., Daydelin, G., Poland, B., Andrews, G. & Holmes, D. (2007). Designing a better place for patients: professional struggles surrounding satellite and mobile dialysis units. *Social Science and Medecine*, 65(7), 1536-1548.
- Lidz, C., Mulvey, E., & Gardner, W. (1993). The accuracy of predictions of violence to others. *Systems and Psychosocial Advances Research Center Publications and Presentations*. 78.
- Ling, S., Cleverley, K., & Perivolaris, A. (2015). Understanding Mental Health Service User Experiences of Restraint through Debriefing: A Qualitative Analysis. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 60(9), 386-392.
- Loi constitutionnelle de 1982*, Annexe B de la Loi de 1982 sur le Canada (RU), 1982, c 11, s 2.
- Loi de 2001 sur la réduction au minimum de l'utilisation de la contention sur les malades*. (2010).L. O. 2001, c. 16. Tiré le 27 novembre 2017 du gouvernement de l'Ontario: <http://www.ontario.ca/fr/lois/loi/01p16>
- Loiselle, C., Profetto-McGrath, J., Polit, D. F., & Beck, C. T. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières : Approches quantitatives et qualitatives* (Compétences infirmières). Saint-Laurent, Québec: Éditions du Renouveau pédagogique.
- Luciano, M., Sampogna, G., Del Vecchio, V., Pingani, L., Palumba, C., De Rosa, C., Catapano, F. & Fiorillo, A. (2014). Use of coercive measures in mental health practice and its impact on outcome : a critical review. *Pert Rev Neurother*, 14(2),131-41. doi: 10.1586/14737175.2014.874286.Epub 2014 Jan 2.
- Maguire, T., Young, R., & Martin, T. (2012). Seclusion reduction in a forensic mental health setting. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(2), 97-106. doi: 10.1111/j.1365-2850.2011.01753.x
- Mason, T. (1994). Seclusion as therapy, containment or punishment. In A. Alty & T. Mason. *Seclusion and mental health: A break with the past*. London: Chapman & Hall.
- Mcguire, R., McCabe, R. & Priebe, S. (2001). Theoretical frameworks for understanding and investigating the therapeutic relationship in psychiatry. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 36, 557- 564.
- Mohr, W. K. (2009). Restraints and the code of ethics: An uneasy fit. *Archives of Psychiatric Nursing*, 24(1), 3-14. doi: 10.1016/j.apnu.2009.03.003
- Mohr, W. K. (2010). Restraints and the code of ethics: An uneasy fit. *Archives of psychiatric nursing*, 24 (1), 3-14.
- Moore, G. & Pfaff, J. (2017). Assessment and emergency management of the acutely agitated or violent adult. Tiré le 20 janvier 2018 de : <https://www.uptodate.com/contents/assessment-and-emergency-management-of-the-acutely-agitated-or-violent-adult>

- Muir-Cochrane, E., Grimmer, K., Gerace A., Bastiampillai, T. & Oster, C. (2019). Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing, 27(4). Doi: <https://doi.org/10.1111/jpm.12585>
- Muir-Cochrane, E., O’kane, D. & Oster, C. (2018). Fear and blame in mental health nurses’ accounts of restrictive practices: Implications for the elimination of seclusion and restraint. *Int Health Nurs*, 27(5), 1511-1521. doi: 10.1111/inm.12451
- Muir-Cochrane, E., Oster, C., Gerace, A., Dawson, S., Damarell, R. & Grimmer, K. (2019). The effectiveness of chemical restraint in managing acute agitation and aggression: A systematic review of randomized controlled trials. *Int J Ment Health Nurse*, 29(2), 110-126. doi: [10.1111/inm.12654](https://doi.org/10.1111/inm.12654)
- Muir-Cochrane, E., Oster, C. & Grimmer, K. (2020). International research into 22 years of use of chemical restraint: An evidence overview. *J Eval Clin Pract*, 26(3), 927-956. doi: 10.1111/jep.13232
- Murray, S. J., & Holmes, D. (2009). *Critical interventions in the ethics of healthcare: Challenging the principles of autonomy in bioethics*. Farnham, UK: Ashgate Publishing.
- Oiler, C. (1982). The phenomenological approach in nursing research. *Nursing research*, 31, 178-181.
- Paterson, B., & Duxbury, J. (2007). Restraint and the question of validity. *Nursing Ethics*, 14(4), 535-545. doi: 10.1177/0969733007077888
- Perron, A., Jacob, J., Beauvais, L., Corbeil, D., & Bérubé, D. (2015). Identification et gestion de la violence en psychiatrie : Perceptions du personnel infirmier et des patients en matière de sécurité et dangerosité. *Recherche en soins infirmiers*, 120(1), 47-60. <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2015-1- page-47.htm>
- Phaneuf, M. (2008). Clinical Judgement – An Essential Tool in the Nursing Profession. Tiré le 20 janvier 2017 de <http://www.prendresoain.org/?p=2113>
- Pietkiewicz, I, Smith, J. & Birbeck, (2014). A practical guide to using Interpretive Phenomenological Analysis in qualitative research psychology. *Psychological Journal*, 20(1), 7-14.
- Pourtois, J.-P., & Desmet, H. (1989). Pour une recherche qualitative et néanmoins scientifique. *Réseaux*, 55, 56, 57, 13-35.
- Psychiatric Patient Advocate Office (2001). Review of seclusion and restraint practices in Ontario Provincial Psychiatric Hospitals. Toronto.
- Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015). Cadre de référence pour l’élaboration des protocoles d’application des mesures de contrôle – Contention,

