

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAITRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES

PAR
MYRIAM CLÉMENT

COCONSTRUCTION D'UNE VISION DE RELATION IDÉALE ENTRE LA
PERSONNE QUI VIT UN ÉPISODE PSYCHOTIQUE ET L'INFIRMIÈRE,
DANS LE CONTEXTE D'UNE HOSPITALISATION INVOLONTAIRE

15 NOVEMBRE 2017

Sommaire

Une relation infirmière/personne soignée de qualité est particulièrement bénéfique pour le rétablissement de la personne qui est hospitalisée contre son gré, lors d'un épisode psychotique. Or, ce contexte comporte des défis pour la personne soignée et l'infirmière, tel qu'un déséquilibre de pouvoir. Ces défis nuisent à leur relation, car ils limitent le travail en collaboration et les soins centrés sur la personne. Utilisant comme cadre théorique le *Tidal Model*, la présente étude vise à coconstruire la vision d'une relation idéale dans ce contexte. À l'aide de l'approche de recherche-action de type *Appreciative inquiry* (Cooperrider, Whitney, & Stavros, 2005), des personnes ayant été contraintes à une hospitalisation involontaire lors d'un épisode psychotique et des infirmières ont partagé les expériences relationnelles positives qu'elles ont vécu dans ce contexte. De plus, elles ont visualisé un futur dans lequel la relation serait idéale. Leur vision partagée d'une relation idéale se définit par un lien de confiance et de respect mutuel qui évolue dans le temps, dans lequel l'infirmière offre de l'écoute, de l'empathie et un soutien personnalisé, qui génère des bénéfices chez la personne soignée et une reconnaissance envers l'infirmière. Des attributs chez l'infirmière, des interventions et des conditions favorables à la relation idéale sont identifiées. Des opportunités de changements sur les plans de l'environnement, l'organisation des soins et la formation infirmière sont proposées. Une réflexion sur la culture de pratique est discutée. En somme, la vision d'une relation idéale offre des opportunités de changements et met en relief un changement de culture qui s'impose pour la pratique infirmière.

Mots clés : Relation, psychose, hospitalisation involontaire, *Appreciative inquiry*, *Tidal Model*.

Keywords: Relationship, psychosis, involuntary hospitalisation, Appreciative inquiry, Tidal Model.

Je dédie mon mémoire à ma mère, Johanne, et ma fille, Leyla.

Table des matières

Sommaire.....	ii
Liste des tableaux.....	vii
Liste des figures.....	ix
Remerciements.....	x
Introduction.....	1
La problématique.....	2
Contexte de l'étude.....	4
État de la situation.....	6
Pertinence de l'étude.....	9
But de l'étude.....	11
Le contexte théorique et empirique.....	13
Cadre de référence : Le <i>Tidal Model</i>	14
Recension d'écrits.....	20
La méthode.....	44
Approche de recherche de l' <i>Appreciative inquiry (AI)</i>	45
But de l'étude.....	50
Définition des termes.....	51
Population cible.....	52
Sélection des participants.....	52
Milieu de l'étude.....	54
Sélection des participants et recrutement.....	54
Collecte des données.....	55
Analyse des données.....	58
Considérations éthiques.....	61
Avantages et limites méthodologiques.....	63
Les résultats.....	67

Données descriptives	68
Le réseau de thèmes	70
Phase 1. <i>Discovery</i>	71
Phase 2. <i>Dream et Design</i>	83
La discussion.....	87
La relation idéale.....	88
Le changement de culture de pratique	91
Les principes d'engagement du <i>Tidal Model</i>	98
Les retombées pour la discipline infirmière	100
Les limites et les forces de l'étude	103
Conclusion.....	106
Références.....	109
Appendice A. Formulaires d'information et de consentement	127
Appendice B. Lettres de sollicitation pour fins de recrutement.....	145
Appendice C. Guides d'entrevues.....	150
Appendice D. Questionnaires de données descriptives	167
Appendice E. Certificats éthiques	171
Appendice F. Références des Tableaux 19, 21 et 22	175

Liste des tableaux

Tableau

1. Les trois dimensions de la personne selon le Tidal Model	15
2. Les attitudes favorables pour faire le pont vers la personne	18
3. Les dix principes d'engagement du Tidal Model.....	19
4. Les définitions de relation idéale en sciences infirmières.....	38
5. Les cinq principes de l'Appreciative inquiry	47
6. La compatibilité entre l'AI et le Tidal Model	48
7. Les liens entre les objectifs de recherche et les phases de l'AI	51
8. Les critères d'inclusion et d'exclusion des participants.....	53
9. La méthode d'analyse thématique des données d'Attride-Stirling (2001)	59
10. Les caractéristiques des personnes ayant vécu une OGE lors d'une psychose.....	69
11. Les caractéristiques des infirmières	70
12. Les attributs de l'infirmière favorables à la relation	72
13. Les interventions infirmières favorables à la relation thérapeutique	77
14. Les conditions favorables à la relation.....	81
15. Les ressentis vécus par la personne soignée vécus lors d'une relation positive	83
16. Les opportunités de changements au niveau de l'environnement de soins.....	85
17. Les opportunités de changements au niveau organisationnel	85
18. Les opportunités de changements au niveau de la formation	85
19. Les bénéfices pour la personne soignée.....	90

20. Les similitudes entre les principes d'engagement et les résultats de l'étude	99
21. Les recommandations pour la pratique infirmière	101
22. Les recommandations pour la formation des infirmières.....	102
23. Les recommandations pour la gestion des soins infirmiers	102
24. Les recommandations pour la recherche en sciences infirmières	103

Liste des figures

Figure

1. Les défis de la relation représentés par une rivière tumultueuse	17
2. Les quatre phases de l'Appreciative inquiry	49
3. Étapes de l'analyse des données	60
4. La construction du réseau de thèmes	71
5. La nature systémique de la relation idéale	90

Remerciements

Je tiens d'abord à remercier mes deux directrices de recherche, Chantal Verdon et Fanny Robichaud, professeures en sciences infirmières de l'Université du Québec en Outaouais, pour avoir cru en mon projet depuis ses débuts et avoir su me guider avec persévérance tout au long de mon parcours. Elles m'ont initiée à la recherche et m'ont donné envie de continuer dans cette voie.

Je remercie également ma famille et mes amis, pour leurs encouragements lors des périodes de travail ardues. Je remercie plus spécialement Nicolas, de m'avoir soutenue sur tous les plans.

Je remercie mes collègues de travail, Amal Abdel-Baki, Laurence Artaud et Dominique Boudreau, ainsi que ma collègue universitaire, Johanne Surto, pour leur précieuse collaboration.

Enfin, je remercie le ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche scientifique du Québec (MESRS) ainsi que le Réseau pour la recherche en intervention infirmière du Québec (RRISIQ) pour leur soutien financier.

Introduction

L'infirmière qui pratique sur une unité de soins de santé mentale soigne quotidiennement des personnes hospitalisées contre leur gré, lors d'un épisode psychotique. Les écrits rapportent que ce contexte de soins comporte plusieurs défis pour la relation infirmière/personne soignée, dont le plus important est un déséquilibre de pouvoir entre les deux. Or, ces écrits montrent également qu'une relation de qualité s'avère très bénéfique pour le rétablissement de la personne soignée. Par contre, peu d'études ont décrit la nature et les conditions d'une relation infirmière/personne soignée idéale dans un contexte de psychose et d'hospitalisation involontaire, selon le point de vue partagé de ces deux groupes. À cette fin, une approche de recherche-action de type *Appreciative inquiry* (Cooperrider et al., 2005) a été choisie pour la présente étude afin de coconstruire la vision d'une relation idéale entre la personne qui vit un épisode psychotique et l'infirmière, dans le contexte d'une hospitalisation involontaire. Le premier objectif de l'étude est d'explorer de manière appréciative des histoires de relations positives dans le contexte étudié, afin d'identifier la nature et les conditions de celles-ci. Ensuite, le deuxième objectif est d'identifier la vision d'une relation idéale selon les personnes soignées et infirmières, à la suite d'un exercice de visualisation d'un futur idéal. Enfin, le troisième objectif est d'identifier des opportunités de changements qui pourraient favoriser la vision de la relation idéale, dans un contexte de psychose et d'OGE. Les chapitres qui composent ce mémoire comportent la problématique, le contexte théorique et empirique, la méthode, les résultats et la discussion.

La problématique

Selon plusieurs, la relation entre l'infirmière et la personne qu'elle soigne constitue l'essence de la pratique infirmière (Newman, Smith, Pharris, & Jones, 2008; OIIQ, 2010; Travelbee, 1974; Watson, 2011). Dans la pratique infirmière en santé mentale, cette relation est d'autant plus importante, car elle constitue le principal outil d'intervention (Barker & Buchanan-Barker, 2005; Peplau, 1997).

Or, la relation entre la personne qui vit un épisode psychotique et l'infirmière, dans un contexte d'hospitalisation involontaire, est particulièrement difficile en raison notamment d'un déséquilibre de pouvoir (Theodoridou, Schlatter, Ajdacic, Rössler, & Jäger, 2012). En effet, les écrits ont démontré que la relation avec les personnes vivant un épisode psychotique est plus difficile pour les professionnels¹ que la relation avec les personnes vivant une autre situation de santé, telle que l'anxiété, la dépression ou l'alcoolisme (McCabe & Priebe, 2003; Roche, Madigan, Lyne, Feeney, & O'Donoghue, 2014). La relation est par ailleurs plus difficile avec les personnes hospitalisées contre leur gré qu'avec celles qui sont volontaires à leur hospitalisation (Roche et al., 2014; Sheehan & Burns, 2011; Theodoridou et al., 2012). En conséquence, dans ce genre de situation, la personne soignée peut être privée de nombreux bénéfices qu'une relation de qualité avec l'infirmière aurait pu lui apporter. En effet, une relation de bonne qualité entre un professionnel et une personne qui vit un épisode psychotique est associée à un meilleur engagement dans sa prise en charge (Priebe, Watts, Chase, & Matanov, 2005), une meilleure autocritique (Lysaker, Clements, Plascak-Hallberg, Knipscheer, & Wright,

¹ Réfère aux infirmières, psychiatres, psychologues et travailleurs sociaux qui pratiquent en santé mentale.

2002) et moins de comportements agressifs et suicidaires (Farrelly et al., 2014). De plus, une relation de qualité entre l'infirmière et la personne soignée permet d'atténuer les préjudices imposés à la personne soignée par le contexte d'hospitalisation involontaire, voire forcée (Katsakou & Priebe, 2007; Olofsson & Norberg, 2001; Reed, 2008; Sheehan & Burns, 2011; Wyder, Bland, & Crompton, 2013). Une relation harmonieuse permet également de réduire l'inconfort que vit l'infirmière lorsqu'elle pratique dans un contexte d'ordonnance de garde en établissement (OGE) (Olofsson & Norberg, 2001). En somme, la difficulté d'établir une relation avec la personne qui vit un épisode psychotique en contexte d'OGE peut compromettre son rétablissement.

Contexte de l'étude

Cette étude s'intéresse à la relation dans le contexte spécifique où la personne est hospitalisée contre son gré, alors qu'elle vit un épisode psychotique. La psychose se définit par une perte de contact avec la réalité, qui peut se manifester par des hallucinations, des idées délirantes, une pensée désorganisée, une expression émotionnelle diminuée ou une perte de la volonté et d'initiative (American Psychiatric Association, 2013). La psychose est une expérience de santé grave et complexe qui nécessite plus souvent une hospitalisation que les autres problèmes de santé mentale. Dans un centre hospitalier de la région de Montréal, par exemple, 52% des hospitalisations psychiatriques ont été associées à un trouble psychotique entre avril 2010 et avril 2011 (Centre de recherche du CHUM, 2014). Par ailleurs, la personne qui vit un épisode psychotique est particulièrement sujette à l'hospitalisation involontaire,

comparativement aux autres clientèles psychiatriques (Bindman & Thornicroft, 2008; Kaltiala-Heino, Korkeila, Tuohimäki, Tuori, & Lehtinen, 2000).

L'hospitalisation involontaire, appelée ordonnance de garde en établissement (OGE), est une mesure d'exception utilisée pour contraindre l'hospitalisation lorsqu'une personne soignée représente un danger imminent pour elle-même ou pour autrui, en raison d'un problème de santé mentale (Gouvernement du Québec, 1997). Elle contraint donc la personne soignée à être confinée sur une unité de soins psychiatriques et à se soumettre aux règles de l'établissement. L'OGE n'autorise toutefois pas l'imposition d'un traitement. Elle dure généralement de 21 à 30 jours et peut être renouvelable (Leblanc, 2014). Les statistiques concernant cette mesure d'exception ne sont pas diffusées au public (Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec, 2016). Par contre, les dernières données recensées par Action Autonomie (2005) ont révélé que pour la région de Montréal, le nombre d'OGE émis en milieu hospitalier psychiatrique est passé de 1463 en 1996, à 1990 en 2004. Bien que ces données soient peu récentes, elles suggèrent que le nombre d'OGE émis dans la région de Montréal est important et à la hausse.

État de la situation

Ce contexte implique plusieurs défis pour la relation² entre l'infirmière et la personne soignée. En effet, le manque d'autocritique (Kvrgic, Cavelti, Beck, Rusch, & Vauth, 2013), la dangerosité (Wahl & Aroesty-Cohen, 2010) et la symptomatologie que peut vivre une personne en psychose constituent des obstacles au développement de la relation avec les professionnels (Davis, Eicher, & Lysaker, 2011; Jung, Wiesjahn, & Lincoln, 2013; Lawlor, Hall, & Ellett, 2015). De plus, la relation devient nécessairement asymétrique dans un contexte d'OGE, puisqu'elle est associée à un pouvoir de l'infirmière sur la personne soignée (Barker & Buchanan-Barker, 2005; Theodoridou et al., 2012).

Les écrits révèlent que ces personnes soignées dans un contexte d'OGE lors d'une psychose rapportent le sentiment vif d'avoir perdu leur liberté, leur autonomie et leur indépendance (Katsakou et al., 2012; Wyder et al., 2013). Elles déplorent que les professionnels aient adopté une attitude paternaliste et infantilisante envers elles (McGuinness, Dowling, & Trimble, 2013). Elles ne se sont pas senties écoutées ni impliquées dans leurs soins (Wyder, Bland, Blythe, Matarasso, & Crompton, 2015; Wyder et al., 2013). Elles ont plutôt senti que les infirmières les étiquetaient (Wyder et al., 2015) et les punissaient (Wyder et al., 2013) en appliquant les règles de manière

² Le terme « relation » a été choisi plutôt que l'expression « relation thérapeutique », afin d'écartier une asymétrie lorsqu'on impose à la relation d'être « thérapeutique » (Verdon, Lavoie, & Blondeau, 2014).

rigide (Larsen & Terkelsen, 2013). Plusieurs se sont senties alors victimes d'injustice (Jaeger & Rossler, 2010) ou atteintes dans leur intégrité (Johansson & Lundman, 2002).

Les personnes soignées ne sont pas les seules à considérer que l'OGE peut être dans certains cas une atteinte injuste aux droits de la personne. Selon l'Association des groupes de promotion et de défense des droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ), les droits des patients sont souvent bafoués lors de l'application de l'OGE, soutenant que la nature exceptionnelle de la garde en établissement n'est pas respectée, que la notion de dangerosité est mal interprétée, que les droits à l'information sont brimés et que le droit au consentement libre et éclairé aux soins est contourné (Caron, 2009). En somme, ces personnes ont eu le sentiment de vivre un déséquilibre de pouvoir avec les infirmières (Wyder, 2013).

D'autre part, les défis que vivent les infirmières pour développer une véritable relation avec ces personnes s'expliquent par le contexte de l'OGE et le pouvoir que cette situation engendre. Elles considèrent cette partie de leur travail comme un fardeau, car elles ont le sentiment de faire intrusion dans la vie de la personne soignée, atteinte à son intégrité (Olofsson & Norberg, 2001) et d'être malfaisantes (Larsen & Terkelsen, 2013). De plus, cette position de pouvoir les insécurise et influence négativement leur satisfaction au travail (Olofsson & Norberg, 2001). Enfin, ce contexte de soins limite leur capacité à utiliser l'approche orientée vers le rétablissement dans leur pratique (Zugai, Stein-Parbury, & Roche, 2015).

Depuis plus de deux décennies, l'approche orientée vers le rétablissement, soutenue notamment par Barker et Buchanan-Barker (2005), est préconisée dans le domaine de la santé mentale afin de favoriser le pouvoir d'agir de la personne soignée (MSSS, 2005, 2015). Cette approche vise à défendre les droits de la personne soignée et l'encourage à mobiliser ses ressources afin de contribuer à sa responsabilisation et à son autonomisation (Zugai et al., 2015). La personne se rétablit lorsqu'elle reprend le cours de sa vie, qu'elle se réapproprie ses rôles sociaux significatifs et qu'elle donne un sens à son existence (Barker & Buchanan-Barker, 2005). Ceci dans le but d'améliorer son bien-être et sa qualité de vie (Provencher et al., 2002).

Par ailleurs, ce renforcement du pouvoir d'agir est possible s'il se fonde sur l'établissement d'une relation de collaboration entre l'infirmière et la personne soignée (Barker & Buchanan-Barker, 2005). Cette collaboration implique la mise en place d'objectifs communs et des prises de décisions partagées entre la personne soignée et l'infirmière (Zugai et al., 2015). À titre d'infirmière, se centrer sur la personne signifie que l'on priorise les préférences et les besoins exprimés par cette dernière (Zugai et al., 2015).

Or, l'approche orientée vers le rétablissement rencontre plus de résistances dans les milieux psychiatriques hospitaliers (Salyers, Tsai, & Stultz, 2007; Tsai & Salyers, 2010). Ceci s'explique entre autres par une culture de pratique qui vise à gérer les risques de tentative de suicide et d'agressivité. Ces milieux ont tendance à négliger le

vécu de la personne soignée, tel que ses insécurités (Buchanan-Barker & Barker, 2005). On peut prétendre que cette situation réduit le rôle de l'infirmière à ne se concentrer que sur l'observation et la surveillance pour contrôler les risques extérieurs, au détriment de la relation avec la personne soignée (Buchanan-Barker & Barker, 2005). Aussi, la médicalisation des expériences de santé mentale ferait en sorte que la priorité serait donnée à l'observance au traitement plutôt qu'à l'aspect thérapeutique de la relation (Farrelly & Lester, 2014).

En somme, le contexte de l'OGE lors d'une psychose comporte plusieurs défis pour la relation entre la personne soignée et l'infirmière. Malgré les efforts déployés pour favoriser des relations qui répondent à l'approche orientée vers le rétablissement, un changement de culture dans les milieux de soins psychiatriques hospitaliers s'avère encore nécessaire.

Pertinence de l'étude

En somme, la pertinence de cette étude se justifie par le fait que la qualité de la relation auprès de cette clientèle est affectée par de nombreux défis, ce qui peut nuire au rétablissement de la personne soignée (Farrelly et al., 2014; Katsakou & Priebe, 2007; Lysaker et al., 2002; McCabe et al., 2012; Olofsson & Norberg, 2001; Priebe et al., 2005; Reed, 2008; Sheehan & Burns, 2011; Wyder et al., 2013), et à la satisfaction des infirmières (Olofsson & Norberg, 2001). De plus, cette clientèle représente une grande

proportion des personnes hospitalisées en psychiatrie (Action Autonomie, 2005; Centre de recherche du CHUM, 2014), ce qui appuie l'ampleur du problème.

Une première recension des écrits sur la relation idéale entre la personne soignée et l'infirmière dans un contexte de psychose et d'OGE a révélé que les connaissances actuelles sont limitées. Un bon nombre d'études émettent des recommandations pour favoriser la relation entre plusieurs professionnels et les personnes vivant une situation de santé mentale dans un contexte coercitif (Andreasson & Skarsater, 2012; Galon & Wineman, 2010; Höfer, Habermeyer, Mokros, Lau, & Gairing, 2015; Hooff & Goossensen, 2014; Knowles, Hearne, & Smith, 2015; McGuinness et al., 2013; Moreira & Loyola, 2011; Olofsson & Norberg, 2001; Roche et al., 2014; Sheehan & Burns, 2011; Sibitz et al., 2011; Smith et al., 2014; Wyder et al., 2015; Wyder et al., 2013; Wyder, Bland, & Crompton, 2016). Par contre, parmi ces études, seulement cinq concernent spécifiquement la relation avec l'infirmière (Andreasson & Skarsater, 2012; Galon & Wineman, 2010; Knowles et al., 2015; Moreira & Loyola, 2011; Olofsson & Norberg, 2001).

Or, considérant que les valeurs professionnelles et les rôles sont différents d'une profession à l'autre, ces recommandations ne fournissent qu'un aperçu de la relation idéale avec l'infirmière. Parmi ces cinq études, seule celle de Moreira et Loyola (2011) s'intéresse au contexte de l'OGE, alors que les autres s'adressent à des contextes coercitifs. Les effets de l'OGE sur la relation ne sont pas les mêmes que ceux des

mesures d'isolement, de contentions physiques ou de médication forcée. Par ailleurs, peu d'écrits ont étudié la relation avec les personnes vivant un épisode psychotique (Andreasson & Skarsater, 2012; McGuinness et al., 2013; Sibitz et al., 2011). Étant donné que les symptômes psychotiques peuvent perturber significativement la capacité de la personne à entrer en relation avec les autres, il se pourrait que les résultats des études qui ont inclus d'autres clientèles n'aient pas considéré les enjeux spécifiques à la clientèle psychotique. Il n'y a donc aucune étude recensée à ce jour qui ait exploré la relation idéale spécifiquement avec l'infirmière en contexte de psychose et d'OGE.

Enfin, bien que plusieurs études aient rapporté le vécu des personnes hospitalisées contre leur gré sur une unité de soins en santé mentale (Andreasson & Skarsater, 2012; Hooff & Goossensen, 2014; McGuinness et al., 2013; Wyder et al., 2015; Wyder et al., 2013), les études qui se sont intéressées au vécu des infirmières quant aux effets de la relation avec cette clientèle, sont pratiquement inexistantes. De plus, le contexte québécois n'a pas fait l'objet de telles études. Ainsi, une étude visant à définir la relation idéale s'avère pertinente en vue de proposer un changement de culture dans ces milieux de soins dans le contexte d'une OGE.

But de l'étude

Le but cette étude est de coconstruire une vision de la relation idéale entre la personne qui vit un épisode psychotique et l'infirmière, dans le contexte d'une hospitalisation involontaire.

Le premier objectif de l'étude est d'explorer de manière appréciative des histoires de relations positives dans le contexte étudié, afin d'identifier la nature et les conditions de celles-ci. Ensuite, le deuxième objectif est d'identifier la vision d'une relation idéale selon les personnes soignées et infirmières, à la suite d'un exercice de visualisation d'un futur idéal. Enfin, le troisième objectif est d'identifier des opportunités de changements qui pourraient favoriser la vision de la relation idéale, dans un contexte de psychose et d'OGE.

Les trois questions de recherche découlant des trois objectifs sont les suivantes :

- 1) Quelles sont la nature et les conditions des relations positives vécues par les personnes vivant un épisode psychotique et les infirmières, dans un contexte d'OGE ?
- 2) Quelle est la vision d'une relation idéale selon les personnes soignées et les infirmières ?
- 3) Quelles sont les opportunités de changements qui pourraient favoriser la vision de la relation idéale ?

En somme, le contexte de la psychose et de l'OGE semble poser des défis particuliers pour la relation entre la personne soignée et l'infirmière. Or, une relation de qualité entre ses derniers serait bénéfique pour le rétablissement de la personne soignée. Considérant que les connaissances actuelles sur la relation idéale dans ce contexte semblent limitées, elles méritent d'être revisitées.

Le contexte théorique et empirique

Le but cette étude est de coconstruire la vision d'une relation idéale entre la personne qui vit un épisode psychotique et l'infirmière, dans le contexte d'une hospitalisation involontaire, en vue de proposer un changement de culture. Les enjeux liés à la relation infirmière/personne soignée dans un tel contexte ont fait l'objet d'études antérieures. Les connaissances théoriques et empiriques liées à ce phénomène seront détaillées dans le présent chapitre. Le cadre de référence utilisé pour l'étude, soit le *Tidal Model*, sera présenté. Ensuite, une recension des écrits sur les perspectives des personnes hospitalisées involontairement lors d'un épisode psychotique et des infirmières sera détaillée.

Cadre de référence : Le *Tidal Model*

Le cadre de référence choisi pour cette étude est le *Tidal Model* (Barker & Buchanan-Barker, 2005, 2010). Celui-ci a été créé vers la fin des années 1990, à partir de résultats de recherche empiriques autour de deux études qui avaient pour but initialement d'identifier les besoins de soins infirmiers en santé mentale (Barker, 1997; Barker, Jackson, & Stevenson, 1999). Or, les résultats ont démontré qu'il était important et nécessaire de développer une approche alternative aux soins de santé mentale offerts à l'époque, qui allait se fonder sur des interactions qui favorisent la reprise du pouvoir de la personne soignée et de son rétablissement (Barker & Buchanan-Barker, 2005). Implanté dans des milieux de soins aigus dans divers pays, quelques études ont évalué les effets de celui-ci et confirment qu'il permet d'améliorer la qualité de la relation avec les professionnels (Barker & Buchanan-Barker, 2010; Berger, 2006; Cook, Phillips, &

Sadler, 2005; Fletcher & Stevenson, 2001; Gordon, Morton, & Brooks, 2005; Lafferty & Davidson, 2006).

Conception de la personne soignée selon le *Tidal Model*

Le *Tidal Model* propose trois dimensions décrivant la conception de la personne soignée spécifiquement dans un contexte de santé mentale. Il s'agit des dimensions du soi, du monde et des autres. Le *Tidal Model* décrit également l'impact de l'expérience de santé sur trois dimensions (Barker & Buchanan-Barker, 2005). Les trois dimensions qui décrivent la conception de la personne soignée sont présentées dans le Tableau 1. Elles permettent d'outiller l'infirmière quant à diverses composantes impliquées dans le vécu de la personne soignée lors d'un épisode psychotique, à travers son expérience d'une hospitalisation involontaire.

Tableau 1

Les trois dimensions de la personne selon le Tidal Model

Dimension du soi : Dimension où la personne soignée vit les pensées et émotions qui constituent son expérience de santé. Elles demeurent intimes à la personne tant qu'elles ne sont pas partagées.

Dimension du monde : Dimension où la personne réfléchit à propos de son expérience de santé et cherche à lui trouver un sens. Ce sont les pensées, croyances et émotions vécues en réaction à l'expérience de santé.

Dimension des autres : Dimension où la personne est en relation avec les autres personnes qui participent à son expérience de santé.

(Barker & Buchanan-Barker, 2005)

La rivière tumultueuse

En plus d'offrir une conceptualisation de la personne, le *Tidal Model* propose la l'image d'une rivière tumultueuse pour représenter l'agitation vécue par la personne soignée, lorsqu'elle est en situation de crise. Celle-ci a été symbolisée par Barker et Buchanan-Barker (2005) comme étant une forme d'insécurité émotionnelle chez la personne soignée. Selon le *Tidal Model*, se serait cette insécurité, constituée de menaces internes (ex. faible estime de soi, sentiment d'impuissance, sentiment de persécution) ou externes (ex. stigma, abus, négligence) qui serait à l'origine des comportements à risques qui justifient le recours à l'OGE. Barker et Buchanan-Barker (2005) critiquent un focus trop important dans les milieux de soins sur la dangerosité de la personne soignée et proposent plutôt d'intervenir pour la sécuriser sur le plan émotionnel afin de prévenir de tels comportements.

Faire le pont

Métaphoriquement, l'infirmière et la personne soignée se trouvent de chaque côté de cette rivière tumultueuse. « Faire le pont » décrit donc l'action de l'infirmière qui vise à rejoindre la personne soignée lorsqu'elle est en situation de crise, initiant par le fait même la relation (Barker & Buchanan-Barker, 2005). Or, faire le pont implique de surmonter les défis qu'impose le contexte de la psychose et de l'OGE pour initier la relation avec la personne soignée. La Figure 1 illustre la distance entre la personne soignée et l'infirmière. Selon Barker et Buchanan-Barker (2005), cette distance peut être causée par des différences d'appréhensions de la réalité, de rôles respectifs et de position

de pouvoir l'un par rapport à l'autre. De ce fait, le modèle de référence invite l'infirmière à « faire le pont » vers la personne soignée afin d'établir un premier contact sur lequel se construira la relation idéale (Barker & Buchanan-Barker, 2005).

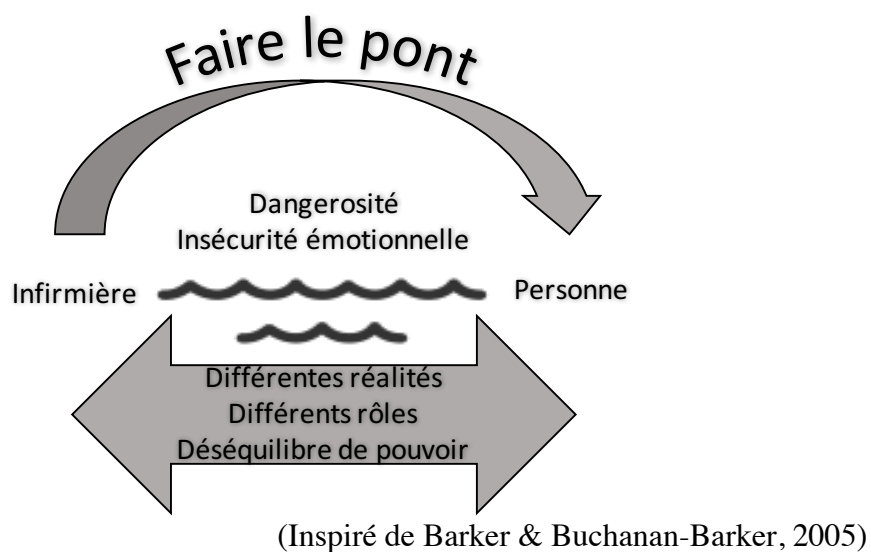


Figure 1. Les défis de la relation représentés par une rivière tumultueuse

Pour arriver à faire le pont, le modèle propose de développer des attributs chez l'infirmière, qui sont analogues aux outils essentiels pour la construction d'un pont. Par exemple, le modèle image cette connexion par un pont construit sur des bases solides. Chaque pilier du pont correspond à des valeurs humanistes telles que l'authenticité, le respect et l'empathie (Barker & Buchanan-Barker, 2005). Aussi, un pont est toujours construit afin de rejoindre un objet d'importance, situé sur l'autre rive. L'importance est donc attribuée à la personne, considérant qu'elle détient un bagage de connaissances sur sa situation de santé (Barker & Buchanan-Barker, 2005). On invite l'infirmière à faire

appel à un processus créatif, car une multitude de matériaux différents peuvent être utilisés pour confectionner ce pont. Cette créativité est utile pour offrir des soins centrés sur la personne, qui tiennent compte de son unicité (Barker & Buchanan-Barker, 2005). Ce pont peut être traversé pour rejoindre toute personne nécessitant des soins, en évitant autant que possible de porter des jugements de valeur (Barker & Buchanan-Barker, 2005). Finalement, une réciprocité dans la relation est illustrée par le fait que le pont peut être traversé dans les deux sens. La personne et l'infirmière sont engagées dans une relation d'influence mutuelle (Barker & Buchanan-Barker, 2005). Les attitudes favorables pour faire le pont vers la personne sont résumées dans le Tableau 2.

Tableau 2

Les attitudes favorables pour faire le pont vers la personne

Faire preuve d'humanisme
Considérer la personne comme experte de son histoire
Être créatif en respectant l'unicité de la personne
Avoir une attitude de non-jugement
Être attentif au caractère réciproque de la relation

(Barker & Buchanan-Barker, 2005)

En somme, les trois dimensions de la personne amènent à mieux comprendre le sens des comportements à risques chez la personne en situation de crise. La métaphore de la rivière aide à mieux saisir les défis de la relation, alors que le pont illustre les

attitudes de l'infirmière qui lui permettent d'initier une relation avec cette personne. De plus, l'infirmière est guidée par l'entremise de dix principes d'engagement (Tableau 3) (Barker & Buchanan-Barker, 2005). Ces principes décrivent les conditions favorables au développement d'une relation harmonieuse entre l'infirmière et la personne soignée.

Tableau 3

Les dix principes d'engagement du Tidal Model

Valoriser la voix : L'histoire de la personne sur son expérience des problèmes de la vie ou de détresse est le point de départ et d'arrivée. Elle comprend non seulement les raisons de la détresse, mais aussi l'espoir pour sa résolution.

