

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

LA SÉCURISATION CULTURELLE DES SOINS INFIRMIERS PSYCHIA-
TRIKES AU NUNAVIK : ANALYSE SITUATIONNELLE DES HOSPITALISA-
TIONS ET DES TRAITEMENTS INVOLONTAIRES

MÉMOIRE PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA
MAITRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES (PROFIL MÉMOIRE)

PAR
MÉLYNA DÉSY BÉDARD

OCTOBRE 2025

Sommaire

Ce mémoire explore les enjeux entourant l'utilisation de mesures coercitives en psychiatrie, telles que les hospitalisations et les traitements involontaires, auprès des personnes issues des Premiers Peuples (PIPP) dans le contexte du Nunavik. L'étudiante-chercheuse examine ces pratiques sous l'angle de la sécurisation culturelle des soins infirmiers médicolégaux, en mettant en lumière les défis uniques auxquels font face les Inuit lorsqu'ils sont hospitalisés ou traités contre leur volonté en raison de problèmes de santé mentale.

Les premières sections de ce mémoire décrivent l'influence des politiques coloniales historiques et actuelles sur la santé mentale des sociétés autochtones. Le colonialisme, de même que les traumatismes intergénérationnels exacerbés par des pratiques telles que les placements en pensionnats et les réinstallations forcées, ont eu des effets dévastateurs sur les sociétés inuit. En conséquence, celles-ci perçoivent souvent les troubles mentaux comme des problèmes d'origine sociale et politique plutôt que biologique, une vision qui entre en conflit avec les approches biomédicales dominantes. Les pratiques coercitives, telles que le recours aux mesures de contrôle, aux traitements involontaires et aux hospitalisations forcées, sont analysées à travers le prisme des dynamiques coloniales, des iniquités en santé et des incompatibilités culturelles.

Une recension systématique des écrits publiés entre 2011 et 2024 permet de relever cinq thématiques clés au sein de la littérature s'intéressant à la coercition psychiatrique chez les PIPP à travers le monde : (1) la perpétuation des violences coloniales; (2) les inégalités en santé; (3) l'incompatibilité entre les modèles occidentaux et autochtones de santé mentale; (4) les modes de résistance et de résilience; et (5) le potentiel des approches alternatives à la biomédecine dominante.

Ce mémoire met en lumière le rôle central du personnel infirmier dans l'application des mesures coercitives, en lien avec le cadre législatif québécois. La *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* (LPP) autorise les interventions sans consentement, soulevant des enjeux éthiques et renforçant la méfiance des communautés inuit envers le système de santé et ses acteurs. Cette étude qualitative repose sur l'analyse situationnelle de Clarke pour explorer les dynamiques sociales, juridiques et professionnelles en jeu. Les données ont été recueillies par des entretiens semi-dirigés, individuels et de groupe, ainsi que par des séances de validation auprès de participants du Nunavik, puis analysées à l'aide de cartes situationnelles, sociales et positionnelles. L'échantillon se compose de personnes ayant vécu une ou plusieurs hospitalisations ou traitements involontaires en psychiatrie, ainsi que de leurs proches, dans un contexte nordique. L'analyse a fait émerger les catégories suivantes : [1] être envoyé ailleurs; [2] trouver un sens à

la souffrance; [3] invisibiliser; [4] accéder aux services; [5] aller aux sources du problème; et [6] agir.

C'est à travers une lentille postcoloniale que l'étudiante-chercheuse examine la viabilité d'une approche qui intègre les savoirs locaux, les pratiques communautaires et les valeurs autochtones, comme la cohésion sociale et le pardon, plutôt que l'individualisation des troubles. Cette approche recommande une plus grande collaboration entre les institutions de santé et les sociétés inuit, ainsi que le développement de pratiques adaptées culturellement et respectueuses des droits de la personne.

Ce mémoire constitue une contribution au domaine de la santé mentale autochtone et de la sécurisation culturelle en psychiatrie, alors qu'il offre une base pour repenser les pratiques de ce domaine et réduire les disparités systémiques. Il souligne également la nécessité de poursuivre la recherche en contexte canadien pour mieux comprendre les expériences vécues par les PIPP en lien avec les soins psychiatriques coercitifs.

Mots-clés

Coercition psychiatrique, sécurisation culturelle, Nunavik, Premiers Peuples, santé mentale, colonialisme, traitements involontaires, hospitalisation forcée, décolonisation, Inuit, iniquités en santé.

Keywords

Psychiatric coercion, cultural safety, Nunavik, Indigenous Peoples, mental health, colonialism, involuntary treatments, forced hospitalization, decolonization, Inuit, health inequities.

Table des matières

Sommaire	ii
Mots-clés.....	iv
Keywords	v
Liste des tableaux.....	xi
Liste des figures	xii
Liste des abréviations.....	xiii
Remerciements	xiv
Avant-propos	xvi
Introduction.....	1
Problématique	3
Contexte.....	5
Historique du développement des soins de santé pour les membres des Premières Nations, les Métis et les Inuit au Canada.....	6
Services de santé mentale, pratique infirmière et enjeux éthiques de la psychiatrie légale au Nunavik.....	8
Questions de recherche.....	12
Objectifs de recherche	13
Posture épistémologique	14
Recension des écrits	16
Méthodologie	18
Critères de sélection, d'inclusion et d'exclusion des écrits	21
Critères de sélection des articles	21

Critères d'inclusion au niveau de la population à l'étude	22
Critère d'exclusion au niveau de la population à l'étude	22
Analyse et synthèse des données	23
La perpétuation des violences coloniales	26
Les iniquités en santé.....	30
Les incompatibilités culturelles dans les soins psychiatriques	34
Les modes de résistance et de résilience	39
Le potentiel des approches alternatives aux modèles nosologiques dominants.....	41
Cadre de référence.....	49
Cadre théorique.....	53
Théorie postcoloniale.....	53
Postulats, principes et concepts clés	56
Orientalisme	57
Subjugation	58
Hybridité	58
Subalternité	59
Théorie postcoloniale et discipline infirmière	61
Réalité théorique dans la recherche	65
Justification et pertinence du cadre théorique	68
Méthodologie	71
Devis de recherche	71
Population à l'étude	73
Enjeux éthiques de la recherche	76

Méthodes de collecte des données	78
Analyse des données.....	82
Résultats.....	87
Description de l'échantillon	88
Catégories émergentes.....	90
Catégorie 1 : être envoyé ailleurs — « To be sent away » (P3).....	92
Sous-catégorie 1.1 : exclusion sociale.....	94
Sous-catégorie 1.2 : temps et déplacements	97
Sous-catégorie 1.3 : médicalisation des problèmes sociaux	103
Catégorie 2 : trouver un sens à la souffrance — « He/she is not in their right mind » (P1)	105
Sous-catégorie 2.1 : « The mind is very strong » (P5)	109
Sous-catégorie 2.2 : « To be dead inside » (P6).....	110
Sous-catégorie 2.3 : « To end ourselves » (P5).....	110
Sous-catégorie 2.4 : « Crisis and chaos » (P4)	112
Sous-catégorie 2.5 : « We see the symptom » (P1)	112
Sous-catégorie 2.6 : « The wounding is in the heart » (P1).....	113
Sous-catégorie 2.7 : « Tusaaralik/Takunaaralik » (P1)	114
Sous-catégorie 2.8 : « We don't know how to love ourselves » (P5).....	115
Sous-catégorie 2.9 : « Some could be so quiet » (P6)	115
Catégorie 3 : invisibiliser — « It's silent and people are trying to hide it » (P5).....	116
Sous-catégorie 3.1 : souffrir	116
Sous-catégorie 3.2 : prétendre.....	118

Sous-catégorie 3.3 : atténuer	120
Catégorie 4 : accéder aux services — « Nowhere to go » (P5).....	122
Sous-catégorie 4.1 : manque de confiance envers autrui	122
Sous-catégorie 4.2 : impression que l'aide offerte est inadéquate.....	124
Sous-catégorie 4.3 : judiciarisation des problèmes de santé mentale	129
Catégorie 5 : aller aux sources du problème — « The root causes » (P1)	130
Sous-catégorie 5.1 : deuils et traumatismes individuels	131
Sous-catégorie 5.2 : traumatismes intergénérationnels	133
Sous-catégorie 5.3 : histoire et violences coloniales	134
Catégorie 6 : agir — « To find solution » (P6).....	135
Sous-catégorie 6.1 : pratiques existantes	135
Sous-catégorie 6.2 : pratiques potentielles	137
Synthèse des résultats.....	142
Discussion	147
Dimensions transversales aux catégories d'analyse	149
Exclusion sociale.....	149
Incompréhension.....	152
Enfermement.....	153
Médicalisation des problèmes sociaux.....	155
Les soins relationnels.....	157
Pertinence de cette étude pour la discipline infirmière	158
Pratique	158
Recherche	160
Gestion	161

Formation	162
Politique.....	164
Forces et limites de la recherche	166
Conclusion.....	169
Références	172
Appendice A. Informations complémentaires	196
Appendice B. Fiche de recrutement	243
Appendice C. Formulaire de consentement (groupe de discussion).....	246
Appendice D. Formulaire de consentement (entrevues individuelles)	254
Appendice E. Questionnaire sociodémographique (entrevues individuelles) ..	261
Appendice F. Guide d’entrevue (groupe de discussion)	265
Appendice G. Guide d’entrevue (entrevues individuelles semi-dirigées)	268
Appendice H. Résolution du conseil d’administration du Centre de Santé	271
Appendice I. Certificat éthique de l’UQO.....	273

Liste des tableaux

Tableau 1	Algorithme de recherche	21
Tableau 2	Identifiants des participants et méthodes employées pour recueillir leurs propos.....	90
Tableau 3	Sous-catégories d'analyse selon une codification par émergence .	91
Tableau 4	Concepts à l'étude et extraits de verbatims associés	106
Tableau 5	Résultats descriptifs : recension narrative systématisée	197
Tableau 6	Résultats descriptifs : littérature non indexée	200
Tableau 7	Version originale anglaise des verbatims du groupe de discussion et des entrevues individuelles	204

Liste des figures

Figure 1	Diagramme de flux	25
Figure 2	Carte situationnelle organisée des éléments clés de la situation ...	238
Figure 3	Carte des mondes sociaux : arène de la coercition psychiatrique au Nunavik	241
Figure 4	Carte positionnelle des discours, des positions divergentes ou contradictoires exprimées à l'égard du phénomène étudié	242

Liste des abréviations

ACIA : Association canadienne des infirmières autochtones

AGIDD-SMQ : Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec

AMC : Association médicale canadienne

CER : certificat d'éthique à la recherche

CERP : Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics

CRSH : Conseil de recherches en sciences humaines du Canada

CSI : Centre de Santé Inuulitsivik

CSPDP : Comité sénatorial permanent des droits de la personne

CSSSPNQL : Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador

CSTU : Centre de Santé Tulattavik de l'Ungava

CTSM : Centre de toxicomanie et de santé mentale

ITK : Inuit Tapiriit Kanatami

LPP : *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

NCCIH : National Collaborating Centre for Indigenous Health

OIIQ : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

OSGUS : Office of the Surgeon General of the United States

PIPP : personnes issues des Premiers Peuples

RRSSSN : Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik

Remerciements

Je tiens à exprimer mes plus sincères remerciements à toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de mon mémoire de maîtrise en sciences infirmières. Je suis profondément reconnaissante envers mon directeur de mémoire, Pierre Pariseau-Legault, et ma codirectrice, Caroline Hervé, pour leur soutien indéfectible, leur expertise précieuse et leurs conseils éclairés tout au long de ce parcours universitaire. Je tiens également à exprimer ma reconnaissance envers mon amie Caroline Dufour, dont l'inspiration, la motivation et les délicieux plats préparés ont été des sources de réconfort et d'énergie tout au long de cette aventure. Sa présence chaleureuse et son soutien inconditionnel ont été des éléments essentiels de mon parcours. Mes études supérieures ont été rendues possibles grâce aux privilèges légués par mes parents, Claude et Marie-Josée. Je leur suis infiniment reconnaissante pour leur soutien inébranlable et leur confiance en moi. Je tiens à exprimer ma reconnaissance envers tous ceux qui ont croisé ma route et qui ont contribué, de près ou de loin, à la réalisation de ce projet. Leurs encouragements, leur soutien et leur bienveillance ont été essentiels à mes études supérieures. Merci du fond du cœur à chacun d'entre vous!