isolement et substance chimique (version révisée, mars 2015). Tiré le 04 août 2020 de : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-812-01W.pdf>

Raveesh, B., Gowda, G. & Gowda, M. (2019). Alternatives to use of restraint: A path toward humanistic care. *Indian Journal of Psychiatry*, 61, S693–S697.

R c Morgentaler, 1988 1 SCR 30.

Reid, K., Flowers, P., & Larkin, M. (2005). Interpretative phenomenological analysis: An overview and methodological review. *The Psychologist*, 18, 20-23.

Rodriguez v British Columbia (Attorney General), [1993] 3 SCR 519, 107 DLR (4th) 342.

Sailas, E. & Fenton, M. (2000). Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. *Cochrane Schizophrenia Group*, 6. DOI: 10.1002/14651858.CD001163

Scanlan, J. (2009). Interventions to Reduce the Use of Seclusion and Restraint in Inpatient Psychiatric Settings: What We Know So Far a Review of the Literature. *International Journal of Social Psychiatry*, 56(4).

Shildrick, M. & Mykitiuk, R. (2005). Ethics of the body: Postconventional Challenges. York University: Osgoode Digital Commons.

Smith, J. (1996). Beyond the divide between cognition and discourse: Using interpretative phenomenological analysis in health psychology. *Journal of Psychology and health*, 11(2), 261-271.

Smith, J. A., & Osborn, M. (2004). Interpretive phenomenological analysis, Qualitative psychology. *A practical guide to research methods*. London: Sage.

Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research. London: Sage.

Strout, T. (2010). Perspectives on the experience of being physically restrained: An integrative review of the qualitative literature. *International Journal of Mental health Nursing*, 19(6), 416-427.

Syamsudin, A., Fiddaroini, F. & Heru, M. (2020). Minimizing the use of Restraints in Patients with Mental Disorders at a Mental Hospital: A systematic Review. *Jurnal Ners*, 14(3), 283. DOI: 10.20473/jn.v14i3.17147

Szasz, T. (1987). *Insanity: The idea and its consequences*. New York: Wiley.

Szasz, T. (1997). The case against psychiatric coercion. *The Independent Review*, 1(4), 485-498.