Respecter le langage : La personne a développé une façon unique d'exprimer son histoire et de la représenter aux autres d'une façon qu'elle seule peut savoir.

Devenir l'apprenti : La personne est experte sur l'histoire de sa vie. Le professionnel apprend de la personne ce qui doit être fait ou ce qui fonctionne.

Utiliser le pouvoir des ressources : L'histoire de la personne contient des exemples de ce qui a fonctionné ou de ce qui pourrait fonctionner pour la personne. Ceci représente les outils principaux pour déclencher ou construire le processus de rétablissement.

Coconstruire la prochaine étape : L'aidant et la personne travaillent ensemble à construire une appréciation de ce qui a besoin d'être fait « maintenant ». Le premier pas révèle le pouvoir de changer et pointe en direction du but ultime.

Passer du temps ensemble : Le temps que l'aidant et la personne passent ensemble est la pierre angulaire du processus de changement.

Développer une curiosité authentique : Comme la personne n'est pas un livre ouvert, les professionnels doivent exprimer un intérêt authentique envers l'histoire de la personne.

(Barker & Buchanan-Barker, 2005)

Tableau 3 (suite)

Les dix principes engagements du Tidal Model

Savoir que le changement est constant : Le changement est inévitable, étant donné que c'est la seule constante. La tâche du professionnel est d'être à l'affût des modalités de changement aussi petits qu'ils soient et de les refléter à la personne.

Révéler la sagesse personnelle : La personne a développé une puissante réserve de sagesse personnelle dans l'écriture de son histoire de vie. Une des tâches clé est de l'aider à révéler cette sagesse.

Être transparent : La relation est basée sur la confiance mutuelle et l'authenticité.

(Barker & Buchanan-Barker, 2005)

Le Tidal Model servira à guider la recension des écrits pour évaluer le corpus de connaissances sur l'impact de l'OGE et de l'expérience de la psychose sur les diverses dimensions de la personne. Ensuite, les attitudes et principes d'engagements serviront de comparatif théorique avec les conditions de la relation qui auront été identifiées dans les résultats de cette étude.

Recension d'écrits

Rappelons que la présente étude vise à décrire la vision d'une relation idéale entre la personne qui un épisode psychotique et l'infirmière, dans le contexte d'une hospitalisation involontaire. Le vécu de ces deux groupes au sujet de leur relation sera donc exploré pour décrire l'état des connaissances à ce sujet. À cette fin, les bases de données CINHAL et Psychinfo ont été consultées à l'aide de mots-clés synonymes aux

concepts suivants : relation, psychose, OGE et expérience vécue de la personne soignée/de l'infirmière.

Le *Tidal Model* permet d'entrevoir les défis qu'implique le contexte de la psychose et de l'OGE pour la relation. De plus, il explore l'impact du contexte de la psychose et de l'OGE pour chacune des trois dimensions de la personne soignée – dimension du soi, du monde et des autres. Ainsi, le cadre théorique est utilisé pour structurer la recension des écrits. Celle-ci porte sur la description de la personne qui vit une psychose en contexte d'hospitalisation involontaire et de l'infirmière qui soigne cette personne. Enfin, les écrits sur la relation idéale et les bénéfices de celle-ci pour la personne soignée et pour l'infirmière seront présentés.

L'expérience de la psychose et de l'OGE chez la personne soignée

Dans les écrits, les expériences que vivent les personnes qui sont hospitalisées contre leur gré, lors d'un épisode psychotique, démontrent que ces dernières sont affectées tant dans la dimension *du soi*, dans la dimension *du monde*, que dans la dimension *des autres* (Barker & Buchanan-Barker, 2005). Ces trois dimensions inspirées du *Tidal Model* représentent des sphères d'influence interconnectées de manière systémique (Barker & Buchanan-Barker, 2005). Ainsi, elles aident à dresser un portrait des connaissances utiles pour la pratique infirmière.

La dimension du soi. La dimension du soi – les pensées et émotions de la personne qui constituent son expérience de santé mentale (Barker & Buchanan-Barker, 2005) – est selon toute vraisemblance fortement influencée lors d’une hospitalisation involontaire en situation de psychose, le propos de cette étude. Les écrits démontrent que dans un tel contexte, plusieurs insécurités seront vécues par la personne soignée. Par exemple, les écrits rapportent que l’expérience de la psychose est souvent associée à la sensation d’une perte de contrôle de soi (Flanagan et al., 2012; Suryani, Welch, & Cox, 2013; Walsh, Hochbrueckner, Corcoran, & Spence, 2016). À ce titre, certaines personnes interrogées (n=17) sur leurs expériences personnelles de la psychose, dans le but de les comparer avec les critères diagnostiques du DSM-IV, ont rapporté avoir eu peur de ne plus pouvoir contrôler leurs propres pensées (Flanagan et al., 2012). Dans l’année suivante, Suryani et al. (2013) démontrent que les personnes (n=13) qui font l’expérience d’hallucinations auditives disent parfois ressentir le besoin d’exécuter des ordres qui leur sont commandés par celles-ci (Suryani et al., 2013). En 2016, une recension des écrits récente, rapportant vingt-sept études de nature qualitative qui décrivent l’expérience vécue de la psychose, précise que les symptômes sont vécus comme une perte du sens d’identité, c’est-à-dire une impression de ne plus savoir qui l’on est (Walsh et al., 2016). En somme, ces études sont unanimes sur le fait que l’expérience de la psychose engendre une perte de contrôle sur leur vie et sur leurs comportements (Walsh et al., 2016).

À ce sujet, plusieurs études ont visé à comprendre les impacts sur la relation lorsque la personne soignée vit une perte de contact avec la réalité (Barrowclough, Meier, Beardmore, & Emsley, 2010; Johansen, Iversen, Melle, & Hestad, 2013; Jung et al., 2013; Kvrjic et al., 2013; Lawlor et al., 2015; Wittorf et al., 2009). Les études quantitatives qui mesurent l'association entre les symptômes de psychose et la qualité de la relation sont mitigées. Certaines n'ont observé aucune association (Barrowclough et al., 2010; Kvrjic et al., 2013), alors que d'autres ont noté que plus les symptômes de psychose sont intenses, plus la relation entre la personne soignée et les professionnels est difficile (Johansen et al., 2013; Jung et al., 2013; Wittorf et al., 2009). Les écrits n'indiquent donc pas clairement si les symptômes de psychose nuisent à la relation, mais ils semblent représenter un défi pour l'infirmière dans certaines situations. Ces défis seront explorés dans une section ultérieure, traitant du vécu de l'infirmière.

Dans le contexte de l'OGE, la contrainte de l'hospitalisation forcée exacerbe le sentiment de perte de contrôle qui est souvent déjà présent chez la personne qui vit un épisode psychotique. En effet, 7 études recensées dans une recension des écrits sur l'expérience vécue des personnes sous OGE qui comptabilise plus de 150 participants s'entendent pour dire que le contexte de l'OGE entraîne un sentiment aigu de perte de liberté pour la personne (Wyder et al., 2013). La perte d'autonomie, les règles strictes et inflexibles des unités de soins et le fait d'être contraint de rester à l'intérieur de l'hôpital engendrent de l'impuissance, voire le sentiment d'avoir perdu le contrôle sur sa vie (Wyder et al., 2013).

Cette perte de contrôle impliquée dans la psychose ainsi que le contexte de l'OGE permet de constater qu'elle génère beaucoup d'anxiété chez la personne soignée (Flanagan et al., 2012; Ford, Bowyer, & Morgan, 2015; Liu, Ma, & Zhao, 2012; McGuinness et al., 2013; Ridley & Hunter, 2013; Seed, Fox, & Berry, 2016; Thewissen et al., 2011; Walsh et al., 2016). Selon une étude quantitative décrivant les expériences émotionnelles associées à la paranoïa (n=159), la psychose est particulièrement anxiogène lorsqu'elle se manifeste sous forme de paranoïa (Thewissen et al., 2011). Dans une étude sur l'expérience vécue de la psychose, des personnes ont mentionné entendre des voix qui les harcèlent sans cesse, ce qui est vécu comme étant très effrayant (Strand, Olin, & Tidefors, 2015). D'autres éléments anxiogènes s'ajoutent lorsque les personnes se sentent contraintes de rester à l'hôpital, selon une étude sur l'expérience vécue de l'OGE (McGuinness et al., 2013). Dans d'autres études similaires, plusieurs ont même rapporté que cette expérience est vécue comme un traumatisme (Ford et al., 2015; Ridley & Hunter, 2013). Une recension des écrits de 15 études sur l'expérience vécue des personnes hospitalisées contre leur gré a noté que le thème « se sentir effrayé » était récurrent (Seed et al., 2016).

En somme, le contexte de l'OGE et de la psychose affecte la personne en créant une perte de contrôle de soi, de la paranoïa, de la peur et un sentiment de contrainte qui génèrent de l'anxiété dans sa *dimension du soi*. Celle-ci réagit à ces insécurités par diverses croyances, pensées et émotions qui se manifestent dans sa dimension du monde.

La dimension du monde. La dimension du monde se réfère aux réflexions de la personne soignée au sujet de son expérience de santé et à la quête de sens qui en découlent (Barker & Buchanan-Barker, 2005). L'expérience de la psychose implique beaucoup de confusion pour la personne soignée (Liu et al., 2012; Walsh et al., 2016). Liu et al. (2012) ont exploré la perception des personnes soignées (n=16) sur leur état psychologique lors d'un épisode psychotique, à l'aide d'entrevues semi-dirigées. Or, la plupart ont dit ne pas avoir compris les changements qui se passaient en elles (Liu et al., 2012). Dans la recension des écrits (n=27) de Walsh et al. (2016) sur l'expérience vécue de la psychose, plusieurs rapportent que leurs symptômes sont imprévisibles et difficiles à comprendre. Cette confusion engendre un grand besoin de trouver un sens à son expérience. En effet, les personnes ayant vécu une psychose ont rapporté à quel point le fait de comprendre leurs hallucinations auditives avait été important pour leur rétablissement (Walsh et al., 2016).

Or, lorsque la personne comprend son expérience comme étant un problème de santé mentale, cela entraîne souvent une diminution de l'estime de soi (Hofer et al., 2016; Sibitz et al., 2011; Thewissen et al., 2011; Walsh et al., 2016). Selon des études quantitatives effectuées auprès de 408 participants, l'estime de soi est plus faible chez les personnes vivant une psychose que chez la population en générale (Hofer et al., 2016; Thewissen et al., 2011). Les récits des personnes ayant vécu la psychose révèlent que celle-ci a engendré des pensées négatives, une perte de confiance en soi et de l'autostigmatisation, c'est-à-dire le fait d'intégrer les croyances négatives que la société

entretient envers les personnes psychotiques (Walsh et al., 2016). Les personnes ayant vécu une OGE rapportent également que ce contexte a entraîné un sentiment d'infériorité et une atteinte à l'estime de soi (Sibitz et al., 2011). Des études quantitatives ont décrit que l'autostigmatisation (Sharaf, Ossman, & Lachine, 2012) (n=200) et la faible estime de soi (Fulginiti & Brekke, 2015) (n=162) liées à la psychose et au contexte de l'OGE sont associés à un plus grand risque suicidaire (Lee, Ma, Yen, Huang, & Chiang, 2012) (n=1655).

De plus, cette tendance à s'autostigmatiser ajoutée à la faible estime de soi s'associe à des relations plus difficiles avec les autres (Sarisoy et al., 2013), incluant les infirmières (Kvrgic et al., 2013). Selon deux études quantitatives effectuées auprès de plus de 384 personnes diagnostiquées avec un trouble psychotique, l'autostigmatisation implique une peur des relations, une faible satisfaction par rapport à celles-ci (Sarisoy et al., 2013) et à une relation difficile avec les professionnels (Kvrgic et al., 2013).

Afin d'éviter de vivre les émotions négatives associées à la psychose, plusieurs réagissent en faisant du déni de leur état (Amador & Gorman, 1998). Les professionnels de la santé ont tendance alors à parler d'un manque d'autocritique, ce qui est fréquent chez la personne qui vit un épisode psychotique (Amador & Gorman, 1998). En effet, une étude longitudinale auprès de 577 personnes soignées suivant un premier épisode psychotique a observé que 50% d'entre elles manquaient d'autocritique (Segarra et al., 2012). Or, cette situation est particulièrement compromettante pour la relation. En effet,

trois études quantitatives effectuées auprès de 278 personnes atteintes d'un trouble psychotique ont observé une association entre le manque d'autocritique et une relation difficile (Johansen et al., 2013; Kvirgic et al., 2013; Wittorf et al., 2009). Lorsqu'une personne ne croit pas être en situation de psychose, elle est souvent en désaccord avec l'équipe traitante quant à ses besoins, ce qui explique pourquoi elle refuse d'être hospitalisée allant même jusqu'à s'opposer à la prise de médication (Bajaj, Sengupta, & Gupta, 2009; Jónsdóttir et al., 2013; Medina, Salvà, Ampudia, Maurino, & Larumbe, 2012; Umut, Altun, Danişmant, Küçükparlak, & Karamustafalıoğlu, 2012). À ce propos, quatre études quantitatives effectuées auprès de 495 personnes atteintes d'un trouble psychotique ont révélé un lien entre l'absence d'autocritique et l'inobservance au traitement (Bajaj et al., 2009; Jónsdóttir et al., 2013; Medina et al., 2012; Umut et al., 2012).

En somme, lorsque la personne comprend son expérience comme étant un trouble de santé mentale, cela peut entraîner de l'autostigmatisation et une diminution de l'estime de soi. D'autre part, elle peut réagir par du déni, ce qui contribue à l'inobservance au traitement. En conséquence, les expériences vécues dans les dimensions du soi et du monde ont une portée sur les relations qu'entretient la personne avec les autres.

La dimension des autres. Les deux sections précédentes – dimensions du soi et du monde - ont traité des sentiments et réactions de la personne au sujet de la psychose

et de l'OGE. La présente section traite de ses sentiments et réactions causés par ses relations avec les professionnels de la santé.

D'abord, deux recensions d'écrits récentes d'un total de 42 études démontrent que la personne soignée se sent souvent incomprise par les professionnels (Seed et al., 2016; Walsh et al., 2016). En effet, plusieurs personnes vivant un épisode psychotique croient que les professionnels invalident leurs expériences et ne comprennent pas ce que c'est d'avoir un diagnostic en santé mentale (Walsh et al., 2016) (n=420). Plus spécifiquement, les personnes soignées (n=252) dans le contexte d'une OGE ont perçu que les connaissances médicales des professionnels au sujet de la psychose ne leur permettent pas de comprendre leurs expériences individuelles dans leur unicité (Seed et al., 2016). Selon elles, lorsque les professionnels ne portent leur attention que sur le diagnostic de psychose, ils ne les écoutent pas et n'explorent pas leurs sentiments (Seed et al., 2016).

D'autre part, les personnes hospitalisées contre leur gré lors d'une psychose se sentent opprimées par les professionnels (Ridley & Hunter, 2013; Seed et al., 2016; Valenti et al., 2015; Walsh et al., 2016). Selon les écrits, jusqu'à 672 personnes soignées interrogées dans trois études ont déploré que les professionnels ne donnent pas assez d'informations et n'impliquent pas suffisamment la personne soignée dans les décisions les concernant (Ridley & Hunter, 2013; Valenti et al., 2015; Walsh et al., 2016). Plus particulièrement, la recension des écrits de Seed et ses collaborateurs (2016) montre que

les personnes sous OGE perçoivent souvent les professionnels comme étant rigides et autoritaires lorsqu'ils imposent les règles de l'établissement. Ces personnes ont dit qu'elles se sont senties punies, violées dans leur intégrité, privées de leur liberté et menacées par les professionnels (Seed et al., 2016). Par ailleurs, les personnes qui ont fait l'expérience d'une psychose ont rapporté s'être senties impuissantes, infantilisées et inquiètes de perdre le contrôle dû aux mesures coercitives employées par les professionnels (Walsh et al., 2016). À ce sujet, Theodoridou et al. (2012) avaient mesuré la perception de coercition de personnes hospitalisées en psychiatrie. Celle-ci se définit par l'impression de ne pas avoir d'influence, de contrôle, de liberté ou de choix dans leurs interactions avec les professionnels (Gardner et al., 1993). Or, les analyses statistiques ont révélé une association entre une perception de coercition élevée et une relation difficile (Theodoridou et al., 2012).

La personne soignée, lorsqu'elle se sent opprimée, réagit par des comportements qui sont nuisibles à sa relation avec le professionnel de la santé (Coatsworth-Puspoky, Forchuk, & Ward-Griffin, 2006; Gilbert, Rose, & Slade, 2008; Larsen & Terkelsen, 2013; Seed et al., 2016; Walsh et al., 2016; Wyder et al., 2015). À ce titre, certaines réagissent par une forme de collaboration passive, c'est-à-dire qu'elles se disent d'accord avec leur diagnostic et le traitement proposé sans y croire véritablement (Gilbert et al., 2008). En effet, selon 19 personnes ayant vécu une OGE qui ont été interrogées dans le cadre d'une étude participative, certaines d'entre elles ont joué le jeu en répondant aux attentes des professionnels, dans le seul but d'obtenir leur congé de

l'hôpital, ce qui a maintenu la relation à un niveau plutôt superficiel (Gilburt et al., 2008).

D'autres auteurs ont identifié des réactions de colère, de contestation et d'hostilité de la part de la personne soignée (Larsen & Terkelsen, 2013; Seed et al., 2016; Walsh et al., 2016; Wyder et al., 2015). En effet, 12 personnes soignées et 22 professionnels qui ont été interrogées lors d'entrevues semi-structurées au sujet de leur vécu dans un contexte d'OGE ont dit avoir remarqué que la personne soignée interprète parfois de la provocation de la part des professionnels qui appliquent les règles et réagissent par de l'hostilité (Larsen & Terkelsen, 2013). Une étude de Wyder et al. (2015) (n=25) sur l'expérience d'être soigné dans un contexte d'OGE a indiqué que lorsque les personnes se sentent incomprises, elles expriment de la colère envers les professionnels. Selon la recension des écrits de Seed et al. (2016), certaines personnes soignées réagissent à leur perte de pouvoir par un comportement contestateur, en insistant pour avoir congé ou en s'objectant aux soins donnés (Seed et al., 2016). Enfin, selon une revue de 15 études au sujet du vécu des personnes sous OGE, certaines d'entre elles réagissent en maintenant une distance avec les professionnels (Seed et al., 2016).

En résumé, le contexte de la psychose et de l'OGE peut faire en sorte que la personne soignée se sente incomprise et/ou opprimée. En conséquence, elle peut réagir par une collaboration passive, de l'hostilité ou de l'évitement, ce qui est nocif pour sa relation avec le professionnel de la santé.

En somme, les personnes vivant un épisode psychotique en contexte d'OGE ressentent des insécurités au niveau de la dimension du soi. Au niveau de la dimension du monde, elles peuvent réagir à ses insécurités par de la confusion, une diminution de leur estime personnelle ou une forme de déni. Or, les expériences vécues par la personne soignée dans la dimension du soi et du monde ont une portée sur sa façon de percevoir l'infirmière et d'agir avec elle. Ainsi, lorsque la personne soignée se sent incomprise ou opprimée par l'infirmière, elle peut réagir par de l'évitement, une collaboration passive ou de l'hostilité, ce qui constitue un défi pour la relation. Le contexte de soin de la psychose et de l'OGE comporte également des défis pour l'infirmière qui cherche à construire une relation avec la personne soignée.

Les défis de l'infirmière

L'infirmière rencontre également des défis dans la relation avec la personne soignée qui sont inhérents au contexte de la psychose et de l'OGE. D'abord, il est particulièrement difficile pour l'infirmière de comprendre l'expérience vécue de la personne soignée. Ceci affecte donc sa capacité à aider la personne à trouver un sens à son expérience. De plus, certaines tâches peuvent être conflictuelles avec la relation, telles que d'appliquer des mesures coercitives ou de favoriser l'autocritique et l'observance à la médication.

Comprendre la personne soignée. D'abord, les infirmières semblent comprendre difficilement l'expérience des personnes vivant une psychose dans un

contexte d'OGE. Une étude qualitative illustre ce constat à la suite d'entrevues approfondies auprès de 11 professionnels de la santé à propos de leurs interactions avec des personnes en psychose (Lorem & Hem, 2012). Celle-ci a révélé que leur habileté à comprendre l'expérience de la psychose, à avoir de l'empathie et à aider les personnes à trouver un sens à leurs expériences, était limitée (Lorem & Hem, 2012). De plus, ces professionnels ont rapporté avoir souvent eu de la difficulté à comprendre le discours, le comportement et le langage corporel de la personne qui vit un épisode psychotique (Lorem & Hem, 2012).

Afin d'expliquer ceci, Gustafsson, Wigerblad, et Lindwall (2014) ont interrogé mensuellement une quinzaine d'infirmières en entrevues de groupe pendant neuf mois au sujet de leurs expériences quant à la violation de la dignité de la personne soignée dans un contexte d'OGE (Gustafsson et al., 2014). Ne pas prendre au sérieux la perspective de la personne soignée et l'ignorer a été un thème émergent de leur discours (Gustafsson et al., 2014). Les auteurs ont remarqué que certaines infirmières discréditent ou ignorent les symptômes physiques, les idées ou les rêves exprimés par la personne soignée, car elles interprètent ceux-ci comme des symptômes de psychose, alors que ce n'est pas nécessairement le cas (Gustafsson et al., 2014). En conséquence, la perspective de la personne soignée sur le sens de son expérience est peu considérée, alors qu'elle aurait pu être une source d'informations utiles pour l'infirmière. Ceci rejoint le vécu rapporté par la personne soignée, qui considère ce manque de compréhension comme un obstacle à la relation.

La dangerosité. La dangerosité associée à la psychose fait partie des défis rencontrés par l'infirmière. En effet, les écrits ont révélé que 35 % de la clientèle de premier épisode psychotique commettent un acte de violence et 10 % font une tentative de suicide après le déclenchement de l'expérience de santé (Large, Dall, & Nielssen, 2014). Étant donné la proximité au quotidien des infirmières auprès de la personne soignée, elles se retrouvent les principales responsables dans l'application des mesures coercitives visant à gérer le risque de dangerosité (Buchanan-Barker & Barker, 2005). Notamment, elles doivent s'assurer que la personne soignée demeure dans l'hôpital, qu'elle respecte les règles de l'établissement et le fonctionnement sur l'unité (Larsen & Terkelsen, 2013). Lorsqu'une personne soignée est plus agitée ou agressive, l'infirmière peut également avoir à la placer en chambre d'isolement, lui installer des contentions ou lui administrer de la médication contre son gré (Larsen & Terkelsen, 2013).

Le rôle de l'infirmière dans l'application des mesures coercitives l'incite à adopter des attitudes ou comportements qui sont nocifs pour la relation (Farrelly & Lester, 2014; Gault, 2009; Gustafsson et al., 2014; McGuinness et al., 2013; Wahl & Aroesty-Cohen, 2010; Wyder et al., 2015). Une recension des écrits composée de 19 études s'est intéressée aux attitudes des professionnels envers les personnes vivant une psychose (Wahl & Aroesty-Cohen, 2010). Ces études illustrent que ce rôle a pour effet que les professionnels maintiennent une distance envers la personne, ce qui interfère avec leur capacité à établir une relation (Wahl & Aroesty-Cohen, 2010). Quatre ans plus tard, Farrelly et Lester (2014) ont conduit une autre recension des écrits sur les

perspectives des personnes suivies contre leur gré dans la communauté au sujet de leur relation avec les professionnels qui effectuaient leur suivi. Les auteurs ont noté que la gestion du risque de dangerosité agit plutôt négativement sur la qualité de la relation, un élément qui revient fréquemment dans les écrits (Farrelly & Lester, 2014). En effet, ils indiquent que cette tâche implique d'imposer des contraintes à la personne et de limiter son autonomie, ce qui est nuisible à la relation (Farrelly & Lester, 2014). Une étude qualitative sur le manque de dignité accordée à la personne soignée dans un contexte d'OGE révèle aussi que considérer cette dernière comme étant dangereuse fait en sorte que les infirmières sont sur leurs gardes plutôt que d'établir une relation (Gustafsson et al., 2014). Deux études ayant recueilli les expériences vécues d'un total de 31 personnes sous OGE, ont soulevé que les infirmières ont accordé plus de temps aux tâches biomédicales et aux pratiques de surveillance que pour passer du temps auprès des personnes qu'elles soignent (McGuinness et al., 2013; Wyder et al., 2015). Ceci a engendré de la colère et de la frustration envers les infirmières, ce qui est néfaste pour la relation (McGuinness et al., 2013; Wyder et al., 2015). En somme, appliquer des mesures coercitives incite les infirmières à se concentrer sur le risque de dangerosité. Ceci fait en sorte que certaines infirmières gardent une distance (Wahl & Aroesty-Cohen, 2010), sont sur la défensive (Gustafsson et al., 2014) et accordent plus de temps à la surveillance qu'à l'écoute et la collaboration (Buchanan-Barker & Barker, 2005), ce qui nuit à la relation.

La médicalisation. La médicalisation signifie de considérer un problème tel que l'expérience de la psychose comme étant issu du domaine médical, en le considérant comme une « maladie³ » (Larousse, s.d.-b). Dans le rapport d'appréciation de la performance du système de la santé et des services sociaux (MSSS, 2012), l'équipe du commissaire à la santé et au bien-être constate que les soins sont fortement influencés par la médicalisation. Ceci fait en sorte que les professionnels accordent de plus en plus de place au sens pathologique des expériences de santé mentale, parfois jusqu'à masquer la personne soignée derrière sa maladie (MSSS, 2012). Cette influence est reflétée dans le guide de pratique infirmière auprès de la clientèle psychotique de Favrod et Maire (2012) où, par exemple, on attribue à l'infirmière la tâche d'aider la personne soignée à prendre conscience de sa « maladie », dans le but d'améliorer son autocritique. De plus, de nombreuses études publiées au cours des 15 dernières années en sciences infirmières ont testé des interventions visant à améliorer l'autocritique des personnes vivant un épisode psychotique (Chan, Lee, & Chan, 2007; Chan, Yip, Tso, Cheng, & Tam, 2009; Favrod et al., 2015; Favrod, Maire, Bardy, Pernier, & Bonsack, 2011; Rathod, Kingdon, Smith, & Turkington, 2005; Rickelman, 2004; Turkington, 2002).

Or, accorder autant d'importance à l'aspect pathologique de l'expérience de la personne soignée pourrait constituer un obstacle pour la relation. Dans son analyse critique des pratiques d'observation et de surveillance, Buchanan-Barker et Barker (2005) argumentent qu'en adoptant une explication médicale de la psychose, les

³ Utilisé dans cette section pour représenter la conception médicale d'une expérience de santé mentale.

infirmières limitent leur rôle à celui de contenir la personne en attendant que la médication fasse effet. Les auteurs d'une autre étude, se basant sur le point de vue de la personne soignée quant à la médication en psychiatrie, font le constat que la médicalisation a pour effet que les professionnels occultent la complexité des expériences vécues par ces dernières (Rodriguez, Poirel, & Corin, 2001). Selon ces auteurs, ceci réduit les espaces de communication dans la relation entre les professionnels de la santé et les personnes soignées (Rodriguez et al., 2001). En somme, la médicalisation incite l'infirmière à se concentrer sur l'aspect pathologique de l'expérience de la personne soignée, ce qui peut limiter la place accordée au développement de la relation.

De plus, favoriser l'observance à la médication de la personne soignée constitue une tâche prépondérante à l'infirmière. Lors d'une étude phénoménologique sur l'expérience des infirmières quant à l'administration de médication dans un milieu psychiatrique aigu, les sept infirmières interrogées ont exprimé avoir ressenti l'obligation de favoriser l'observance à la médication (Wijnveld & Crowe, 2010). L'équipe du commissaire à la santé et au bien-être a également soulevé que dans les services de santé mentale au Québec, la pharmacologie prend une place prépondérante, apparaissant comme seule stratégie, créant ainsi une attente dans l'observance au traitement chez la personne soignée (MSSS, 2012). Dans une étude sur l'expérience de pratiques coercitives, les 22 professionnels de la santé interrogés expliquaient les expériences vécues par la personne soignée par des maladies, ce qui justifiait selon eux

la nécessité de la médication (Larsen & Terkelsen, 2013). En conclusion, la médicalisation influence la pratique infirmière en lui inculquant la tâche de favoriser l'observance à la médication (Larsen & Terkelsen, 2013; MSSS, 2012; Wijnveld & Crowe, 2010). Or, selon la recension des écrits de Farrelly et Lester (2014), la tâche de favoriser l'observance à la médication peut être en conflit avec la relation. En effet, le but premier de la personne soignée quant à ses interactions avec les professionnels est de se rétablir, nonobstant la prise de médication (Farrelly & Lester, 2014). Le fait que la personne soignée et les infirmières aient des buts différents dans leurs interactions crée des tensions qui constituent un autre obstacle à la relation (Farrelly & Lester, 2014).

En résumé, le contexte de l'OGE et de la psychose implique que l'infirmière et la personne soignée ont des compréhensions différentes de l'expérience vécue par cette dernière. Les défis de l'infirmière dans l'application de mesures coercitives engendrent un déséquilibre de pouvoir avec la personne soignée. Enfin, la culture de soins influencée par la médicalisation des problèmes de santé mentale incite l'infirmière à accorder beaucoup d'importance à l'aspect pathologique de l'expérience vécue par la personne soignée et à mettre l'accent sur l'observance à la médication, ce qui peut nuire à la relation. Avant de se lancer à la recherche de moyens pour surpasser ces défis et améliorer la qualité de la relation, il convient de définir ce qu'est une relation idéale.

La relation idéale

La relation entre la personne soignée et l'infirmière a été définie par une grande variété de théoricien(ne)s en sciences infirmières. Bon nombre de ces définitions comportent des éléments qui pointent vers un idéal à atteindre. Plusieurs ont utilisé le terme « thérapeutique » pour qualifier cet idéal (Verdon et al., 2014). Des exemples sont présentés dans le Tableau 4.

Tableau 4

Les définitions de relation idéale en sciences infirmières

Processus interpersonnel qui évolue dans le temps, dans lequel l'infirmière facilite la compréhension du problème vécu par la personne soignée, afin de promouvoir sa santé et son développement personnel (Peplau, 1952; Peplau, 1991, 1997).

Processus dynamique dans lequel l'infirmière aide la personne soignée à comprendre le sens de son comportement et agit afin de répondre à la détresse vécue et exprimée par cette dernière (Orlando, 1961, 1972).

Connexion interpersonnelle sympathique, dans laquelle l'infirmière aide la personne soignée à s'adapter à son expérience de maladie ou de souffrance et à trouver un sens à cette expérience (Travelbee, 1973).

Transaction intersubjective dont le but est de favoriser le mieux-être et le « plus-être » de la personne (Paterson, 1988; Zderad & Paterson, 2008).

Connexion mutuelle et réciproque avec l'esprit ou l'âme de l'autre, qui permettrait de faire émerger des possibilités de guérison, chez les deux personnes engagées dans la relation de *caring* (Watson, 1999, 2011).

Relation aimante, dans laquelle la personne et l'infirmière co-crésent grâce à l'intention de *caring* envers l'autre, ce qui engendre une croissance tant pour la personne que pour l'infirmière (Boykin & Schoenhofer, 2001).

Inspiré de Verdon (2012)

Si on met en commun ces définitions, on constate que la relation idéale en sciences infirmières implique une connexion interpersonnelle, dans laquelle l'infirmière et la personne soignée et collaborent pour favoriser la santé et le développement de cette dernière. Or, cette définition est plutôt vaste et peu spécifique au contexte de l'étude.

Afin d'opérationnaliser la notion d'une relation « thérapeutique », des outils de mesures ont été créés dans le domaine de la santé mentale pour mesurer la qualité de la relation. Par exemple, le *helping alliance scale* suppose que la relation thérapeutique est de bonne qualité lorsque la personne soignée a confiance envers le professionnel de la santé, qu'elle se sent comprise par ce dernier, qu'elle a le sentiment qu'ils s'entendent sur la nature du problème et travaillent ensemble vers des buts communs (Priebe & Gruyters, 1993). Selon le *working alliance inventory*, la relation thérapeutique est de bonne qualité lorsque la personne soignée et le professionnel sont à l'aise et honnêtes l'un avec l'autre, s'apprécient, se respectent, se comprennent, ont confiance l'un envers l'autre et ont des perceptions et des buts communs (Horvath & Greenberg, 1989). Bien que ces critères donnent une idée de la relation idéale entre un professionnel et une personne qui vit une situation de santé mentale, ils ne définissent pas spécifiquement la relation idéale pour le contexte spécifique de la présente étude. À tout le moins, ils ont permis, dans le cadre d'études quantitatives, d'apprécier les bénéfices potentiels d'une relation de qualité pour la personne qui vit un épisode psychotique, en contexte d'OGE.