Enfin, je souhaite exprimer ma plus profonde gratitude envers les personnes inuit qui ont généreusement partagé leur temps, leurs savoirs et leurs expériences avec moi dans le cadre de cette recherche. Bien que je ne puisse

les nommer pour des raisons de confidentialité, leur soutien et leur collaboration ont été inestimables. Je tiens également à remercier chaleureusement l'établissement de santé et l'organisme communautaire partenaires pour leur appui dans la réalisation de ce projet. J'adresse enfin un merci spécial à Louisa Argun Papi-gatuk, dont les mots d'encouragement, le savoir et l'amitié précieuse ont illuminé mon parcours. *Nakurmiik!*

Avant-propos

En tant qu'étudiante-chercheuse d'origine allochtone, je reconnais l'histoire coloniale passée et présente vécue par les sociétés inuit du Nunavik. Je reconnais la participation, à différents degrés, des soins infirmiers, de l'anthropologie et de la recherche dans la colonisation et la perpétuation de dynamiques coloniales au Nunavik. Je reconnais également que l'endroit où s'est déroulé le travail de terrain est un territoire dont les droits n'ont pas été cédés dans le cadre de la Convention de la Baie-James et du Nord québécois. Par conséquent, l'objectif méthodologique de ce projet vise globalement à réduire les dynamiques de pouvoir entre l'étudiante-chercheuse et les participants à son étude. Pour ce faire, une approche décolonisatrice de la méthode de recherche est nécessaire. Cette approche vise notamment à puiser dans les savoirs locaux, à collaborer avec les partenaires communautaires afin de favoriser le partage de connaissances, à s'intéresser à leurs préoccupations et à donner une voix aux personnes qui sont souvent peu entendues.

Le terme « Inuit » est écrit de façon indifférenciée dans sa forme plurielle. Le mot « Inuit » vient de la langue inuktitut et désigne déjà le pluriel. Par exemple : un Inuk, des Inuit.

Tout au long de ce mémoire, le masculin est utilisé à titre de genre neutre. Cela a pour but d'alléger le texte et de préserver l'anonymat des participants à cette étude.

Peu de publications récentes traitent directement des hospitalisations et des traitements psychiatriques involontaires en contexte inuit ou nordique. Cette lacune dans la littérature scientifique révèle que ces situations sont encore peu explorées par la recherche, ce qui souligne la pertinence de la présente étude. En ce sens, bien que certaines références employées datent de plusieurs années, elles demeurent incontournables pour comprendre les dynamiques historiques et structurelles de la coercition psychiatrique et pour éclairer les réalités actuelles au Nunavik.

Dans le cadre de la rédaction de ce mémoire, l'étudiante-chercheuse a eu recours à un outil d'intelligence artificielle (ChatGPT, OpenAI) afin d'obtenir un soutien pour la reformulation de certains passages ne contenant aucune donnée issue de la recherche et pour clarifier la structure de certaines sections. Les contenus générés ont été systématiquement revus, modifiés et validés de façon critique, conformément aux exigences de la recherche universitaire et à la posture éthique de cette étude. Les analyses, les réflexions et l'interprétation des données demeurent entièrement celles de l'auteure.

Introduction

Dans leur étude contextuelle sur les services de santé mentale au Nunavik, Lessard et al. (2008) indiquent que la santé mentale est une priorité pour les participants à leur étude. Les problèmes liés à cet aspect sont également en recrudescence (Lessard et al., 2008). Chez les personnes issues des Premiers Peuples (PIPP), les problèmes de santé mentale sont perçus comme étant le résultat de pratiques coloniales passées et, corolairement, comme une malheureuse et inévitable conséquence héritée de leur histoire (Chartrand, 2019). Ainsi, le rôle que jouent les structures et les systèmes actuellement en place dans la perpétuation du processus de colonisation des peuples autochtones qu'ils desservent est rarement remis en question (Chartrand, 2019). Au Nunavik, on estime qu'environ 13 % des Inuit présentent de la détresse psychologique et que le taux de suicide y est six à sept fois plus élevé qu'ailleurs au Québec (ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2021). En outre, les professionnels en santé mentale sont majoritairement non autochtones et les services transculturels sont inexistantes, ce qui nécessite de faire appel à des interprètes lors des interactions avec les personnes (Salinas-Perez et al., 2020).

Au Québec, la LPP autorise l'emploi de mesures pour contrôler les personnes représentant un tel danger, et ce, sans leur consentement (gouvernement du Québec, 2024). Les mesures de contrôle en santé mentale, telles que

l'isolement, la contention mécanique, l'hospitalisation involontaire et les traitements involontaires, sont en théorie des interventions utilisées de manière exceptionnelle et en dernier recours pour prévenir un danger imminent pour la personne ou pour autrui (MSSS, 2002, 2015). Leur utilisation est strictement encadrée, limitée dans le temps et doit respecter les droits et la dignité des personnes, conformément aux protocoles définis par le MSSS (2015). Le recours à ces diverses mesures, qui sont d'ailleurs considérées comme inhérentes à la pratique de la psychiatrie plutôt que des incidents critiques (Carlson & Hall, 2014), est justifié par des impératifs de sécurité (Hui et al., 2013). Or, si le recours à la coercition en santé mentale est croissant, il est de plus en plus contesté par la recherche (Berring & Georgaca, 2023; Birkeland et al., 2024; Hem et al., 2018).

Le présent mémoire vise à contextualiser l'emploi de ces mesures au Nunavik, en particulier les hospitalisations et les traitements involontaires. La problématique décrite subséquemment clarifie certains éléments clés en lien avec l'objet de recherche. Puisqu'à notre connaissance, aucune étude ne s'est penchée sur le recours à ces pratiques dans le contexte du Nunavik, notre recherche portera sur la coercition psychiatrique auprès des personnes inuit du Nunavik admises, hébergées et traitées contre leur gré en psychiatrie.

Problématique

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) insiste sur l'importance de l'accès équitable aux soins de santé mentale et de la qualité des services en la matière, et recommande à cette fin dans son *Plan d'action pour la santé mentale 2013-2030* la mise en place de services complets (OMS, 2013). Malgré cette recommandation, la santé mentale demeure un enjeu préoccupant à l'échelle mondiale, car les soins sont généralement rares, inadéquats et difficilement accessibles (OMS, 2022). Des écarts importants existent dans l'état de santé mentale selon l'appartenance ethnoculturelle, tant aux États-Unis (Office of the Surgeon General of the United States [OSGUS], 2001) qu'au Canada, où près de la moitié des Autochtones vivant hors communauté rapportent des difficultés sur ce plan (Statistique Canada, 2024). Les données demeurent limitées pour ceux vivant dans les réserves ou les villages inuit, mais le nombre d'hospitalisations pour troubles mentaux y est nettement plus élevé qu'à l'extérieur des réserves (Statistique Canada, 2018).

Ces inégalités en matière d'accès aux services et leur qualité limitée se traduisent par une dépendance accrue aux interventions psychiatriques en milieu hospitalier (OMS, 2021). Comme le souligne l'OMS (2021), la prédominance d'un modèle hospitalocentré s'accompagne souvent du recours à des mesures coercitives qui, bien que justifiées par des impératifs de sécurité, suscitent des préoccupations éthiques quant au respect des droits et de l'autonomie des personnes

(Pariseau-Legault et al., 2020; Quintin, 2020). L'admission et le traitement involontaire peuvent être traumatisants, stigmatisants et mener à l'évitement durable des services de santé mentale (Walker et al., 2019; Pariseau-Legault et al., 2025a). Il n'existe pas de données nationales spécifiques sur les hospitalisations ou les traitements involontaires en psychiatrie chez les Premières Nations, les Métis et les Inuit. Cependant, des documents récents indiquent que les Inuit du Nunavik sont fréquemment soumis à des hospitalisations et à des traitements psychiatriques forcés, sans toutefois fournir de statistiques à ce sujet (Centre de Santé Tulattavik de l'Ungava [CSTU], 2024). Combinée au contexte historique et politique du Nunavik, cette coercition soulève des enjeux importants pour les pratiques de soins.

Ainsi, si le recours à la coercition psychiatrique s'observe aujourd'hui au Nunavik dans la continuité d'un modèle hospitalocentré, il ne peut être compris qu'à la lumière des expériences historiques de soins imposés aux peuples autochtones. Au Canada, les expériences de soins forcés ont profondément affecté la confiance des peuples autochtones envers le système de santé (Association médicale canadienne [AMC], 2024). Mentionnons, par exemple, le transfert forcé d'Inuit vers des centres hospitaliers et des sanatoriums situés dans des centres urbains du Sud du pays pour y être traités pour la tuberculose (Lux, 2016) et la stérilisation forcée des femmes autochtones dans certaines provinces canadiennes (Comité sénatorial permanent des droits de la personne [CSPDP], 2021).

Mises en contexte, ces expériences de soins forcés ne relèvent pas uniquement d'interventions que l'appareil étatique qualifie souvent de bienveillantes, mais s'inscrivent avant tout dans des logiques coloniales dont la violence, à la fois réelle et symbolique, demeure manifeste.

Contexte

Le Nunavik est une région socioculturelle située au nord du 55^e parallèle faisant partie de la région administrative du Nord-du-Québec. Son territoire couvre environ 500 000 km², soit le tiers de la superficie de la province du Québec (gouvernement du Québec, 2021). Cette région est habitée par les *Nunavimmiut* (habitants du Nunavik), qui sont répartis dans 14 villages longeant les côtes de la baie d'Hudson et de la baie d'Ungava depuis la sédentarisation forcée initiée au milieu du 20^e siècle (Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik [RRSSSN], 2025a). Les villages sont isolés et inaccessibles par voie terrestre, ce qui rend le transport aérien essentiel, tant pour les déplacements que pour les évacuations médicales (gouvernement du Québec, 2021). La Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik (RRSSSN) assure la planification et la coordination des services de la région (RRSSSN, 2025b). Deux centres de santé desservent l'ensemble du territoire nunavikois : le Centre de santé Tulattavik de l'Ungava, basé à Kuujuaq, et le Centre de Santé Inuulitsivik, basé à Puvirnituk. Chacun de ces deux établissements dispose d'un hôpital et assure la couverture de sept villages, qui disposent de dispensaires assurant des

soins de première ligne (Centre de Santé Inuulitsivik [CSI], 2024). Dans ce contexte, les infirmières occupent un rôle central et élargi dans la prestation des soins. Elles agissent en première ligne en l'absence de médecins, évaluent, prennent en charge et orientent les personnes. Leur champ d'exercice et leur autonomie professionnelle sont considérablement plus étendus que dans les centres urbains dans le Sud du Québec (Fournier, 2017).