- Szasz, T. (2012). Varieties of psychiatric criticism. *History of Psychiatry*, 23(3), 349-355.
- Terpstra, T. L., Terpstra, T. L., & Melville, H.M. (2001). Nursing staff's attitudes toward seclusions & restraint. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 39(5), 20.
- Van der Merwe, M., Muir-Cochrane, E., Jones, J., Tziggili, M., & Bowers, L. (2013). Improving seclusion practice: Implications of a review of staff and patient views. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(3), 203-215.
- Verbeke, E., Vanheule, S., Cauwe, J., Truijens, F., & Froyen, B. (2019). Coercion and power in psychiatry: A qualitative study with ex-patients. *Social Science & Medicine*, 223, 89-96. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.01.031>
- Verlinde, A., Noorthoorn, E., Snelleman, W. Van den Berg, H., Snelleman-van der Plas, M. & Lepping, P. (2017). Seclusion and enforced medication in dealing with aggression : a prospective dynamic cohort study. *Eur Psychiatry*. 39, 86-92. doi: 10.1016/j.eurpsy.2016.08.002
- Whittington, D., & McLaughlin, C. (2000). Finding time for patients: an exploration of nurses' time allocation in an acute psychiatric setting. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 7(3), 259-268.
- Whittington, R., & Higgins, L. (2002) More than zero tolerance? Burnout and tolerance for patient aggression amongst mental health nurses in China and the UK. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 37-40.
- Wilkniss, S., Hunter, R. & Silverstein, S. (2004). Traitement multimodal de l'agressivité et de la violence chez les personnes souffrant de psychose. *Journal santé mentale au Québec*. 29(2), 143-174. <https://doi.org/10.7202/010835ar>
- Wynn, R. (2004). Psychiatric inpatients' experiences with restraint. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 15, 124-144. doi: 10.1080/14789940410001655187
- Yap, C., Knott, J., Kong, D., Gerdtz, M., Stewart, K. & Taylor, D. (2017). Don't label me : a qualitative study of patients perceptions and experiences of sedation during behavioral emergencies in the emergency department. *Academic Emergency Medicine*, 24(8). <https://doi.org/10.1111/acem.13218>
- Zun, L., Chepenik, L. & Mallory, M. (2013). Behavioral Emergencies for the Emergency Physician. United Kingdom: Cambridge University Press.

Annexe A
Questionnaire d'entrevue

Guide d'entrevue semi-structurée – Patients

Étapes de pré-entrevue

1) Bienvenue et introduction

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

2) Contexte de l'entrevue

Le but de cette recherche est d'explorer l'utilisation de la médication PRN auprès des personnes atteintes de troubles mentaux en milieu psychiatrique – Donc nous chercherons à comprendre quelle est votre expérience lorsque vous avez reçu cette médication PRN.

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

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

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

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

4) Avertissement avant le début de l'entrevue

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

5) Questions avant le début de l'entrevue

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

Questions

1. Combien de fois avez-vous reçu de la médication PRN dans les 6 derniers mois?
2. Quelle a été votre expérience générale de l'administration de médication PRN (comment vous êtes-vous senti, comment avez-vous réagi)?
3. Comment évaluez-vous la qualité des soins lorsque vous avez reçu de la médication PRN? Veuillez expliquer.
4. Peuvent-ils vous me dire dans quelle mesure le fait d'avoir reçu une médication PRN a affecté votre relation avec votre infirmier ou infirmière. Croyez-vous que cela a affecté la relation thérapeutique entre vous et le personnel infirmier? Si oui, comment?
5. Comment évalueriez-vous les aspects suivants :
 - Médication PRN
 - Orale ou injection?
 - Forcée ou volontaire?
 - Environnement :
 - Lieu privé (chambre, salle d'isolement, etc.)
 - Lieu partagé (salle commune, corridor)
 - Intervention
 - Est-ce que d'autres membres du personnel pouvaient vous voir, s'approcher de vous ou même participer à l'intervention? Comment vous sentiez-vous par rapport à cela?
 - Comment décririez-vous l'approche du personnel lors de l'intervention?
 - Est-ce que d'autres patients pouvaient vous voir ou s'approcher de vous? Comment vous sentiez-vous par rapport à cela?

- Si utilisée en combinaison avec une contention mécanique :
 - Lit/civière (propre, froid, confortable, positionnement, aviez-vous des draps, le matelas était-il directement sur le sol ou fixé à une structure, quel genre de matelas)
 - Contention (propre, confortable, serrée, ample, douloureuse)
 - Fenêtre vers l'extérieur (présence d'une fenêtre ou pas, pouvait-elle s'ouvrir, y-avait-il des barreaux)
 - Fenêtre dans la porte (pouvait-elle être recouverte par un store/rideau)
 - Est-ce que d'autres patients pouvaient vous voir ou s'approcher de vous? Comment vous sentiez-vous par rapport à cela?
 - Ventilation/air (est-ce que la ventilation permettait une bonne circulation d'air, étiez-vous capable de respirer facilement)
 - Air climatisé/chauffage (aviez-vous froid, chaud)
 - Éclairage (quelle sorte d'éclairage y-avait-il: néons, ampoules, projecteurs, lumière tamisée; qui contrôle l'éclairage/la lumière)
 - Accès aux toilettes et lavabo (comment avez-vous exprimé votre besoin d'aller aux toilettes; quelle a été la réponse; deviez-vous être accompagné ou supervisé lorsque vous deviez utiliser les toilettes ou le lavabo)
 - Peinture sur les murs (les murs étaient-ils peints d'une couleur agréable/relaxante)
 - Comment communiquiez-vous avec le personnel?
Y-avait-il un système audio-vidéo? Caméra?