Les bénéfices d'une relation idéale

Selon la perspective de personnes ayant vécu l'OGE, la relation avec les professionnels de la santé constitue le cœur de leur expérience (Barker et al., 1999; Gilbert et al., 2008; Hooff & Goossensen, 2014; Wyder et al., 2015). Dans l'une des études fondatrices du *Tidal Model* concernant les soins infirmiers à prioriser en santé mentale, le thème central qui a émergé du discours de la personne soignée, des familles et des professionnels de la santé est : « Te connaître, me connaître », ce qui constitue le processus par lequel une relation s'établit entre la personne soignée et l'infirmière (Barker et al., 1999). D'autres études sur l'expérience vécue de la personne soignée sous OGE stipulent que la relation avec les professionnels de la santé était au cœur de leur expérience d'hospitalisation (Gilbert et al., 2008; Hooff & Goossensen, 2014; Wyder et al., 2015).

Il a été découvert que la relation est particulièrement importante dans un contexte de l'OGE lors d'une psychose, car elle permet d'atténuer les préjudices associés à celui-ci. En effet, selon les écrits sur l'expérience des personnes sous OGE, une bonne relation permet de mieux préserver l'estime de soi de la personne (Hughes, Hayward, & Finlay, 2009; Katsakou & Priebe, 2007). Une recension des écrits décrivant l'impact du premier épisode psychotique sur la personne, la famille et les infirmières a également révélé que la relation permet de sécuriser, sortir de sa confusion et aider à se sentir plus en contrôle (Reed, 2008). Des études quantitatives ont observé une association entre une relation de qualité et un sentiment de contrainte plus faible (Sheehan & Burns, 2011), ainsi qu'une

meilleure observance à la médication (McCabe et al., 2012), une meilleure satisfaction des soins (Smith et al., 2014), moins d'hospitalisations, moins de comportements agressifs ou suicidaires et un meilleur fonctionnement (Farrelly et al., 2014). Un total de 33 études qualitatives sur l'expérience vécue des personnes sous OGE indiquent également que la relation facilite leur guérison, favorise un sentiment de sécurité, permet d'accepter plus facilement la contrainte de l'OGE, favorise l'observance au traitement et atténue leur détresse (Seed et al., 2016; Wyder et al., 2015; Wyder et al., 2013).

La relation est également très importante aux yeux des infirmières qui pratiquent dans un contexte d'OGE (Olofsson, Gilje, Jacobsson, & Norberg, 1998; Olofsson & Norberg, 2001; Wijnveld & Crowe, 2010). Peu d'études récentes sur la perspective des infirmières quant au contexte de psychose et d'OGE ont été recensées, mais deux études effectuées par Olofsson et ses collaborateurs (1998, 2001) se sont intéressées à l'expérience des infirmières quant aux pratiques coercitives. Selon celles-ci, les infirmières préfèrent travailler en partenariat avec la personne plutôt que de lui imposer des contraintes (Olofsson et al., 1998). En conséquence, elles se disent insatisfaites lorsqu'elles ne parviennent pas à établir une relation avec la personne (Olofsson & Norberg, 2001). Elles ont également exprimé qu'une relation de qualité permet de se sentir plus à l'aise par rapport à l'application de l'OGE. En effet, le fait d'arriver à établir une relation avec la personne soignée entraîne chez l'infirmière un sentiment que ses actions sont moins intrusives (Olofsson & Jacobsson, 2001). De plus, les infirmières ont dit que la relation favorise un plus grand sentiment de sécurité et permet de prévenir

la nécessité de recourir à d'autres mesures plus coercitives, telles que l'administration involontaire de médication ou les mesures d'isolement et de contentions (Olofsson & Jacobsson, 2001). Lorsque cela n'est pas possible, la relation permet à tout le moins de choisir des mesures moins restrictives (Olofsson & Norberg, 2001) ou de les appliquer de manière plus douce (Olofsson et al., 1998). Enfin, une étude plus récente sur l'expérience des infirmières quant à l'administration de médication (Wijnveld & Crowe, 2010) a révélé que la relation créait un terrain d'entente sur lequel les problèmes au sujet de la médication peuvent être discutés plus ouvertement et honnêtement.

En somme, surpasser les différents défis associés au contexte de la psychose et de l'OGE pour établir une relation est particulièrement bénéfique pour la personne soignée dans ce contexte.

En résumé, ce chapitre détaille les connaissances actuelles sur la relation infirmière/personne soignée dans un contexte d'hospitalisation involontaire lors d'un épisode psychotique. Il fait un tour d'horizon sur ce qui touche la personne soignée dans le contexte de psychose et d'OGE, il énonce les défis que vivent les professionnels de la santé incluant les infirmières et parle des bénéfices qu'une relation satisfaisante aurait sur la clientèle. Trouver des solutions pour pallier ces défis en vue de développer une relation idéale s'avère essentiel pour faire profiter des bénéfices énoncés. Or, les connaissances à ce jour sont limitées. Une étude d'approche appréciative est donc jugée pertinente pour coconstruire une vision de la relation idéale dans ce contexte.

Le premier objectif de l'étude est d'explorer de manière appréciative des histoires de relations positives dans le contexte étudié, afin d'identifier la nature et les conditions de celles-ci. Ensuite, le deuxième objectif est d'identifier la vision d'une relation idéale selon les personnes soignées et infirmières, à la suite d'un exercice de visualisation d'un futur idéal. Enfin, le troisième objectif est d'identifier des opportunités de changements qui pourraient favoriser la vision de la relation idéale, dans un contexte de psychose et d'OGE.

La méthode

Rappelons que le but de cette étude est de coconstruire la vision d'une relation idéale entre la personne qui vit un épisode psychotique et l'infirmière, dans le contexte d'une hospitalisation involontaire. Le présent chapitre vise à détailler les divers éléments composant la méthodologie de recherche, tout en justifiant les choix qui ont mené à celle-ci. Tout d'abord, l'approche de recherche choisie, soit une recherche-action de type *Appreciative inquiry* (AI) sera expliquée, tout en illustrant sa cohérence avec le *Tidal Model*. De plus, les termes qui composent la question de recherche seront définis. Ensuite, la population cible, le milieu de l'étude, ainsi que le déroulement des activités de recherche comprenant la sélection des participants, le recrutement, la collecte et l'analyse de données seront exposés. Enfin, les considérations éthiques, ainsi que les avantages et limites de l'étude seront expliqués.

Approche de recherche de l'*Appreciative inquiry* (AI)

L'approche de recherche choisie est une recherche-action de type *Appreciative inquiry*. La recherche-action est une méthode qui place des chercheurs et des participants dans un rapport d'égalité, afin de collaborer dans un processus dynamique de réflexion et d'action, qui vise à produire un changement pour répondre à des besoins sociaux spécifiques (Fortin & Gagnon, 2016). Tel que son nom le suggère, la recherche-action comporte deux processus. Dans la partie « recherche », l'étude est construite de façon à répondre à la question de recherche. Par contre, la partie « action » implique que les participants agissent à titre de co-chercheurs, en travaillant autant que possible sur un pied d'égalité avec les chercheurs. De plus, leur participation a le potentiel d'amener un

changement en cours de processus. Par contre, les effets de « l'action » ne sont pas mesurés comme c'est le cas dans le cadre d'une étude expérimentale. Ceux-ci peuvent se produire à plus long terme et même à l'extérieur du contexte de l'étude (Robichaud, 2011). En effet, l'implication des participants à titre de « co-chercheurs » leur permet de faire du réseautage et de se mobiliser vers un but commun en prenant des initiatives qui dépassent les objectifs initiaux de l'étude.

Plus spécifiquement, l'AI met en évidence ce qu'il a de meilleur chez les gens, leur organisation et le monde autour d'eux, afin d'apporter un changement de culture (Cooperrider et al., 2005). Selon plusieurs auteurs, l'AI, cette approche de recherche est efficace pour favoriser des prises de conscience (Whitney, 2004), des changements (Fitzgerald, Murrell, & Miller, 2003), des transformations (Bushe & Kassam, 2005; Carter, 2006; Cooperrider et al., 2005) et de la collaboration (Carter, 2006) au sein d'une organisation. L'AI s'appuie sur les cinq principes qui sont illustrés dans le Tableau 5.

Tableau 5

Les cinq principes de l'Appreciative inquiry

Le principe poétique	L'histoire d'une organisation sociale est continuellement coconstruite par ses membres.
Le principe « constructionniste »	La manière de penser des personnes qui forment une organisation construit le futur de celle-ci.
Le principe anticipatoire	L'image projetée du futur guide les comportements actuels.
Le principe de simultanéité	L'Appreciative inquiry est une intervention en elle-même, un changement survient simultanément.
Le principe positif	Le changement nécessite beaucoup d'affect positif, de liens sociaux et d'attitudes positives.

(Cooperrider et al., 2005)

Cette approche est choisie en raison de sa compatibilité avec le sujet de recherche et avec le cadre théorique. En fait, la présente étude vise à favoriser la qualité de la relation, ainsi qu'à redonner du pouvoir à une clientèle vulnérable. De manière analogue, l'AI s'appuie sur la collaboration entre les chercheurs et les membres d'un milieu de soins, puis elle permet de révéler les meilleures pratiques (Cooperrider et al., 2005), ce qui est apparenté au principe de pouvoir d'agir. Par ailleurs, les cinq principes de l'AI concordent avec les dix engagements du *Tidal Model*, tels qu'illustrés dans le Tableau 6.

Tableau 6

La compatibilité entre l'AI et le Tidal Model

Les cinq principes de l'AI	Les dix principes d'engagements du <i>Tidal Model</i>
Principe poétique	Valoriser la voix Respecter le langage Développer une curiosité authentique
Principe « constructionniste »	Devenir l'apprenti Révéler la sagesse personnelle
Principe anticipatoire	Coconstruire la prochaine étape
Principe de simultanéité	Savoir que le changement est constant
Principe positif	Passer du temps ensemble Être transparent dans une relation de confiance mutuelle et authenticité Utiliser le pouvoir des ressources

(Barker & Buchanan-Barker, 2005; Cooperrider et al., 2005)

Les principes de valoriser la voix, respecter le langage et développer une curiosité authentique s'apparente au principe poétique, car ils encouragent la narration de l'histoire de la personne, pour l'aider à y trouver un sens constructif. Les principes de devenir l'apprenti et de révéler la sagesse personnelle s'apparentent au principe « co-constructionniste », car ils impliquent de croire au potentiel de rétablissement de la personne, ce qui favorise son actualisation dans le futur. Le principe de coconstruire la prochaine étape correspond au principe anticipatoire, car il s'agit de visualiser la prochaine étape pour guider les interventions à faire maintenant. Le principe de savoir que le changement est constant fait penser au principe de simultanéité, car ils se réfèrent

tous les deux au fait que la personne est en constant changement. Enfin, les principes de passer du temps ensemble, d'être transparent et d'utiliser le pouvoir des ressources s'apparentent au principe positif, car il s'agit d'attitudes positives, qui favorisent des liens sociaux positifs (Barker & Buchanan-Barker, 2005; Cooperrider et al., 2005).

L'approche de l'AI comporte quatre phases qui se construisent l'une à partir de la précédente, dans un processus non linéaire (Cooperrider et al., 2005) : *Discovery*, *Dream*, *Design* et *Destiny*. La présente étude couvre les deux premières phases et offre des pistes pour la troisième phase. Ces quatre phases sont représentées dans la Figure 2.

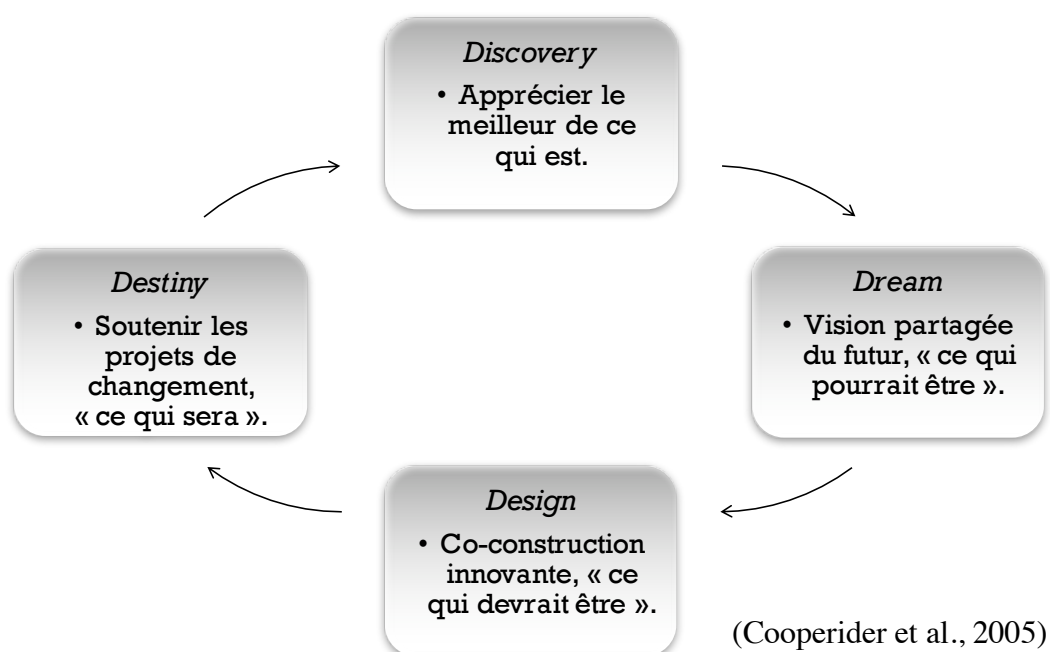


Figure 2. Les quatre phases de l'Appreciative inquiry

Dans la phase *Discovery*, cinq personnes ayant vécu l'expérience de l'OGE lors d'un épisode psychotique sont rencontrées individuellement et cinq infirmières pratiquant auprès de ces dernières sont rencontrées en groupe. Elles partagent leurs expériences vécues quant à la relation dans un contexte d'une hospitalisation involontaire, ce qui leur permet d'apprécier l'essence positive de celle-ci. Dans la phase *Dream*, elles font un exercice de visualisation qui leur permet de coconstruire une vision idéalisée de cette relation, dans le contexte d'une hospitalisation involontaire. Ensuite, elles entament la phase *Design*, en identifiant des opportunités de changements qui devraient être appliqués afin de favoriser l'actualisation de cette vision de relation idéale.

But de l'étude

Le but de l'étude est de coconstruire la vision d'une relation idéale entre la personne qui vit un épisode psychotique et l'infirmière, dans le contexte d'une hospitalisation involontaire. Pour atteindre ce but, trois objectifs sont élaborés à partir des trois premières phases de l'AI, tels qu'illustrés dans le Tableau 7.

Tableau 7

Les liens entre les objectifs de recherche et les phases de l'AI

Phase <i>Discovery</i>	Explorer de manière appréciative des histoires de relations positives, dans un contexte de psychose et d'OGE, afin de découvrir la nature et les conditions de celles-ci.
Phase <i>Dream</i>	Identifier la vision d'une relation idéale, dans un futur rêvé.
Phase <i>Dream</i> vers <i>Destiny</i>	Identifier des opportunités de changements qui pourraient favoriser la vision de la relation, dans un contexte de psychose et d'OGE.

Les trois questions de recherche découlant des trois objectifs sont les suivantes :

- 1) Quelles sont la nature et les conditions des relations positives vécues par les personnes vivant un épisode psychotique et les infirmières, dans un contexte d'OGE ?
- 2) Quelle est la vision d'une relation idéale selon les personnes soignées et les infirmières ?
- 3) Quelles sont les opportunités de changements qui pourraient favoriser la vision de la relation idéale ?

Définition des termes

La définition des termes compris dans les questions de recherche s'impose. Les histoires sont les expériences vécues par les participants, telles que racontées par ces derniers (Barker & Buchanan-Barker, 2005). La nature de la relation se rapporte à son essence, aux caractéristiques qui permettent de la qualifier de positive (Lalande, 2006). Les conditions sont les facteurs préalables qui permettent à une relation positive d'exister (Larousse, s.d.-a). Le terme le plus important à définir est la vision. Celle-ci

correspond à la nature de la relation idéale, telle qu'on la projette dans le futur rêvé ou aspiré par les participants (Cooperrider et al., 2005). Enfin, les opportunités de changement sont les conditions préalables à la relation idéale (Cooperrider et al., 2005).

Population cible

La population cible regroupe les personnes atteintes d'un trouble psychotique, ayant vécu l'expérience d'une hospitalisation involontaire depuis le début de leur suivi pour cette expérience de santé, ainsi que les infirmières qui travaillent dans un département de psychiatrie (urgence psychiatrique ou unité d'hospitalisation) d'un hôpital de la région de Montréal.

Sélection des participants

La sélection des participants vise cinq personnes qui sont suivies dans une clinique de Premier Épisode Psychotique (PEP) et cinq infirmières qui travaillent sur une unité d'hospitalisation de psychiatrie ou à l'urgence psychiatrique, auprès de ces personnes. Un nombre de dix participants au total a été choisi afin de permettre à chacun d'avoir suffisamment d'espace pour participer activement, considérant les contraintes de temps imposées par le contexte de l'étude. Selon Cooperrider et al. (2005), un petit groupe de personnes variées qui participent à une activité fondée sur l'AI peut avoir une influence significative sur l'organisation dont ils font partie.

Les personnes suivies à la clinique PEP sont des jeunes âgés de 18 à 30 ans, ayant reçu comme diagnostic principal un trouble psychotique. Ce service a pour vocation l'intervention précoce pour la psychose. Pour être admises, les personnes soignées ne doivent donc jamais avoir été traitées ou ne pas avoir été traitées depuis moins d'un an, pour la psychose. Ensuite, le suivi à la clinique PEP peut durer jusqu'à cinq ans. Les infirmières doivent avoir une expertise minimale en psychiatrie afin de s'assurer qu'elles ont vécu suffisamment d'expériences relationnelles positives avec des personnes vivant un épisode psychotique dans un contexte d'OGE. Voici, dans le Tableau 8, les critères d'inclusion et d'exclusion des participants (n=10) :

Tableau 8

Les critères d'inclusion et d'exclusion des participants

Infirmières (n=5)	Personnes (n=5)
<p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avoir un poste ou remplacement en psychiatrie à l'interne. - Avoir au moins un an d'expérience en psychiatrie. 	<p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Être suivi à la clinique PEP. - Avoir un diagnostic de trouble psychotique - Avoir été hospitalisé involontairement en psychiatrie au moins une fois depuis le début du suivi.
<p>Critères d'exclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avoir poste ou remplacement sur l'équipe volante des unités de soins autres que la psychiatrie. 	<p>Critères d'exclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Présenter des symptômes qui entravent la capacité de la personne à participer à une entrevue individuelle ou de groupe. - Avoir eu comme intervenant principal la chercheuse principale de l'étude.

Milieu de l'étude

Le milieu de l'étude choisi est le département de psychiatrie d'un hôpital de la région montréalaise. Ce département se compose d'une urgence psychiatrique ainsi que de quatre unités d'hospitalisation. Le milieu de recrutement des personnes recevant des soins est la Clinique PEP, qui est un service ambulatoire qui se situe dans le même établissement.

Sélection des participants et recrutement

La sélection des participants et le recrutement se font par choix raisonné. Les personnes ayant vécu l'expérience de la psychose et de l'OGE sont ciblées par les psychiatres-collaborateurs de la clinique PEP. Les personnes sont sélectionnées afin de représenter une variation maximale quant à leurs caractéristiques sociodémographiques (genre, logement, niveau de scolarité) de leurs expériences de santé (diagnostic, nombre et durée des hospitalisations, durée depuis le début du suivi). Les gestionnaires de cas de la clinique PEP approchent ensuite les personnes ciblées afin de leur proposer le projet. Les coordonnées de la chercheuse leur sont remises lorsque ces dernières manifestent un intérêt. Les infirmières, quant à elles, sont ciblées par une infirmière-conseillère en soins spécialisée, en collaboration avec les psychiatres-collaborateurs et la chercheuse, en fonction de leur expertise quant à la relation, leur engagement professionnel et leur expérience avec la clientèle ciblée (jeunes adultes psychotiques). L'infirmière conseillère les approche et leur propose le projet, tout en leur remettant une lettre explicative et les coordonnées de la chercheuse. Ces dernières peuvent ensuite contacter

la chercheuse pour obtenir plus d'informations ou manifester leur intérêt. Aucune pression n'est exercée, ni sur les personnes soignées ni sur les infirmières, afin de les inciter à participer. Le formulaire d'information et de consentement, joint dans l'Appendice A, est présenté aux participants (personnes et infirmières) par la chercheuse au début de leur première entrevue. Les lettres de sollicitation pour le recrutement sont présentées dans l'Appendice B.

Collecte des données

La collecte de données se fait par l'entremise de *focus groups* et d'entrevues individuelles semi-dirigées. Ceux-ci ont lieu dans les locaux de la clinique PEP. Les entrevues individuelles sont menées par la chercheuse et les *focus groups* sont coanimés par cette dernière et une assistante de recherche. Pour la phase *Discovery*, il y a d'abord un *focus group* de 75 minutes, avec les cinq infirmières seulement, et des entrevues individuelles d'environ 45 minutes avec chacune des cinq personnes ayant vécu l'expérience de la psychose et de l'OGE. Les participants sont alors invités à partager sur leurs expériences relationnelles positives entre personnes soignées et infirmières. Pour la phase *Dream*, un deuxième *focus group* de 90 minutes a lieu, regroupant les infirmières et les personnes. Les histoires de succès de la phase *Discovery* sont alors utilisées de manière constructive, de façon à créer des images génératives et affirmatives de la vision d'un monde meilleur (Carter, 2006). Pour faciliter ce processus, les participants font un exercice de visualisation du futur dans lequel ils se représentent la

relation idéale. Ceci est suivi d'une discussion pour partager leur vision de cette relation idéale.

Ces entrevues individuelles ou de groupe sont animées à partir des guides d'entrevues développés par la chercheuse et fournis dans l'Appendice C. Lors de celles-ci, les dix principes d'engagements du Tidal Model servent à guider l'attitude des chercheurs auprès des participants. Les participants sont donc encouragés à raconter leurs expériences dans leurs propres mots et sont traités sur un rapport d'égalité. Tant pour les entrevues individuelles que pour les *focus groups*, les données sont recueillies sous forme de questionnaires d'entrevues semi-dirigées inspirées de questions proposées par Cooperrider et al. (2005) (Appendice C), de questionnaires de données descriptives (Appendice D), d'un journal réflexif, de notes de terrain prises lors des *focus groups* et de notes synthèses prises conjointement avec les participants.

Le questionnaire d'entrevues individuelles de la phase *Discovery* propose aux personnes soignées de penser à une situation où elles se sont senties particulièrement soutenues par une infirmière et où cette dernière leur a permis de se sentir au meilleur d'elles-mêmes. Le questionnaire leur propose ensuite de décrire ce qui s'est passé, leurs émotions, ce qui a fait que cette relation a été bénéfique et comment l'infirmière, l'environnement de l'hôpital et elles-mêmes ont contribué à cette expérience (Cooperrider et al., 2005).

Le questionnaire d'entrevue de groupe de la phase *Discovery* propose aux infirmières de penser à une situation où elles ont été particulièrement engagées dans la relation, où elles ont senti une connexion avec la personne soignée, qui a permis de l'aider dans son rétablissement. Elles sont ensuite invitées à décrire ce qui s'est passé, qu'est-ce qui a fait de ce moment une réussite et comment la personne soignée, leur environnement de travail et elles-mêmes ont contribué à créer cette expérience exceptionnelle (Cooperrider et al., 2005).

Le questionnaire d'entrevue de groupe de la phase *Dream* propose aux personnes soignées et aux infirmières de se visualiser dans un futur idéal, dans lequel les relations entre eux se seraient améliorées. Ils sont ensuite invités à décrire ce qui s'est passé, ce qu'il y a de différent et les facteurs qui ont contribué à cette nouvelle façon de faire (Cooperrider et al., 2005).

Au terme de chacune des entrevues individuelles et de groupe des phases *Discovery* et *Dream*, il est demandé aux personnes soignées de relever les aspects importants de la relation qui ont été discutés et de les définir. Par ailleurs, la partie synthèse de chacune des entrevues est enregistrée sur un appareil audionumérique.

Les données descriptives recueillies auprès des infirmières concernent leur sexe, âge, degré de scolarité et expérience de travail en lien avec la psychiatrie et le recours aux méthodes coercitives. Les données descriptives recueillies auprès des personnes

soignées concernent leur sexe, âge, degré de scolarité et situation de logement, ainsi que leurs expériences des services de santé pour la psychose et leurs expériences de contraintes par des mesures coercitives. Les réflexions de la chercheuse ont été rédigées dans un journal afin d'alimenter la discussion et de noter les limites méthodologiques rencontrées au cours de l'étude.

Analyse des données

L'analyse des données est effectuée de manière concurrente à la collecte de donnée et implique la participation active des infirmières et des personnes soignées, comme décrite dans la méthode de l'AI (Cooperrider et al., 2005). Cette analyse conjointe a lieu pour donner suite aux discussions lors des entrevues individuelles et de groupe, tant pour la phase *Discovery* que la phase *Dream*, dans une partie synthèse. Pour se faire, la méthode d'analyse thématique d'Attride-Stirling (2001) est utilisée, tout en l'adaptant de manière flexible à l'approche de l'AI, sans les appliquer sur le terrain dans un ordre précis. Les étapes qui constituent cette méthode sont résumées dans le Tableau 9.

Tableau 9

La méthode d'analyse thématique des données d'Attride-Stirling (2001)

Identification des thèmes de base
Regroupement des thèmes de base autour de thèmes organisateurs
Déduction d'un thème global
Vérification du réseau de thèmes

Dans la phase *Discovery*, l'analyse porte sur des discussions au sujet d'expériences vécues de relations positives entre personnes soignées et infirmières (entrevues individuelles avec les personnes soignées et *focus group* avec les infirmières). Lors d'une partie synthèse, les participants sont invités à identifier et définir les thèmes qui ont émergé de ces discussions. Cette analyse permet d'identifier la nature et les conditions favorables à une relation positive.

Après les entrevues de la phase *Discovery*, la chercheuse poursuit l'analyse en faisant une synthèse des thèmes obtenus dans les entrevues individuelles et de groupe, en regroupant les thèmes similaires sous un seul thème. Ceci est fait dans le but de faire ressortir un message commun. Les thèmes sont également organisés en catégories au besoin. En première partie du deuxième focus group, les thèmes de la phase *Discovery* sont présentés aux participants afin d'être validés.

Dans la phase *Dream*, l'analyse porte sur un échange qui a eu lieu pour faire suite à un exercice de visualisation sur la relation idéale. Le groupe de personnes soignées et d'infirmières est invité à déduire un thème global pour définir leur vision commune de la relation idéale.

Ensuite, le groupe de personnes soignées et d'infirmières entament la phase *Design* en identifiant des opportunités de changement qui pourraient favoriser l'actualisation de cette vision de la relation. Celles-ci sont regroupées en thèmes organisateurs. Les étapes de l'analyse des données sont représentées dans la Figure 3.

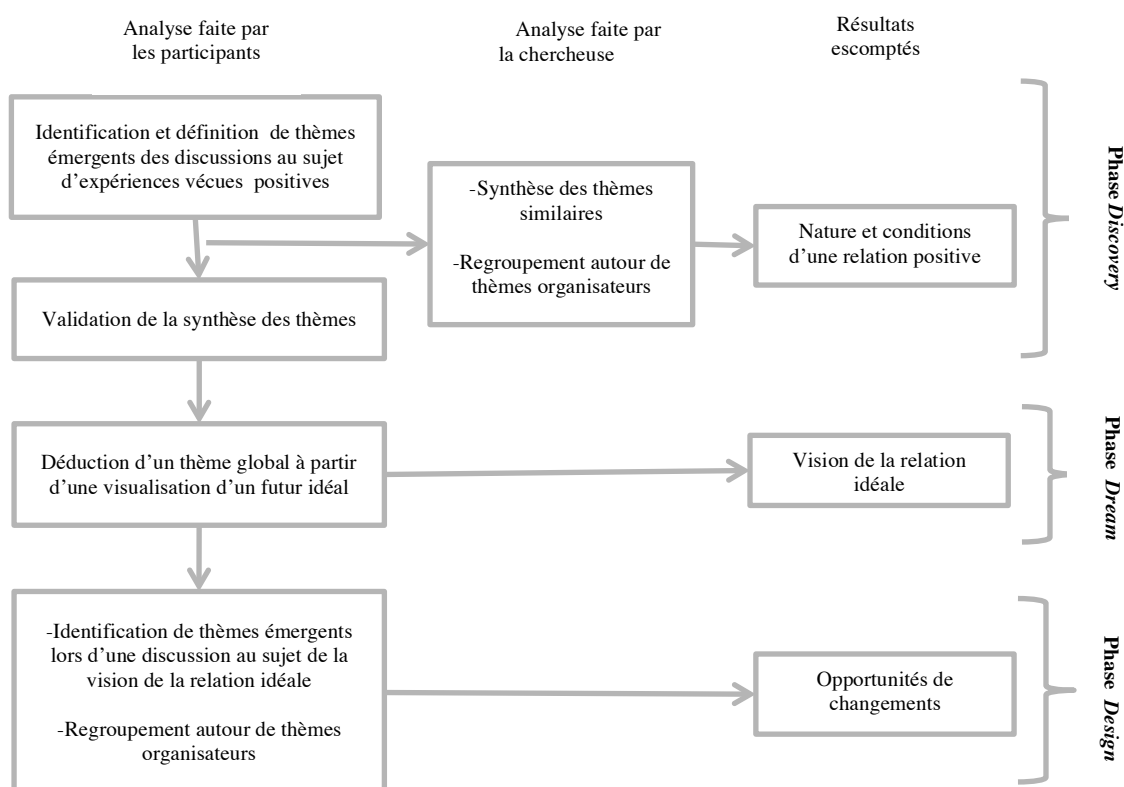


Figure 3. Étapes de l'analyse des données

Les thèmes sont rédigés en utilisant telle quelle la formulation des participants, considérant que celle-ci est plus puissante que n'importe quelle affirmation qui aurait pu être créée par la chercheuse. Des verbatim enregistrés lors des parties synthèses ou pris en note lors des entrevues individuelles ou de groupe ont été cités dans la section résultats avec l'accord des participants. Après la collecte des données, les notes et les enregistrements des parties synthèses des entrevues individuelles et de groupes ont été consultés par les participants pour vérifier et valider si les thèmes reflètent bien ce qu'ils ont exprimé.

Considérations éthiques

Considérant que l'étude implique une clientèle vulnérable, des mesures sont prises pour éviter tout préjudice qui pourrait être causé dans le cadre de l'étude. Les chercheurs ont établi comme critère d'exclusion des personnes qui présentent des symptômes qui pourraient compromettre leur bien-être dans le contexte d'une entrevue. En cas de vulnérabilité exprimée sur le plan de leur état mental, les infirmières seraient recommandées aux services de santé appropriés à leurs besoins et les personnes soignées à leur équipe traitante (Clinique PEP). Une attention particulière a été portée sur l'égalité de pouvoir entre les personnes recevant des soins et les infirmières qui ont participé à l'étude, ainsi qu'entre les participants et les chercheurs. Donc, un nombre égal de personnes est choisi afin de constituer les deux groupes respectifs. Par ailleurs, les personnes participantes, les infirmières participantes et la chercheuse ont les mêmes opportunités de participer à l'analyse des données.