Pour mieux comprendre les enjeux liés à la coercition psychiatrique au Nunavik, il est nécessaire de décrire sommairement l'histoire du développement des soins de santé pour les membres des Premières Nations, des Métis et des Inuit au Canada, et de faire l'état des lieux des services de santé mentale, de la pratique infirmière en psychiatrie légale et de ses enjeux éthiques au Nunavik.

Historique du développement des soins de santé pour les membres des Premières Nations, les Métis et les Inuit au Canada

Avant la colonisation, les peuples autochtones, dont les Inuit, avaient des systèmes de santé holistiques fondés sur leurs savoirs et leur relation avec le territoire (Kirmayer et al., 2003). La colonisation a marginalisé ces systèmes et imposé un modèle contrôlé par le gouvernement fédéral (Allan & Smylie, 2015). Jusqu'au milieu du 20^e siècle, l'offre de soins restait limitée et liée à des politiques d'assimilation, notamment dans les pensionnats (Milloy, 1999). Dès les années 1940-1950, le gouvernement fédéral a imposé aux Inuit de se regrouper dans des villages et mis en place divers programmes sociaux afin d'encadrer et d'améliorer

leurs conditions de vie (Bonesteel, 2008; Hervé, 2019). Dans les années 1950, la sédentarisation forcée et les épidémies de tuberculose ont entraîné l'instauration de services de santé fédéraux, au détriment des pratiques traditionnelles (Lévesque, 2022; O'Neil, 1979). À la fin des années 1960-1970, malgré un meilleur accès aux soins, la sédentarisation, le chômage et l'insécurité alimentaire ont entraîné une forte hausse des troubles de santé mentale et physique, incluant le suicide, la dépression et la consommation de substances psychoactives (Bonesteel, 2008; Kirmayer et al., 1994). Les recherches indiquent qu'à cette période, l'arrivée massive de professionnels non inuit en mission temporaire reflétait des rapports de pouvoir asymétriques propres au contexte colonial (Lévesque, 2022; O'Neil, 1979).

Aujourd'hui, le contexte de soins dans lequel les Inuit évoluent est teinté par les préjugés et la discrimination, ce qui entraîne l'administration de traitements différenciés et affecte négativement leur bien-être (MSSS, 2021). Ces constats sont en continuité avec les effets structurels d'un colonialisme médical toujours présent, où l'histoire des traumatismes collectifs, tels que les stérilisations forcées, les pensionnats et les déplacements imposés, alimente la méfiance envers les institutions sanitaires et renforce la nécessité d'approches de sécurisation culturelle (Tremblay et al., 2024; Lévesque, 2022).

Services de santé mentale, pratique infirmière et enjeux éthiques de la psychiatrie légale au Nunavik

Aujourd'hui, le contexte dans lequel les travailleurs de la santé pratiquent est le résultat de plusieurs années de réformes coloniales assimilant les peuples autochtones aux pratiques eurocentriques dominantes (Browne & Fiske, 2001). La recherche biomédicale en santé mentale tient peu compte des enjeux psychosociaux et des conceptions autochtones, ce qui rend souvent les soins inappropriés pour les Inuit. Les interventions demeurent centrées sur la personne, et les traitements pharmacologiques sont administrés sans considérer le contexte social pourtant déterminant (Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics [CERP], 2019; Campenhout & Lévesque, 2019; Ferrazzi & Krupa, 2016; Gaulin, 2021).

Dans *l'Inuit Nunangat*, les équipes locales de soins regroupent divers professionnels, mais ce sont les infirmières qui jouent un rôle central en l'absence de médecins résidents (Lessard, 2015). De plus, une étude récente menée auprès d'infirmières en soins primaires au Nunavik montre que ces professionnels exercent au sein d'un contexte [fortement] marqué par le colonialisme et de systèmes fragmentés et souvent dépourvus de ressources suffisantes (Delli Colli & Blanchet Garneau, 2024). Dans un tel environnement, l'application de mesures coercitives vient accentuer ces difficultés : si les infirmières du Nunavik doivent composer avec la rareté des ressources et des pratiques marquées par les rapports coloniaux, des travaux menés dans d'autres contextes confirment que le

recours à la coercition représente de manière générale une expérience éprouvante pour les infirmières, car il fragilise la relation de confiance avec les personnes et alourdit la charge émotionnelle de leur travail (Paradis-Gagné et al., 2025). Ainsi, en contexte nordique, ces dernières doivent constamment concilier leur rôle clinique avec des enjeux éthiques, culturels et relationnels qui dépassent le cadre strict de l'application de la loi (Delli Colli & Blanchet Garneau, 2024).

Cette insuffisance de ressources locales se traduit notamment par une dépendance aux établissements du Sud pour l'accès aux services spécialisés, tandis que les ressources en cas de crise demeurent rares et précaires dans les villages du Nunavik (CPAAN, 2017; Lessard, 2015; Lessard et al., 2015). Faute de centres d'intervention, certaines personnes en détresse, souvent des jeunes, sont attachées et surveillées pour la nuit (CPAAN, 2017). Les transferts hospitaliers aéroportés, où les contentions sont systématiquement employées depuis longtemps, reflètent le manque de services spécialisés et favorisent la judiciarisation des soins, notamment par l'application de la LPP (CSI, 2018; gouvernement du Québec, 2024).

Au Québec, le cadre juridique relatif à l'évaluation, à l'hospitalisation et au traitement sans consentement vise à protéger les droits fondamentaux. Il s'appuie sur le Code civil, la LPP (loi P-38.001) et les règles relatives au consentement et aux autorisations judiciaires, cherchant à concilier obligation de soins et respect

des libertés individuelles (Éducaloi, 2025; Gouvernement du Québec, 2024; MSSS, 2009; Pariseau-Legault, 2017). Or, l'application de ce cadre légal en contexte nordique, comme au Nunavik, soulève des enjeux peu abordés. Ce n'est qu'en 2019 que les deux centres de santé ont adopté un protocole spécifique à la Loi P-38.001 (RRSSN, 2025c). Un rapport du Protecteur du citoyen (2011) relevait déjà des écarts entre les exigences légales et leur mise en œuvre, mais sans inclure le Nunavik ni les Terres-cries-de-la-Baie-James; à cela vient maintenant s'ajouter un déficit de connaissances sur l'application et l'incidence de ces mesures coercitives.

Selon un mémoire déposé par le Centre de Santé Tulattavik de l'Ungava (CSTU, 2024) à l'Institut québécois de réforme du droit et de la justice, les hospitalisations sans consentement sont fréquentes, en particulier chez les jeunes Inuit, et s'accompagnent souvent de déplacements forcés vers des établissements dans les grands centres urbains du Sud de la province. Ces déplacements fragilisent les liens sociaux et culturels des personnes. Le CSTU (2024) souligne que cette situation aggrave le sentiment de perte de contrôle et l'isolement vécu par ces derniers, tout en alimentant une méfiance généralisée envers le système de santé.

Des études montrent que les personnes issues de minorités sont plus souvent hospitalisées involontairement, ont moins accès aux soins en amont, courent

un risque accru de réadmission et sont plus fréquemment exposées à la coercition que les personnes caucasiennes (Bennewith et al., 2010; Freitas et al., 2023; Houston et al., 2001). Toutefois, les conséquences de ces inégalités ont fait l'objet de peu d'études scientifiques (Mfoafo-M'Carthy, 2014). Plusieurs études ont ainsi exploré le vécu des personnes ayant subi différentes formes de coercition psychiatrique (Iversen et al., 2007; Krieger et al., 2018; Larsen & Terkelsen, 2014; Newton-Howes & Mullen, 2011; Olofsson & Norberg, 2001; Tingleff et al., 2017; Verbeke et al., 2019). Les personnes décrivent la coercition comme une expérience marquée par la peur, l'humiliation et la perte de contrôle (Larsen & Terkelsen, 2014; Olofsson & Norberg, 2001). Elle fragilise la relation thérapeutique et diminue la satisfaction envers les soins (Iversen et al., 2007; Newton-Howes & Mullen, 2011). Même si certains en reconnaissent l'utilité en situation de crise, son acceptabilité reste limitée (Krieger et al., 2018). Différentes études se sont intéressées à la santé mentale (Firestone et al., 2015; Owais et al., 2022;), la suicidalité (Campeau et al., 2010; Chandler & Lalonde, 1998; Elliott-Groves, 2018; Isaak et al., 2010; Kirmayer et al., 1998; Kral, 2012; Tester & McNicoll, 2004) et la détresse psychologiques (Hajizadeh et al., 2019; Hop Wo et al., 2020; Wilk et al., 2017), telles qu'elles sont vécues par les PIPP. Ces dernières présentent des niveaux élevés de détresse et d'abus de substances psychoactives, notamment chez les jeunes (Hop Wo et al., 2020). Quelques études rapportent l'expérience, sur le plan du droit psychiatrique, vécue par les PIPP en Australie et en Nouvelle-Zélande (Bradley et al., 2015; Kisely et al., 2020; McLeod et al., 2017;

Sambrano & Cox, 2013). Ces études révèlent une expérience marquée par la coercition dans le système psychiatrique, chez les PIPP, incluant un recours disproportionné à l'isolement et aux traitements forcés, par rapport à une population non autochtone (Kisely et al., 2020; McLeod et al., 2017). Face à cela, les interventions ancrées dans les savoirs autochtones se révèlent plus adaptées et plus efficaces (Elliott-Groves, 2018; Isaak et al., 2010). Une seule étude s'est intéressée à la justice thérapeutique chez les Inuit du Nunavut (Ferrazzi & Krupa, 2016). À notre connaissance, aucune étude ne s'est penchée sur l'expérience de la coercition psychiatrique ni sur le vécu des personnes inuit ayant subi une ou des hospitalisations et/ou un ou des traitements involontaires en psychiatrie au Nunavik. Devant l'absence de données sur le vécu des hospitalisations et des traitements involontaires en psychiatrie au Nunavik, cette recherche vise à explorer les perceptions des *Nunavimmiut* et les expériences des personnes concernées, afin de mieux comprendre les conséquences de ces pratiques et les dynamiques sociales qui les entourent. Ainsi, ce projet de recherche vise à combler ce manque de connaissances à partir des questions de recherche suivantes.

Questions de recherche

Comme c'est souvent le cas dans les études qualitatives à composante ethnographique, l'orientation de ce projet a évolué de manière inductive à partir de constats issus des observations et des entrevues réalisées sur le terrain. Le but de cette étude est de comprendre, à partir des expériences vécues et des

perceptions des *Nunavimmiut*, les dynamiques entourant le recours à la coercition psychiatrique au Nunavik et leurs implications pour les trajectoires de soins et la pratique infirmière. Plus spécifiquement, la recherche visait initialement à répondre aux questions suivantes :

1. Quelles sont les préoccupations exprimées par les *Nunavimmiut* au sujet des hospitalisations et des traitements psychiatriques involontaires?
2. Comment ces hospitalisations et ces traitements involontaires sont-ils vécus et interprétés par les personnes directement concernées et par leurs proches?