6. Dans quelle mesure la médication PRN est-elle importante pour vous? Comment cela influence-t-il votre condition clinique (état mental)? Considérez-vous la médication PRN comme étant thérapeutique?

7. Croyez-vous que des mesures alternatives devraient être utilisées au lieu de la médication PRN quand celle-ci est utilisée comme mesure de contrôle ?



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

Fin de l'entrevue

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

Remercier le participant

Informations relatives aux prochaines étapes de la recherche:

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

Annexe B

Formulaire de consentement

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

Titre et n° du projet :	Traitement ou contrôle : vers une compréhension phénoménologique de l'utilisation de la contention chimique en psychiatrie (projet n° 15-008)
Chercheur principal :	Dave Holmes, Inf., PhD, professeur titulaire, Université d'Ottawa, chercheur associé, Centre de recherche de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal
Chercheurs collaborateurs :	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jean Daniel Jacob, Inf., PhD, professeur agrégé, Université d'Ottawa 2. Emmanuelle Bernheim, PhD, professeure agrégée, Université du Québec à Montréal 3. Étienne Paradis-Gagné, Inf., MBA, Direction des soins, Institut Philippe-Pinel de Montréal
Recherche financée par :	Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC)
Établissement participant :	Institut Philippe-Pinel de Montréal

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

Description du projet

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

Nature de la participation

Si vous acceptez de participer à ce projet, un membre de l'équipe de recherche vous rencontrera. Il vous demandera de raconter votre expérience en regard de l'utilisation de la médication psychotrope donnée en PRN. Cette rencontre aura lieu à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal. Elle devrait durer environ 60 minutes maximum et pourra, à votre demande,

être étalée sur plus d'une rencontre. Pour les besoins du projet et avec votre accord, l'entrevue sera enregistrée.

Avantages associés au projet

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

Risques et inconvénients associés au projet

En acceptant de participer au projet, il est possible que certaines questions abordées dans les entretiens provoquent un sentiment de gêne ou vous fassent revivre des événements qui ont été troublants pour vous. Vous pouvez choisir de ne pas répondre à certaines questions si elles créent un inconfort pour vous et vous n'aurez pas à justifier pourquoi vous avez choisi de ne pas y répondre. Si vous manifestez un niveau de stress ou d'anxiété élevé, vous serez orienté vers un membre de l'équipe de soins. Les autres risques associés à votre participation sont liés à un manquement à la confidentialité ; nous avons pris des mesures afin de sauvegarder votre anonymat. Enfin, le seul inconvénient du projet est le temps nécessaire à votre participation.

Vie privée et confidentialité

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

Afin de préserver la confidentialité des renseignements, vous ne serez identifié que par un code alphanumérique. La clé du code, reliant votre nom à votre dossier de recherche, sera conservée par le chercheur principal, le professeur Dave Holmes. Les renseignements recueillis seront conservés sous clé, au Centre de recherche de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal. L'enregistrement de l'entrevue sera détruit, une fois le verbatim retranscrit et vérifié. Le chercheur principal conservera les autres renseignements recueillis pendant 7 ans suivant la fin du projet, après quoi, il les détruira dans le respect de la confidentialité.

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

Par ailleurs, il est possible qu'à des fins de surveillance ou de vérification, nous devions permettre l'accès aux dossiers de recherche aux autorités compétentes (ex. un représentant du comité d'éthique de la recherche de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal et de l'organisme qui finance la réalisation du projet). Il est aussi possible que nous devions communiquer, notamment à des fins de gestion, vos noms et prénoms, vos coordonnées ainsi que la date de début et de la fin de votre participation

activités, ces autorités pourraient vouloir communiquer avec vous. Toutes adhèrent à une politique de stricte confidentialité.