Afin de pallier l'inconfort qu'une personne pourrait avoir de partager une expérience relationnelle avec un professionnel qui est impliqué dans l'étude, le fait d'avoir eu comme infirmière la chercheuse principale de l'étude dans le passé constitue un critère d'exclusion. Ensuite, il semble impossible d'éviter que les infirmières participantes n'aient jamais soigné les personnes participantes, étant donné la rotation importante dans l'attribution de celles-ci. Pour pallier ce problème, il a été choisi de procéder à des entrevues individuelles auprès des personnes soignées pour la phase *Discovery*, plutôt que de commencer par un *focus group*. Ceci permet de tenir compte de la position de vulnérabilité de la clientèle et de leur fournir un espace assez sécurisant pour s'exprimer librement. Une attention particulière a été portée aux personnes soignées lors du focus group de la phase *Dream* afin de les mettre à l'aise pour s'exprimer et pour les inciter à participer sur le même pied d'égalité que les infirmières. Par ailleurs, un choix leur est offert concernant le deuxième *focus group*, soit de rester silencieux lors du *focus group* ou de se faire représenter par un proche ou par la chercheuse, advenant le cas où certaines personnes ne seraient pas à l'aise de s'exprimer devant les infirmières.

Les participants doivent signer un formulaire d'information et de consentement avant de commencer l'étude, et la confidentialité de leurs données est respectée. La collecte et l'analyse des données ayant lieu simultanément, les synthèses faites oralement et rédigées par écrit, conjointement avec les participants, constituent les données et sont conservées durant cinq ans pour répondre aux exigences du comité d'éthique de

l'hôpital. Les parties synthèses de chacune des entrevues sont enregistrées et les documents audionumériques sont conservés sur un disque dur externe sécurisé. Les synthèses écrites ainsi que les questionnaires sociodémographiques anonymisés sont conservés sous clé dans un bureau. Seule la chercheuse a accès aux documents.

Les participants ont en tout temps le droit de se retirer de l'étude. Le projet a été approuvé par le comité d'éthique de l'hôpital et par celui l'UQO. Les participants ont été dédommagés pour leurs frais de déplacement et des collations leur ont été servies. Aucune autre compensation n'a été offerte pour leur participation. Les certificats éthiques de l'hôpital et de l'UQO sont fournis dans l'Appendice E.

Avantages et limites méthodologiques

L'objectif ultime de cette étude est d'améliorer la qualité de la relation, dans un contexte de psychose et d'OGÉ, afin que les personnes recevant les soins puissent bénéficier des bienfaits de celle-ci pour leur rétablissement. La méthode de recherche utilisée vise à contribuer à cet objectif tant par l'avancement des connaissances que par les changements qui peuvent se produire chez les participants de l'étude et leur organisation, en les mettant en contact les uns avec les autres dans le processus.

Avancement des connaissances

Il est souhaité que cette étude contribue à identifier la nature de la relation idéale, dans un contexte de psychose et d'OGÉ, ainsi que des opportunités de changement afin

de favoriser cet idéal. Tout d'abord, le fait d'identifier l'essence de la relation idéale peut servir à compléter et adapter les théories sur la relation afin qu'elles puissent s'appliquer plus spécifiquement au contexte de la psychose et de l'OGE. Ces bases théoriques peuvent ensuite être enseignées afin de mieux outiller les infirmières qui pratiquent dans ce contexte. D'autre part, le fait de connaître les conditions qui favorisent la relation idéale peut guider les infirmières sur les attitudes, comportements et habiletés à développer afin d'améliorer la qualité de leur relation avec les personnes qui sont hospitalisées contre leur gré lors d'un épisode psychotique. Ces connaissances peuvent également indiquer des opportunités de changement sur le plan organisationnel ou de la formation qui favorisent une meilleure relation.

Co-construction de changements

Comme ce projet est une recherche-action, la participation au projet de recherche en elle-même vise à produire un changement chez les participants et la culture de soins du milieu de l'étude. Selon le principe de simultanété de l'*Appreciative inquiry* (AI), l'investigation de l'essence positive d'un phénomène donné est une intervention en elle-même et produit un changement simultanément (Cooperrider et al., 2005). Un des changements positifs dont peuvent bénéficier les participants peut d'abord être une augmentation de leur pouvoir d'agir.

L'approche de l'AI a été critiquée par certains auteurs (Dematteo & Reeves, 2011; Grant & Humphries, 2006), car il pourrait être difficile de ne porter son attention

que sur les aspects positifs, tout en ignorant les problèmes. Pour pallier ceci, il est convenu de laisser les participants nommer les aspects problématiques de leurs expériences, tout en les utilisant comme pivot pour rediriger la réflexion vers une vision plus positive.

D'autres auteurs critiquent également l'aspect « in vivo » de l'analyse des données, faite conjointement avec les participants (Dematteo & Reeves, 2011; Fineman, 2006; Grant & Humphries, 2006). Cependant, cette façon de faire est valorisée par l'AI, car elle considère les participants comme des experts. De plus, le changement s'opère par leur implication active dans ce processus.

Le fait de réunir des personnes recevant des soins et des infirmières dans le cadre de cette étude vise également à ce qu'ils puissent mieux comprendre leurs réalités respectives. Selon le principe positif de l'AI, le changement nécessite beaucoup d'affect positif, de liens sociaux et d'attitudes positives (Cooperrider et al., 2005). En conséquence, la collaboration entre infirmières et personnes ayant vécu l'OGE peut les amener à avoir un regard plus positif les uns envers les autres.

Avoir une perception plus positive de l'autre est important pour la relation, car cela incite les individus à avoir une attitude et de comportements plus positifs à l'égard de l'autre. En effet, selon le principe anticipatoire, l'image projetée du futur guide les comportements actuels (Cooperrider et al., 2005). Les infirmières peuvent améliorer

leurs habiletés à établir et maintenir une relation de qualité avec ces personnes. D'autre part, les personnes soignées peuvent devenir moins hostiles envers les infirmières ou autres professionnels et plus enclines à collaborer avec elles.

En ce sens, ce projet constitue une occasion pour les participants d'expérimenter le travail de collaboration. Ceci constitue une opportunité d'apprentissage qui peut être transposée par la suite dans le contexte des soins (Waterman, Tillen, Dickson, & de Koning, 2001). Pour les infirmières, le projet peut leur permettre de s'appropriier l'enjeu de la relation dans un contexte de psychose et d'OGE, tout en les incitant à la pratique réflexive et à la critique de la culture de soins de leur milieu (Bate, 2000).

Selon le principe constructionniste de l'AI, se sont les façons de penser des personnes qui forment une organisation et qui construisent le futur de celle-ci (Cooperrider et al., 2005). En coconstruisant la vision idéale de la relation, des initiatives menant à des changements peuvent donc émerger subséquentement, à l'extérieur du contexte de l'étude.

Les résultats

La démarche basée sur l'*Appreciative inquiry* présentée dans le chapitre précédent a permis de répondre à la question de recherche, qui vise à décrire la vision de la relation idéale entre la personne hospitalisée contre son gré lors d'une psychose et l'infirmière. Les résultats de l'étude sont présentés dans ce chapitre. D'abord, les données descriptives quant aux caractéristiques sociodémographiques et aux expériences de soins des participants sont détaillées. Ensuite, le processus de construction du réseau de thèmes émergents des phases *Discovery*, *Dream* et *Design* sont exposés. Enfin, les thèmes issus de la phase *Discovery* sont présentés. Ceux-ci consistent aux conditions favorables à la relation qui ont été tirées des expériences relationnelles positives des participants. Finalement, leur vision de la relation idéale ainsi que les opportunités de changements identifiés lors des phases *Dream* et *Design* sont exposées.

Données descriptives

Des données décrivant le groupe à l'étude ont été recueillies afin de décrire leurs caractéristiques sociodémographiques ainsi que leurs expériences de travail ou de soins reçus quant au contexte à l'étude. Les caractéristiques des personnes soignées et des infirmières sont respectivement décrites aux Tableaux 10 et 11.

Tableau 10

Les caractéristiques des personnes ayant vécu une OGE lors d'une psychose

Genre	2 femmes, 3 hommes
Âge	Entre 22 et 29 ans ($\mu=25,2$)
Niveau de scolarité	1 maîtrise universitaire 3 diplômes d'études collégiales 1 diplôme d'études secondaires non complétées
Logement	4 en logement seul 1 en ressource d'hébergement
Durée du suivi à la clinique PEP	Entre 4 et 24 mois ($\mu= 11,6$)
Durée depuis la dernière hospitalisation	Entre 3 et 23 mois ($\mu= 11,2$)
Nombre d'hospitalisations	1 ^{ère} hospitalisation pour tous
Durée de la dernière hospitalisation	Entre 10 jours et 2 mois ($\mu=25,4$ jours)
Autres mesures coercitives utilisées	1 en ordonnance de traitement et d'hébergement

On remarque que les caractéristiques sociodémographiques du groupe de personnes soignées sont hétérogènes. Pour certaines, l'expérience d'hospitalisation involontaire est récente, ayant eu leur congé trois mois avant les entrevues alors que d'autres ont plus de recul, ayant eu leur congé deux ans avant l'étude. La durée de l'hospitalisation est également variable, allant de dix jours à deux mois.

Tableau 11

Les caractéristiques des infirmières

Genre	4 femmes, 1 homme
Âge	Entre 22 et 45 ans ($\mu= 30,8$)
Niveau de scolarité	Baccalauréat
Année d'expérience de travail	4 entre 1 an et 9 mois à 2 ans et 9 mois 1 de + de 25 ans
Expérience en psychiatrie	4 entre 9 mois et 2 ans 9 mois 1 de 9 ans
Milieu de travail principal	2 - urgence psychiatrique 1 - soins intensifs psychiatriques 1 - équipe volante en psychiatrie 1 - unités d'hospitalisations psychiatriques
Expérience dans l'application de mesures coercitives	Tous

Le groupe d'infirmières est un peu moins hétérogène en terme de genre et d'expérience de travail. Il ne contenait qu'un homme pour quatre femmes. De plus, une des infirmières avait beaucoup plus d'expérience de travail que les autres, soit vingt-cinq ans comparativement à moins de trois ans pour les autres.

Le réseau de thèmes

Le réseau de thèmes obtenus lors des différentes étapes de l'analyse des données comporte plus de 60 thèmes de base, sept thèmes organisateurs et un thème global pour

l'ensemble des phases *Discovery*, *Dream* et *Design*. Les détails des étapes qui ont permis de construire ce réseau de thèmes sont représentés dans la Figure 4.

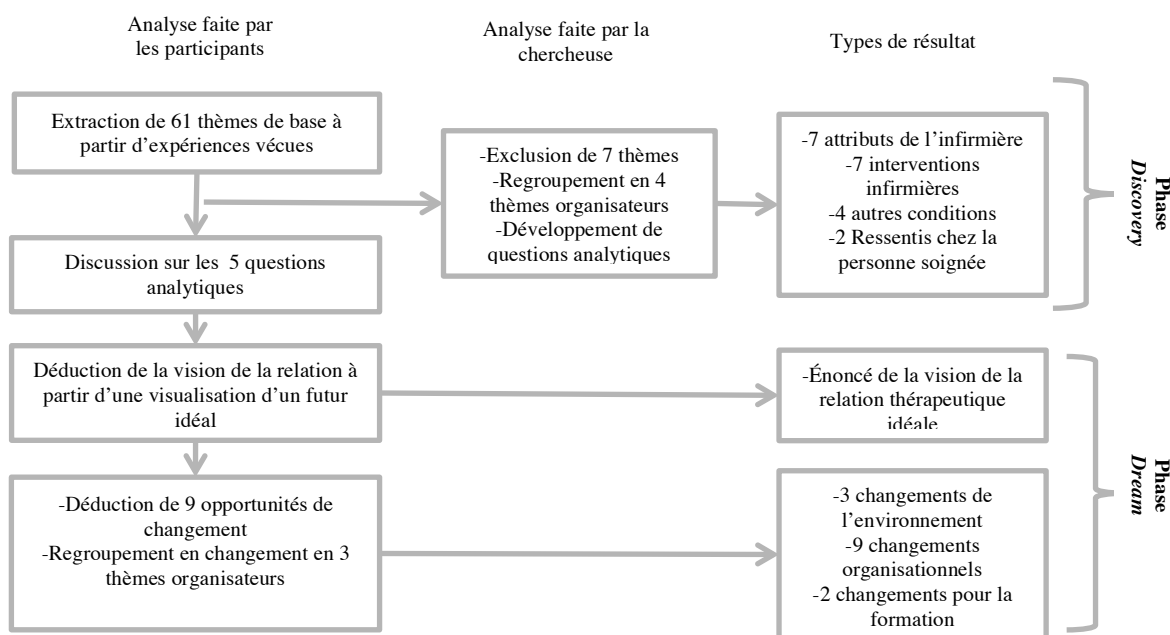


Figure 4. La construction du réseau de thèmes

Phase 1. *Discovery*

Les thèmes issus de la phase *Discovery* ont mis en lumière les conditions propices aux relations positives vécues par les participants. Le groupe a fait émerger plus de 60 thèmes. Un travail d'analyse faite par la chercheuse entre les phases 1 (*Discovery*) et 2 (*Dream et Design*) propose quatre thèmes organisateurs détaillés comme suit : 1) les attributs de l'infirmière, 2) les interventions infirmières, 3) les conditions et 4) les ressentis de la personne soignée. Pour cette phase, le fait que les personnes soignées et les infirmières ont été rencontrées séparément a permis d'observer des différences entre les groupes. Bien que le but de l'AI est de faire ressortir le message

commun qui regroupe tous les participants, ces différences sont présentées car elles seront discutées dans le chapitre suivant.

Les attributs de l’infirmière

Les attributs de l’infirmière sont des qualités qu’elle possède et qui sont favorables à la relation. Ces attributs sont ressortis comme un thème important lorsque nous avons questionné les participants, tant en groupe que de façon individuelle. Les différents attributs sont présentés dans le Tableau 12. Les thèmes identifiés par le groupe de personnes soignées et par le groupe d’infirmières sont placés dans des colonnes séparées.

Tableau 12

Les attributs de l’infirmière favorables à la relation

Personnes soignées	Infirmières
Empathie et compassion	Empathie et compassion
Authenticité, ouverture et fiabilité	Authenticité, ouverture et fiabilité
Humanisme, délicatesse, gentillesse, chaleur humaine et démontrer qu’on aime bien la personne	
Attention, intérêt et intelligence émotionnelle	
Compréhension et non jugement	
Disponibilité et montrer qu’on s’occupe de la personne	
Compétence, expérience et confiance en soi	

Le texte qui suit présente le contenu des définitions que les participants ont données pour chacun des attributs identifiés. Leurs propres mots ont été conservés ce qui explique que certaines définitions s'entrecoupent entre elles. Elles sont présentées telles quelles afin de respecter l'approche de l'AI.

Lors de la phase 1, le groupe de personnes soignées et d'infirmières a dit que lors de leurs expériences relationnelles positives, les infirmières font preuve d'empathie et de compassion. L'empathie a été définie par l'action de l'infirmière qui est à l'écoute, pose des questions, fait sentir la personne soignée importante et qu'elle est là pour elle. Le groupe a également défini l'empathie par une validation des frustrations de la personne, en lui disant, par exemple : « Je peux imaginer ta souffrance, à quel point c'est difficile ». La compassion a été définie par se mettre à la place de l'autre et à reformuler ce qu'elle dit.

L'authenticité, l'ouverture et la fiabilité ont également été identifiées par le groupe comme ayant été favorables à leurs expériences relationnelles positives. Il a défini l'authenticité par l'action d'être intègre, honnête et vrai. En outre, être authentique permet de dévoiler sa personne. Aussi, selon le groupe, être authentique peut se traduire par le simple fait d'avouer que l'on ne peut pas réellement comprendre la réalité de la personne soignée. Dans le même ordre d'idées, le groupe a défini l'ouverture par l'action de ne pas avoir de gêne et de répondre clairement aux questions, sans barrière.

La fiabilité, quant à elle, est observée quand l'infirmière avise la personne du déroulement des choses et que cela se passe tel qu'il a été dit.

Le groupe a identifié d'autres attributs à l'infirmière soit l'humanisme, la délicatesse, la gentillesse et la chaleur humaine. Ces attributs s'illustrent par des comportements qui démontrent que l'infirmière aime bien la personne soignée. Plus spécifiquement, l'humanisme est présent quand «le patient»⁴ est placé au cœur de la relation. D'autres façons de définir l'humanisme ont été rapportées, telles que se dévouer et agir avec une vocation, avoir une joie de vivre, accorder du temps pour discuter et aimer son travail.

La délicatesse, quant à elle, se définit par avoir du tact, y aller en douceur. Par exemple, préciser à la personne soignée qu'elle n'est pas obligée de prendre la médication. Selon le groupe, la gentillesse signifie être souriante, chaleureuse et douce. La gentillesse se manifeste lorsque l'infirmière est à l'écoute, regarde la personne soignée dans les yeux, n'est pas trop stricte et qu'elle s'intéresse à l'humain plutôt qu'à *un simple cas*. Finalement, démontrer qu'on aime bien la personne s'exprime par le non verbal qui indique qu'on est content de voir la personne. Le groupe a alors précisé qu'il s'agit d'avoir une attitude de type maternel auprès de la personne soignée.

⁴ Ce mot a été nommé de cette façon par les participants, c'est pourquoi nous le réutilisons ici.

Une expérience relationnelle positive, toujours du point de vue du groupe, décrit des attributs de l'infirmière comme étant attentionnée, intéressée et qui fait preuve d'une intelligence émotionnelle. L'attention et l'intelligence émotionnelle signifient, selon le groupe, d'être à l'écoute, de vouloir comprendre les émotions et le problème de la personne. L'infirmière s'intéresse à la façon dont la personne vit sa psychose, en s'attardant à ses pensées et à ses comportements. Par ailleurs, le groupe a mentionné que l'infirmière se montre intéressée lorsqu'elle prouve qu'elle se souvient de ce qu'elle a parlé avec la personne soignée précédemment, qu'elle comprend son vécu ou qu'elle s'intéresse à ses passe-temps. Ceci a eu pour effet que la personne se sente moins seule. Aussi, être intéressée par la personne soignée ouvrirait à la capacité de se mettre à la place de l'autre.

Des infirmières qui agissent sans porter de jugement et qui se montrent compréhensives sont d'autres attributs favorables à la relation. Le non-jugement a été décrit par l'action d'avoir une compréhension de l'autre. Celle-ci se manifeste en portant un regard accueillant et non agressif. Il a par ailleurs été dit que d'être compréhensive signifie de se centrer sur la personne plutôt que sur son diagnostic. À titre d'exemple, le groupe a souligné que l'infirmière peut se montrer compréhensive en soulignant que c'est le médecin qui a imposé l'OGE (faire du clivage).

La disponibilité a également été identifiée par le groupe comme une attitude favorable à la relation. Celui-ci a défini la disponibilité par une présence en tout temps,

physiquement et mentalement et de s'inquiéter pour ses *patients*. Ils ont spécifié que la disponibilité amène la possibilité de créer un lien, procure un sentiment de sécurité et rassure. Ils ont également dit que l'infirmière montre qu'elle s'occupe de la personne lorsqu'elle lui pose des questions.

Finalement, le groupe a mentionné la compétence, la confiance et soi et l'expérience de l'infirmière comme étant présents lors de leurs expériences relationnelles positives. Selon eux, la confiance en soi et l'expérience de travail permettent aux infirmières d'avoir plus d'aisance pour accorder des privilèges et être moins restrictives. La compétence de l'infirmière, quant à elle, permet d'inspirer confiance. Elle se démontre par ses connaissances médicales et par la façon de se comporter avec les autres.

En somme, le groupe a identifié, en s'inspirant de leurs expériences vécues, des attributs de l'infirmière qui sont favorables à une relation positive, tels que l'empathie, l'humanisme, l'attention, la compréhension, la disponibilité et la compétence. Selon eux, ces attributs sont favorables à la relation parce qu'ils aident la personne à se dévoiler, à se sentir moins seule, importante, en sécurité et rassurée, ainsi qu'à inspirer confiance envers l'infirmière.

Les interventions infirmières

Lorsqu'on a demandé aux participants de partager leurs expériences relationnelles positives, les thèmes abordés touchaient en grande partie des interventions infirmières, c'est-à-dire des actions posées par l'infirmière ayant un but thérapeutique. Ces interventions sont résumées dans le Tableau 13. Les thèmes identifiés par le groupe de personnes soignées et par le groupe d'infirmières sont placés dans des colonnes séparées.

Tableau 13

Les interventions infirmières favorables à la relation thérapeutique

Personnes soignées	Infirmières
Accorder du temps, discuter, converser	Accorder du temps, discuter, converser
Donner et susciter de l'espoir, être rassurante.	Donner et susciter de l'espoir, être rassurante.
Redonner du contrôle, accorder des privilèges et s'intéresser aux besoins de la personne, selon sa perspective personnelle	Redonner du contrôle, accorder des privilèges et s'intéresser aux besoins de la personne, selon sa perspective personnelle
	Donner des informations
	Impliquer la famille ou un pair aidant
	Faire du clivage avec les médecins
	Contre la stigmatisation

Le groupe a souligné à quel point l'infirmière qui accorde du temps pour discuter contribue à créer des expériences relationnelles positives. Ce temps accordé est décrit comme une conversation où il existe une écoute active, sans chercher des solutions à

tout prix. Il s'agit selon eux de parler de ce qui est important pour la personne, de ce qui lui est arrivé et de ce qui la concerne, afin de lui permettre de se dévoiler. Ceci implique de poser beaucoup de questions à la personne soignée, d'aller dans les détails, d'enchaîner les questions logiquement avec un fil conducteur, permettant à la personne de faire une introspection. Le groupe a mentionné que cette conversation implique également un certain échange, alors que la personne a l'occasion de poser certaines questions à l'infirmière aussi, mais sans aller autant en profondeur.

Selon l'expérience des participants, la relation est positive lorsque l'infirmière donne de l'espoir et est rassurante pour la personne. Par exemple, l'infirmière encourage la personne en lui disant qu'elle va finir par pouvoir s'habiller et sortir de l'hôpital. Elle le fait aussi en lui proposant des alternatives pour se divertir en attendant. Elle suscite également l'espoir en redonnant du contrôle à la personne, en la rassurant sur sa capacité de se rétablir et en lui indiquant ses progrès. Enfin, le groupe a partagé que l'infirmière suscite l'espoir lorsqu'elle reflète à la personne les ressources disponibles en lui disant « tu n'es pas seule » ainsi que les avantages à long terme de l'hospitalisation : « Prends du temps pour toi, pour te recentrer et prendre soin de toi ».

La relation est favorisée lorsque l'infirmière redonne du contrôle à la personne soignée, qu'elle lui accorde des privilèges et qu'elle s'intéresse à ses besoins selon sa perspective personnelle, plutôt qu'aux besoins identifiés par l'équipe traitante. Le groupe a dit que l'infirmière avait redonnée du contrôle à la personne en l'encourageant

à aller contester l'OGE en cour, en lui laissant contrôler le rythme des soins et en lui permettant de s'habiller avec ses propres vêtements. Ils ont aussi mentionné que lors de leurs expériences positives, l'infirmière leur a accordé des privilèges ou a assoupli les règles, ce qui leur a permis de se sentir plus libres. Finalement, le groupe a rapporté que l'intérêt de l'infirmière pour la perspective de la personne quant à ses besoins, en répondant à sa principale préoccupation, contribue à leurs expériences positives. Cela permet selon eux que la personne se sente considérée, qu'elle retrouve du contrôle et qu'elle collabore davantage.

Selon l'expérience des participants, la relation est favorisée lorsque l'infirmière donne des informations à la personne soignée sur ses droits, sur les règles du milieu et sur la psychose, en utilisant des termes simples et clairs et en s'ajustant au niveau de langage et au niveau de compréhension de la personne soignée. Ceci permet selon eux de sécuriser la personne, de leur redonner du pouvoir, de normaliser ses sentiments et de favoriser sa collaboration.

Lorsque l'infirmière implique la famille dans les soins, au travers de rencontres familiales, cela contribue aux expériences relationnelles positives. Le groupe a expliqué que cela avait permis à la famille de refléter à la personne son état différent de l'habitude, ainsi que leurs inquiétudes. Ces rencontres ont également permis aux infirmières d'obtenir la confiance de la personne soignée, en passant par la famille.

D'autre part, impliquer un pair aidant a permis que la personne soignée se sente comprise, ce qui a facilité la relation avec l'infirmière.

Le groupe a également mentionné que lorsque l'infirmière fait du clivage avec le médecin, les expériences relationnelles positives peuvent être favorisées. Faire du clivage signifie dans ce cas d'attribuer au médecin la décision d'avoir imposé l'OGE, afin de prendre une distance par rapport à la coercition. Enfin, les interventions visant à contrer la stigmatisation ont également favorisé les expériences relationnelles positives. Ceci a été fait, par exemple, en comparant la «*maladie*⁵» mentale avec une maladie physique.

En conclusion, le fait d'accorder du temps à la personne pour discuter ainsi que de lui donner de l'information, du contrôle et de l'espoir sont des exemples d'interventions infirmières qui ont favorisé des relations positives lors des expériences vécues par les participants. En outre, le groupe a expliqué que ces interventions ont favorisé la relation, car elles ont permis à la personne de se sentir considérée, comprise, normale, ouverte et contente. De plus, le groupe d'infirmières a justifié plusieurs de ces interventions comme étant favorables à la relation, car elles ont favorisé la collaboration.

⁵ Terme utilisé par les participants, présenté tel quel afin de respecter l'approche d'AI.

Les conditions favorables

Lors des entrevues de la phase *Discovery*, le groupe a également indiqué d'autres conditions du milieu de soins qui ont contribué positivement à leurs expériences relationnelles. Ces facteurs sont présentés dans le Tableau 14. Les thèmes identifiés par le groupe de personnes soignées et par le groupe d'infirmières sont placés dans des colonnes séparées.

Tableau 14

Les conditions favorables à la relation

Personnes soignées	Infirmières
Attribuer adéquatement aux infirmières l'assignation des personnes soignées, en considérant les besoins et l'intérêt primordial de ses dernières	Attribuer adéquatement aux infirmières l'assignation des personnes soignées, en considérant les besoins et l'intérêt primordial de ses dernières
Désirer et avoir la volonté chez la personne soignée d'obtenir son congé de l'hôpital plus rapidement	
Créer un environnement favorable et sécurisant	
Entrer en relation avec les pairs	

À chaque quart de travail, quelques infirmières se voient chacune attribuées aux soins d'un groupe de personnes. Lorsque cette attribution se fait de manière adéquate, cela favorise les relations positives, selon les expériences du groupe. Ceci a consisté à favoriser la continuité dans l'attribution, si la relation est bonne, car revoir les mêmes

visages est réconfortant pour la personne soignée. Par contre, il s'agit aussi de placer les intérêts de la personne soignée au premier plan en démontrant un respect et reculant si ça ne marche pas avec elle. Dans ces cas-là, le groupe a dit que la rotation des infirmières était plutôt favorable, car un plus grand nombre de choix d'infirmières donne plus de chances pour la personne soignée de s'entendre avec certaines infirmières. Lorsqu'elle s'entend moins bien avec une, elle sait que c'est temporaire.

Ensuite, le groupe a dit que la personne soignée avait le désir d'obtenir son congé plus rapidement et que ceci avait contribué aux relations positives. Ils ont dit que cela avait amené une motivation à créer un lien avec les infirmières. Selon eux, lorsque la personne se montre sage, ne fait pas crise et coopère, cela fait sourire les infirmières et augmente les chances de sortir plus rapidement.

Un environnement favorable et sécurisant a également contribué aux expériences relationnelles positives des participants. Ils ont décrit ce type d'environnement comme étant plus calme, plus lumineux et moins restrictif que l'environnement de soins de l'urgence psychiatrique. Il s'agit d'un milieu pour soi, stable et familier, où la personne se sent plus chez elle et peut se retrouver.

La relation avec les pairs est un autre facteur ayant favorisé les expériences positives. Selon les participants, cela a amené une ouverture sur les autres, incluant les infirmières.

Les ressentis de la personne soignée

Les personnes soignées ont identifié deux thèmes se rapportent à des sentiments qu'elles ont ressentis lors de leurs expériences relationnelles positives avec leurs infirmières. Ceux-ci sont présentés dans le Tableau 15.

Tableau 15

Les ressentis vécus par la personne soignée vécus lors d'une relation positive

Confiance

Se sentir comprise

La confiance a été définie par de l'estime et de la crédibilité envers l'infirmière, et de savoir qu'elle sera sur la même longueur d'onde, sans avoir besoin de lui dire. Selon le groupe, il s'agit du but de la relation, d'un aboutissement, qui permet une ouverture d'esprit chez le patient, vers l'acceptation des recommandations qu'on va lui faire, car elle sent qu'il y aura de bons résultats pour son rétablissement. Se sentir comprise n'a pas été défini. Par ailleurs, plusieurs attributs ou interventions infirmières ont été justifiés comme étant favorables à la relation, car elles avaient permis à la personne soignée de se sentir comprise et d'avoir confiance envers l'infirmière.

Phase 2. *Dream* et *Design*

La phase *Dream* vise à revoir le groupe pour arriver à composer un énoncé définissant leur vision de la relation idéale. Pour entamer la phase *Design*, cet exercice

de visualisation du futur sur la relation idéale a permis d'identifier des opportunités de changement pour favoriser l'actualisation de cet idéal. Au total, 9 opportunités sont soulevées à travers trois contextes : 1) l'environnement des soins, 2) les changements organisationnels et 3) la formation. D'abord, l'énoncé de la vision idéale est présenté.

Afin d'inspirer l'exercice de visualisation et de faire le pont avec la phase précédente, la synthèse des thèmes obtenus lors de la phase *Discovery* a été présentée. Une discussion autour de questions analytiques visant à clarifier certains thèmes a eu lieu. Ensuite, le groupe a été invité à fermer leurs yeux et à s'imaginer un futur dans lequel la relation entre personnes soignées et infirmières serait idéale. Le groupe a ensuite échangé au sujet de leurs visions. Dans la partie synthèse, ils ont composé l'énoncé suivant, pour résumer leur vision partagée de la relation idéale :

Lien de confiance et respect mutuel qui évolue dans le temps, dans lequel l'infirmière offre un support⁶ personnalisé, de l'empathie et de l'écoute, qui sont bénéfiques pour la personne et qui génèrent chez elle un sentiment de reconnaissance envers l'infirmière.

Ensuite, le groupe a identifié les thèmes émergeant de leur échange, qui correspondent à des opportunités de changements qui pourraient permettre à leur vision de s'actualiser. Ces opportunités de changements au niveau de l'environnement de soins,

⁶ Bien que ce terme constitue un anglicisme, a été conservé tel quel afin d'utiliser les mots des participants.

de l'organisation et de la formation sont décrites, respectivement, dans les Tableaux 16, 17 et 18.

Tableau 16

Les opportunités de changements au niveau de l'environnement de soins

Fournir plus d'espace pour soigner, surtout à l'urgence psychiatrique.
Fournir des espaces qui sont plus intimes et favorables à la communication de sujets personnels, surtout à l'urgence psychiatrique.
Fournir des lieux de recueillement à l'intérieur de l'hôpital pour les patients (ex. plusieurs espaces différents où les patients peuvent se déplacer, un jardin intérieur, un endroit pour fumer).

Tableau 17

Les opportunités de changements au niveau organisationnel

Organiser plus d'activités pour occuper et divertir les patients
Sensibiliser les infirmières à prendre plus de temps auprès de leurs patients pour discuter avec eux.
Permettre plus de flexibilité aux règles sur les unités
Accorder plus d'autonomie aux infirmières quant aux décisions concernant les règles de fonctionnement de l'unité de soins

Tableau 18

Les opportunités de changements au niveau de la formation

Enseigner davantage de techniques de communication et d'entretien motivationnel
Mise en contact entre infirmières et pairs aidants afin que ces derniers partagent aux infirmières leurs vécu et les aide à comprendre ce que vivent les patients

En somme, ce chapitre décrit les résultats de l'étude qui ont permis d'identifier des attributs de l'infirmière, des interventions infirmières, d'autres conditions et des ressentis chez la personne soignée qui étaient présents lors d'expériences vécues de relations positives entre des personnes hospitalisées contre leur gré lors d'un épisode psychotique et leurs infirmières. Elle a également permis de définir leur vision de la relation idéale et des opportunités de changements pour favoriser cet idéal. L'interprétation de ces résultats et leurs implications seront discutées dans le prochain chapitre.

La discussion

Le but de l'étude était de coconstruire la vision d'une relation idéale entre la personne qui vit un épisode psychotique et l'infirmière, dans le contexte d'une hospitalisation involontaire. Le présent chapitre présente d'abord une interprétation de la vision de relation idéale énoncée par le groupe en faisant ressortir les liens entre les thèmes. Ensuite, une réflexion quant au changement de culture de pratique par rapport à la relation est présentée, abordant la valorisation de l'importance de la relation dans le rôle infirmier et clarifiant les notions de la distance professionnelle, de partage d'informations, de collaboration et de pouvoir. S'en suivent des recommandations pour les divers domaines de la discipline infirmière. Ceci est suivi des limites et des forces de l'étude.