Les observations et les entrevues ont toutefois montré qu'il était nécessaire d'adapter les objectifs initiaux pour mieux répondre à la réalité du terrain et aux exigences éthiques de la recherche auprès des peuples autochtones. Il est ainsi apparu que l'étude devait porter non seulement sur les manifestations de la coercition psychiatrique (hospitalisations, traitements imposés), mais aussi sur les dimensions plus profondes qui les façonnent, comme les croyances, les perceptions et les pratiques locales relatives à la santé mentale.

Objectifs de recherche

Afin de tenir compte de cette évolution méthodologique et analytique, les objectifs de recherche ont été reformulés comme suit :

1. Décrire l'expérience vécue des hospitalisations et des traitements psychiatriques involontaires par les personnes concernées et leurs proches.
2. Analyser les effets de ces mesures coercitives sur les trajectoires de soins et sur les rapports de pouvoir en contexte nordique.
3. Examiner, à la lumière d'un cadre critique postcolonial et des savoirs issus du terrain, les enjeux de sécurisation culturelle et les pistes de transformation pertinentes pour la pratique infirmière.

Posture épistémologique

La posture épistémologique adoptée par ce mémoire s'inscrit dans une perspective critique postcoloniale attentive aux rapports de pouvoir qui structurent les relations entre les savoirs, les institutions et les pratiques sociales au sein des sociétés inuit (Smith, 2021). Elle repose sur la reconnaissance que toute production du savoir est située, influencée par des repères culturels propres à une époque et à un contexte (Haraway, 1988). L'objectif n'est pas de parler à la place des personnes inuit, mais de rendre visibles leurs expériences et leurs savoirs, tout en évitant d'essentialiser la culture inuit. Une attention particulière est portée à l'influence du colonialisme sur les pratiques psychiatriques, notamment à travers la persistance de logiques institutionnelles héritées du passé, qui façonnent encore les modalités de soins et peuvent contribuer à des dynamiques coercitives. Les savoirs dits subalternes ou marginalisés sont reconnus comme légitimes et nécessaires pour éclairer les angles morts des approches biomédicales

dominantes, en reconnaissant leur capacité à offrir des compréhensions ancrées dans les réalités vécues des communautés (Santos, 2015). La réflexion porte notamment sur les pratiques coercitives en psychiatrie, analysées à partir de la perspective des personnes concernées dans une visée de transformation des pratiques vers plus de justice et de sécurisation culturelle.

.

Recension des écrits

L'application de mesures coercitives en psychiatrie implique plusieurs enjeux médico-légaux. En contexte autochtone, ce dispositif a la particularité de complexifier les relations de pouvoir et de contribuer à perpétuer des logiques colonisatrices. Le but de cette recension systématique des écrits est de faire le point sur l'état des connaissances sur les enjeux auxquels font face les PIPP lors d'épisodes coercitifs en psychiatrie. Plus spécifiquement, elle vise à décrire les difficultés et les enjeux vécus par les PIPP lors de la mise en place de mesures coercitives, à recenser les approches de soutien et les pratiques émergentes considérées dans la littérature comme permettant de mieux répondre à ces enjeux, ainsi qu'à analyser les dynamiques de pouvoir inhérentes à la coercition psychiatrique telles qu'elles apparaissent dans la littérature scientifique afin de dégager une compréhension critique du phénomène. Ainsi formulés, ces objectifs permettent d'orienter la recension vers les aspects les plus pertinents pour comprendre le phénomène étudié et pour mettre en évidence les lacunes de la littérature. Pour ce faire, trois questions ont guidé le travail de recension :

1. Quels savoirs scientifiques et professionnels existent sur la coercition psychiatrique et ses effets, particulièrement dans des contextes autochtones et nordiques?

2. Quels repères issus des écrits en sciences infirmières, en santé mentale et en santé autochtone permettent de situer la pratique infirmière en contexte de coercition psychiatrique?
3. Quelles sont les principales lacunes de la littérature concernant le Nunavik et la perspective des *Nunavimmiut* face aux hospitalisations et aux traitements involontaires?

Afin d'atteindre ces objectifs et répondre à ces questions, une recension narrative systématisée des écrits a été effectuée à partir de sept bases de données et suivie d'une analyse thématique. Cet exercice de synthèse des connaissances fournit un éventail de représentations et de perceptions (Tong et al., 2012). Elle permet également de consolider le corpus de connaissances existant sur un sujet donné et de l'organiser, ainsi que de décrire les caractéristiques des études, leurs méthodes et leurs résultats (Evans & Pearson, 2001). Ainsi, à partir de cette démarche, de nouvelles conceptions d'un phénomène émergent qui contribuent à une meilleure compréhension d'un sujet donné (Evans & Pearson, 2001).

La recension systématique a permis de retenir 25 articles répondants aux critères de sélection. L'analyse de ces articles a permis de dégager cinq thématiques : [1] la perpétuation des violences coloniales; [2] les iniquités en santé; [3] les incompatibilités culturelles dans les soins psychiatriques; [4] les modes de

résistance et de résilience chez les PIPP; et [5] le potentiel des approches de rechange aux modèles nosologiques dominants. Ces thématiques permettent de mieux comprendre les défis auxquels font face les PIPP en contexte de coercition psychiatrique. Ils permettent également de révéler certains facilitateurs, pistes de solutions et stratégies facilitatrices permettant d'atténuer ses effets. Il s'agit de la première recension systématique sur cette question. La majorité des articles consultés proviennent d'études australiennes et néozélandaises. Des efforts de recherche en contexte canadien sont donc nécessaires.

Méthodologie

La recension narrative systématisée constitue une méthode souple et rigoureuse, particulièrement adaptée à l'exploration de phénomènes complexes ancrés dans des contextes socioculturels spécifiques (Framarin & Déry, 2021; Green et al., 2006). Contrairement aux approches systématiques classiques, cette méthode valorise la diversité des savoirs et permet une analyse critique essentielle lorsqu'il s'agit de sujets touchant les peuples autochtones (Greenhalgh, et al., 2018). En sciences infirmières, elle s'inscrit dans une démarche réflexive qui reconnaît l'importance des savoirs situés et des dimensions culturelles, sociales et spirituelles (White, 1995).

Dans le cadre des recherches portant sur les PIPP, la recension narrative systématisée permet d'intégrer les perspectives et savoirs traditionnels souvent

écartés par les méthodologies positivistes (Bearskin et al., 2016). Notre approche s'appuie sur une posture critique, sensible aux contextes historiques et aux rapports de pouvoir qui façonnent la production de connaissances (Nairn, 2012). Elle offre ainsi un cadre pertinent pour produire une synthèse respectueuse et critique des écrits en sciences infirmières, tout en soutenant des pratiques transformatrices ancrées dans les réalités autochtones.

Conformément aux principes épistémologiques du postcolonialisme, aucune évaluation formelle de la qualité méthodologique des écrits recensés n'a été réalisée. Une telle démarche, lorsqu'elle repose sur des outils standardisés, présente un risque de marginalisation des savoirs autochtones, expérientiels et situés (Smith, 2021). Comme le rappellent Bartlett et al. (2012), la recherche menée en contexte autochtone exige une attention particulière aux rapports de légitimité épistémique, lesquels ne peuvent être évalués exclusivement à l'aide de critères méthodologiques conventionnels. C'est dans cette perspective que la sélection des écrits a été guidée non pas par une grille normative de qualité, mais par leur pertinence contextuelle, leur ancrage critique et leur capacité à faire émerger les dynamiques vécues par les PIPP.

Lors de la rédaction du plan de recension, des critères ont été élaborés afin de circonscrire la recherche au sein de la littérature existante sur l'objet de l'étude. Un ensemble de mots-clés a été défini à partir de l'algorithme PICO pour la

recherche qualitative. L'acronyme PICO est utilisé traditionnellement par les recensions systématiques quantitatives et désigne la population visée (P), les interventions recherchées (I), l'objet de comparaison (C) et les résultats escomptés (O) (Lockwood et al., 2015). En recherche qualitative, la recension des écrits vise à mieux comprendre la signification d'un phénomène et les relations entre ses éléments (Lockwood et al., 2015). C'est pourquoi une approche modifiée est nécessaire dans une synthèse qualitative de type PICo. Dans cette approche, l'acronyme PICo désigne la population (P), le phénomène d'intérêt (I) et le contexte (Co) (Lockwood et al., 2015). Les mots-clés ont été sélectionnés à partir des questions et des objectifs de recension, puis raffinés par la recherche de synonymes ou de termes plus précis à partir du *Medical Subject Heading* (MeSH) pour les termes anglais, et à partir du Portail terminologique de santé (HeTOP) pour les termes français. Les mots-clés en français ont été validés par un bibliothécaire spécialisé dans la recherche des bases de données en sciences infirmières avant de faire l'objet d'une traduction en anglais par l'étudiante-chercheuse. Les bases de données ont été sélectionnées par consensus entre l'étudiante-chercheuse, son directeur et une bibliothécaire du département des sciences infirmières. Le choix s'est arrêté sur *CINHAL*, *Medline*, *PsychArticles*, *Scopus*, *SocIndex*, *Cairn.info* et *Érudit*. Le Tableau 1 présente l'ensemble des mots-clés sélectionnés à l'aide de l'algorithme PICo qui a servi à la recension des écrits, qu'ils soient de nature quantitative, qualitative ou mixte.

Tableau 1*Algorithme de recherche**

PICo	Mots-clés
Population	First Nation* [OR] Aboriginal* [OR] First* People* [OR] Native* [OR] Indigenous [OR] Autochton*
Phénomène d'Intérêt	Coerc* [OR] Isolation* [OR] Seclusion* Restraint* [OR] Medical detention [OR] Chemical restrain* [OR] Physical restraint* [OR] Forced psychiatry [OR] Mandatory [OR] Order* [OR] Involuntary [AND] Confinement* [OR] Treatment* [OR] Commitment* [OR] Housing Hospitalization* [OR] Transfer* [OR] Admission* [OR] Care* [OR] Medication
Contexte	Forensic psychiatry [OR] Mental health [OR] Mental illness [OR] Psychiatr*

**Développé à l'aide de l'acronyme PICo (Lockwood et al., 2015)*

Critères de sélection, d'inclusion et d'exclusion des écrits

Critères de sélection des articles

Les critères d'inclusion retenus pour la recension des écrits étaient les suivants : [1] avoir été publiés entre 2011 et 2024; [2] avoir été révisés par les pairs ou soumis sous forme de mémoire ou de thèse; [3] et être rédigés en français ou en anglais. Amorcée en 2021, une première recension visant à refléter les connaissances les plus récentes à cette époque a couvert la période comprise entre 2011 et 2021. Toutefois, puisque la rédaction de ce mémoire s'est poursuivie jusqu'en 2025, une mise à jour de cette recension a été réalisée afin d'y inclure les publications parues entre 2021 et 2024, assurant ainsi que l'analyse s'appuie

sur des savoirs contemporains. Tous les types de devis (qualitatifs, quantitatifs ou mixtes), de même que les écrits issus de différents domaines d'étude touchant au sujet et provenant de partout dans le monde, ont été considérés.