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

Communication des résultats généraux

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

Indemnité

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

Liberté de participation

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

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

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

Responsabilités

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

Personnes-ressources

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

Si vous avez des questions concernant vos droits à titre de participant à la recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez vous adresser au

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

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

Annexe C
Approbations éthiques

Le 17 novembre 2015

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

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

Monsieur,

Aux fins de l'approbation définitive du projet en titre, le comité d'éthique de la recherche de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal a évalué, plus tôt ce jour, en mode délégué, les documents suivants :

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

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

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


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

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


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

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

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


Sonya Audy, présidente
Comité d'éthique de la recherche

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



Annexe D
Présentation

Traitement ou contrôle : vers une compréhension phénoménologique de l'utilisation des contentions chimiques

Chercheurs
 Dave Holmes, Inf., PhD
 Professeur titulaire, Faculté des sciences de la santé

Jean Daniel Jacob, Inf., PhD
 Professeur agrégé, Faculté des sciences de la santé

Emmanuelle Bernheim, LL.D, PhD
 Professeure adjointe, Département des sciences juridiques

Collaborateur
 Étienne Paradis-Gagné, Inf., MBA
 Éducateur clinique, Institut Philippe-Pinel de Montréal

Université d'Ottawa | University of Ottawa




www.uOttawa.ca

Problème de recherche

- L'agitation, l'agressivité et même la violence sont des problèmes auxquels font face les professionnels de la santé (Holmes, Rudge, Perron, & St-Pierre, 2012).
- Il est également convenu que certaines maladies psychiatriques sont aggravées par divers stimuli (incluant l'environnement immédiat) qui induisent des comportements perturbateurs pouvant représenter une menace pour le bien-être et la sécurité de la personne et d'autrui (Jonker et al., 2008; Whittington & Higgins, 2002).
- Dans ces circonstances, la nécessité de mesures restrictives (l'isolement, contention mécanique et médication) est évidente, car ils servent à protéger le patient ainsi que ceux autour de lui.

Faculté des sciences de la santé / Faculty of Health Sciences



Problème de recherche – suite

- Tel qu'indiqué par Currier (2003), il continue d'y avoir un manque d'accord sur ce que constitue une contention chimique, une réalité qui est encore très vrai et qui a conduit à des incohérences sur la définition de contention chimique.
- Environ 24% des personnes admises en milieux psychiatriques en Ontario feront l'expérience d'au moins un type de mesures restrictives ou de contrôle, dont la plus rapportée est l'utilisation de médication (58,9%) (ICIS, 2011).
- Les patients hospitalisés, pour des soins psychiatriques, dans les hôpitaux généraux de l'Ontario sont 2,5 fois plus susceptibles d'être placés sous contentions mécaniques par rapport aux personnes hospitalisées dans les hôpitaux psychiatriques (ICIS, 2011). Ce nombre est significatif dans la mesure où dans de nombreux cas, les contraintes chimiques et physiques sont utilisés en tandem (ICIS, 2011).

Faculté des sciences de la santé / Faculty of Health Sciences



Problème de recherche – suite

- Pour certains, l'utilisation des mesures de contrôle place le personnel infirmier face à un dilemme au niveau de la prise de décision; l'expression de sentiments mitigés concernant l'utilisation de celles-ci est documentée (Duxbury & Paterson, 2000; Goethals, Dierckx de Casterlé & Gastmans, 2012; Lai, 2007; Marangos-Frost & Wells, 2000).
- Pour d'autres, la notion même de mesures de contrôle, comme outil thérapeutique, est une contradiction dans la mesure où ces mesures sont traumatisantes pour les patients et entravent le processus thérapeutique menant au rétablissement de la personne (Huckhorn, 2004; Strout, 2010).
- Selon Strout (2010), il existe un fossé entre la perception des bénéfices thérapeutiques des mesures restrictives et les perceptions ou expériences des patients démontrant ainsi qu'il existe un manque de connaissances important sur les effets potentiellement néfastes de ces interventions.