La relation idéale

Le projet de recherche visait à décrire la vision partagée d'une relation idéale entre la personne qui vit un épisode psychotique et l'infirmière, dans un contexte d'hospitalisation involontaire. Nous avons rencontré des personnes qui ont été soignées dans ce contexte ainsi que des infirmières, afin qu'elles partagent leurs expériences positives au sujet de la relation infirmière/personne soignée. Nous avons relevé des éléments similaires aux écrits et des différences. Parmi ces résultats, une vision émerge et est discutée ici.

La vision d'une relation idéale

La vision d'une relation idéale énoncée par le groupe est le résultat des deux premiers objectifs de l'étude. Ceux-ci étaient 1) d'explorer de manière appréciative des histoires de relation positive et 2) d'identifier la vision d'une relation idéale. Afin de décrire cette vision plus en détail, la chercheuse a interprété le discours des participants lors des parties synthèses des entrevues individuelles et de groupe de façon à identifier les liens entre les thèmes issus de l'étude. Ceci a permis de constater que la relation idéale se caractérise par des échanges positifs et réciproques entre la personne et l'infirmière. Ces échanges forment un système, c'est-à-dire qu'il y a une circularité entre plusieurs éléments. D'abord, l'infirmière initie la relation en offrant de l'écoute, de l'empathie et un support personnalisé à la personne soignée, ce qui correspond aux principaux attributs et interventions infirmières favorables à la relation. Ceci génère des bénéfices pour la personne soignée (détaillés dans le Tableau 19). En retour, cette dernière exprime de la reconnaissance envers l'infirmière et collabore davantage aux soins qui lui sont proposés. Ceci procure un sentiment de gratification pour l'infirmière. Ces échanges alimentent un respect et une confiance mutuelle entre la personne soignée et l'infirmière. La nature systémique de la relation idéale est représentée dans la Figure 5.

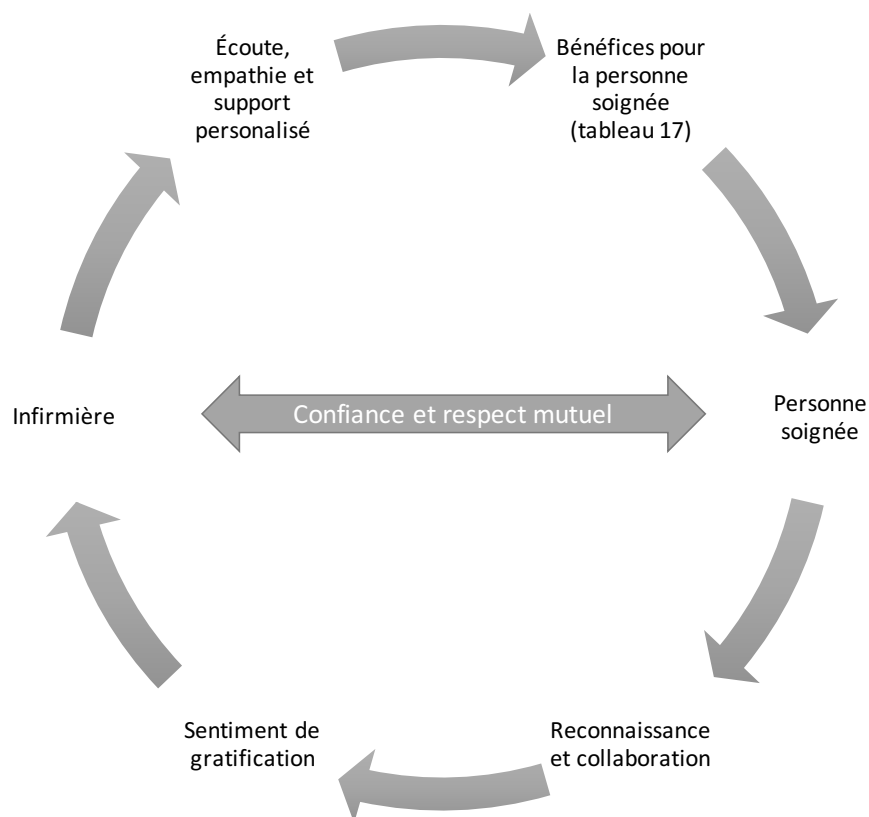


Figure 5. La nature systémique de la relation idéale

Tableau 19

Les bénéfices pour la personne soignée

Sentiment d'être comprise
Sentiment d'être importante, privilégiée, aimée et valorisée, ce qui nourrit l'estime de soi
Sentiment agréable, bien-être, bonne humeur et contentement
Augmentation du pouvoir d'agir et du sentiment de liberté
Sentiment de détente, de réconfort et de sécurité, ce qui est rassurant
Espoir d'évoluer qui motive et encourage vers le rétablissement
Meilleure acceptation de l'expérience de la psychose et du contexte de l'OGE
Apaisement du sentiment d'opposition, qui fait place au calme

En somme, une analyse des liens entre les thèmes a permis de mieux comprendre la nature des échanges positifs et réciproques entre la personne et l'infirmière qui caractérisent la relation idéale, dans un contexte de psychose et d'OGE. Ceci confirme donc le potentiel riche et positif de la relation pour la pratique infirmière. Or, des défis rencontrés au cours du processus de recherche montrent qu'une réflexion s'impose afin que le rôle de l'infirmière quant à la relation puisse se déployer à son plein potentiel.

Le changement de culture de pratique

Le changement de culture de pratique constitue la principale retombée d'une démarche basée sur l'*Appreciative inquiry*. Selon cette approche, un changement des mentalités et des pratiques pourrait se produire à plus long terme et en dehors du contexte de l'étude, grâce à une mobilisation des participants. Par contre, la chercheuse a été alimentée tout au long du processus de recherche par des réflexions à ce sujet qui ont émergé de ses interactions et échanges avec les participants. En effet, l'AI met celle-ci dans une position où elle est directement impliquée auprès des participants plutôt qu'un simple observateur (Robichaud, 2011). Comme le pouvoir est partagé, les participants deviennent des experts qui influencent les perceptions de la chercheuse (Robichaud, 2011). Plus spécifiquement, ces réflexions découlent de différences d'opinions notées entre le groupe de personnes soignées et le groupe d'infirmières. Même si la démarche visait à trouver un consensus, l'AI considère les difficultés ou imprévus comme des opportunités pour aborder des questions plus contextuelles et sous-jacentes qui n'avaient pas été envisagées dans le plan de recherche original (Reed, 2007). Dans ce cas, les

différences entre le groupe de personnes soignées et le groupe d'infirmières permettent donc de donner une voix particulière aux personnes soignées au sujet de leurs besoins dans leur relation avec l'infirmière. En somme, des réflexions émergeant des interactions entre les participants et la chercheuse ainsi que de différences observées entre les groupes de personnes soignées et d'infirmières ont été consignées à titre de données supplémentaires sous forme de notes réflexives. Le fruit de ces réflexions donne des pistes de changements envisageables au niveau de la culture de pratique actuelle, qui seront discutées dans la section suivante.

La valorisation de la relation dans le rôle infirmier

Tout d'abord, il semble qu'un travail de valorisation de la relation dans le rôle infirmier soit de mise. Ceci s'est fait sentir lors de la phase 1 de l'étude. Alors que le groupe d'infirmières s'est montré convaincu de la pertinence de s'intéresser à la relation dans un projet de recherche, les personnes soignées l'ont moins été. En effet, quelques-unes d'entre elles se sont dites surprises que le sujet d'intérêt de l'étude soit la relation entre la personne soignée et l'infirmière. Selon elles, établir une relation avec la personne soignée est réservé au psychiatre au gestionnaire de cas du programme PEP, alors que le rôle de l'infirmière se limite plutôt à la prise de signes vitaux, l'administration de médication et s'assurer au bon fonctionnement du quotidien sur l'unité de soins. De plus, quelques personnes soignées rencontrées en entrevues individuelles n'avaient aucune expérience de relation positive avec une infirmière à partager. Buchanan-Barker et Barker (2005) attribuent ceci à une culture de pratique

centrée sur la dangerosité associée aux expériences de santé mentale. Selon elles, cette culture restreint le rôle des infirmières à celui d'observation et de surveillance, au détriment de la relation (Buchanan-Barker & Barker, 2005). Par ailleurs, la méconnaissance du rôle de l'infirmière d'établir une relation pourrait s'expliquer par un manque de clarté à son sujet. Afin de le clarifier, les prochaines sections aborderont les notions de distance professionnelle, d'enseignement, de collaboration et de pouvoir.

La distance professionnelle

La distance professionnelle est une notion qui a semblé être perçue différemment par le groupe de personnes soignées et le groupe d'infirmières. Les ordres professionnels infirmiers dictent à leurs membres de conserver une distance professionnelle en restant détaché émotionnellement du vécu de la personne et en évitant de dévoiler des renseignements personnels à la personne soignée à son sujet (OIIO, 2009; OIIQ, 2015).

Or, les personnes soignées participantes à l'étude ont plutôt exprimé le besoin que les infirmières soient impliquées émotionnellement et qu'elles partagent au moins une partie de leur vie personnelle, ce qui n'a pas été rapporté par le groupe d'infirmières. En effet, alors que le groupe de personnes soignées a mis l'accent sur des attributs de l'infirmière qui impliquent un engagement émotionnel, tels qu'une chaleur humaine, de la gentillesse, de la douceur et une attitude maternelle, cela n'a pas été le cas pour le groupe d'infirmières. Les seuls attributs qui ont été identifiés par les deux groupes sont l'authenticité et l'empathie.

Ces différences de point de vue se reflètent dans les écrits lorsqu'on compare les recommandations des ordres professionnels avec le point de vue des personnes soignées. Le besoin de contact émotif est un thème récurrent dans le discours des personnes ayant reçu des soins en santé mentale, dans un contexte d'OGE (Andreasson & Skarsater, 2012; Gilbert et al., 2008; Hooff & Goossensen, 2014; Olofsson & Norberg, 2001; Smith et al., 2014; Wyder et al., 2015; Wyder et al., 2013). Selon des écrits antérieurs, des personnes ayant fait l'expérience d'une OGE ont par ailleurs exprimé le besoin d'avoir une connexion (Wyder et al., 2015) et d'être accompagnées émotionnellement (Hooff & Goossensen, 2014; Olofsson & Norberg, 2001). Rester complètement détaché(e) émotivement pourrait donc être plus ou moins favorable à la relation.

En outre, les personnes participantes à l'étude ont souligné qu'elles avaient apprécié les infirmières qui avaient une attitude amicale, ce qui est contraire à la distance professionnelle. De plus, elles ont dit apprécier les infirmières qui acceptaient de répondre aux questions qui lui étaient adressées à son sujet, afin qu'il y ait une certaine réciprocité dans la conversation. Elles ont dit que ceci leur permettait de mieux s'identifier aux infirmières en constatant des points en commun avec elles. Ceci rejoint les conclusions d'une recension des écrits sur la perspective des personnes hospitalisées contre leur gré, qui indiquent qu'avoir des interactions plus personnelles avec les personnes soignées favoriserait la relation (Katsakou & Priebe, 2007).

En somme, il semble qu'un minimum d'engagement émotif et de dévoilement de la part de l'infirmière soit nécessaire pour créer une relation avec la personne soignée (Hooff & Goossensen, 2014). La notion de distance professionnelle mériterait donc d'être revisitée afin de répondre plus adéquatement aux besoins de contact émotif et de réciprocité des personnes soignées.

Le partage d'informations entre la personne soignée et l'infirmière

Le partage d'informations entre la personne soignée et l'infirmière a fait l'objet de visions divergentes entre les deux groupes à l'étude. Alors que les infirmières ont suggéré d'initier la communication et la relation avec la personne soignée en lui donnant des informations au sujet de la psychose, de l'OGE et de ses droits, aucune personne soignée n'a abordé ce sujet. Ces dernières ont plutôt mis l'accent sur leur besoin de verbaliser sur leur propre perspective quant à leur expérience de santé. Il semble que les personnes soignées aient senti un déséquilibre dans le partage d'informations avec les infirmières, celui-ci n'allant que dans la direction de l'infirmière vers la personne soignée. Ces dernières auraient aimé qu'on les considère davantage comme des expertes de leurs expériences en les questionnant davantage sur leur perspective, afin que le partage d'informations soit à double sens.

Afin de trouver des solutions qui pourraient rééquilibrer le partage d'informations entre infirmières et personnes soignées, il convient d'identifier les barrières qui empêchent les infirmières de questionner les personnes soignées au sujet de

leur expérience personnelle. Tout d'abord, il se pourrait que les infirmières aient peur d'alimenter les symptômes psychotiques en laissant la personne verbaliser au sujet de ceux-ci (Amador & Johanson, 2000). D'autres infirmières hésiteraient à aborder le contenu de la psychose, car elles croient qu'elles auront à le confronter et qu'en conséquence, la relation sera brisée (Amador & Johanson, 2000; Wittorf et al., 2010). En somme, il se pourrait que de fausses croyances entretenues par les infirmières les retiennent de répondre au besoin qu'ont les personnes de s'exprimer quant au contenu de leur expérience psychotique.

La notion de collaboration

La notion de collaboration avec la personne pourrait également être précisée pour la pratique infirmière. Des conceptions divergentes au sujet de la collaboration ont été notées au sein du groupe à l'étude. Pour certains participants, la collaboration signifiait que la personne soignée adhère au plan de traitement proposé par l'équipe médicale. Il semble donc que ces personnes aient confondu la collaboration avec l'adhérence au traitement. Pour d'autres participants, la collaboration signifie plutôt d'établir un plan conjointement avec la personne, ce qui concorde davantage avec les écrits antérieurs (Zugai et al., 2015). Une confusion entre les concepts de collaboration et d'adhérence chez les participants de l'étude montre qu'une clarification quant à la notion de collaboration entre la personne soignée et l'infirmière est de mise.

De plus, les participants de l'étude ont évoqué une forme de collaboration passive qui consiste à « être un bon patient » en agissant de la manière attendue par l'équipe traitante, dans le seul but d'obtenir son congé plus rapidement. Ce type de comportement a été noté dans les écrits antérieurs qui s'intéressaient au contexte de soin coercitif (Norvoll & Pedersen, 2016; Seed et al., 2016). Encore une fois, ce type de collaboration peut être confondu avec une réelle collaboration, ce qui confirme la nécessité de clarifier ce concept pour la pratique infirmière.

Le pouvoir

Le pouvoir de l'infirmière par rapport à la personne soignée a fait état de réflexions au cours de l'étude. Les infirmières participantes ont partagé qu'elles ne se sentent pas en position de pouvoir, mais tout aussi contraintes que les personnes par le contexte de l'OGE, leurs responsabilités dans l'application de prescriptions médicales et les règles de l'établissement. Des écrits antérieurs rapportent également que les professionnels de santé mentale ressentent souvent de l'impuissance face aux lignes de conduite et politiques du milieu de pratique (Larsen & Terkelsen, 2013; Wharne, 2015). Ainsi, les participants, incluant les personnes soignées, ont proposé que si les infirmières avaient plus de pouvoir et d'autonomie quant à l'application des règles sur l'unité, elles auraient un levier pour favoriser la relation. Par exemple, lorsqu'elles se montrent flexibles par rapport à une règle ou lorsqu'elles accordent un privilège, la personne sent qu'on lui fait confiance, ce qui favorise la relation. Il semble donc qu'une plus grande autonomie chez l'infirmière quant à l'application des règles pourrait favoriser la relation.

Finalement, les différentes perspectives des personnes soignées et des infirmières participantes ont mis en relief la nécessité d'apporter un changement de culture de pratique afin de favoriser de meilleures relations entre personnes soignées et infirmières. Tout d'abord, une valorisation de l'importance de la relation dans le rôle infirmier est de mise. Ensuite, la notion de distance professionnelle mériterait d'être revisitée afin de mieux répondre au besoin de contact émotif et de réciprocité chez la personne soignée. Sur le plan du partage d'informations, il est nécessaire de reconnaître davantage la position d'expert de la personne soignée au sujet de son expérience de santé en la faisant verbaliser davantage sur sa perspective personnelle. Au sujet de la notion de collaboration, il faudrait s'assurer de ne pas la confondre avec adhérence au traitement. Enfin, en plus de redonner du pouvoir aux personnes soignées, il serait important d'en redonner également aux infirmières, afin qu'elles aient plus d'autonomie quant à l'application des règles imposées par l'établissement. Ceci leur permettrait d'avoir un levier supplémentaire pour engager la relation.

Les principes d'engagement du *Tidal Model*

Les principes d'engagement du *Tidal Model* offrent des valeurs qui reconnaissent l'importance de la relation dans le rôle infirmier. Une comparaison entre ces principes et les résultats de l'étude a été effectuée afin d'appuyer la pertinence d'utiliser ce modèle pour guider l'infirmière dans ces échanges avec la personne en situation de psychose et d'OGE. Les correspondances observées entre ces principes et les résultats de l'étude sont identifiées dans le Tableau 20.

Tableau 20

Les similitudes entre les principes d'engagement et les résultats de l'étude

Principes d'engagement du <i>Tidal Model</i> (Barker & Buchanan-Barker, 2005)	Résultats de l'étude
Valoriser la voix : L'histoire de la personne sur son expérience comprend non seulement les raisons de la détresse, mais aussi l'espoir pour sa résolution.	Écouter, discuter et converser
Développer une curiosité authentique : Les infirmières doivent exprimer un intérêt authentique envers l'histoire de la personne.	Attention et intérêt pour la personne soignée
Devenir l'apprenti : La personne est experte sur l'histoire de sa vie. L'infirmière apprend de la personne ce qui doit être fait ou ce qui fonctionne.	S'intéresser aux besoins de la personne, selon sa perspective personnelle
Révéler la sagesse personnelle : La personne a développé une puissante réserve de sagesse personnelle dans l'écriture de son histoire de vie.	Rassurer la personne sur sa capacité de se rétablir
Être transparent : La relation est basée sur la confiance mutuelle et l'authenticité.	Authenticité, ouverture et fiabilité
Passer du temps ensemble : Le temps que l'aidant et la personne passent ensemble est la pierre angulaire du processus de changement.	Disponibilité Accorder du temps
Utiliser le pouvoir des ressources : L'histoire de la personne contient des exemples de ce qui a fonctionné ou de ce qui pourrait fonctionner pour la personne.	Refléter à la personne les ressources disponibles Impliquer la famille ou un pair
Coconstruire la prochaine étape : L'infirmière et la personne travaillent ensemble à construire une appréciation de ce qui a besoin d'être fait « maintenant ».	Collaborer
Savoir que le changement est constant : La tâche de l'infirmière est d'être à l'affût des modalités de changements aussi petits qu'ils soient et de les refléter à la personne.	Refléter à la personne ses progrès

En somme, les résultats de la présente étude appuient certains principes d'engagement du *Tidal Model*. Ceci suggère que l'implantation de ce modèle de soins dans les milieux de pratique pourrait offrir un guide aux infirmières pour potentialiser l'impact de relations positives avec les personnes soignées dans leur pratique.

Les retombées pour la discipline infirmière

Les résultats de l'étude ont des retombées pour la discipline infirmière. Celles-ci seront présentées selon les domaines de la discipline infirmière énoncés par Pepin, Ducharme, et Kérouac (2017), soit la pratique, la gestion, la formation et la recherche. Les recommandations émises pour chacun de ces domaines sont présentées respectivement dans le Tableau 21 et les suivants. Les références citées dans ces Tableaux se trouvent à l'Appendice F.

Tableau 21

Les recommandations pour la pratique infirmière

Recommandations issues de l'étude, appuyées par des écrits antérieurs :

Être humaine, empathique, authentique, gentille, respectueuse, intéressée, sans jugement, joyeuse, confiante et disponible (1-7)

Entretenir des conversations amicales avec la personne soignée (3, 8, 9)

Écouter activement la personne soignée verbaliser sur son expérience (3, 4, 6, 9)

Favoriser l'expression des sentiments générés par l'OGE (3, 10)

Considérer la personne dans son unicité en regardant au-delà des symptômes et en s'intéressant à sa propre perspective (3, 6, 9, 11)

S'imaginer être dans la peau de la personne soignée (8)

Aider la personne soignée à trouver un sens à son expérience (3, 4, 6, 12)

Refléter à la personne soignée les avantages de son hospitalisation (4)

Fournir des informations sur ses droits, les règles de l'unité de soins, son expérience de santé et le traitement (3, 4, 6, 9, 12)

Trouver des buts communs avec la personne soignée pour collaborer, même si elle est non volontaire à l'hospitalisation et/ou au traitement (13)

Impliquer la personne dans les décisions en lui offrant plusieurs alternatives et en lui permettant de faire des choix le plus rapidement possible (3, 4, 9, 12)

Se montrer flexible par rapport aux règles, les assouplir pour montrer à la personne soignée qu'on lui fait confiance (4)

Laisser la personne contrôler le rythme de ses soins (3, 4)

Susciter l'espoir en reflétant à la personne soignée sa capacité de se rétablir, ses progrès et ses ressources (4, 12, 14)

Impliquer la famille (4) et/ou les pairs (9)

Recommandations issues de l'étude, non recensées dans les écrits antérieurs :

Collaborer avec le psychiatre et, dans certaines situations, se dégager des décisions prises par celui-ci afin de permettre une alliance avec la personne soignée

Encourager la personne soignée à aller contester son OGE en Cour

Tableau 22

Les recommandations pour la formation des infirmières

Recommandations issues de l'étude, appuyées par des écrits antérieurs :

Enseigner davantage les techniques de communication et entraînement aux habiletés interpersonnelles (15)

Sensibiliser à l'importance d'écouter le contenu de l'expérience psychotique, en se dégageant des fausses croyances qui l'en empêchent (13)

Recommandations issues de l'étude, non recensées dans les écrits antérieurs :

Apprendre aux infirmières la distinction entre collaboration, observance et collaboration passive.

Enseigner comment respecter les limites de la relation professionnelle tout en étant impliquée émotionnellement dans cette relation.

Enseigner comment utiliser le dévoilement de soi comme but thérapeutique pour la personne soignée, tout en respectant les limites de la relation professionnelle.

Mettre en contact les infirmières avec des personnes soignées afin de concilier les visions divergentes quant aux besoins de cette dernière

Tableau 23

Les recommandations pour la gestion des soins infirmiers

Recommandations issues de l'étude, appuyées par des écrits antérieurs :

Implanter le *Tidal Model* dans les milieux (16, 17)

Favoriser la continuité dans le pairage infirmière-personne soignée (18, 19)

Fournir un environnement de soins sécurisant et permettant de conserver une certaine intimité (9, 12, 14)

Recommandations issues de l'étude, non recensées dans les écrits antérieurs :

Sensibiliser les gestionnaires à l'importance de la relation dans le rôle de l'infirmière, en évoquant les bénéfices qui sont ressortis de l'étude

Accorder plus de pouvoir et d'autonomie aux infirmières

Favoriser le pairage en fonction de la comptabilité entre infirmières et personnes soignées, au besoin

Tableau 24

Les recommandations pour la recherche en sciences infirmières

Recommandations issues de l'étude, non recensées dans les écrits antérieurs :

Explorer des exemples de collaboration avec les personnes sous OGE

Clarifier la notion de distance professionnelle

Explorer les croyances des infirmières qui les empêchent d'accorder du temps pour écouter la personne soignée

Comparer l'efficacité de l'enseignement, plutôt que simplement écouter l'histoire de la personne, sans chercher à lui donner des instructions

Explorer les avantages d'accorder plus d'autonomie aux infirmières dans l'application des règles sur les unités de soins

Les limites et les forces de l'étude

La présente étude comporte certaines limites. En premier lieu, l'étude a pu comporter certains biais. Entre autres, un biais de désirabilité sociale a pu se manifester tant chez les personnes que les infirmières. Ceci a été particulièrement le cas lors du deuxième *focus group*, alors que les personnes ont pu être intimidées par la présence des infirmières et vice versa. De plus, le but de donner du pouvoir à une clientèle vulnérable par leur participation à l'étude a été limité. En effet, lors des entrevues individuelles, certaines personnes soignées avaient plus de difficulté à s'exprimer, en raison d'une timidité ou des symptômes négatifs (ex. perte d'intérêt, apathie, retrait social) de la psychose. Sans doute pour les mêmes raisons, lors du second *focus group*, les infirmières se sont exprimées beaucoup plus que les personnes soignées. Sur le plan de l'échantillon, le fait que la plupart des infirmier(ère)s participant(e)s aient moins de trois ans d'expérience de travail constitue une limite de l'étude. L'AI privilégie la

participation d'experts afin d'enrichir le bagage d'expériences positives à partager (Cooperrider et al., 2005). La portée de l'étude est également limitée par les contraintes de temps pour effectuer les entrevues individuelles et focus group, ainsi que par le petit échantillon de participant qui découle de cette contrainte. Inclure un plus grand nombre de participants variés, possiblement autres que des personnes soignées et des infirmières, aurait pu enrichir les discussions. Conduire un plus grand nombre d'entrevues auprès de ceux-ci aurait également permis d'avancer plus loin dans la démarche d'AI et d'élaborer un plan d'action plus détaillé lors de la phase *Design* permettant d'opérer des changements au sein de l'organisation. Enfin, le fait que l'étude n'ait eu lieu qu'au sein d'un seul hôpital restreint l'espoir d'un changement de culture plus général, en dehors de cette organisation.

Par contre, l'approche de l'AI semble avoir permis d'opérer des changements positifs chez les participants de l'étude. Certaines personnes soignées ont partagé, lors de leur entrevue individuelle, que le simple fait de discuter de leurs expériences positives leur avait fait du bien. D'autres ont dit, lors du second focus group, que d'entendre le vécu des infirmières au sujet de leur impuissance face à l'OGE avait changé le regard porté à leur égard, pour le rendre plus positif. Les infirmières ont dit que la participation à l'étude avait été très enrichissante et qu'elles utilisaient déjà dans leur pratique les suggestions apportées par leurs collègues lors de la phase 1. Par ailleurs, une infirmière conseillère a dit qu'elle avait été sensibilisée par l'importance de favoriser de meilleures relations et qu'elle allait prioriser cet objectif dans ses prochains

projets. Ainsi, l'approche de l'AI a permis de mobiliser les personnes soignées et infirmières, de manière à améliorer la qualité de leurs relations. Enfin, les similitudes observées entre les résultats et le *Tidal Model* constituent une force de l'étude. L'appui qu'elle apporte à cette théorie permet de faire avancer les connaissances utiles aux soins infirmiers en santé mentale. Globalement, l'interprétation des résultats et la discussion qui en a découlé ont permis de mettre en relief les bénéfices d'une relation idéale, de clarifier le rôle de l'infirmière pour la relation et d'émettre des recommandations utiles pour les divers domaines de la discipline infirmière, c'est-à-dire, la pratique, la gestion, l'enseignement et la recherche.

Conclusion

La présente étude visait à coconstruire la vision partagée d'une relation idéale entre la personne qui vit un épisode psychotique et l'infirmière, dans un contexte d'hospitalisation involontaire. Selon le groupe de personnes soignées et d'infirmières participantes, la relation idéale est un lien de confiance et respect mutuel qui évolue dans le temps, dans lequel l'infirmière offre un support personnalisé, de l'empathie et de l'écoute, qui sont bénéfiques pour la personne soignée et qui génèrent chez elle un sentiment de reconnaissance envers l'infirmière. Une série d'attributs de l'infirmière, d'interventions infirmières et de conditions ont été identifiés par le groupe de participants comme étant favorables à la relation idéale. Celle-ci a pu inspirer une liste d'opportunités de changements permettant d'actualiser la vision de relation idéale. De plus, une série de bénéfices de la relation idéale pour la personne soignée et pour l'infirmière ont été identifiés. Enfin, les liens entre les thèmes ont permis de mettre en lumière la nature systémique de la relation idéale. En somme, la force de l'étude réside dans la démarche de l'AI, qui a permis de mettre en valeur le potentiel positif de la relation et d'identifier des opportunités de changements concrètes pour l'actualiser.

L'approche de l'AI vise à mettre en commun les idées de différents acteurs pour en faire ressortir une vision partagée (Cooperrider et al., 2005). Par contre, le fait que le groupe de personnes soignées et le groupe d'infirmières aient été rencontrés séparément lors de la phase 1 de l'étude a montré des différences de visions entre ces deux groupes. Cependant, ces différences ont permis d'alimenter une réflexion chez l'auteure au sujet d'un changement de culture de pratique qui permettrait de favoriser la relation idéale

dans le contexte étudié. Notamment, un travail de valorisation de l'importance de la relation dans le rôle infirmier et une réflexion au sujet de la distance professionnelle, du partage d'informations, de la collaboration et du pouvoir de l'infirmière s'impose. Ces thèmes constituent donc des sujets pertinents à aborder dans le cadre de recherches futures.

Références

- Action Autonomie. (2005). Des libertés bien fragiles : Étude sur l'application de la loi P-38.001 sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui. *Le Collectif pour la défense des droits en santé mentale de Montréal*. Montréal: Action Autonomie.
- Amador, X., & Johanson, A.-L. (2000). *I am not sick, I don't need help! Helping the seriously mentally ill accept treatment*. Peconic, NY, US: Vida Press.
- Amador, X. F., & Gorman, J. M. (1998). Psychopathologic domains and insight in schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America*, 21(1), 27-42. [http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S0193-953X\(05\)70359-2](http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S0193-953X(05)70359-2)
- American Psychiatric Association. (2013). Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Andreasson, E., & Skarsater, I. (2012). Patients treated for psychosis and their perceptions of care in compulsory treatment: basis for an action plan. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(1), 15-22. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01748.x>
- Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec. (2016). Commentaires et recommandations de l'AGIDD-SMQ concernant le Septième rapport périodique du Canada sur la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. Page consultée à <http://www.agidd.org/wp-content/uploads/2016/01/Rapport-AGIDD-SMQ-septi%C3%A8me-rapport-Canada-CCT-janvier-20161.pdf>
- Attride-Stirling, J. (2001). Thematic networks: an analytic tool for qualitative research. *Qualitative Research*, 1(3), 385-405. <http://dx.doi.org/10.1177/146879410100100307>
- Bajaj, V., Sengupta, S., & Gupta, D. K. (2009). Psychopathology, insight and compliance in schizophrenia. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 26(1), 12-15.

- Barker, P. (1997). Towards a meta-theory of psychiatric nursing practice. *Mental Health Practice*, 1(4), 18-21. <http://dx.doi.org/10.7748/mhp.1.4.18.s16>
- Barker, P., & Buchanan-Barker, P. (2005). *The Tidal Model: A guide for mental health professionals*. New York: Brunner-Routledge.
- Barker, P., & Buchanan-Barker, P. (2010). The tidal model of mental health recovery and reclamation: application in acute care settings. *Issues in Mental Health Nursing*, 31(3), 171-180.
- Barker, P., Jackson, S., & Stevenson, C. (1999). The need for psychiatric nursing: towards a multidimensional theory of caring. *Nursing Inquiry*, 6(2), 103-111. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1440-1800.1999.00018.x>
- Barrowclough, C., Meier, P., Beardmore, R., & Emsley, R. (2010). Predicting therapeutic alliance in clients with psychosis and substance misuse. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 198(5), 373-377. <http://dx.doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181da4d4e>
- Bate, P. (2000). Synthesizing Research and Practice: Using the Action Research Approach in Health Care Settings. *Social Policy & Administration*, 34(4), 478-493. <http://dx.doi.org/10.1111/1467-9515.00205>
- Berger, J. L. (2006). Incorporation of the tidal model into the interdisciplinary plan of care – a program quality improvement project. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(4), 464-467. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2850.2006.01007.x>
- Bindman, J., & Thornicroft, G. (2008). Clinical handbook of schizophrenia. Dans K. T. Mueser & D. V. Jeste (Éds.), *Clinical handbook of schizophrenia* (pp. 516-523). New York: Guilford Press.
- Boykin, A., & Schoenhofer, S. O. B. (2001). *Nursing as caring: A model for transforming practice*: Jones & Bartlett Learning.