Critères d'inclusion au niveau de la population à l'étude

Les critères d'inclusion ont été établis afin de sélectionner les écrits les plus pertinents et les plus représentatifs pour éclairer la question de la coercition psychiatrique auprès des PIPP. Voici les critères retenus : [1] présenter un échantillon de membres du personnel infirmier travaillant en psychiatrie auprès des PIPP et faisant usage de coercition psychiatrique; ou [2] présenter un échantillon composé de PIPP ayant subi de la coercition psychiatrique; ou [3] présenter les opinions d'experts ou des analyses empiriques ou théoriques portant sur la coercition psychiatrique auprès des PIPP. L'application de ces critères a permis de constituer un corpus varié, reflétant les différentes dimensions du phénomène étudié et offrant une base solide pour analyser la coercition psychiatrique en contexte nordique.

Critère d'exclusion au niveau de la population à l'étude

Un critère d'exclusion a également été établi afin d'écarter les études qui ne correspondent pas à l'objet ou au contexte ciblé par ce projet de recherche. Conséquemment, ont été écartés tous les écrits abordant la coercition psychiatrique auprès d'enfants et d'adolescents, de personnes âgées (gériatrie) ou de

personnes en situation de handicap intellectuel. Ce critère d'exclusion a été choisi afin que la recension cible les réalités vécues par les PIPP adultes, ces derniers constituant la population étudiée dans ce mémoire. De plus, bien que les populations écartées subissent elles aussi de la coercition psychiatrique, leur inclusion aurait indubitablement élargi le champ d'analyse, ce qui aurait risqué de diluer la pertinence des résultats pour le Nunavik. L'adoption de ce critère a ainsi contribué à circonscrire la recension aux écrits les plus directement liés à la problématique étudiée, tout en reconnaissant que d'autres populations peuvent également vivre des expériences particulières de coercition psychiatrique.

Analyse et synthèse des données

Initialement, une recension narrative de l'auteure a permis de mettre en lumière le manque de connaissances dans la littérature scientifique sur les enjeux médico-légaux en psychiatrie au Nunavik. Ainsi, l'élargissement du spectre de recension aux PIPP à travers le monde était nécessaire afin d'établir un portrait plus général de la situation, de relever les lacunes dans les connaissances et de présenter l'état des lieux sur la question au cours des dernières années. Suivant une démarche narrative systématisée, les articles ont été lus un à un et une analyse thématique de la recension de la littérature a été produite. Il s'agit de la première recension du genre à notre connaissance. Au total, 25 articles ont été retenus pour la synthèse finale des écrits et à des fins d'analyse. Ces 25 articles proviennent tous de cinq des sept bases de données consultées, car les deux bases de

données francophones n'ont pas fourni de résultats répondant aux critères de sélection et d'inclusion. Étant donné le nombre limité d'études répondant strictement aux critères de sélection et d'inclusion, la recherche a été élargie. Bien que ne satisfaisant pas entièrement aux critères établis, des articles supplémentaires ont été considérés en raison de leur contribution potentielle à l'analyse thématique et sont présentés séparément dans un tableau de littérature non indexée (Tableau 6, Appendice A). Un diagramme de flux systématisant la démarche a été élaboré (Figure 1, Appendice A).

Figure 1 - Diagramme de flux

Identification	Évaluation	Admissibilité	Inclusion
Total d'études identifiées: 5286 CINAHL: 234 MEDLINE: 571 Scopus: 1694 SocIndex: 225 PsychArticles: 2562	Lecture des titres: 4537	Lecture des résumés: 330	Lecture des articles: 55
Inclus: 5286 1) Mots-clés (tableau 1) 2) Revu par les pairs et mémoires/thèses 3) Anglais ou français Doublons: 749	Exclus: 4207 Antérieur à 2011 [OU] Hors sujet	Exclus: 275 Ne s'intéresse pas à la coercition [OU] aux premières nations [OU] à la psychiatrie légale	Exclus: 30 Ne s'intéresse pas à la coercition [ET] aux premières nations [ET] à la psychiatrie légale
			Total d'articles inclus: 10 systématisés (+15 non indexés) Devis quantitatifs: 14 Devis qualitatifs: 10 Devis mixtes: 1

Les Tableaux 5 et 6, qui apparaissent à l'Appendice A, présentent l'ensemble des études (25) sur lesquelles s'appuie la présente analyse. Ils indiquent leurs auteurs, leur pays d'origine, le journal ou le médium où elles ont été publiées, leur sujet, leur méthodologie, leurs méthodes, leur échantillon, leur contexte et les formes ou les types de coercition sur lesquels elles portent.

Une synthèse des données descriptives issues de la littérature a été réalisée. Toutefois, étant donné le nombre restreint d'écrits sur le sujet, une analyse qualitative plus approfondie des enjeux, permettant d'offrir une compréhension approfondie des expériences, des émotions, des attitudes et des comportements humains (Tong et al., 2012), s'est avérée nécessaire. Pour ce faire, l'analyse thématique développée par Paillé et Mucchelli (2021) a été retenue. Cette rigueur analytique était essentielle pour assurer une profondeur d'analyse (Tuckett, 2005). De plus, l'interprétation des résultats s'est inscrite dans un processus réflexif continu, nourris par l'expérience préalable de l'étudiante-chercheuse en tant qu'infirmière allochtone travaillant en santé mentale auprès des PIPP du Nord-du-Québec. Dans un premier temps, les passages pertinents ont été annotés. Une codification préliminaire, réalisée selon une approche déductive, a permis de relever des thèmes récurrents (Crabtree & Miller, 1999). Ensuite, ces thèmes ont été affinés à l'aide d'une codification inductive, de sorte à les mettre en relation et à les condenser sous forme de mots-clés ou d'expressions représentatives (Bornbaum et al., 2015; Tingleff, et al., 2017). L'étudiante-chercheuse a d'abord réalisé cette thématisation, qui a ensuite été validée avec ses directeurs de mémoire. Ils seront décrits de manière approfondie dans les prochaines sections.

La perpétuation des violences coloniales

Les politiques et les réglementations encadrant les mesures coercitives en psychiatrie s'inscrivent dans un continuum de pratiques discriminatoires envers

les PIPP. Cette dynamique coloniale s'enracine dans une oppression sociale et historique singulière, exposant les Premiers Peuples à des techniques disciplinaires et punitives imposées par l'État depuis les premiers contacts (Bradley et al., 2015; Dupuis-Rossi, 2021; Lai et al., 2024; Newton-Howes et al., 2014; Sambrano & Cox, 2013). Pour plusieurs auteurs, dont Joseph (2019), Dupuis-Rossi (2021) et Lai et al. (2024), les mesures coercitives en psychiatrie s'inscrivent dans la continuité des politiques coloniales et participent à un processus d'assimilation. Historiquement, la psychiatrie a servi d'instrument de contrôle sur les populations autochtones, en pathologisant les comportements qui dérogeaient aux normes eurocentriques dominantes (Gough, 2013). Les génocides, l'assimilation forcée, les déplacements, l'isolement, la dislocation des familles et la répression des pratiques culturelles ont contribué aux taux alarmants de suicide chez les peuples autochtones.

L'étude de Sambrano et Cox (2013) révèle que l'isolement en unité psychiatrique suscite des réactions de peur, de colère et de méfiance, amenant plusieurs personnes à se détourner durablement des services de santé. La judiciarisation des PIPP, appuyée par des politiques et protocoles institutionnels, tend à invisibiliser les effets de la violence coloniale intergénérationnelle (Joseph, 2019). Historiquement, les politiques d'internement psychiatrique ont souvent été mobilisées pour soutenir des logiques assimilationnistes, en interprétant les résistances culturelles comme des symptômes de troubles mentaux (Gough, 2013).

Ce pouvoir coercitif engendre un sentiment profond d'impuissance, rendant les interventions cliniques souvent contreproductives (Gibbs et al., 2004). Ces expériences alimentent des relations tendues entre les usagers autochtones et le système de santé mentale, renforçant des attitudes négatives qui peuvent se diffuser au sein des communautés et au-delà (Sambrano & Cox, 2013). Bien que les mesures coercitives soient génératrices de détresse pour toute personne qui y est soumise, les PIPP y sont particulièrement vulnérables, en raison d'un passé de violences coloniales dont les répercussions se transmettent d'une génération à l'autre (Bradley et al., 2021; Durey et al., 2014; Joseph, 2019).

Plusieurs études ont mis en évidence la discrimination, les biais cognitifs et le racisme interpersonnel dont font montre les professionnels de la santé envers les PIPP (Durey et al., 2014; Kirikiri et al., 2024; McLeod et al., 2017; Newton-Howes et al., 2014; Sambrano & Cox, 2013; Wharewera-Mika et al., 2016). McLeod et al. (2017) suggèrent que le stéréotypage racial et ethnique des personnes en psychiatrie influence négativement le recours aux mesures coercitives, notamment l'isolement. La manière dont les professionnels perçoivent le danger pourrait être déformée par des stéréotypes et des préjugés, entraînant chez ceux-ci des réactions plus défensives (El-Badri & Mellsop, 2002). De plus, Sambrano et Cox (2013) ont observé que les antécédents traumatiques et l'histoire d'incarcération des personnes autochtones sont souvent ignorés par les soignants. Ainsi, la psychiatrie reproduit une violence symbolique ancrée dans les

dynamiques coloniales, minimisant ainsi l'influence des représentations sociales sur l'évaluation de la dangerosité des PIPP envers eux-mêmes ou autrui (Gough, 2013; Joseph, 2019; Keatin, 2016).

L'intervention des services policiers dans l'application des mesures coercitives en psychiatrie contribue à renforcer, chez les PIPP, l'idée que ces mesures sont plus punitives et criminalisantes que thérapeutiques (Holman et al., 2018; Kirikiri et al., 2024; Sambrano & Cox, 2013). Une étude menée en Nouvelle-Zélande par Holman et al. (2018) fait état d'une surreprésentation des Maoris lors de telles interventions, ce qui accroît leur exposition à une approche coercitive des soins psychiatriques. De façon similaire, les lois sur la détention psychiatrique involontaire sont appliquées de manière disproportionnée aux Amérindiens, souvent sans tenir compte de leurs réalités sociales, historiques ou spirituelles (Gough, 2013). L'usage de la force, l'implication des corps policiers et l'administration forcée de traitements pharmacologiques génèrent un profond sentiment de déshumanisation et de blessure spirituelle chez les personnes concernées (Sambrano & Cox, 2013). Ces expériences contribuent à diminuer l'adhésion future des PIPP aux services de santé mentale (Holman et al., 2018). Par ailleurs, la crainte de voir un proche retiré du cercle familial réactive une détresse collective liée à l'histoire des institutions, notamment celle des pensionnats et de la marginalisation systémique vécue par les nations autochtones (Bradley et al., 2015). Paradoxalement, cette peur accentue les manifestations psychiques de

détresse, alors même que les services de santé mentale devraient constituer des espaces de rétablissement (Sambrano & Cox, 2013).