Faculté des sciences de la santé / Faculty of Health Sciences



Problème de recherche – suite

- Il n'est donc pas étonnant que les cliniciens ignorent plus souvent qu'autrement, comment les patients se sentent lorsqu'ils sont soumis à une médication pour contrôler leurs comportements.
- Il est important de noter que malgré le peu de preuves scientifiques concernant la sécurité et les effets thérapeutiques associés aux mesures de contrôle en général, le personnel infirmier et les autres professionnels de la santé continuent d'en légitimer l'utilisation (Evans, Woods & Lambert, 2003; Gerolamo, 2006; Johnson, 1998; Moss & La Puma, 1991; Moylan, 2009; Nelstrop et al., 2006; Sallas & Fenton, 2000; Strout, 2010).
- Très peu de recherches ont porté sur l'expérience vécue de l'utilisation des médicaments comme mesure de contrôle, soit du point de vue du patient ou du personnel infirmier responsable de ces patients.

Faculté des sciences de la santé / Faculty of Health Sciences



Recension des écrits

- Le personnel infirmier est régulièrement confronté à l'utilisation de mesures restrictives et, par le fait même, assume des fonctions relatives aux soins et au contrôle (Holmes, Kennedy, & Perron, 2004).
- L'utilisation des mesures de contrôle continue d'être perçue comme un symbole de contrôle déployé par les professionnels de la santé (personnel infirmier en particulier) dans la gestion des personnes souffrant de troubles mentaux perçus comme étant dangereux ou difficiles (Duxbury, 2000; Wynaden et al., 2001).
- Les écrits recensés suggèrent que les patients perçoivent souvent l'utilisation des mesures de contrôle comme des interventions punitives ou coercitives déployées quand les règles ne sont pas respectées (Gerolamo, 2006; Johnson, 1998; Sallas & Fenton, 2000; Wynn, 2004).

Faculté des sciences de la santé / Faculty of Health Sciences



Recension des écrits – suite

- Certaines pratiques soulèvent des questions éthiques dans les milieux cliniques psychiatriques, particulièrement lorsque des mesures coercitives sont utilisées comme mesures répressives alors qu'elles sont présentées comme « thérapeutiques » (Holmes, Kennedy, & Perron, 2004; Holmes & Murray, 2011; Mason, 1994; Mohr, 2009).

Recension des écrits – suite

Contentions

Contexte ontarien – Loi de sur l'utilisation minimale de de la contention sur les patients (2001)

Relativement à une personne, s'entend du fait de contrôler un patient grâce à l'utilisation minimale de la force, des moyens mécaniques ou des substances chimiques qui sont raisonnables compte tenu de l'état physique et mental de la personne. Le substantif « contention » a un sens correspondant.

Source: <http://www.ontario.ca/fr/ios/oi/01p16>

Et considérant le contexte québécois – Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle (2015)

La substance chimique y est définie comme une « mesure de contrôle qui consiste à limiter la capacité d'action d'une personne en lui administrant un médicament » (p. 9) « étant entendu que ce type de médicament doit être administré au besoin » (p. 16).

Recension des écrits – suite

Raisons principales justifiant l'utilisation de substances chimiques à titre de mesures de contrôle :

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

Objectifs de la recherche

- Acquérir une meilleure compréhension de l'utilisation de la médication comme mesure de contrôle dans le domaine de la santé mentale.
- Explorer les tensions éthiques que suscite l'utilisation des médicaments comme mesures de contrôle dans le domaine de la santé mentale à partir de l'expérience vécue des patients hospitalisés et du personnel infirmier qui l'administre.

Considérations méthodologiques

Paradigme de recherche

- Théorie critique (Guba & Lincoln, 1998)

Devis de recherche

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

Considérations méthodologiques – suite

Site

- Institut Philippe-Pinel de Montréal

Échantillonnage

- Échantillon de convenance:
 - 20 membres du personnel infirmier (ayant dispensé des soins à un patient ayant reçu de la médication PRN);
 - 40 patients hospitalisés (ayant reçu de la médication PRN);

Considérations méthodologiques – suite

Collecte des données

Les données seront recueillies à partir de différentes sources :

- entretiens avec certains membres du personnel infirmier et des patients hospitalisés;
- documents liés aux politiques et procédures qui encadrent l'utilisation des PRN.

Considérations éthiques

- Participation volontaire;
- Droit de se retirer de l'étude à n'importe quel moment;
- Confidentialité des informations;
- Consentement éclairé et signé;
- Projet évalué par le comité d'éthique de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal (révision initiale et finale) et de l'Université d'Ottawa (révision obligatoire).