- Buchanan-Barker, P., & Barker, P. (2005). Observation: the original sin of mental health nursing? *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 12(5), 541-549. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2850.2005.00876.x>
- Bushe, G. R., & Kassam, A. F. (2005). When Is Appreciative Inquiry Transformational? A Meta-Case Analysis. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 41(2), 161-181.
- Carter, B. (2006). 'One expertise among many'— working appreciatively to make miracles instead of finding problems: Using appreciative inquiry as a way of reframing research. *Journal of Research in Nursing*, 11(1), 48-63. <http://dx.doi.org/10.1177/1744987106056488>
- Centre de recherche du CHUM. (2014). Description des milieux de stage - Gériopsychiatrie - Université de Montréal. Page consultée à <http://psychiatrie.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/5/2014/09/Milieu-de-stage-CHUM.pdf>
- Chan, S. H., Lee, S. W., & Chan, I. W. (2007). TRIP: a psycho-educational programme in Hong Kong for people with schizophrenia. *Occupational Therapy International*, 14(2), 86-98. <http://dx.doi.org/10.1002/oti.226>
- Chan, S. W., Yip, B., Tso, S., Cheng, B. S., & Tam, W. (2009). Evaluation of a psychoeducation program for Chinese clients with schizophrenia and their family caregivers. *Patient Education and Counseling*, 75(1), 67-76. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2008.08.028>
- Coatsworth-Puspoky, R., Forchuk, C., & Ward-Griffin, C. (2006). Nurse-client processes in mental health: recipients' perspectives. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 13(3), 347-355 <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2850.2006.00968.x>
- Cook, N., Phillips, B., & Sadler, D. (2005). The tidal model as experienced by patients and nurses in a regional forensic unit. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12(5), 536-540.
- Cooperrider, D., Whitney, D. D., & Stavros, J. M. (2005). *The appreciative inquiry handbook: For leaders of change*. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers.

- Davis, L. W., Eicher, A. C., & Lysaker, P. H. (2011). Metacognition as a predictor of therapeutic alliance over 26 weeks of psychotherapy in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 129(1), 85-90. <http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2011.02.026>
- Dematteo, D., & Reeves, S. (2011). A critical examination of the role of appreciative inquiry within an interprofessional education initiative. *Journal of Interprofessional Care*, 25(3), 203-208. <http://dx.doi.org/10.3109/13561820.2010.504312>
- Farrelly, S., Brown, G., Szmukler, G., Rose, D., Birchwood, M., Marshall, M., ...Thornicroft, G. (2014). Can the therapeutic relationship predict 18 month outcomes for individuals with psychosis? *Psychiatry Research*, 220(1), 585-591.
- Farrelly, S., & Lester, H. (2014). Therapeutic relationships between mental health service users with psychotic disorders and their clinicians: a critical interpretive synthesis. *Health & Social Care in the Community*, 22(5), 449-460. <http://dx.doi.org/10.1111/hsc.12090>
- Favrod, J., Brana, A., Nguyen, A., Nicolier, A., Perret, M., & Rexhaj, S. (2015). Effets de l'entraînement métacognitif sur la conscience des idées délirantes. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 25(3), 117-124. <http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.jtcc.2015.06.002>
- Favrod, J., & Maire, A. (2012). *Se rétablir de la schizophrénie: Guide pratique pour les professionnels*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Favrod, J., Maire, A., Bardy, S., Pernier, S., & Bonsack, C. (2011). Improving insight into delusions: a pilot study of metacognitive training for patients with schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing*, 67(2), 401-407. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05470.x>
- Fineman, S. (2006). ON BEING POSITIVE: CONCERNS AND COUNTERPOINTS. *Academy of Management Review*, 31(2), 270-291. <http://dx.doi.org/10.5465/AMR.2006.20208680>
- Fitzgerald, S. P., Murrell, K. L., & Miller, M. G. (2003). Appreciative Inquiry: Accentuating the Positive. *Business Strategy Review*, 14(1), 5-7. <http://dx.doi.org/10.1111/1467-8616.00238>

- Flanagan, E. H., Solomon, L. A., Johnson, A., Ridgway, P., Strauss, J. S., & Davidson, L. (2012). Considering DSM-5: The Personal Experience of Schizophrenia in Relation to the DSM-IV-TR Criteria. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes*, 75(4), 375-386. <http://dx.doi.org/10.1521/psyc.2012.75.4.375>
- Fletcher, E., & Stevenson, C. (2001). Launching the Tidal Model in an adult mental health programme. *Nursing Standard*, 15(49), 33-36.
- Ford, S.-B., Bowyer, T., & Morgan, P. (2015). The experience of compulsory treatment: the implications for recovery-orientated practice? *Mental Health & Social Inclusion*, 19(3), 126-132. <http://dx.doi.org/10.1108/MHSI-05-2015-0017>
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3e édition. éd.). Montréal: Chenelière éducation.
- Fulginiti, A., & Brekke, J. (2015). Escape from Discrepancy: Self-Esteem and Quality of Life as Predictors of Current Suicidal Ideation Among Individuals with Schizophrenia. *Community Mental Health Journal*, 51(6), 654-662. <http://dx.doi.org/10.1007/s10597-015-9846-8>
- Galon, P. A., & Wineman, N. M. (2010). Coercion and Procedural Justice in Psychiatric Care: State of the Science and Implications for Nursing. *Archives of Psychiatric Nursing*, 24(5), 307-316. <http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2009.12.005>
- Gardner, W., Hoge, S. K., Bennett, N., Roth, L. H., Lidz, C. W., Monahan, J., & Mulvey, E. P. (1993). Two scales for measuring patients' perceptions for coercion during mental hospital admission. *Behavioral Science and Law*, 11(3), 307-321.
- Gault, I. (2009). Service-user and carer perspectives on compliance and compulsory treatment in community mental health services. *Health & Social Care in the Community*, 17(5), 504-513. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2524.2009.00847.x>
- Gilbert, H., Rose, D., & Slade, M. (2008). The importance of relationships in mental health care: a qualitative study of service users' experiences of psychiatric hospital admission in the UK. *BMC Health Service Research*, 8, 92-104.

- Gordon, W., Morton, T., & Brooks, G. (2005). Launching the Tidal Model: evaluating the evidence. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12(6), 703-712.
- Gouvernement du Québec. (1997). *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*. Québec: Éditeur officiel du Québec.
- Grant, S., & Humphries, M. (2006). Critical evaluation of appreciative inquiry. *Action Research*, 4(4), 401-418. <http://dx.doi.org/10.1177/1476750306070103>
- Gustafsson, L.-K., Wigerblad, Å., & Lindwall, L. (2014). Undignified care: Violation of patient dignity in involuntary psychiatric hospital care from a nurse's perspective. *Nursing Ethics*, 21(2), 176-186. <http://dx.doi.org/10.1177/0969733013490592>
- Hofer, A., Mizuno, Y., Frajo-Apor, B., Kemmler, G., Suzuki, T., Pardeller, S., ...Uchida, H. (2016). Resilience, internalized stigma, self-esteem, and hopelessness among people with schizophrenia: Cultural comparison in Austria and Japan. *Schizophrenia Research*, 171(1-3), 86-91. <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2016.01.027>
- Höfer, F. X., Habermeyer, E., Mokros, A., Lau, S., & Gairing, S. K. (2015). The Impact of Legal Coercion on the Therapeutic Relationship in Adult Schizophrenia Patients. *PLOS ONE*, 10(4).
- Hooff, S., & Goossensen, A. (2014). How to increase quality of care during coercive admission? A review of literature. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(3), 425-434. <http://dx.doi.org/10.1111/scs.12070>
- Horvath, A., & Greenberg, L. (1989). Development and validation of the working alliance inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 223 - 233.
- Hughes, R., Hayward, M., & Finlay, W. M. L. (2009). Patients' perceptions of the impact of involuntary inpatient care on self, relationships and recovery. *Journal of Mental Health*, 18(2), 152-160.

- Jaeger, M., & Rossler, W. (2010). Enhancement of outpatient treatment adherence: Patients' perceptions of coercion, fairness and effectiveness. *Psychiatry Research*, *180*(1), 48-53. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2009.09.011>
- Johansen, R., Iversen, V. C., Melle, I., & Hestad, K. (2013). Therapeutic alliance in early schizophrenia spectrum disorders: a cross-sectional study. *Annals of General Psychiatry*, *12*, 14-14. <http://dx.doi.org/10.1186/1744-859X-12-14>
- Johansson, I. M., & Lundman, B. (2002). Patients' experience of involuntary psychiatric care: good opportunities and great losses. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, *9*(6), 639-647.
- Jónsdóttir, H., Opjordsmoen, S., Birkenaes, A. B., Simonsen, C., Engh, J. A., Ringen, P. A., ...Andreassen, O. A. (2013). Predictors of medication adherence in patients with schizophrenia and bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *127*(1), 23-33. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.2012.01911.x>
- Jung, E., Wiesjahn, M., & Lincoln, T. M. (2013). Negative, not positive symptoms predict the early therapeutic alliance in cognitive behavioral therapy for psychosis. *Psychotherapy Research*, *24*(2), 171-183. <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2013.851425>
- Kaltiala-Heino, R., Korkeila, J., Tuohimäki, C., Tuori, T., & Lehtinen, V. (2000). Coercion and restrictions in psychiatric inpatient treatment. *European Psychiatry*, *15*(3), 213-219. [http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338\(00\)00223-6](http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338(00)00223-6)
- Katsakou, C., & Priebe, S. (2007). Patient's experiences of involuntary hospital admission and treatment: A review of qualitative studies. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *16*(02), 172-178. <http://dx.doi.org/doi:10.1017/S1121189X00004802>
- Katsakou, C., Rose, D., Amos, T., Bowers, L., McCabe, R., Oliver, D., ...Priebe, S. (2012). Psychiatric patients' views on why their involuntary hospitalisation was right or wrong: a qualitative study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *47*(7), 1169-1179. <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-011-0427-z>

- Knowles, S. F., Hearne, J., & Smith, I. (2015). Physical restraint and the therapeutic relationship. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 26(4), 461-475. <http://dx.doi.org/10.1080/14789949.2015.1034752>
- Kvrgic, S., Cavelti, M., Beck, E. M., Rusch, N., & Vauth, R. (2013). Therapeutic alliance in schizophrenia: the role of recovery orientation, self-stigma, and insight. *Psychiatry Research*, 209(1), 15-20. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2012.10.009>
- Lafferty, S., & Davidson, R. (2006). Putting the person first. *Mental Health Today*, 31-33.
- Lalande, A. (Ed.) (2006) *Vocabulaire technique et critique de la philosophie (10e ed.)*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Larousse. (s.d.-a). Conditon. *Dictionnaire Larousse en ligne*. Page consultée à <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/condition/18014?q=condition-17888>
- Larousse. (s.d.-b). Médicaliser. *Dictionnaire Larousse en ligne*. Page consultée à <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/m%C3%A9dicaliser/50117>
- Larsen, I. B., & Terkelsen, T. B. (2013). Coercion in a locked psychiatric ward. *Nursing Ethics*, 21(4), 426-436. <http://dx.doi.org/10.1177/0969733013503601>
- Lawlor, C., Hall, K., & Ellett, L. (2015). Paranoia in the Therapeutic Relationship in Cognitive Behavioural Therapy for Psychosis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 43(04), 490-501. <http://dx.doi.org/doi:10.1017/S1352465814000071>
- Leblanc, L. (2014). Évaluation de l'implantation d'un nouveau protocole de garde en établissement : profil de la clientèle, audit de dossiers et recommandations. *Santé mentale au Québec*, 39(1), 291-309.
- Lee, J.-L., Ma, W.-F., Yen, W.-J., Huang, X.-Y., & Chiang, L.-C. (2012). Predicting the likelihood of suicide attempts for rural outpatients with schizophrenia. *Journal of Clinical Nursing*, 21(19/20), 2896-2904. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04206.x>

- Liu, L., Ma, X., & Zhao, X. (2012). What Do Psychotic Experiences Mean to Chinese Schizophrenia Patients? *Qualitative Health Research*, 22(12), 1707-1716. <http://dx.doi.org/10.1177/1049732312460589>
- Lorem, G. F., & Hem, M. H. (2012). Attuned understanding and psychotic suffering: A qualitative study of health-care professionals' experiences in communicating and interacting with patients. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(2), 114-122. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1447-0349.2011.00773.x>
- Lysaker, P. H., Clements, C. A., Plascak-Hallberg, C. D., Knipscheer, S. J., & Wright, D. E. (2002). Insight and personal narratives of illness in schizophrenia. *Psychiatry*, 65(3), 197-206.
- McCabe, R., Bullenkamp, J., Hansson, L., Lauber, C., Martinez-Leal, R., Rössler, W., ...Priebe, S. (2012). The Therapeutic Relationship and Adherence to Antipsychotic Medication in Schizophrenia. *PLOS ONE*, 7(4), 1-5. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0036080>
- McCabe, R., & Priebe, S. (2003). Are therapeutic relationships in psychiatry explained by patients' symptoms? Factors influencing patient ratings. *European Psychiatry*, 18(5), 220-225. [http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338\(03\)00061-0](http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338(03)00061-0)
- McGuinness, D., Dowling, M., & Trimble, T. (2013). Experiences of involuntary admission in an approved mental health centre. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 20(8), 726-734. <http://dx.doi.org/10.1111/jpm.12007>
- Medina, E., Salvà, J., Ampudia, R., Maurino, J., & Larumbe, J. (2012). Short-term clinical stability and lack of insight are associated with a negative attitude towards antipsychotic treatment at discharge in patients with schizophrenia and bipolar disorder. *Patient Preference and Adherence*, 6, 623-629. <http://dx.doi.org/10.2147/PPA.S34345>
- Moreira, L. H. O., & Loyola, C. M. D. (2011). Involuntary commitment: implication for psychiatric nursing practice. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(3), 692-699. <http://dx.doi.org/dx.doi.org/S0080-62342011000300021>

- MSSS. (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens*. Québec: Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2005/05-914-01.pdf>.
- MSSS. (2012). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux : Pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec*. Repéré à http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE_Rapport_Appreciation_SanteMentale_2012.pdf.
- MSSS. (2015). Plan d'action en santé mentale 2015-2020 - faire ensemble et autrement. Page consultée à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-914-04W.pdf>
- Newman, M., Smith, M., Pharris, M. D., & Jones, D. (2008). The focus of the discipline revisited. *Advances in Nursing Science*, 31(1), E16-27.
- Norvoll, R., & Pedersen, R. (2016). Exploring the views of people with mental health problems' on the concept of coercion: Towards a broader socio-ethical perspective. *Social Science & Medicine*, 156, 204-211. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.03.033>
- OIIO. (2009). Déontologie infirmière. Page consultée à http://www.cno.org/globalassets/docs/prac/51034_ethicalframe.pdf
- OIIQ. (2010). Perspectives de l'exercice de la profession d'infirmière. Westmount, QC: OIIQ.
- OIIQ. (2015). Code de déontologie des infirmières et infirmiers. Page consultée à https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/pratique_infirmiere/oiiq-code-deontologie.pdf
- Olofsson, B., Gilje, F., Jacobsson, L., & Norberg, A. (1998). Nurses' narratives about using coercion in psychiatric care. *Journal of Advanced Nursing*, 28(1), 45-53.
- Olofsson, B., & Jacobsson, L. (2001). A plea for respect: involuntarily hospitalized psychiatric patients' narratives about being subjected to coercion. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 8(4), 357-366.

- Olofsson, B., & Norberg, A. (2001). Experiences of coercion in psychiatric care as narrated by patients, nurses and physicians. *Journal of Advanced Nursing*, 33(1), 89-97.
- Orlando, I. J. (1961). *The dynamic nurse-patient relationship fonction : process and principles*. New York: Putnam.
- Orlando, I. J. (1972). *The discipline and teaching of nursing process (an evaluative study)*. N.Y.: N.Y., Putnam.
- Paterson, J. G. (1988). *Humanistic nursing*. New York: New York : National League for Nursing.
- Pepin, J., Ducharme, F., & K rouac, S. (2017). *La pensée infirmière* (4e  dition.  d.). Montréal: Cheneli re  ducation.
- Peplau, H. E. (1952). Interpersonal relations in nursing. *AJN The American Journal of Nursing*, 52(6), 765.
- Peplau, H. E. (1991). *Interpersonal relations in nursing : a conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. New York: Springer.
- Peplau, H. E. (1997). Peplau's Theory of Interpersonal Relations. *Nursing Science Quarterly*, 10(4), 162-167. <http://dx.doi.org/10.1177/089431849701000407>
- Priebe, S., & Gruyters, T. (1993). The role of the helping alliance in psychiatric community care: A prospective study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(9), 552-557.
- Priebe, S., Watts, J., Chase, M., & Matanov, A. (2005). Processes of disengagement and engagement in assertive outreach patients: qualitative study. *British Journal of Psychiatry*, 187, 438-443. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.187.5.438>

- Provencher, H. L., Lecomte, Y., Saucier, J.-F., Lecomte, Y., Provencher, H., & Lauzon, G. (2002). L'expérience du rétablissement : perspectives théoriques. *Santé mentale au Québec*, 27(1), 35-64.
- Rathod, S., Kingdon, D., Smith, P., & Turkington, D. (2005). Insight into schizophrenia: the effects of cognitive behavioural therapy on the components of insight and association with sociodemographics—data on a previously published randomised controlled trial. *Schizophrenia Research*, 74(2–3), 211-219. <http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2004.07.003>
- Reed, J. (2007). *Appreciative inquiry : research for change*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Reed, S. I. (2008). First-episode psychosis: a literature review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17(2), 85-91. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1447-0349.2008.00515.x>
- Rickelman, B. L. (2004). Anosognosia in individuals with schizophrenia: toward recovery of insight. *Issues in Mental Health Nursing*, 25(3), 227-242
- Ridley, J., & Hunter, S. (2013). Subjective experiences of compulsory treatment from a qualitative study of early implementation of the Mental Health (Care & Treatment) (Scotland) Act 2003. *Health & Social Care in the Community*, 21(5), 509. <http://dx.doi.org/10.1111/hsc.12041>
- Robichaud, F. (2011). *Pratiques exemplaires auprès des familles réfugiées: la vision des familles*. (Thèse de doctorat inédite). Université du Québec à Trois-Rivières. Trois-Rivières, Québec.
- Roche, E., Madigan, K., Lyne, J. P., Feeney, L., & O'Donoghue, B. (2014). The therapeutic relationship after psychiatric admission. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 202(3), 186-192 <http://dx.doi.org/10.1097/NMD.0000000000000102>
- Rodriguez, L., Poirel, M.-L., & Corin, E. (2001). Le point de vue des utilisateurs sur l'emploi de la médication en psychiatrie : Une voix ignorée. *Revue québécoise de psychologie*, 22(2), 1-23.

- Salyers, M. P., Tsai, J., & Stultz, T. A. (2007). Measuring recovery orientation in a hospital setting. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31(2), 131-137. <http://dx.doi.org/10.2975/31.2.2007.131.137>
- Sarısoy, G., Kaçar, Ö. F., Pazvantoğlu, O., Korkmaz, I. Z., Öztürk, A., Akkaya, D., ...Sahin, A. R. (2013). Internalized stigma and intimate relations in bipolar and schizophrenic patients: A comparative study. *Comprehensive Psychiatry*, 54(6), 665-672. <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.02.002>
- Seed, T., Fox, J. R. E., & Berry, K. (2016). The experience of involuntary detention in acute psychiatric care. A review and synthesis of qualitative studies. *International Journal of Nursing Studies*, 61, 82-94. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.05.014>
- Segarra, R., Ojeda, N., Peña, J., García, J., Rodríguez-Morales, A., Ruiz, I., ...Gutiérrez, M. (2012). Longitudinal changes of insight in first episode psychosis and its relation to clinical symptoms, treatment adherence and global functioning: one-year follow-up from the Eiffel study. *European Psychiatry: The Journal of The Association of European Psychiatrists*, 27(1), 43-49. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.06.003>
- Sharaf, A. Y., Ossman, L. H., & Lachine, O. A. (2012). A cross-sectional study of the relationships between illness insight, internalized stigma, and suicide risk in individuals with schizophrenia. *International Journal of Nursing Studies*, 49(12), 1512-1520 <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.08.006>
- Sheehan, K. A., & Burns, T. (2011). Perceived Coercion and the Therapeutic Relationship: A Neglected Association? *Psychiatric Services*, 62(5), 471-476.
- Sibitz, I., Scheutz, A., Lakeman, R., Schrank, B., Schaffer, M., & Amering, M. (2011). Impact of coercive measures on life stories: qualitative study. *The British Journal of Psychiatry*, 199(3), 239-244. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.110.087841>
- Smith, D., Roche, E., O'Loughlin, K., Brennan, D., Madigan, K., Lyne, J., ...O'Donoghue, B. (2014). Satisfaction with services following voluntary and involuntary admission. *Journal of Mental Health*, 23(1), 38-45 <http://dx.doi.org/10.3109/09638237.2013.841864>

- Strand, J., Olin, E., & Tidefors, I. (2015). 'I Divide Life into Different Dimensions, one Mental and one Physical, to be Able to Handle Life, you Know?' Subjective Accounts of the Content of Psychotic Symptoms. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 22(2), 106-115. <http://dx.doi.org/10.1002/cpp.1872>
- Suryani, S., Welch, A., & Cox, L. (2013). The Phenomena of Auditory Hallucination as Described by Indonesian People Living With Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 27(6), 312-318. <http://dx.doi.org/http://doi.org/10.1016/j.apnu.2013.08.001>
- Theodoridou, A., Schlatter, F., Ajdacic, V., Rössler, W., & Jäger, M. (2012). Therapeutic relationship in the context of perceived coercion in a psychiatric population. *Psychiatry Research*, 200(2-3), 939-944.
- Thewissen, V., Bentall, R. P., Oorschot, M., à Campo, J., van Lierop, T., van Os, J., & Myin-Germeys, I. (2011). Emotions, self-esteem, and paranoid episodes: An experience sampling study. *British Journal of Clinical Psychology*, 50(2), 178-195. <http://dx.doi.org/10.1348/014466510X508677>
- Travelbee, J. (1973). *Interpersonal aspects of nursing* (2d ed.. éd.). Philadelphia: Philadelphia, David.
- Travelbee, J. (1974). *Interpersonal aspects of nursing* (2nd ed. éd.). Philadelphia: Davis.
- Tsai, J., & Salyers, M. P. (2010). Recovery Orientation in Hospital and Community Settings. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 37(3), 385-399. <http://dx.doi.org/10.1007/s11414-008-9158-7>
- Turkington, D. (2002). Effectiveness of a brief cognitive--behavioural therapy intervention in the treatment of schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 180(6), 523-527. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.180.6.523>
- Umut, G., Altun, Z. Ö., Danışmant, B. S., Küçükparlak, İ., & Karamustafalıoğlu, N. (2012). Relationship Between Treatment Adherence, Insight and Violence Among Schizophrenia Inpatients in a Training Hospital Sample. *Bir eğitim hastanesinde yatarak tedavi gören şizofreni hastalarında tedavi uyumu, içgörü ve agresyon ilişkisi.*, 25(3), 212-220. <http://dx.doi.org/10.5350/DAJPN2012250303>

- Valenti, E., Banks, C., Calcedo-Barba, A., Bensimon, C. M., Hoffmann, K.-M., Peltto-Piri, V., ...Priebe, S. (2015). Informal coercion in psychiatry: a focus group study of attitudes and experiences of mental health professionals in ten countries. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 50(8), 1297-1308. <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-015-1032-3>
- Verdon, C. (2012). *La nature, les conditions et les limites de la relation infirmière/soigné selon la notion d'intersubjectivité chez Gabriel Marcel*. Disponible chez ProQuest Dissertations & Theses Full Text. (aleph_udq030393434).
- Verdon, C., Lavoie, M., & Blondeau, D. (2014). Les fondements de la relation infirmière/soigné revisités par un modèle construit autour de la philosophie de Gabriel Marcel. *Aporia. La revue en sciences infirmières*, 6(3), 30-40.
- Wahl, O., & Aroesty-Cohen, E. (2010). Attitudes of mental health professionals about mental illness: a review of the recent literature. *Journal of Community Psychology*, 38(1), 49-62.
- Walsh, J., Hochbrueckner, R., Corcoran, J., & Spence, R. (2016). The lived experience of schizophrenia: A systematic review and meta-synthesis. *Social Work in Mental Health*, 14(6), 607-624. <http://dx.doi.org/10.1080/15332985.2015.1100153>
- Waterman, H., Tillen, D., Dickson, R., & de Koning, K. (2001). Action research: a systematic review and guidance for assessment. *Health Technology Assessment*, 5(23), iii-157.
- Watson, J. (1999). *Nursing: Human science and human care: A theory of nursing*: Jones & Bartlett Learning.
- Watson, J. (2011). *Human caring science*: Jones & Bartlett Publishers.
- Wharne, S. (2015). Shared dilemmas, choice and autonomy in the management of psychosis: a phenomenological analysis. *Mental Health Review Journal*, 20(4), 256-266. <http://dx.doi.org/10.1108/MHRJ-07-2014-0025>

- Whitney, D. (2004). Appreciative inquiry and the elevation of organizational consciousness *Constructive Discourse and Human Organization* (pp. 125-145): Emerald Group Publishing Limited.
- Wijnveld, A., & Crowe, M. (2010). Walking a fine line: managing the tensions associated with medication non-adherence in an acute inpatient psychiatric setting. *Journal of Clinical Nursing*, 19(9/10), 1378-1386. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03029.x>
- Wittorf, A., Jakobi, U., Bannert, K., Bechdorf, A., Muller, B., Sartory, G., ...Klingberg, S. (2010). Does the cognitive dispute of psychotic symptoms do harm to the therapeutic alliance? *Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(7), 478 - 485.
- Wittorf, A., Jakobi, U., Bechdorf, A., Müller, B., Sartory, G., Wagner, M., ...Klingberg, S. (2009). The influence of baseline symptoms and insight on the therapeutic alliance early in the treatment of schizophrenia. *European Psychiatry*, 24(4), 259-267. <http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2008.12.015>
- Wyder, M., Bland, R., Blythe, A., Matarasso, B., & Crompton, D. (2015). Therapeutic relationships and involuntary treatment orders: Service users' interactions with health-care professionals on the ward. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(2), 181-189. <http://dx.doi.org/10.1111/inm.12121>
- Wyder, M., Bland, R., & Crompton, D. (2013). Personal recovery and involuntary mental health admissions: The importance of control, relationships and hope. *Health*, 5(3), 574-581.
- Wyder, M., Bland, R., & Crompton, D. (2016). The importance of safety, agency and control during involuntary mental health admissions. *Journal of Mental Health*, 1-5. <http://dx.doi.org/10.3109/09638237.2015.1124388>
- Zderad, L. T., & Paterson, J. G. (2008). *Humanistic Nursing*.
- Zugai, J. S., Stein-Parbury, J., & Roche, M. (2015). Therapeutic Alliance in Mental Health Nursing: An Evolutionary Concept Analysis. *Issues in Mental Health Nursing*, 36(4), 249-257. <http://dx.doi.org/10.3109/01612840.2014.969795>

Appendice A

Formulaires d'information et de consentement

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT Patient ou proche

Titre du projet :

Co-construction d'une vision partagée de la relation idéale entre la personne atteinte de psychose et l'infirmière, dans le contexte d'une hospitalisation involontaire

Chercheuse responsable à l'hôpital :

[REDACTED]

Étudiante-chercheuse :

Myriam Clément, Infirmière clinicienne,
Département de psychiatrie
Candidate à la maîtrise en sciences infirmières à l'Université du Québec en Outaouais (UQO)

Directrices de recherche :

Chantal Verdon, inf., PhD, professeure,
Département des sciences infirmières, UQO, campus Saint-Jérôme

Fanny Robichaud, inf., PhD, professeure,
Département des sciences infirmières, UQO, campus Saint-Jérôme

Collaboratrices :

[REDACTED]

[REDACTED]

Organisme subventionnaire :

Ministère de l'Enseignement supérieur, de la recherche et de la science (MESRS)

N° projet : 15.290

PRÉAMBULE

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche parce que vous avez vécu l'expérience d'une hospitalisation involontaire pour un premier épisode de psychose. Cependant, avant d'accepter de participer et de signer ce formulaire, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement l'information qui suit ou demander qu'on vous la lise.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la chercheuse responsable à l'hôpital, à la chercheuse ou aux autres membres du personnel affecté au projet de recherche afin de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair pour vous.

NATURE ET OBJECTIFS DU PROJET DE RECHERCHE

Il arrive régulièrement que les personnes hospitalisées en psychiatrie le soient contre leur gré. Cette privation de leur liberté peut engendrer beaucoup de détresse chez certaines personnes. Cette étude vise entre autres à comprendre comment alléger cette détresse en trouvant des moyens pour améliorer la qualité de la relation infirmière-soigné dans ce contexte. Plus spécifiquement, nous cherchons à explorer la nature et les conditions de la relation entre les infirmières et les personnes lors d'une hospitalisation involontaire en psychiatrie, afin d'identifier des moyens pour améliorer la qualité de celle-ci. Nous sollicitons donc pour cette étude la participation des personnes ayant déjà vécu l'expérience d'une hospitalisation involontaire en psychiatrie et possiblement leurs proches, ainsi que celle des infirmières qui pratiquent dans ce domaine, à titre d'expertes sur le sujet.

L'objectif de la présente étude est donc de documenter la vision de la relation idéale entre un patient et l'infirmière dans un contexte d'hospitalisation involontaire afin d'identifier les éléments qui la caractérisent et les facteurs qui contribuent à son développement.

NOMBRE DE PARTICIPANT(E)S ET DURÉE DE LA PARTICIPATION

Dix participant(e)s seront recruté(e)s au sein de l'hôpital, soit cinq patient(e)s qui sont suivi(e)s à la clinique de Premier Épisode Psychotique (PEP) ainsi que cinq infirmier(ère)s qui pratiquent dans le département d'hospitalisation en psychiatrie d'un hôpital de la région de Montréal.

La durée de votre participation sera d'une rencontre individuelle de 45 minutes et d'une rencontre de groupe de 90 minutes, se déroulant entre deux à quatre semaines d'intervalle.

NATURE DE LA PARTICIPATION DEMANDÉE ET DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

Si vous acceptez de participer à ce projet de recherche et après avoir signé le présent formulaire d'information et de consentement, votre participation consistera à :

- rencontrer la chercheuse pour assister à une entrevue individuelle de 45 minutes. Cette rencontre aura lieu dans un local fermé de la clinique PEP. Dans un premier temps, vous aurez à compléter un court questionnaire sur vos caractéristiques démographiques (ex. âge, nombre d'années depuis le début de votre suivi à la clinique PEP, etc.). Ensuite, la chercheuse discutera avec vous de vos expériences lors de votre hospitalisation. Plus précisément, les discussions seront centrées sur vos expériences relationnelles avec les infirmières qui ont été positives pour vous et votre rétablissement. L'chercheuse orientera la discussion à l'aide de questions préétablies, mais le format de l'entrevue se passera plutôt sur le format d'une conversation. Vous serez également libre de ne pas aborder les sujets avec lesquels vous êtes inconfortables.
- participer à une entrevue de groupe, à la clinique PEP, où seront réunies vous-même et quatre autres personnes suivies à la clinique et ayant vécu des expériences similaires aux vôtres (ou un de leur proche qui les représentera), ainsi que cinq infirmières. Lors de cette deuxième rencontre, il y aura d'abord une mise en commun des thèmes qui seront ressortis des premières entrevues. Ensuite, des questions seront posées au groupe de façon à identifier quelle serait la nature idéale de la relation entre l'infirmière et le patient et quelles seraient les possibilités envisageables afin de l'améliorer. Dans le cadre de cette rencontre, tous les participants seront considérés comme des experts au même titre et auront une contribution égale. La rencontre sera animée par la chercheuse et une assistante de recherche.

Si, pour une raison ou une autre, vous n'êtes pas à l'aise de vous exprimer en face d'autres personnes et d'infirmières, vous n'êtes pas obligé(e) de prendre la parole. Si malgré tout vous n'êtes pas à l'aise de vous présenter à la rencontre de groupe, vous n'êtes pas tenu(e) de participer à la deuxième rencontre pour participer au projet. Toutefois, nous souhaitons que votre voix soit entendue et que votre opinion soit transmise lors de la deuxième rencontre. Nous vous offrirons deux opportunités de le faire :

- La première est qu'un de vos proches (qui vous connaît bien et qui est au courant des expériences que vous avez vécues et de votre point de vue à ce sujet) vienne à votre place à cette rencontre, afin de vous représenter.
- La deuxième option est que ce soit la chercheuse qui vous aura rencontré lors de la première entrevue qui agisse à titre de porte-parole pour exprimer vos idées. Toutefois, nous vous encourageons à venir en personne lors de la

deuxième rencontre, car nul n'est mieux placé que vous-même pour vous représenter.