Les iniquités en santé

La recension met en évidence plusieurs disparités sur les plans de l'état de santé mentale des PIPP ainsi que de leur accès à des soins appropriés en temps opportun (Drown et al., 2018; Ferrazzi & Krupa, 2016; McLeod et al., 2017). En plus des obstacles restreignant l'accessibilité des soins de première ligne et des services communautaires en santé mentale, les PIPP sont surreprésentées parmi les personnes soumises aux admissions involontaires, aux mesures de contrôle (ex. : isolement, contention) et aux ordonnances de traitement (Bradley et al., 2017; Drown et al., 2018; Durey et al., 2014; Kilbourne et al., 2005; Kisely et al., 2020; McLeod et al., 2017; Sambrano & Cox, 2013; Wheeler et al., 2005). Thérapeute et membre des nations mohawk et algonquine du Canada, Riel Dupuis-Rossi (2021, p. 112-113), partage sa perspective en ces termes dans un texte d'opinion d'expert (traduction libre) :

Compte tenu de leur surreprésentation dans l'application des mesures de coercition en psychiatrie, le manque de services significatifs répondants aux besoins des PIPP suggère une forme de discrimination systémique à leur égard. [...] Cette discrimination se caractérise par la tendance des professionnels, des gestionnaires de services et des gouvernements à responsabiliser les personnes et les communautés pour leurs problématiques de santé mentale sans tenir compte des causes structurelles et historiques associées à un état de bien-être sous-optimal. [...] Pourtant, les fournisseurs de services remettent rarement en question leur incapacité à fournir des soins et

des services correspondants à la réalité et aux besoins du milieu, ou même à reconnaître cette violence symbolique comme enjeu important des pratiques d'intervention en santé mentale auprès des PIPP.

À ce titre, McLeod et al. (2017), tout comme Lai et al. (2024), expliquent que les différences dans l'accès aux soins de première ligne ou aux services communautaires de santé mentale pour les Maoris ont pour conséquence une exacerbation sévère de la maladie lorsqu'ils sont escortés, contre leur volonté, dans ces services. Les services de santé mentale sont alors perçus comme punitifs plutôt que favorables au rétablissement (Kirikiri et al., 2024; Kumar et al., 2008). Il subsiste également des différences dans l'application du droit psychiatrique envers les PIPP, mais ces disparités demeurent peu documentées (Newton-Howes et al., 2014). Au Nunavik, les services préventifs et curatifs ciblant les problèmes de santé mentale sont limités. Dans sa thèse doctorale, Blanchet (2020, p. 77) note ceci :

Il n'y aurait pas de psychologue engagé dans chaque village, malgré une occurrence élevée de trouble de santé mentale et de toxicomanie. Bien que la situation change apparemment très souvent, il n'y aurait qu'un seul psychologue, situé à Kuujuaq, qui couvrirait l'ensemble des services psychologiques pour les villages inuit de la côte de l'Ungava. Ce sont les patients qui doivent se déplacer pour le rencontrer et non l'inverse, ce qui réduit beaucoup l'accessibilité. Il offrirait aussi des suivis téléphoniques au besoin à raison d'un rendez-vous par semaine. Plusieurs patients préféreraient donc attendre le retour du psychiatre qui peut aussi offrir un soutien plus « psychothérapeutique ». D'autres auront recours aux services de première ligne.

Ce constat rejoint l'étude de Kumar et al. (2008) qui révèle que les Maoris sont plus souvent traités à l'aide d'antipsychotiques et moins fréquemment orientés vers des services de psychologie. De son côté, Joseph (2019) observe que, dans les services de santé contemporains, les groupes minoritaires reçoivent moins de traitements de psychothérapie, sont davantage médicalisés et subissent plus de traitements coercitifs. L'utilisation de la force est également plus fréquente en milieu rural et lors d'interventions policières, ce qui accentue le manque d'accès aux soins de santé mentale en temps opportun (Drown et al., 2018).

Les données existantes sur la précarité de l'état de santé des PIPP, la hausse des taux de suicide et des troubles de santé mentale ainsi que le recours fréquent aux mesures coercitives illustrent clairement ces disparités (Drown et al., 2018). À l'échelle internationale, des disparités entre les différents groupes raciaux et ethniques ont été rapportées en ce qui concerne l'institutionnalisation, les admissions involontaires et l'usage de mesures de contention et d'isolement. McLeod et al. (2017) ont montré que les Maoris, ainsi que les Premières Nations d'Australie et de Nouvelle-Zélande admises dans un corridor de soins non psychiatriques, étaient 1,4 fois plus susceptibles d'être placés en isolement en unité psychiatrique que les non-Maoris. Ils sont également surreprésentés parmi les personnes institutionnalisées (Durey et al., 2014; El-Badri & Mellsop, 2002; Gibbs et al., 2004; Wheeler et al., 2005), tandis que leurs expériences de soins involontaires font l'objet de peu d'études empiriques (Gibbs et al., 2004). L'utilisation de

la force est plus fréquente en milieu éloigné, notamment en raison du manque de ressources et de la distance géographique (Bradley et al., 2017; Holman et al., 2018). De plus, les taux d'hospitalisation en psychiatrie et d'incarcération y sont nettement plus élevés que dans la population générale (Bradley et al., 2015; Durey et al., 2014; Ferrazzi & Krupa, 2016; Holman et al., 2018). En Nouvelle-Zélande, les Maoris sont plus souvent soumis à l'isolement que les non-Maoris, indépendamment du genre (Drown et al., 2018; El-Badri & Mellsop, 2002; Kisely et al., 2020; McLeod et al., 2017). Les hommes autochtones présentent le plus grand nombre d'épisodes d'isolement, tandis que les femmes autochtones sont les plus sujettes aux isolements répétés (Bradley et al., 2017; Lai et al., 2024).

Il existe peu d'études explorant les disparités dans l'utilisation des mesures coercitives en psychiatrie, notamment l'isolement, chez les PIPP (Kisely et al., 2020; McLeod et al., 2017). Trois études nuancent toutefois ces différences. D'abord, Kisely et Xiao (2018) n'ont pas observé de taux plus élevé d'autorisations judiciaires de soins chez les Autochtones de la Nouvelle-Zélande, suggérant que la rareté des services en milieux éloignés pourrait limiter l'application de ces ordonnances. Ensuite, Gibbs et al. (2004) ont constaté que, plusieurs personnes maories percevaient les autorisations de soins en communauté comme bénéfiques pour leur rétablissement. Bien que certains d'entre eux aient exprimé des propos ambivalents, leur expérience globale était plus positive que lors de précédentes hospitalisations. La fin de l'autorisation de soins marquait toutefois un

moment clé où ils sentaient reprendre le contrôle et regagner leur indépendance. Enfin, Kumar et al. (2008) ont examiné l'association entre l'ethnicité et l'isolement, l'admission involontaire, la durée d'hospitalisation et les taux de réadmission, sans toutefois être parvenus à établir de lien significatif. Ces auteurs avancent l'hypothèse que la présence d'une équipe de santé mentale exclusivement dédiée aux Maoris pourrait contribuer à réduire le recours aux pratiques coercitives dans le service étudié.

Les incompatibilités culturelles dans les soins psychiatriques

La mise en œuvre du droit psychiatrique repose sur une approche biomédicale qui façonne les services de santé mentale. Or, des écarts majeurs existent entre les conceptions occidentales et autochtones de la santé mentale (Durey et al., 2014; Ferrazzi & Krupa, 2016). Selon la perspective autochtone, les troubles mentaux sont plus souvent le résultat de problèmes sociaux liés au colonialisme que d'affections biologiques, au même titre que la consommation de drogues et d'alcool (Ferrazzi & Krupa, 2016). Ainsi, les PIPP ont tendance à moins individualiser la souffrance psychique et à considérer le suicide comme un signe de désaffiliation socioculturelle plutôt qu'un simple symptôme dépressif, comme le postule la psychiatrie (Dupuis-Rossi, 2021; Ferrazzi & Krupa, 2016). Selon l'étude de Kirikiri et al. (2024), l'approche biomédicale, axée sur les diagnostics et les traitements neuropharmacologiques, médicalise et individualise les problèmes sociaux sans s'attaquer à leurs causes profondes. Elle risque aussi d'interpréter les

comportements jugés atypiques selon les normes occidentales comme pathologiques, alors qu'ils peuvent avoir une signification culturelle différente (Durey et al., 2014), notamment dans les sociétés inuites (Ferrazzi & Krupa, 2016). Ces constats font écho aux témoignages de professionnels recueillis par Blanchet (2020, p. 110-111) :

Des psychiatres parlent d'une impasse, d'un dilemme dans lequel ils se retrouvent. D'une part, en témoignant de front toutes les conséquences de la colonisation et des défis aux allures parfois insurmontables avec lesquels ces groupes doivent composer. D'autre part, ne participent-ils pas aussi, involontairement à cette colonisation? Ne court-on pas le risque de psychiatriser, sur un plan individuel, des problèmes qui sont fondamentalement sociaux et de pathologiser, dans leur travail, une population et une culture entières? [...] Et si ces réactions qu'on considère pathologiques n'étaient pas « normales » dans un contexte de vie aussi difficile? [...] Ne participe-t-on pas à un système qui se nourrit lui-même, ou carrément, à l'extrême, implique les professionnels dans une machine à créer des malades et qui enrichit des travailleurs « blancs » et des compagnies pharmaceutiques? Sachant, notamment, l'importance des budgets fédéraux alloués pour répondre aux conséquences de la colonisation, ainsi que les salaires élevés des emplois au Nord qui attirent parfois certains travailleurs.

Les mesures coercitives en psychiatrie peuvent entrer en conflit avec les valeurs autochtones d'autonomie, de non-interférence et de pardon, comme c'est le cas chez les Inuit du Nunavut (Ferrazzi & Krupa, 2016). Dans certaines sociétés, une plus grande tolérance sociale envers les comportements atypiques prévaut et seules les situations jugées très problématiques entraînent une intervention familiale ou communautaire. Or, les services psychiatriques enclenchent souvent des processus coercitifs bien avant que la communauté puisse être

mobilisée (Ferrazzi & Krupa, 2016). Les modèles occidentaux, qui sont fondés sur une distinction rigide entre ce qui est normal et ce qui est pathologique, privilégient les pratiques punitives qui isolent les personnes après un comportement jugé inacceptable. À l'inverse, les approches inuites misent sur la cohésion sociale et le pardon (Ferrazzi & Krupa, 2016). Bien avant la colonisation, des structures communautaires régulaient déjà les comportements perturbateurs (Dupuis-Rossi, 2021).

Au Nunavut, la stigmatisation des personnes considérées comme ayant un problème de santé mentale est bien présente au sein des sociétés inuit (Ferrazzi & Krupa, 2016). Le diagnostic psychiatrique accentue cette stigmatisation en imposant une étiquette qui enferme l'individu dans une catégorie rigide (Dupuis-Rossi, 2021; Ferrazzi & Krupa, 2016; Kirikiri et al., 2024). Selon Blanchet (2020), l'apposition d'une telle étiquette constitue une forme de violence, qui évoque les étiquettes et les numéros attribués aux élèves des pensionnats autochtones. Pour Dupuis-Rossi (2021), le diagnostic s'attache à l'individu, influençant sa perception de lui-même, son vécu et son lien à sa communauté.