Pour faciliter la collecte et l'analyse de donnée, la dernière partie (synthèse) de chacune des entrevues seront enregistrées sur support audionumérique et la chercheuse prendra des notes manuscrites dans un journal de bord. L'enregistreuse pourra être arrêtée à tout moment. L'chercheuse prendra alors vos réponses en notes. Si une question s'avère plus difficile, vous n'aurez pas à y répondre. Il n'y a pas de bonnes, ni de mauvaises réponses.

RISQUES ET INCONVÉNIENTS

Il n'y a aucun risque connu à participer à cette étude. Par contre, votre participation à cette recherche pourrait vous occasionner certains inconconvénients liés aux émotions suscitées par la description de votre expérience. Advenant le cas où vous auriez besoin de soutien, nous pourrions vous orienter vers une ressource capable de vous aider. De plus, le temps nécessaire pour remplir le questionnaire et pour répondre aux questions durant l'entrevue et la participation au groupe de discussion peut représenter un inconconvénient pour certain(e)s participant(e)s et susciter un questionnement ou un stress. Vous pouvez cesser l'entrevue à tout moment si vous le désirez. L'chercheuse vous offrira de poursuivre l'entrevue individuelle à un autre moment si vous le désirez. Si un inconfort se produit lors de l'entrevue de groupe, vous pourrez quitter la salle quand vous le désirerez.

AVANTAGES

Il se peut que vous retiriez un bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche, mais on ne peut vous l'assurer. À tout le moins, les résultats obtenus pourraient contribuer à l'avancement des connaissances en sciences infirmières.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET POSSIBILITÉ DE RETRAIT

Votre participation à ce projet de recherche est entièrement volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également cesser de participer à ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision à la chercheuse responsable du projet ou à la chercheuse. Votre décision de ne pas participer ou de vous retirer de l'étude n'aura aucune conséquence sur vos soins actuels ou futurs ou sur vos relations avec les chercheuses et avec les autres intervenants.

La chercheuse responsable du projet de recherche, la chercheuse, le comité d'éthique de la recherche de l'hôpital et l'organisme subventionnaire peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement, notamment si vous ne respectez pas les consignes du projet de recherche ou s'il existe des raisons administratives d'abandonner le projet.

Si vous vous retirez ou êtes retiré(e) du projet, l'information déjà obtenue dans le cadre de ce projet sera conservée aussi longtemps que nécessaire pour assurer l'intégrité de l'étude et rencontrer les exigences réglementaires. En cas de retrait précoce, les enregistrements et les notes manuscrites seront détruits.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement du projet qui pourrait affecter votre décision de continuer d'y participer vous sera communiquée sans délai verbalement et par écrit.

CONFIDENTIALITÉ

Durant votre participation à ce projet, la chercheuse responsable et la chercheuse recueilleront et consigneront dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant, mais sans jamais que votre nom ne soit mentionné. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet seront recueillis.

Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Toutes les mesures seront prises pour s'assurer de la confidentialité de votre dossier de recherche, s'il est consulté et toute information collectée demeurera confidentielle. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements, vous ne serez identifié(e) que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche, sera conservée par la chercheuse responsable et la chercheuse.

L'chercheuse du projet utilisera les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet décrit dans le présent formulaire d'information et de consentement. Ces données seront conservées sous clé, pendant cinq (5) ans au maximum par l'une des directrices de recherche de la chercheuse dans un classeur de leur bureau à l'Université du Québec en Outaouais, au campus de Saint-Jérôme.

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

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche, s'il y a lieu, pourra être consulté par une personne mandatée par le comité d'éthique de la recherche du Centre hospitalier de Montréal ou par l'établissement, par une personne mandatée par des organismes publics autorisés, ainsi que par des représentants de l'organisme subventionnaire. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

À des fins de protection, notamment afin de pouvoir communiquer avec vous rapidement, vos noms et prénoms, vos coordonnées et la date de début et de fin de votre participation au projet seront conservés pendant un an après la fin du projet dans

un répertoire à part conservé et maintenu par la chercheuse responsable et la chercheuse.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire modifier au besoin, et ce, aussi longtemps que la chercheuse responsable, la chercheuse du projet ou l'établissement détiennent cette information. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, vous pourriez n'avoir accès qu'à certains de ces renseignements, une fois votre participation terminée.

COMMUNICATION DES RÉSULTATS GÉNÉRAUX

Les résultats de cette étude pourront être mis à votre disposition sur demande, après la fin du projet. La demande devra être faite par écrit auprès de la chercheuse responsable ou de la chercheuse.

FINANCEMENT

L'chercheuse a reçu une bourse d'études du Ministère de l'Enseignement supérieur, de la recherche et de la science (MESRS) pour mener à bien ce projet de recherche. Une partie du montant octroyé couvre les dépenses des chercheuses durant la durée du projet.

COMPENSATION

Vous ne recevrez aucune compensation financière pour votre participation au projet de recherche. Toutefois, les frais de transport encourus pour se présenter aux entrevues vous seront remboursés sur présentation de reçus.

INDEMINATION EN CAS DE PRÉJUDICE ET DROITS DU(DE LA) PARTICIPANT(E) À LA RECHERCHE

Si vous deviez subir quelque préjudice que ce soit par suite de toute procédure reliée à l'étude, vous recevrez tous les soins et services requis par votre état de santé, sans frais de votre part.

En acceptant de participer à ce projet, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheuses, l'organisme subventionnaire ou l'établissement de leurs responsabilités légales et professionnelles.

PERSONNES RESSOURCES

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème concernant votre participation au projet, vous pouvez communiquer avec la chercheuse responsable à l'hôpital ou la chercheuse aux numéros suivants :

████████████████████, chercheuse responsable à l'hôpital : Tél. ██████████, 8h00 à 17h00 du lundi au vendredi.

Myriam Clément inf., chercheuse : Tél. ██████████, 8h00 à 17h00 du lundi au vendredi.

Si vous avez des questions au sujet de vos droits en tant que participant(e) à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes à formuler, vous pouvez communiquer avec la **Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services** de l'hôpital au ██████████.

SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES

Le comité d'éthique de la recherche de l'hôpital a approuvé ce projet et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

CONSENTEMENT

Avant de signer le présent formulaire de consentement, j'ai reçu des explications complètes sur les méthodes et les moyens qui seront utilisés dans le cadre de l'étude : « Co-construction d'une vision partagée de la relation idéale entre la personne atteinte de psychose et l'infirmière, dans le contexte d'une hospitalisation involontaire ».

J'ai lu et j'ai eu suffisamment de temps pour comprendre pleinement les renseignements présentés ci-dessus concernant cette étude. J'accepte de plein gré de signer ce formulaire de consentement. Je recevrai un exemplaire signé et daté de ce formulaire.

J'autorise également la chercheuse responsable à informer mon médecin traitant de ma participation.

Je consens à participer à l'entrevue individuelle et à la rencontre de groupe OUI
NON

Je consens à participer à l'entrevue individuelle et souhaite me faire représenter par un proche pour la rencontre de groupe OUI NON

Nom (en lettres moulées) Signature du/de la participant(e) Date

Signature du proche

Je consens à participer à la rencontre de groupe et de représenter le participant dont le nom figure ci-dessus, et ce aux conditions énoncées au présent formulaire.

Nom (en lettres moulées) Signature du proche participant Date

Signature de la personne qui a obtenu le consentement, si différente de la chercheuse responsable.

J'ai expliqué au/à la participant(e) de la recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il(elle) m'a posées.

Nom (en lettres moulées) Signature de la personne Date

Engagement des chercheuses

Je certifie qu'on a expliqué au/à la participant(e) les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions qu'il(elle) avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il(elle) demeure libre de mettre un terme à sa participation.

Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée et datée au(à la) participant(e).

Nom (en lettres moulées) Signature de la chercheuse responsable à l'hôpital Date

Nom (en lettres moulées) Signature de la chercheuse Date

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT Infirmière**Titre du projet :**

Co-construction d'une vision partagée de la relation idéale entre la personne atteinte de psychose et l'infirmière, dans le contexte d'une hospitalisation involontaire

Chercheuse responsable à l'hôpital :

Dre Amal Abdel-Baki, Département de psychiatrie

Étudiante-chercheuse :

Myriam Clément, Infirmière clinicienne,
Département de psychiatrie
Candidate à la maîtrise en sciences infirmières à l'Université du Québec en Outaouais (UQO)

Directrices de recherche :

Chantal Verdon, inf., PhD, professeure,
Département des sciences infirmières, UQO, campus Saint-Jérôme

Fanny Robichaud, inf., PhD, professeure,
Département des sciences infirmières, UQO, campus Saint-Jérôme

Collaboratrices :

Dre Laurence Artaud,
Département de psychiatrie

Boudreau, Dominique, Infirmière-conseillère en soins spécialisée,
Département de psychiatrie

Organisme subventionnaire :

Ministère de l'Enseignement supérieur, de la recherche et de la science (MESRS)

N° projet : 15.290

PRÉAMBULE

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche parce que vous êtes une infirmière qui soigne entre autres des patients atteints d'un premier épisode psychotique dans le contexte d'une hospitalisation involontaire. Cependant, avant d'accepter de participer et de signer ce formulaire, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement l'information qui suit ou demander qu'on vous la lise.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la chercheuse responsable à l'hôpital, à la chercheuse ou aux autres membres du personnel affecté au projet de recherche afin de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair pour vous.

NATURE ET OBJECTIFS DU PROJET DE RECHERCHE

Il arrive régulièrement que les personnes hospitalisées en psychiatrie vivent une série de soins et de traitements qui vont à l'encontre de leur gré. Il s'agit alors d'une situation de soins involontaires. Cette privation de leur liberté peut engendrer beaucoup de détresse chez ces personnes. Cette étude vise, entre autres, à comprendre comment alléger cette détresse en trouvant des moyens pour améliorer la qualité de la relation infirmière-soigné dans ce contexte. Plus spécifiquement, nous cherchons à explorer la nature de la relation entre les infirmières et les personnes non volontaires lors d'une hospitalisation en psychiatrie et les facteurs qui l'influencent, afin d'identifier des moyens pour améliorer la qualité de celle-ci. Nous sollicitons donc pour cette étude la participation des personnes ayant déjà vécu l'expérience d'une hospitalisation involontaire en psychiatrie et possiblement leurs proches, ainsi que celle des infirmières qui pratiquent dans ce domaine, à titre d'expertes sur le sujet.

L'objectif de la présente étude est donc de documenter la vision de la relation idéale entre un patient et l'infirmière dans un contexte d'hospitalisation involontaire afin d'identifier les éléments qui la caractérisent et les facteurs qui contribuent à son développement.

NOMBRE DE PARTICIPANT(E)S ET DURÉE DE LA PARTICIPATION

Dix participant(e)s seront recruté(e)s au sein de l'hôpital, soit cinq patient(e)s qui sont suivi(e)s à la clinique de Premier Épisode Psychotique (PEP) ainsi que cinq infirmières qui pratiquent dans le département d'hospitalisation en psychiatrie de l'hôpital auprès de cette clientèle.

La durée de votre participation sera de deux rencontres de groupe de 75 et 90 minutes, se déroulant entre deux à quatre semaines d'intervalle.

NATURE DE LA PARTICIPATION DEMANDÉE ET DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

Si vous acceptez de participer à ce projet de recherche, et après avoir signé le présent formulaire d'information et de consentement, votre participation consistera à assister à deux rencontres de groupe, la première d'une durée d'environ 75 minutes et la seconde d'environ 90 minutes (autres que sur vos heures de travail sauf si vous obtenez l'accord de votre supérieur). Ces rencontres auront lieu dans un local de la clinique PEP. Dans un premier temps, vous aurez à compléter un court questionnaire sur vos caractéristiques sociodémographiques telles que l'âge, le sexe, le degré de scolarité et l'expérience professionnelle en psychiatrie. Ensuite, la chercheuse discutera avec vous et quatre autres infirmières de vos expériences lors de votre pratique auprès de personnes atteintes de psychose qui sont hospitalisées de façons non volontaires. Plus précisément, les discussions seront centrées sur vos expériences relationnelles avec ces personnes qui ont été positives et satisfaisantes professionnellement.

La seconde entrevue de groupe aura lieu de deux à quatre semaines après la première, où seront réunis les cinq patient(e)s suivi(e)s à la clinique PEP (ou un de leur proche qui les représentera) et les infirmières participant au projet (hors période de travail sauf si accord du supérieur). Lors de cette deuxième rencontre, il y aura d'abord une mise en commun des thèmes qui seront ressortis des premières entrevues. Ensuite, des questions seront posées au groupe de façon à identifier quelle serait la nature idéale de la relation et quelles seraient les possibilités envisageables afin de l'améliorer. Dans le cadre de cette rencontre, tous les participants seront considérés comme des experts et auront une contribution égale. La rencontre sera animée par la chercheuse et sa co-directrice (Fanny Robichaud).

Pour faciliter la collecte et l'analyse de données, la dernière partie (synthèse) de chacune des entrevues seront enregistrées sur support audionumérique et la chercheuse prendra des notes manuscrites dans un journal de bord. L'enregistreuse pourra être arrêtée à tout moment à votre demande. L'chercheuse prendra alors vos réponses en notes. Si une question s'avère plus difficile, vous n'aurez pas à y répondre. Il n'y a pas de bonnes, ni de mauvaises réponses.

RISQUES ET INCONVÉNIENTS

Il n'y a aucun risque connu à participer à cette étude. Par contre, votre participation à cette recherche pourrait vous occasionner certains inconforts liés aux émotions suscitées par la description de votre expérience. Advenant le cas où vous auriez besoin de soutien, nous pourrions vous orienter vers une ressource capable de vous aider. De plus, le temps nécessaire pour remplir le questionnaire et pour répondre aux questions durant les groupes de discussion et la participation à ceux-ci peut représenter un inconfort pour certain(e)s participant(e)s et susciter un questionnement ou un stress. Vous pourrez quitter l'entrevue de groupe à tout moment si vous le désirez.

AVANTAGES

Vous ne retirerez aucun bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche. Toutefois, les résultats obtenus pourraient contribuer à l'avancement des connaissances en sciences infirmières.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET POSSIBILITÉ DE RETRAIT

Votre participation à ce projet de recherche est entièrement volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également cesser de participer à ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision à la chercheuse responsable du projet ou à la chercheuse du projet. Votre décision de ne pas participer ou de vous retirer de l'étude n'aura aucune conséquence sur votre employabilité à l'hôpital, ou sur vos relations avec votre supérieur, avec les chercheuses et avec les autres intervenants.

La chercheuse responsable du projet de recherche, la chercheuse, le comité d'éthique de la recherche de l'hôpital et l'organisme subventionnaire peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement, notamment si vous ne respectez pas les consignes du projet de recherche ou s'il existe des raisons administratives d'abandonner le projet.

Si vous vous retirez ou êtes retiré(e) du projet, l'information déjà obtenue dans le cadre de ce projet sera conservée aussi longtemps que nécessaire pour assurer l'intégrité de l'étude et rencontrer les exigences réglementaires. En cas de retrait précoce, les enregistrements et les notes manuscrites seront détruits.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement du projet qui pourrait affecter votre décision de continuer d'y participer vous sera communiquée sans délai verbalement et par écrit.

CONFIDENTIALITÉ

Durant votre participation à ce projet, la chercheuse responsable et la chercheuse recueilleront et consigneront dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant, mais sans jamais que votre nom ne soit mentionné. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet seront recueillis.

Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Toutes les mesures seront prises pour s'assurer de la confidentialité de votre dossier de recherche, s'il est consulté et toute information collectée demeurera confidentielle. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements, vous ne serez identifié(e) que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche, sera conservée par la chercheuse responsable et la chercheuse.

L'chercheuse du projet utilisera les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet décrit dans le présent formulaire d'information et de consentement. Ces données seront conservées sous clé, pendant cinq (5) ans au maximum par l'une des directrices de recherche de la chercheuse, dans un classeur de leur bureau à l'Université du Québec en Outaouais, au campus de Saint-Jérôme.

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

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche, s'il y a lieu, pourra être consulté par une personne mandatée par le comité d'éthique de la recherche du Centre hospitalier de Montréal ou par l'établissement, par une personne mandatée par des organismes publics autorisés, ainsi que par des représentants de l'organisme subventionnaire. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

À des fins de protection, notamment afin de pouvoir communiquer avec vous rapidement, vos noms et prénoms, vos coordonnées et la date de début et de fin de votre participation au projet seront conservés pendant un an après la fin du projet dans un répertoire à part conservé et maintenu par la chercheuse responsable et la chercheuse.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire modifier au besoin, et ce, aussi longtemps que la chercheuse responsable, la chercheuse du projet ou l'établissement détiennent cette information. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, vous pourriez n'avoir accès qu'à certains de ces renseignements, une fois votre participation terminée.

COMMUNICATION DES RÉSULTATS GÉNÉRAUX

Les résultats de cette étude pourront être mis à votre disposition sur demande, après la fin du projet. La demande devra être faite par écrit auprès de la chercheuse responsable ou de la chercheuse.

FINANCEMENT

L'chercheuse a reçu une bourse d'études du Ministère de l'Enseignement supérieur, de la recherche et de la science (MESRS) pour mener à bien ce projet de recherche. Une partie du montant octroyé couvre les dépenses des chercheuses durant la durée du projet.

COMPENSATION

Vous ne recevrez aucune compensation financière pour votre participation au projet de recherche. Toutefois, les frais de transport encourus pour se présenter aux entrevues vous seront remboursés sur présentation de reçus.

INDEMINATION EN CAS DE PRÉJUDICE ET DROITS DU(DE LA) PARTICIPANT(E) À LA RECHERCHE

Si vous deviez subir quelque préjudice que ce soit par suite de toute procédure reliée à l'étude, vous recevrez tous les soins et services requis par votre état de santé, sans frais de votre part.

En acceptant de participer à ce projet, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheuses, l'organisme subventionnaire ou l'établissement de leurs responsabilités légales et professionnelles.

PERSONNES RESSOURCES

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème concernant votre participation au projet, vous pouvez communiquer avec la chercheuse responsable à l'hôpital ou la chercheuse aux numéros suivants :

██████████, chercheuse responsable à l'hôpital : Tél. ██████████, 8h00 à 17h00 du lundi au vendredi.

Myriam Clément inf., chercheuse : Tél. ██████████, 8h00 à 17h00 du lundi au vendredi.

Si vous avez des questions au sujet de vos droits en tant que participant(e) à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes à formuler, vous pouvez communiquer avec la **Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services** de l'hôpital au ██████████.

SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES

Le comité d'éthique de la recherche de l'hôpital a approuvé ce projet et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

CONSENTEMENT

Avant de signer le présent formulaire de consentement, j'ai reçu des explications complètes sur les méthodes et les moyens qui seront utilisés dans le cadre de l'étude : « Co-construction d'une vision partagée de la relation idéale entre la personne atteinte de psychose et l'infirmière, dans le contexte d'une hospitalisation involontaire ».

J'ai lu et j'ai eu suffisamment de temps pour comprendre pleinement les renseignements présentés ci-dessus concernant cette étude. J'accepte de plein gré de signer ce formulaire de consentement. Je recevrai un exemplaire signé et daté de ce formulaire.

Nom (en lettres moulées) Signature du/de la participante Date

Signature de la personne qui a obtenu le consentement, si différente de la chercheuse responsable.

J'ai expliqué au/à la participant(e) de la recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il(elle) m'a posées.

Nom (en lettres moulées) Signature de la personne Date

Engagement des chercheuses

Je certifie qu'on a expliqué au/à la participant(e) les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions qu'il(elle) avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il(elle) demeure libre de mettre un terme à sa participation.

Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée et datée au(à la) participant(e).

Nom (en lettres moulées) Signature de la chercheuse responsable à l'hôpital Date

Nom (en lettres moulées) Signature de la chercheuse Date

Appendice B

Lettres de sollicitation pour fins de recrutement

Lettre de sollicitation pour recrutement : patients

Projet de recherche : Co-construction d'une vision partagée de la relation idéale entre la personne atteinte de psychose et l'infirmière, dans le contexte d'une hospitalisation involontaire

Chers professionnels de la clinique PEP,

Dans le cadre d'un projet de recherche en sciences infirmières impliquant des patients suivis à la clinique PEP, nous sollicitons votre collaboration dans le processus de recrutement. L'étude s'intéressera à la relation entre la personne atteinte de psychose et l'infirmière, dans le contexte d'une hospitalisation involontaire. Cinq personnes suivies à la clinique PEP et cinq infirmières travaillant sur le département interne de psychiatrie seront sollicitées. La technique d'échantillonnage sera faite par choix raisonné, c'est-à-dire que les patients seront ciblés spécifiquement par l'équipe médicale et les chercheuses. **Vous n'aurez donc qu'à solliciter des patients sélectionnés préalablement, en tant qu'intervenant principal auprès d'eux.** Svp, veuillez prendre note des grandes lignes du projet ci-dessous, afin d'être en mesure de présenter le projet aux patients :

- But de l'étude : Co-construire une vision partagée d'une relation idéale entre la personne atteinte de psychose et l'infirmière, dans le contexte d'une hospitalisation involontaire
- Objectifs :
 - Décrire la relation actuelle entre la personne atteinte de psychose et l'infirmière, dans le contexte d'une hospitalisation involontaire.
 - Décrire la vision de la relation idéale dans ce contexte, partagée par la personne et l'infirmière.
 - Identifier des opportunités pour favoriser cette vision de la relation idéale, entre la personne et l'infirmière, dans le contexte d'une hospitalisation involontaire.

- Implication :
 - Participer à une entrevue individuelle semi-dirigée d'une durée d'environ 45 minutes.
 - Participer à une entrevue de groupe avec quatre autres patients et cinq infirmières d'une durée d'environ 90 minutes. L'opportunité de se faire représenter par un proche ou la chercheuse lors de cette deuxième rencontre sera offerte à ceux qui le désirent.
 - Les discussions se concentreront sur des **expériences positives** de la relation.

- Compensation :
 - Les frais de transport encourus pour se présenter aux entrevues seront remboursés.

- Procédure pour le recrutement :
 - Les personnes pourront obtenir des informations auprès de la chercheuse par téléphone, ainsi qu'un rendez-vous pour une entrevue individuelle, le cas échéant.
 - Myriam Clément, inf., étudiante à la maîtrise en sciences infirmières, UQO :
[REDACTED]
 - [REDACTED]

Lettre de sollicitation pour recrutement : infirmières

Projet de recherche : Co-construction d'une vision partagée de la relation idéale entre la personne atteinte de psychose et l'infirmière, dans le contexte d'une hospitalisation involontaire

Chers infirmier (ère) du département de psychiatrie de l'hôpital,

Nous sollicitons votre participation pour une étude qui s'intéresse à la relation entre la personne atteinte de psychose et l'infirmière, dans le contexte d'une hospitalisation involontaire. Quatre autres infirmières et vous-même, ainsi que cinq personnes suivies à la clinique PEP ont été ciblées en fonction de leur contribution potentielle perçue par l'infirmière conseillère en soins spécialisée et les psychiatres de la clinique PEP. Svp, veuillez prendre note des grandes lignes du projet ci-dessous :

- But de l'étude : Co-construire une vision partagée d'une relation idéale entre la personne atteinte de psychose et l'infirmière, dans le contexte d'une hospitalisation involontaire
- Objectifs :
 - Décrire la relation actuelle entre la personne atteinte de psychose et l'infirmière, dans le contexte d'une hospitalisation involontaire.
 - Décrire la vision de la relation idéale dans ce contexte, partagée par la personne et l'infirmière.
 - Identifier des opportunités pour favoriser cette vision de la relation idéale, entre la personne et l'infirmière, dans le contexte d'une hospitalisation involontaire.
- Implication :
 - Participer à une première entrevue de groupe avec les infirmières seulement d'une durée d'environ 75 minutes.
 - Participer à une deuxième entrevue de groupe avec les quatre autres infirmières et cinq patients, d'une durée d'environ 90 minutes.
 - Les discussions se concentreront sur des **expériences positives** de la relation.
 - Les rencontres se dérouleront dans les locaux de la clinique PEP, en dehors de vos heures de travail.

- Compensation :
 - Les frais de transport encourus pour se présenter aux entrevues seront remboursés.

- Vous trouverez ci-joint le formulaire d'information et de consentement de l'étude. Nous vous invitons à en prendre connaissance et à contacter la chercheuse-étudiante afin de lui manifester votre intérêt :
 - Myriam Clément, inf., étudiante à la maîtrise en sciences infirmières, UQO :
[REDACTED]
 - [REDACTED]

Appendice C
Guides d'entrevues

Guide du déroulement des entrevues individuelles

dans le cadre du projet de recherche

Co-construction d'une vision partagée de la relation idéale entre la personne atteinte de psychose et l'infirmière, dans le contexte d'une hospitalisation involontaire

Temps estimé : 45 min.

Étudiante-chercheuse : Myriam Clément, inf., chercheuse, à la maîtrise en sciences infirmières à l'UQO

Directrice de mémoire : Chantal Verdon, inf. PhD., professeure, département des sciences infirmières, UQO

Co-directrice de mémoire : Fanny Robichaud, inf., PhD., professeure, département des sciences infirmières, UQO

Co-chercheuse responsable à l'hôpital :

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Avant-propos

Objectifs de l'entrevue

- Partager des expériences de soins vécues lors desquelles la relation avec l'infirmière a été la plus significative et satisfaisante pour son rétablissement, malgré le contexte d'une hospitalisation involontaire.
- Décrire la nature de la relation lors de ses expériences et les conditions qui lui ont permis d'être aussi significative et satisfaisante.

Rôle de la chercheuse lors de l'entrevue

La chercheuse a un rôle de facilitatrice de l'approche d'*Appreciative inquiry* (AI). Afin d'amener la personne à se sentir en confiance, la chercheuse lui rappelle que sa confidentialité sera respectée. Au début de l'entrevue, elle explique d'abord les principes de l'AI, en mettant l'accent sur le fait que plutôt que de discuter en termes de résolution de problèmes, les discussions seront orientées sur les forces et les expériences positives. La personne doit toutefois se sentir libre de parler de sujets qui, à ses yeux, nécessitent une résolution. Pour ce faire, la chercheuse peut demander à la personne de noter son sujet et de remettre à plus tard, alors qu'il sera question de discuter des opportunités de changement. Si la personne manifeste une tension émotive, il est préférable de la laisser s'exprimer avec écoute et empathie, tout en tentant de rediriger la discussion vers un sujet plus appréciatif par la suite. En effet, chaque observation négative cache de l'espoir vers une opportunité d'amélioration et la chercheuse a pour rôle de déceler ces visions positives. Afin de révéler le cœur positif du sujet de la relation infirmière-soigné, la chercheuse commence par s'intéresser de façon authentique aux expériences vécues de la personne et de ses relations avec les infirmières. Elle fait preuve d'écoute active et cherche à identifier non seulement les comportements, mais également les pensées, les sentiments et les valeurs vécus ou exprimés lors de ces expériences. Ensuite, la chercheuse cherche à généraliser sur les conditions qui ont permis à la relation de s'épanouir lors de ces expériences. De plus, le ton de la discussion doit être convivial. Le fait de chercher à avoir du plaisir lors de l'entrevue favorisera la capacité de la personne à avoir une vision appréciative. Finalement, la chercheuse a également pour rôle la gestion du temps.

Les engagements du Tidal Model

Les huit engagements suivants issus du Tidal Model suivant servent également à guider l'approche adoptée par la chercheuse:

<p>Valoriser la voix : L'histoire de la personne par rapport à ses expériences comprend non seulement les causes des problèmes, mais aussi l'espoir de leur résolution.</p>	<p>Respecter le langage : Chaque personne a développé une façon unique d'exprimer son histoire et de la représenter aux autres. C'est pourquoi la définition des thèmes doit être validée</p>	<p>Devenir l'apprenti : Chaque personne est l'experte de ses expériences vécues. Le chercheur apprend de la personne ce qui fonctionne déjà ou ce qui doit être fait pour améliorer la situation.</p>	<p>Utiliser les outils disponibles : Les expériences vécues contiennent des exemples de ce qui a fonctionné et ce sont les principaux outils disponibles pour coconstruire la vision idéalisée du futur.</p>
<p>Créer la prochaine étape : Le chercheur et la personne travaillent ensemble à coconstruire une appréciation du premier pas à faire afin de révéler les possibilités de changement.</p>	<p>Développer une curiosité authentique : La personne écrit l'histoire de sa vie mais n'est pas un livre ouvert. Le chercheur a besoin d'exprimer un intérêt authentique envers les expériences partagées.</p>	<p>Révéler la sagesse personnelle : La personne a développé une puissante réserve de sagesse par ses expériences. Une des tâches clés est de l'assister à révéler cette sagesse.</p>	<p>Être transparent : La relation entre le chercheur et la personne est basée sur la confiance mutuelle et l'authenticité.</p>

Préparatifs

Matériel et personnel nécessaire

- Deux magnétophones
- Feuilles et crayons pour écrire les thèmes émergents et faire l'analyse conjointe des données

Avant le début de la rencontre

- Arriver 10 minutes avant l'entrevue
- Installer et tester les magnétophones
- À l'arrivée de la personne, faire remplir le questionnaire de données démographiques et l'aider au besoin.
- Demander à la personne si elle est d'accord pour que des verbatim de son témoignage soient cités.

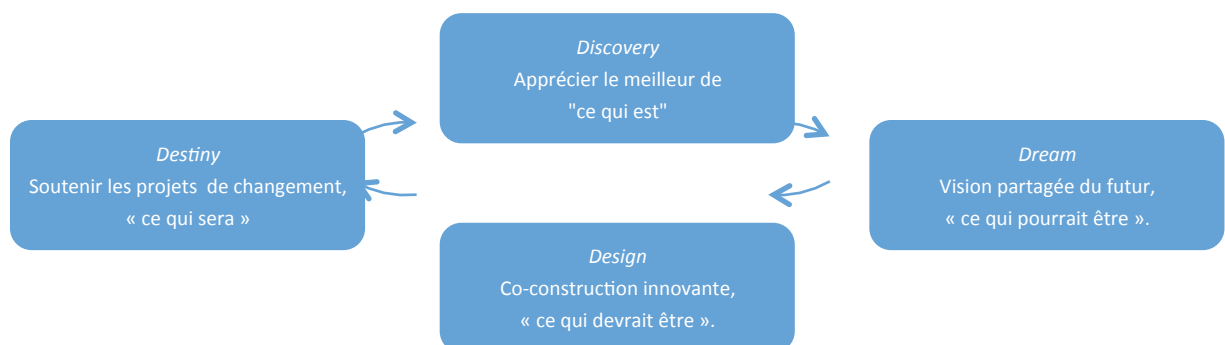
Mot d'introduction (5 min.)

Bonjour,

D'abord, je vous remercie de votre intérêt sur ce projet qui porte sur la relation entre les personnes hospitalisées involontairement en psychiatrie et les infirmières. Le but de ce projet est de décrire cette relation et de faire émerger des opportunités de changement pour l'améliorer et ainsi augmenter la qualité des soins offerts aux personnes lors de l'expérience difficile d'une hospitalisation involontaire en psychiatrie. Tout d'abord, je vous expliquerai l'approche qui sera utilisée pour guider notre discussion. Je vous poserai ensuite une série de questions sur vos expériences de relation avec les infirmières.

Présentation de l'Appreciative inquiry (AI) (5 min.)

Avant de commencer, je voudrais d'abord vous décrire ce qu'est l'approche de l'AI, puisqu'elle est différente de ce que l'on a l'habitude de faire. Plutôt que de chercher à identifier et à résoudre des problèmes, cette entrevue sera orientée sur l'appréciation positive de vos expériences. Elle comporte quatre phases qui sont illustrées ci-dessous. Dans le cadre de cette étude nous allons parcourir les deux premières phases, soit la phase *Discovery* aujourd'hui et la phase *Dream* lors de notre prochaine rencontre. Je vais d'abord vous demander de vous souvenir de situations où votre relation avec l'infirmière a été le plus thérapeutique et satisfaisante. En partageant ces expériences, cela nous permettra de définir la relation lorsqu'elle est à son meilleur et d'identifier les conditions qui l'ont favorisée. Ceci nous permettra ensuite, lors de la deuxième rencontre, de visualiser la relation idéale, les conditions qui la favorisent et d'identifier des moyens pour appliquer ces conditions encore plus souvent dans la pratique infirmière. La force de l'AI réside dans le pouvoir des images positives sur nos actions. Le fait de réfléchir ou de visualiser les aspects positifs affectent notre façon de penser et nos actions de façon à tendre davantage vers l'idéal que nous avons visualisé. Avant de débiter, avez-vous des questions sur l'approche qui est proposée?