L'expérience que vivent les PIPP lorsqu'ils sont retirés contre leur gré de leur milieu culturel et communautaire pour être admis dans les services de santé mentale entraîne des conséquences particulières (Bradley et al., 2021; Kirikiri et al., 2024). L'hospitalisation forcée ravive des souvenirs liés au retrait familial en

bas âge par les services de protection de l'enfance (Ferrazzi & Krupa, 2016; Sambrano & Cox, 2013). Les interactions passées avec les autorités ont nourri la perception selon laquelle une personne recevant un diagnostic de troubles mentaux sera nécessairement envoyée à l'extérieur de sa communauté pour être traitée. Cette pratique semble persister en raison du manque de ressources dans les régions nordiques (Ferrazzi & Krupa, 2016). De plus, les parcours de soins des personnes issues de milieux isolés sont souvent plus complexes, accentuant les iniquités en matière d'accès aux soins (Bradley et al., 2015, 2021). La reconnaissance de ce dernier fait, a souligné l'importance de mieux comprendre les besoins des familles et des peuples autochtones en matière de soutien (Bradley et al., 2015, 2021). Au Nunavik, Blanchet (2020, p. 76-77) a décrit les processus entourant les épisodes de crise et les décisions d'hospitalisation par les équipes soignantes :

Les patients peuvent être hospitalisés aux Centres de santé de Kuujuaq ou de Puvirnituk, pour bénéficier d'un espace sécurisé intermédiaire entre la communauté et une hospitalisation dans le sud. Lorsqu'un des trois *psythinérants* qui dessert Kuujuaq arrive, il les rencontrera en priorité et évaluera notamment la nécessité de les garder ou non au centre de santé. Il y aurait toujours une pression pour que des « lits soient libérés » dans les centres. Habituellement, après 24-48h, si la personne « ne retombe pas sur ses pattes », on va penser à la transférer à Puvirnituk ou Kuujuaq, dépendamment de la côte. Après une semaine si ça ne va pas, ils vont les faire venir à Douglas. [...] Le fait que l'accueil soit centralisé dans un seul hôpital dans le sud (Douglas) amènerait celui-ci à développer une certaine expertise par rapport à la manière de recevoir les patients du nord. Lorsque ceux-ci reçoivent leur congé de l'hôpital et retournent dans le nord, ils sont repris en charge par la psychiatre itinérante associée à leur communauté. Si le cas a nécessité un suivi plus

rapproché et ne peut attendre le retour du *psytinérant*, il y aurait un suivi avec une psychiatre de Douglas par téléconférence.

Ce déracinement pose de nombreux défis. Les transferts vers les services spécialisés se font souvent par évacuation aéromédicale (Bradley et al., 2021). Ce transport peut nécessiter le recours à la sédation ou aux contentions, ce qui intensifie l'anxiété liée à la coercition, en plus de retarder l'évaluation et le début du traitement (Bradley et al., 2017, 2021; Holman et al., 2018). Au moment de prendre congé, les personnes doivent attendre pour retourner chez elles en raison des contraintes logistiques (Bradley et al., 2017). Ces conditions entraînent des séjours prolongés et limitent l'accès aux soins ponctuels dans la communauté (Bradley et al., 2017). La durée d'éloignement, la distance et le manque de contacts réguliers avec la famille fragilisent les liens familiaux (Bradley et al., 2021; Ferrazzi & Krupa, 2016).

Le manque d'adaptabilité culturelle des institutions psychiatriques contraint souvent les PIPP à s'exprimer dans une langue seconde et à composer avec l'absence de repères familiers, ce qui complique l'évaluation des troubles mentaux (Bradley et al., 2015; 2021; Ferrazzi & Krupa, 2016). Les différences linguistiques, la méfiance envers les soignants et l'absence de sécurisation culturelle aggravent leur détresse et limitent leur accès aux soins (Blanchet, 2020; Bradley et al., 2021; Durey et al., 2014; Gough, 2013). De plus, la justice peut mal interpréter ces barrières et ces comportements culturels, les associant à tort à la

présence de troubles mentaux, ce qui accroît la réticence des PIPP à consulter et retarde leur prise en charge (Ferrazzi & Krupa, 2016; Kisely et al., 2020).

Les modes de résistance et de résilience

Les PIPP ne sont pas de simples victimes passives des mesures coercitives en psychiatrie. La résistance aux restrictions imposées par les allochtones fait partie intégrante des cultures autochtones développées en réponse aux stratégies d'oppression (Sambrano & Cox, 2013). Comme dans la société occidentale, ces traitements sont vécus avec un mélange de soumission et de résistance, ce qui se traduit notamment par une réticence à consulter les services de santé mentale (Kirikiri et al., 2024). En conséquence, les PIPP consultent souvent à un stade avancé de la maladie, ce qui peut entraîner une réponse plus coercitive et alimente un cercle vicieux de méfiance envers les institutions judiciaires et de santé (Bradley et al., 2015; Kisely et al., 2020; Sambrano & Cox, 2013).

La résistance s'exprime par divers comportements tels que le non-respect des consignes, l'affrontement respectueux, les fugues, l'évitement des suivis, la faible adhésion aux traitements ou encore l'adoption de stratégies compensatoires particulières (Bradley et al., 2021; Harman & Grant, 2014; Joseph, 2019; Sambrano & Cox, 2013). À cet égard, certaines personnes développent des stratégies visant à éviter une exposition répétée à la coercition, notamment par la minimisation ou la dissimulation de leur détresse (Berring & Georgaca, 2023).

D'autres ajustent leur discours aux attentes du personnel soignant afin de projeter une image de stabilité susceptible d'écarter les mesures coercitives (Birkeland et al., 2024). Par ailleurs, le retrait volontaire des services ou le recours à des formes de soutien alternatives apparaissent également comme des moyens d'échapper aux mécanismes institutionnels perçus comme menaçants. Ces stratégies, bien que discrètes, traduisent une volonté de préserver un pouvoir d'agir dans un contexte marqué par le déséquilibre des rapports et les dynamiques de contrôle (Hem et al., 2018).

Ces manifestations dénoncent les injustices liées aux violences systémique, interpersonnelle, symbolique et coloniale, qui invisibilisent la souffrance engendrée par des conditions de vie difficiles et des traumatismes intergénérationnels (Joseph, 2019; Lai et al., 2024). Ces traumatismes, transmis d'une génération à l'autre sans exposition directe aux événements d'origine, affectent profondément les Premiers Peuples et les Inuit (Isobel et al., 2021). Bien que la littérature souligne l'existence de formes de résistance et de résilience face à l'oppression, ce thème reste peu exploré. Décrire plus en détail ces formes de résistance et de résilience chez les PIPP en milieu psychiatrique représente donc une avenue prometteuse pour la recherche.

Le potentiel des approches alternatives aux modèles nosologiques dominants

Les disparités en matière d'accès aux services de santé mentale entre les PIPP vivant en régions isolées et ceux vivant en milieux urbains contribuent à une détérioration de leur état de santé, y compris leur santé mentale (Drown et al., 2018). Un accès équitable aux soins est essentiel pour éviter que les troubles s'aggravent au point de nécessiter des traitements involontaires, en milieu hospitalier ou communautaire (Bradley et al., 2021; Drown et al., 2018; Kisely et al., 2020; McLeod et al., 2017; Wheeler et al., 2005). Pour réduire, voire éliminer l'utilisation de la coercition lors des admissions psychiatriques, il est crucial d'intervenir en amont de celles-ci afin de les prévenir et d'agir rapidement en cas de crise (Wharewera-Mika et al., 2016). Cela peut passer par la mise en place de services communautaires de santé mentale adaptés aux PIPP (Kisely et al., 2020). Offrir aux personnes autochtones le choix entre les soins psychiatriques conventionnels et des services mieux alignés sur leurs besoins culturels pourrait atténuer les effets négatifs des autorisations de soins dans cette population (Newton-Howes et al., 2014).

Le développement de services spécialisés et culturellement adaptés, incluant des pratiques de guérison traditionnelles, représente une avenue prometteuse (Bradley et al., 2015, 2017, 2021; Drown et al., 2018; Ferrazzi & Krupa, 2016; Lai et al., 2024; Newton-Howes et al., 2014; Sambrano & Cox, 2013; Wharewera-Mika et al., 2016; Wheeler et al., 2005). Offrir aux personnes la possibilité

d'alterner d'un type de services à l'autre favoriserait une adéquation entre leurs besoins et les soins reçus, réduisant ainsi les effets négatifs des traitements forcés (Newton-Howes et al., 2014). Pour les personnes maories, l'accès à des soins ancrés dans leur vision du monde a été perçu comme essentiel pour limiter le recours aux pratiques coercitives (Kirikiri et al., 2024; Wharewera-Mika et al., 2016). Toutefois, la manière dont ces interventions mènent à une réduction du recours aux pratiques restrictives, comme l'isolement, reste peu explorée (Wharewera-Mika et al., 2016). La mise en place de telles approches pourrait nécessiter un ajustement du profil des employés recrutés ainsi que le développement de nouvelles compétences professionnelles (Drown et al., 2018). Dans leur étude sur l'expérience des Maoris sous ordonnance de traitement communautaire, Gibbs et al. (2004) insistent sur l'importance de permettre aux personnes de participer à des activités culturelles, d'apprendre leur langue et d'explorer leur identité et leur histoire familiale. Permettre ces pratiques améliore la satisfaction générale envers les soins et les services de santé conventionnels (Bradley et al., 2021; Gibbs et al., 2004; Lai et al., 2024). Perçus comme holistiques, ces services mettent l'accent sur le bien-être spirituel et global des personnes (Kirikiri et al., 2024; Wharewera-Mika et al., 2016). L'approche combinant médecine biomédicale et soins traditionnels semble être une stratégie efficace pour minimiser les effets négatifs des interventions coercitives (Durey et al., 2014; Newton-Howes et al., 2014).

L'intégration d'intervenants issus des Premiers Peuples dans les unités de soins et les processus décisionnels liés aux services de santé mentale est jugée essentielle par plusieurs auteurs (Bradley et al., 2015, 2017, 2021; Drown et al., 2018; Durey et al., 2014; Wharewera-Mika et al., 2016). Une collaboration étroite entre ces intervenants et l'équipe non autochtone pourrait réduire le recours aux pratiques restrictives (Kumar et al., 2008; Wharewera-Mika et al., 2016). L'étude de Wharewera-Mika et al. (2016) souligne que la présence d'un personnel maori dès le premier contact favorise un environnement sécurisant et soutenant pour les personnes et leur famille. L'intégration d'intervenants culturels et d'environnements de guérison traditionnels aide également à prévenir l'isolement, en renforçant l'identité culturelle des personnes et en sensibilisant le personnel non autochtone aux normes culturelles (Bradley et al., 2017, 2021; Lai et al., 2024; Wharewera-Mika et al., 2016). Toutefois, cette étude met aussi en évidence certains défis, notamment des risques de violence, de victimisation et d'abus de substances psychoactives chez les intervenants autochtones (Bradley et al., 2021; Gibbs et al., 2004; Wharewera-Mika et al., 2016). Les intervenants autochtones en santé mentale font face à des défis importants dans l'exercice de leurs fonctions, en raison des conditions de travail souvent marquées par des pratiques coercitives et un manque d'adaptation culturelle des services (Bradley et al., 2021; Newton-Howes et al., 2014). Ces contextes de travail difficiles, combinés aux effets des traumatismes historiques et contemporains, peuvent fragiliser ces intervenants, limitant leur capacité à offrir un soutien optimal au sein de leurs

communautés (Wharewera-Mika et al., 2016). Ces difficultés pourraient également découler d'un manque de ressources et de formation pour les préparer à assumer ces responsabilités (Gibbs et al., 2004).