Questionnaire

Question de recherche : Quelles sont la nature et les conditions des relations positives vécues par les personnes vivant un épisode psychotique et les infirmières, dans un contexte d'OGE ?

Questions d'ouverture (5 min.)

- Que signifie votre relation avec l'infirmière pour vous ?
- Est-ce que cette relation est importante pour votre rétablissement ?

Questions sur la relation (20 min.)

- Pensez à un ou plusieurs exemple(s) où vous vous êtes sentis particulièrement soutenu par une infirmière, alors que vous étiez hospitalisé de façon involontaire. Choisissez un moment, où vous avez senti une connexion avec l'infirmière qui vous a permis de trouver un sens à votre situation et de vous faire avancer vers votre rétablissement. Choisissez un moment où votre relation avec l'infirmière vous a permis de vous sentir au meilleur de vous-mêmes.
- Que s'est-il passé ?
- Qu'est-ce qui a fait de ce moment une réussite ?
- Comment avez-vous contribué à créer ce moment ?
- Comment l'infirmière y a-t-elle contribué ?
- Que les autres ont-ils fait pour contribuer à ce moment ?
- Comment l'environnement de l'hôpital y a-t-il contribué ?

Question de synthèse et analyse (15 min.)

- Au fil de la discussion, noter les thèmes émergents sur les feuilles de notes et faire participer la personne
- Utiliser ces thèmes pour aider la personne à répondre aux questions de synthèse suivantes :
- Quels sont les ingrédients essentiels qui définissent la relation ?
- Quels facteurs permettent à cette relation de se développer ?
- Demander à la personne de les ordonner selon leur ordre de priorité
- Demander à la personne de les définir

Conclusion

Mot de remerciements (5 min.)

L'entrevue est maintenant terminée. Je vous remercie de votre participation. Aujourd'hui nous avons défini la relation et avons identifié les facteurs qui contribuent à celle-ci lors des meilleures expériences de soins que vous avez vécues. Parallèlement, cinq infirmières ont été rencontrées en entrevues de groupe pour répondre aux mêmes questions. Lors de la prochaine rencontre de groupe, vous êtes invités à vous réunir avec celles-ci afin de répondre à la deuxième et troisième question de recherche.

Si, pour une raison ou une autre, vous n'êtes pas à l'aise de vous exprimer en face d'autres personnes et d'infirmières, vous n'êtes pas obligé de participer à la deuxième rencontre. Toutefois, nous volons que votre voix soit entendue et que votre opinion soit transmise lors de la deuxième rencontre. Nous vous offrons deux opportunités de le faire. La première est qu'un de vos proches vienne à votre place à cette rencontre, afin de vous représenter. La deuxième option est que se soit plutôt la chercheuse qui vous aura rencontré aujourd'hui qui agisse à titre de porte-parole pour exprimer vos idées. Toutefois, nous vous encourageons à venir en personne lors de la deuxième rencontre, car nul n'est mieux placé que vous-même pour vous représenter, car votre contribution nous est chère.

- Demander à la personne d'exprimer son choix

Guide du déroulement du focus group 1

dans le cadre du projet de recherche

Co-construction d'une vision partagée de la relation idéale entre la personne atteinte de psychose et l'infirmière, dans le contexte d'une hospitalisation involontaire

Temps estimé : 1h15

Chercheuse principale : Myriam Clément, inf., chercheuse, à la maîtrise en sciences infirmières à l'UQO

Directrice de mémoire : Chantal Verdon, inf. PhD., professeure, département des sciences infirmières, UQO

Co-directrice de mémoire : Fanny Robichaud, inf., PhD., professeure, département des sciences infirmières, UQO

Co-chercheuse responsable :

[REDACTED]

Collaboratrice :

[REDACTED]

Collaboratrice :

[REDACTED]

Avant-propos

Objectifs du focus groupe

- Partager des expériences de pratique infirmière lors desquelles la relation auprès des personnes atteintes de psychose a été la plus efficace pour leur rétablissement et satisfaisantes professionnellement, malgré le contexte d'une hospitalisation involontaire.
- Décrire la nature de la relation lors de ses expériences et les conditions qui lui ont permis d'être aussi significative et satisfaisante.

Rôle de l'animatrice

L'animatrice a un rôle de facilitatrice de l'approche d'*Appreciative inquiry* (AI). Afin d'amener les participants à se sentir en confiance, elle leur rappelle que leur confidentialité sera respectée. Au début de l'entrevue de groupe, elle explique d'abord les principes de l'AI, en mettant l'accent sur le fait que plutôt que de discuter en termes de résolution de problèmes, les discussions seront orientées sur les forces et les expériences positives. Les participants doivent toutefois se sentir libres de parler de sujets qui, à leurs yeux, nécessitent une résolution. Pour ce faire, l'animatrice peut demander à la personne de noter son sujet et de remettre à plus tard, alors qu'il sera question de discuter des opportunités de changement. Si la personne manifeste une tension émotive, il est préférable de la laisser s'exprimer avec écoute et empathie, tout en tentant de rediriger la discussion vers un sujet plus appréciable par la suite. En effet, chaque observation négative cache de l'espoir vers une opportunité d'amélioration et l'animatrice a pour rôle de déceler ces visions positives. Afin de révéler le cœur positif du sujet de la relation infirmière-soigné, l'animatrice commence par s'intéresser de façon authentique aux expériences vécues des participants. Elle fait preuve d'écoute active et cherche à identifier non seulement les comportements, mais également les pensées, les sentiments et les valeurs vécus ou exprimés lors de ces expériences. Ensuite, l'animatrice cherche à généraliser sur les conditions qui ont permis à la relation de s'épanouir lors de ces expériences. De plus, le ton de la discussion doit être convivial. Le fait de chercher à avoir du plaisir lors de l'entrevue favorisera la capacité des participants à avoir une vision appréciative. Finalement, l'animatrice a également pour rôle la gestion du temps.

Les engagements du Tidal Model

Les huit engagements issus du Tidal Model suivant servent également à guider l'approche adoptée par l'animatrice :

<p>Valoriser la voix : L'histoire de la personne par rapport à ses expériences comprend non seulement les causes des problèmes, mais aussi l'espoir de leur résolution.</p>	<p>Respecter le langage : Chaque personne a développé une façon unique d'exprimer son histoire et de la représenter aux autres. C'est pourquoi la définition des thèmes doit être validée</p>	<p>Devenir l'apprenti : Chaque personne est l'experte de ses expériences vécues. Le chercheur apprend de la personne ce qui fonctionne déjà ou ce qui doit être fait pour améliorer la situation.</p>	<p>Utiliser les outils disponibles : Les expériences vécues contiennent des exemples de ce qui a fonctionné et ce sont les principaux outils disponibles pour coconstruire la vision idéalisée du futur.</p>
<p>Créer la prochaine étape : Le chercheur et la personne travaillent ensemble à coconstruire une appréciation du premier pas à faire afin de révéler les possibilités de changement.</p>	<p>Développer une curiosité authentique : La personne écrit l'histoire de sa vie mais n'est pas un livre ouvert. Le chercheur a besoin d'exprimer un intérêt authentique envers les expériences partagées.</p>	<p>Révéler la sagesse personnelle : La personne a développé une puissante réserve de sagesse par ses expériences. Une des tâches clés est de l'assister à révéler cette sagesse.</p>	<p>Être transparent : La relation entre le chercheur et la personne est basée sur la confiance mutuelle et l'authenticité.</p>

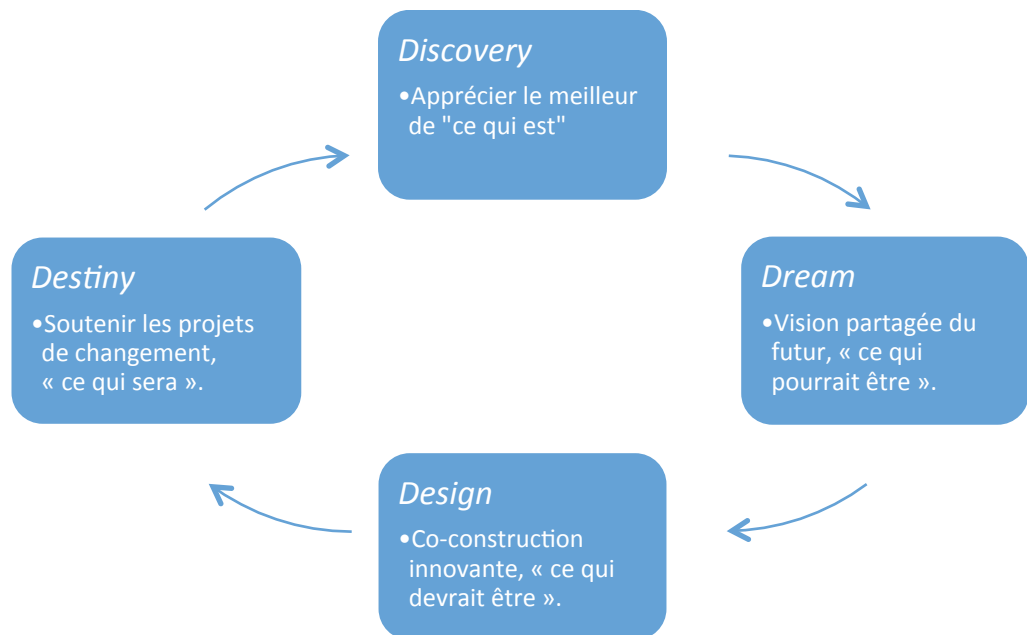
Préparatifs

Matériel et personnel nécessaire

- Deux magnétophones
- Feuilles et crayons pour que les participants puissent noter leurs idées en attendant d'avoir la parole
- Grand Tableau et crayon pour écrire les thèmes émergents et faire l'analyse conjointe des données
- Assistante de recherche (co-directrice) pour co-animer l'entrevue, retranscrire les résultats de l'analyse et prendre des notes de terrain.

Avant le début de la rencontre

- Arriver 30 minutes avant l'entrevue de groupe
- Installer et tester les magnétophones
- Faire remplir, au fur et à mesure que les participants arrivent, les formulaires de consentement et les questionnaires de données démographiques.
- *Représenter au Tableau les 4 D de l'Appreciative inquiry*



Introduction

Mot d'introduction (5 min.)

Bonjour à tous,

D'abord, je vous remercie de votre intérêt sur ce projet qui porte sur la relation auprès des personnes atteintes de psychose, dans le contexte d'une hospitalisation involontaire. Le but de ce projet est de décrire cette relation et de faire émerger des opportunités de changement pour l'améliorer et ainsi augmenter la qualité des soins offerts aux personnes lors de l'expérience difficile d'une hospitalisation involontaire en psychiatrie. Tout d'abord, je vous expliquerai l'approche qui sera utilisée pour guider notre discussion. Je vous poserai ensuite une série de questions sur vos expériences de relation avec les personnes atteintes de psychose, dans le contexte d'une hospitalisation involontaire.

Aussi, vous avez probablement remarqué la présence de magnétophones. Ceux-ci serviront d'aide-mémoire à la chercheuse lorsqu'elle rédigera son rapport. Ceux-ci seront mis en marche lors de la dernière partie de l'entrevue. Il se pourrait que la chercheuse vous demande votre accord afin de citer un bout de phrase qui aura été dit, car il représentait particulièrement bien l'idée générée par le groupe. Sentez-vous bien à l'aise de refuser et soyez assurés que votre confidentialité serait respectée.

Présentation de l'*Appreciative inquiry* (AI) (5 min.)

Avant de commencer, je voudrai d'abord vous décrire ce qu'est l'approche de l'AI, puisqu'elle est différente de ce que l'on a l'habitude de faire. Plutôt que de chercher à identifier et à résoudre des problèmes, cette entrevue sera orientée sur l'appréciation positive de vos expériences. La force de l'AI réside dans le pouvoir des images positives sur nos actions. Le fait de réfléchir ou de visualiser les aspects positifs affectent notre façon de penser et nos actions de façon à tendre davantage vers l'idéal que nous avons visualisé.

L'*appreciative inquiry* comporte quatre phases qui sont illustrées au Tableau. Dans le cadre de cette étude nous allons parcourir les deux premières phases, soit la phase *Discovery* aujourd'hui et la phase *Dream* lors de notre prochain rencontre. Je vais d'abord vous demander de vous souvenir de situations qui représentent des moments où vous étiez à votre meilleur dans votre pratique. En partageant des expériences où la relation était la plus efficace pour le rétablissement de la personne et la plus satisfaisante professionnellement, il sera possible de définir la nature de cette relation ainsi que les conditions qui l'ont favorisée. Ceci nous permettra ensuite, lors de la deuxième rencontre, de visualiser la relation idéale, les conditions qui la favorisent et d'identifier des moyens pour appliquer ces conditions encore plus souvent dans la pratique infirmière. Avant de débiter, avez-vous des questions sur l'approche qui est proposée?

Questionnaire

Quelles sont la nature et les conditions des relations positives vécues par les personnes vivant un épisode psychotique et les infirmières, dans un contexte d'OGE ?

Question d'ouverture (10 min.)

- Lors d'un premier tour de table, je vous demanderais que veut dire la relation infirmière-soigné pour vous et quelle est sa place dans votre pratique ?

Questions sur la relation (35 min.)

- Pensez à un ou plusieurs exemple(s) où vous avez été particulièrement engagé dans la relation auprès d'une personne atteinte de psychose, qui était hospitalisée de façon involontaire. Choisissez un moment, où vous avez senti une connexion avec la personne qui vous a permis de l'aider trouver un sens à sa situation et de la faire avancer vers son rétablissement. Choisissez un moment où votre relation avec la personne vous a permis de vous sentir au meilleur de vous-même.
- Que s'est-il passé ? réduire à trois
- Qu'est-ce qui a fait de ce moment une réussite?
- Comment avez-vous contribué à créer ce moment exceptionnel?
- Comment la personne y a-t-elle contribué?
- Que les autres ont-ils fait pour contribuer à ce moment?
- Comment votre environnement de travail a-t-il contribué?

Questions de synthèse et analyse (25 min.)

- Au fil des discussions, noter les thèmes émergents au tableau
- Utiliser les thèmes pour aider les participants à répondre aux questions de synthèse suivantes :
- Quels sont les caractéristiques qui définissent la nature de la relation actuelle?
- Quels facteurs permettent l'établissement et le développement de la relation telle que vous venez de la définir ?
- Demander aux participants de les ordonner selon leur ordre de priorité et de les définir

Conclusion

Mot de remerciements (5 min.)

L'entrevue de groupe est maintenant terminée. Nous vous remercions de votre participation. Aujourd'hui nous avons défini la relation et identifié les facteurs qui contribuent à celle-ci lors de vos meilleures expériences de pratique. Parallèlement, cinq patients seront rencontrés en entrevues individuelles pour répondre aux mêmes questions. Lors de la prochaine rencontre de groupe, vous serez réunis avec ceux-ci afin de répondre à la phase Dream de l'Appreciative inquiry. Pour des raisons éthiques, les patients ont l'occasion de se faire représenter par un proche ou les chercheuses, s'ils ne se sentent pas à l'aise de se joindre au groupe.

La date, l'heure ainsi que le lieu de la prochaine entrevue sont rappelés.

Guide du déroulement du focus group 2

dans le cadre du projet de recherche

Co-construction d'une vision partagée de la relation idéale entre la personne atteinte de psychose et l'infirmière, dans le contexte d'une hospitalisation involontaire

Temps estimé : 1h30

Chercheuse principale : Myriam Clément, inf., chercheuse, à la maîtrise en sciences infirmières à l'UQO

Directrice de mémoire : Chantal Verdon, inf. PhD., professeure, département des sciences infirmières, UQO

Co-directrice de mémoire : Fanny Robichaud, inf., PhD., professeure, département des sciences infirmières, UQO

Co-chercheuse responsable :

Collaboratrice :

Collaboratrice :

Avant-propos

Objectifs du focus groupe

- Partager une vision commune de la relation idéale entre les personnes soignées et les infirmières, dans le contexte d'une hospitalisation involontaire.
- Identifier des opportunités de changement qui favoriseraient l'actualisation de cette vision partagée du futur.

Rôle de l'animatrice

L'animatrice a un rôle de facilitatrice de l'approche d'*Appreciative inquiry* (AI). Afin d'amener les participants à se sentir en confiance, elle leur rappelle que leur confidentialité sera respectée. Au début de l'entrevue de groupe, elle leur rappelle également les principes de l'AI, en mettant l'accent sur le fait que plutôt que de discuter en termes de résolution de problèmes, les discussions seront orientées sur les forces et les expériences positives. Les participants doivent toutefois se sentir libres de parler de sujets qui, à leurs yeux, nécessitent une résolution. Pour ce faire, l'animatrice peut demander à la personne de noter son sujet et de remettre à plus tard, alors qu'il sera question de discuter des opportunités de changement. Si la personne manifeste une tension émotive, il est préférable de la laisser s'exprimer avec écoute et empathie, tout en tentant de rediriger la discussion vers un sujet plus appréciatif par la suite. En effet, chaque observation négative cache de l'espoir vers une opportunité d'amélioration et l'animatrice a pour rôle de déceler ces visions positives. Afin de révéler le cœur positif du sujet de la relation infirmière-soigné, l'animatrice commence par s'intéresser de façon authentique aux visions des participants quant à la relation idéale. Elle fait preuve d'écoute active et cherche à identifier non seulement les comportements, mais également les pensées, les sentiments et les valeurs qui caractérisent cette vision. Ensuite, l'animatrice cherche à généraliser sur les opportunités de changements qui favoriseraient l'actualisation de cette vision idéale de la relation. De plus, le ton de la discussion doit être convivial. Le fait de chercher à avoir du plaisir lors de l'entrevue favorisera la capacité des participants à avoir une vision appréciative. Finalement, l'animatrice a également pour rôle la gestion du temps.

Les engagements du Tidal Model

Les huit engagements issus du Tidal Model suivant servent également à guider l'approche adoptée par l'animatrice :

<p>Valoriser la voix : L'histoire de la personne par rapport à ses expériences comprend non seulement les causes des problèmes, mais aussi l'espoir de leur résolution.</p>	<p>Respecter le langage : Chaque personne a développé une façon unique d'exprimer son histoire et de la représenter aux autres. C'est pourquoi la définition des thèmes doit être validée.</p>	<p>Devenir l'apprenti : Chaque personne est l'experte de ses expériences vécues. Le chercheur apprend de la personne ce qui fonctionne déjà ou ce qui doit être fait pour améliorer la situation.</p>	<p>Utiliser les outils disponibles : Les expériences vécues contiennent des exemples de ce qui a fonctionné et ce sont les principaux outils disponibles pour coconstruire la vision idéalisée du futur.</p>
<p>Créer la prochaine étape : Le chercheur et la personne travaillent ensemble à coconstruire une appréciation du premier pas à faire afin de révéler les possibilités de changement.</p>	<p>Développer une curiosité authentique : La personne écrit l'histoire de sa vie mais n'est pas un livre ouvert. Le chercheur a besoin d'exprimer un intérêt authentique envers les expériences partagées.</p>	<p>Révéler la sagesse personnelle : La personne a développé une puissante réserve de sagesse par ses expériences. Une des tâches clés est de l'assister à révéler cette sagesse.</p>	<p>Être transparent : La relation entre le chercheur et la personne est basée sur la confiance mutuelle et l'authenticité.</p>

Préparatifs

Matériel et personnel nécessaire

- Deux magnétophones
- Feuilles et crayons pour que les participants puissent noter leurs idées en attendant d'avoir la parole
- Grand Tableau et crayon pour écrire les thèmes émergents et faire l'analyse conjointe des données
- Assistante de recherche (co-directrice) pour co-animer l'entrevue, retranscrire les résultats de l'analyse et prendre des notes de terrain.

Avant le début de la rencontre

- Arriver 30 minutes avant l'entrevue de groupe
- Installer et tester les magnétophones
- Demander de façon individuelle à chaque participant s'il accepte que des verbatim de son témoignage soient cités.

Mot d'introduction (5 min.)

Bonjour à tous,

D'abord, je vous remercie de votre présence pour cette deuxième partie de ce projet sur la relation infirmière-soigné, dans le contexte d'une hospitalisation involontaire. Je vous rappelle que vous êtes tous sollicités à titre d'experts, car les expériences relationnelles que vous avez vécues, soit au cours de votre dernière hospitalisation, ou dans le cadre de votre pratique infirmière, sont des sources riches d'informations qui fournissent des pistes de solution pour apporter un changement positif. Lors de la première partie du projet, vous avez émis votre définition de la relation idéale à l'aide de vos expériences et nous avons conjointement identifié les facteurs qui y ont contribué. Aujourd'hui, l'objectif de la rencontre est d'émettre une vision partagée d'un futur idéal quant à la relation dans ce contexte et d'identifier les opportunités de changements qui permettraient d'actualiser cette vision du futur.

Pour débiter, nous ferons un retour sur les différentes définitions de la relation que vous avez émises lors de la première partie afin de faire une mise en commun. Ensuite, vous procéderez à un exercice de visualisation sur un futur idéalisé et partagerez vos visions du futur dans le but d'en discuter et d'en venir à un consensus si possible. Finalement, nous analyserons conjointement les thèmes ressortis qui nous permettront d'identifier des opportunités de changement.

Retour sur la première partie (15 min.)

- Inscrire au Tableau la définition de la relation émise par les infirmières et chacune des personnes
- Discuter des points de concordance et de discordance entre les définitions
- Demander l'aide des participants pour regrouper les termes similaires et les réorganiser afin d'émettre une définition commune.

Questionnaire

Écrire au Tableau la deuxième et troisième question de recherche :

- Quelle est la vision d'une relation idéale selon les personnes soignées et infirmières?
- Quelles sont les opportunités de changements qui pourraient favoriser la vision de la relation idéale?

Questions sur la relation (30 min.)

- Exercice de visualisation : Imaginez-vous dans 10 ans, pratiquant encore comme infirmière ou hospitalisé de façon involontaire à nouveau. Vous remarquez que la pratique infirmière et le contexte hospitalier ont évolué et que la relation entre les personnes hospitalisées involontairement et les infirmières favorise encore mieux le rétablissement des personnes.
- Qu'est-ce qui se passe?
- Qu'y a-t-il de différent?
- Quels facteurs contribuent à cette nouvelle façon de faire?
- Qu'y a-t-il changé dans l'environnement de l'hôpital pour vous permettre de le faire ?
- Comment les autres contribuent à cette différence ?
- Que faites-vous afin de contribuer à cette différence?

Questions de synthèse et analyse (15 min.)

- Au fil des discussions, noter les thèmes émergents au tableau
- Utiliser les thèmes pour aider les participants à répondre aux la questions de synthèse suivantes :
- Quels sont les caractéristiques qui définissent la relation, selon une vision partagée du futur ?
- Quels sont les changements permettraient de rendre cette vision la réalité?
- Demander aux participants d'ordonner les thèmes par ordre de priorité
- Demander aux participants de définir les thèmes

Conclusion

Mot de remerciements (10 min.)

Nous arrivons à la fin de cette deuxième rencontre. Nous tenons à tous vous remercier pour votre précieuse participation. En terminant, nous aimerions avoir votre rétroaction et commentaires sur votre participation à ce projet :

- Est-ce que ces réflexions ont eu ou auront un impact sur votre rétablissement ou votre pratique infirmière ?

Par ailleurs, nous vous invitons à conserver les coordonnées de la chercheuse et de la contacter afin de répondre à cette question et de lui partager toute expérience qui serait en lien avec la démarche réflexive que nous avons faite dans le cadre de ce projet.

Appendice D

Questionnaires de données descriptives

Questionnaire de données descriptives : patients

n.b. Le but de ce questionnaire est de recueillir des informations descriptives générales. Soyez assuré(e) qu'elles demeureront confidentielles et anonymes.

Données sociodémographiques

- Sexe : Féminin Masculin Autre
- Âge : _____
- Plus haut degré de scolarité complété :
 - Secondaire non complété
 - Secondaire
 - Collégial
 - Baccalauréat
 - Études supérieures
- Où habitez-vous présentement :
 - Au domicile familial
 - En logement seul
 - En ressource d'hébergement

Expérience des services de santé

- Depuis combien de mois êtes-vous suivi(e) à la clinique de Premier Épisode Psychotique (PEP)? _____
- Combien de fois avez-vous été hospitalisé(e) depuis le début de votre suivi?
 - Sur une base volontaire? _____ et involontaire? _____
- Combien de temps a duré votre dernière hospitalisation? _____
- Depuis combien de mois avez-vous eu votre congé de l'hôpital, depuis votre dernière hospitalisation? _____
- Depuis le début de votre suivi à la clinique PEP, avez-vous été soumis(e) à d'autres mesures coercitives en plus de l'hospitalisation involontaire? Cochez. (Demander la définition à la chercheuse au besoin)

- Isolement
- Contentions physiques
- Médication involontaire
- Ordonnance de traitement
- Ordonnance d'hébergement

Questionnaire de données descriptives : infirmières

n.b. Le but de ce questionnaire est de recueillir des informations descriptives générales. Soyez assuré(e) qu'elles demeureront confidentielles et anonymes.

Données sociodémographiques

- Sexe : Féminin Masculin Autre
- Âge : _____
- Plus haut degré de scolarité complété :
 - Collégial
 - Baccalauréat
 - Études supérieures

Expérience de travail

- Depuis combien de temps exercez-vous la profession infirmière ? _____
- Combien d'années d'expérience avez-vous en psychiatrie ? _____
- Depuis combien de temps travaillez-vous dans le département de psychiatrie de l'hôpital?

- Depuis le début de votre pratique en psychiatrie, quelles des mesures coercitives suivantes avez-vous déjà appliquées ?
 - Isolement
 - Contentions physiques
 - Contentions chimiques
 - Ordonnance de traitement
- Sur quelle unité de psychiatrie êtes-vous affecté(e)?
 - Équipe-volante psychiatrie
 - Urgence psychiatrique
 - Soins intensifs psychiatriques
 - Unité interne de psychiatrie

Appendice E

Certificats éthiques

Notre référence: 2341

Le Comité d'éthique de la recherche a examiné le projet de recherche intitulé :

Projet: **Co-construction d'une vision partagée de la relation idéale entre la personne atteinte de psychose et l'infirmière, dans le contexte d'une hospitalisation involontaire.**

Soumis par: Myriam Clément
Étudiante
Département de sciences infirmières
Université du Québec en Outaouais

Financement: Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche (MESRS)

Le Comité a conclu que la recherche proposée respecte les principes directeurs de la Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec en Outaouais.

Ce certificat est valable jusqu'au: 21 janvier 2017

Le président du Comité d'éthique de la recherche
André Durivage



Date d'émission: 21 janvier 2016

Le 11 janvier 2016

Département de psychiatrie
Axe de recherche : risques à la santé

a/s : Mme Myriam Clément
courriel : [REDACTED]

Objet :	15.290 – Approbation FINALE CÉR restreint
	Co-construction d'une vision partagée de la relation idéale entre la personne atteinte de psychose et l'infirmière, dans le contexte d'une hospitalisation involontaire

Docteur,

Nous accusons réception, en date du 10 janvier 2016, des précisions et corrections demandées ainsi que des documents suivants en vue de l'approbation finale du projet mentionné en rubrique:

- formulaire d'information et de consentement français modifié – destiné aux patients - version du 1 datée du 07 janvier 2016
- formulaire d'information et de consentement français modifié – destiné aux infirmières - version du 1 datée du 07 janvier 2016
- lettre de sollicitation amendée pour fins de recrutement des infirmières, version 4 datée du 10 janvier 2016
- Lettre de sollicitation amendée pour fins de recrutement des patients, version 5 datée du 10 janvier 2016
- formulaire 20 complété

Le tout étant jugé satisfaisant, il nous fait plaisir de vous informer que la présente constitue l'approbation finale de votre projet de recherche, **valide pour un an à compter du 11 janvier 2016.**

Vous devrez compléter le formulaire de renouvellement que nous vous ferons parvenir annuellement. De même, vous devrez soumettre pour approbation préalable, toute demande de modification ou document de suivi requis par le comité d'éthique conformément à ses Statuts et Règlements et ce via Nagano.

Vous retrouverez dans Nagano une copie des formulaire de consentement portant l'estampille d'approbation du comité. Seule cette version finale devra être utilisée pour signature par les participant(e)s.

Lorsque cela s'applique à votre situation, veuillez noter que le projet ne peut débuter tant que le contrat n'est pas finalisé et dûment signé.

Le comité suit les règles de constitution et de fonctionnement de l'Énoncé de Politique des trois Conseils (ÉPTC 2) et des Bonnes pratiques cliniques de la CIH.

Pour toute question relative à cette correspondance, veuillez communiquer avec le secrétariat du comité par téléphone ou courriel: [REDACTED]

Vous souhaitant la meilleure des chances dans la poursuite de vos travaux, nous vous prions d'accepter, Docteur, nos salutations distinguées.

[REDACTED]
Vice-présidente
Comité d'éthique de la recherche [REDACTED]

Appendice F

Références des Tableaux 19, 21 et 22

Références

1. Jung E, Wiesjahn M, Rief W, Lincoln TM. Perceived therapist genuineness predicts therapeutic alliance in cognitive behavioural therapy for psychosis. *British Journal of Clinical Psychology*. 2015;54(1):34-48.
2. Farrelly S, Lester H. Therapeutic relationships between mental health service users with psychotic disorders and their clinicians: a critical interpretive synthesis. *Health & Social Care in the Community*. 2014;22(5):449-60.
3. Wyder M, Bland R, Blythe A, Matarasso B, Crompton D. Therapeutic relationships and involuntary treatment orders: Service users' interactions with health-care professionals on the ward. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2015;24(2):181-9.
4. Wyder M, Bland R, Crompton D. Personal recovery and involuntary mental health admissions: The importance of control, relationships and hope. *Health*. 2013;5(3):574-81.
5. Durand S, Laflamme F. Standards de pratique de l'infirmière dans le domaine de la santé mentale. Montreal: OIIQ; 2016.
6. McGuinness D, Dowling M, Trimble T. Experiences of involuntary admission in an approved mental health centre. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*. 2013;20(8):726-34.
7. Moreira LHO, Loyola CMD. Involuntary commitment: implication for psychiatric nursing practice. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2011;45(3):692-9.
8. Lorem GF, Hem MH. Attuned understanding and psychotic suffering: A qualitative study of health-care professionals' experiences in communicating and interacting with patients. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2012;21(2):114-22.
9. Sibitz I, Scheutz A, Lakeman R, Schrank B, Schaffer M, Amering M. Impact of coercive measures on life stories: qualitative study. *The British Journal of Psychiatry*. 2011;199(3):239-44.
10. Knowles SF, Hearne J, Smith I. Physical restraint and the therapeutic relationship. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*. 2015;26(4):461-75.

11. Larsen IB, Terkelsen TB. Coercion in a locked psychiatric ward. *Nursing Ethics*. 2013;21(4):426-36.
12. Wyder M, Bland R, Crompton D. The importance of safety, agency and control during involuntary mental health admissions. *Journal of Mental Health*. 2016:1-5.
13. Amador X, Johanson A-L. I am not sick, I don't need help! Helping the seriously mentally ill accept treatment. Peconic, NY, US: Vida Press; 2000. xxviii, 238 p.
14. Andreasson E, Skarsater I. Patients treated for psychosis and their perceptions of care in compulsory treatment: basis for an action plan. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2012;19(1):15-22.
15. Perraud S, Delaney KR, Carlson-Sabelli L, Johnson ME, Shephard R, Paun O. Advanced practice psychiatric mental health nursing, finding our core: the therapeutic relationship in 21st century. *Perspectives in psychiatric care*. 2006;42(4):215-26.
16. Berger J. Incorporation of the Tidal Model into the interdisciplinary plan of care—a program quality improvement project. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2006;13(4):464-7.
17. Lafferty S, Davidson R. Putting the person first. *Mental Health Today*. 2006:31-3.
18. Smith D, Roche E, O'Loughlin K, Brennan D, Madigan K, Lyne J, et al. Satisfaction with services following voluntary and involuntary admission. *Journal of Mental Health*. 2014;23(1):38-45
19. E-Morris M, Caldwell B, Mencher KJ, Grogan K, Judge-Gorny M, Patterson Z, et al. Nurse-directed care model in a psychiatric hospital: a model for clinical accountability. *Clinical Nurse Specialist: The Journal for Advanced Nursing Practice*. 2010;24(3):154-60.