L'implication de la famille et des aînés dans les soins pourrait permettre de prévenir les interventions coercitives et de réduire la coercition perçue (Bradley et al., 2021; Drown et al., 2018; Ferrazzi & Krupa, 2016). Dans l'étude de Gibbs et al. (2004), les personnes maories soulignent l'importance de leurs proches pour maintenir un lien avec leurs traditions, leur langue et leur culture. Leur présence constitue un soutien essentiel et améliore la perception des soins (Bradley et al., 2021), notamment en facilitant la défense des droits des personnes et leur compréhension du système de santé (Gibbs et al., 2004). Selon Wharewera-Mika et al. (2016), réduire l'isolement des personnes maories nécessite une approche axée sur le rétablissement, une équipe solidaire et un soutien structuré. Les stratégies clés incluent la réduction des interventions restrictives, l'adoption de modèles de soins maoris et une gouvernance locale s'appuyant sur l'encadrement, l'analyse des données, la prévention et l'implication des personnes.

Le racisme interpersonnel et les préjugés persistants chez les professionnels en psychiatrie influencent l'expérience coercitive des PIPP (Kirikiri et al., 2024; McLeod et al., 2017; Newton-Howes et al., 2014; Sambrano & Cox, 2013; Wharewera-Mika et al., 2016). La déconstruction des préjugés, le développement

de la compétence et de l'humilité culturelle sont essentiels pour garantir des soins équitables en santé mentale (Bradley et al., 2015; Dupuis-Rossi, 2021; Durey et al., 2014; Newton-Howes et al., 2014; Wharewera-Mika et al., 2016). Il est crucial d'éviter les préjugés liés à l'ethnicité lors de l'évaluation de l'engagement des personnes dans leur traitement (Newton-Howes et al., 2014). Une approche réflexive et individualisée permettrait aux infirmières en santé mentale de collaborer avec les personnes pour élaborer des stratégies de soins adaptées aux croyances de ces derniers (Bradley et al., 2015, 2021; Durey et al., 2014). Pour intégrer les facteurs sociohistoriques des PIPP dans les interventions, les soignants doivent être conscients de leurs propres préjugés (Sambrano & Cox, 2013). La présente recension souligne la nécessité d'améliorer les attitudes et les pratiques en psychiatrie envers les minorités ethniques (Kumar et al., 2008).

Tenant compte des barrières linguistiques et des différences quant à l'interprétation de ce qu'est la santé mentale, la communication interculturelle influence le diagnostic et l'usage du pouvoir coercitif en psychiatrie (Bradley et al., 2015, 2021; Durey et al., 2014). Une approche basée sur les soins volontaires et le soutien d'un proche devrait être privilégiée avant toute intervention coercitive (Gibbs et al., 2004). Si certaines PIPP peuvent bénéficier d'une médication psychotrope, cette décision doit être prise dans un cadre relationnel respectueux favorisant la stabilité et le bien-être (Dupuis-Rossi, 2021). Bien que parfois nécessaire, la médication ne doit pas remplacer la relation thérapeutique et le soutien

dans la défense des droits individuels, essentiels pour préserver les liens des PIPP avec leur communauté et les services de santé. Cette approche relationnelle s'aligne avec leur vision du monde et de la santé (Dupuis-Rossi, 2021).

Des approches de traitement adaptées à la réalité socioculturelle de chaque usager constituent un élément central de la sécurisation culturelle et représentent, selon plusieurs auteurs, de même que les ingrédients clé d'une pratique décolonisatrice (Bradley et al., 2015, 2017; Dupuis-Rossi, 2021; Gibbs et al., 2004; Lai et al., 2024; Newton-Howes et al., 2014; Wharewera-Mika et al., 2016). Les thérapeutes et les intervenants en santé mentale et physique sont encouragés à reconnaître les savoirs, les formes de résistance et les forces des PIPP, tout en adoptant des pratiques solidaires et décolonisatrices (Dupuis-Rossi, 2021). Offrir des services significatifs implique que les infirmières comprennent l'influence des cadres culturels sur les réponses émotionnelles et cliniques des personnes, ainsi que sur leurs croyances et leurs valeurs en matière de santé et de bien-être mental (Bradley et al., 2015; Durey et al., 2014).

La prise en compte des traumatismes passés (Lai et al., 2024) et de l'histoire d'incarcération lors de l'application de mesures de contrôle est essentielle (Sambrano & Cox, 2013; Wharewera-Mika et al., 2016). Il est crucial de remettre en question l'implication des services policiers et de revoir les interventions spécifiques, notamment pour les personnes ayant vécu la détention, afin d'atténuer

la perception de punition et de répression (Holman et al., 2018; Sambrano & Cox, 2013). La mise en place de politiques et de programmes visant à réduire les mesures restrictives est nécessaire (Drown et al., 2018; Gough, 2013; Wharewera-Mika et al., 2016), compte tenu des risques accrus de retraumatisation qui peuvent nuire au rétablissement (Wharewera-Mika et al., 2016). La psychiatrie, utilisée comme outil de contrôle social, perpétue le traumatisme colonial à travers l'institutionnalisation et les ordonnances de traitement (Blanchet, 2020). Les traumatismes des PIPP ne relèvent pas uniquement du passé : ils sont réactivés et ont des effets bien documentés aujourd'hui (Blanchet, 2020). Pour réellement aider les PIPP, les professionnels en santé mentale doivent reconnaître et nommer les forces coloniales en jeu (Dupuis-Rossi, 2021). La complexité des violences domestiques, de la toxicomanie et des traumatismes doit être analysée sous l'angle des effets du colonialisme, incluant la pauvreté, l'incarcération et l'iniquité en matière d'accès aux soins (Joseph, 2019). Les interventions doivent ainsi être éclairées par les contextes sociaux et historiques (colonialisme, sédentarisation, pensionnats autochtones) ayant façonné l'évolution des sociétés inuit (Ferrazzi et Krupa, 2016).

Cadre de référence

La recension des écrits a mis en évidence l'absence de publications permettant de saisir de manière approfondie les particularités du Nunavik en ce qui concerne la santé mentale et les pratiques coercitives. Bien que la littérature scientifique décrive certains enjeux liés à la santé autochtone et à la coercition psychiatrique, elle est d'un recours limité lorsqu'il s'agit de situer le rôle infirmier et les dynamiques propres au contexte nordique. Cette lacune rend pertinent l'appel à un cadre de référence qui rassemble les repères conceptuels nécessaires pour orienter la présente recherche et situer son apport. Comme le rappellent Varpio et al. (2020), un tel cadre de référence permet d'explicitier les notions centrales mobilisées, en plus d'offrir une assise conceptuelle à l'analyse. Quatre principaux axes sont mobilisés : la santé autochtone, la santé mentale, les sciences infirmières et la coercition psychiatrique.

La santé autochtone est envisagée à travers les effets persistants du colonialisme sur les trajectoires de soins. Allan et Smylie (2015) ont montré que le racisme systémique et les rapports de pouvoir continuent d'influencer l'accès aux services et la qualité de ces derniers. Kirmayer et al. (2000) rappellent que, chez les peuples autochtones, la santé mentale doit être comprise à partir des déterminants sociaux, culturels et communautaires, ce qui souligne les limites d'une approche strictement biomédicale.

La santé mentale constitue un deuxième axe. Être en bonne santé mentale, est définie comme un état de bien-être permettant aux personnes de réaliser leur potentiel, de faire face aux stress de la vie, de travailler de manière productive et de contribuer à leur communauté; cette notion dépasse ainsi la seule absence de troubles mentaux (OMS, 2022). En contexte autochtone, la santé mentale s'inscrit dans une conception holistique et relationnelle qui est intimement liée aux dimensions culturelles, spirituelles, communautaires et territoriales (Inuit Tapiriit Kanatami [ITK], 2009; Kirmayer et al., 2000). Elle est façonnée par des déterminants sociaux et structurels, tels que la pauvreté, le logement, l'éducation, le racisme et le colonialisme, qui influencent à la fois les trajectoires de santé et l'accès aux services (National Collaborating Centre for Indigenous Health [NCCIH], 2022; Smye & Browne, 2002).

Les sciences infirmières constituent un troisième repère. Elles mettent l'accent sur les dimensions relationnelle, éthique et interculturelle des soins. Smye et Browne (2002) ont montré que l'analyse des politiques de santé concernant les peuples autochtones doit se fonder sur le concept de sécurité culturelle. Dans une étude ethnographique, Vukic et Keddy (2002) ont décrit la pratique infirmière dans les communautés nordiques comme exigeant une expertise polyvalente, une grande capacité d'adaptation et un travail constant de construction de relations de confiance avec les communautés. Ces réalités soulignent que, dans les

milieux nordiques, l'infirmière assume un rôle élargi qui dépasse largement celui que l'on attend d'elle en milieu urbain.

Enfin, la coercition psychiatrique constitue le fil conducteur de ce mémoire. Les hospitalisations et les traitements involontaires demeurent au cœur des débats contemporains en santé mentale, tant en raison de leurs justifications cliniques que de leurs conséquences pour les personnes concernées. Des travaux récents montrent que ces pratiques sont associées à une forte perception de contrainte et peuvent générer des effets délétères, notamment une diminution du lien de confiance et une augmentation du sentiment de stigmatisation (Akther et al., 2019). Une revue de la portée menée par Lessard-Deschênes et al. (2025) synthétise les facteurs associés à l'expérience de la coercition, en relevant de multiples déterminants : structurels, cliniques, relationnels et individuels. Cette analyse nuance le débat en soulignant que la perception de la coercition ne dépend pas uniquement du recours formel aux mesures, mais aussi de la qualité de la relation soignant-soigné et du contexte dans lequel elle survient. Ces constats renforcent la pertinence de remettre en question le recours à la coercition dans des milieux où les inégalités sociales sont marquées et où les services spécialisés demeurent limités, comme au Nunavik.

En somme, ce cadre de référence vient pallier une lacune relevée dans les écrits recensés: l'absence de conceptualisation des particularités propres au

Nunavik. Il fournit les assises conceptuelles qui orientent la recherche et prépare le passage au cadre théorique, où seront présentées les perspectives critiques et postcoloniales qui guideront l'interprétation des résultats.

Cadre théorique

Cette recherche explore le vécu de personnes s'identifiant comme Inuit du Nunavik, ayant soit vécu une hospitalisation ou un traitement psychiatrique involontaire, soit accompagné un proche dans ce processus. La psychiatrie, particulièrement dans le contexte du Nunavik, soulève des enjeux éthiques et épistémologiques importants, notamment en lien avec la judiciarisation des troubles mentaux et les dynamiques de pouvoir qui en découlent (Joseph, 2015). Cette étude s'inscrit dans une perspective postcoloniale, une approche critique de plus en plus employée en sciences infirmières pour analyser les rapports de domination et la persistance des structures coloniales dans les pratiques de soins (McGibbon et al., 2014). Ce cadre théorique permet de remettre en question les savoirs dominants, de valoriser les perspectives inuit et d'offrir une compréhension ancrée dans les réalités sociales, politiques et historiques de ces sociétés. Cette posture a guidé l'ensemble du processus de recherche, de la recension des écrits jusqu'à l'analyse des données, selon une démarche visant à intégrer les savoirs subalternes et à soutenir l'autodétermination des participants (Racine, 2003).

Théorie postcoloniale

La théorie postcoloniale est profondément influencée par le poststructuralisme, qui remet en question l'idée selon laquelle il existe des vérités universelles et insiste sur le caractère construit et contextuel du savoir, du langage et de

l'identité (Deleuze & Guattari, 1980; Derrida, 1967; Foucault, 1975). Cette perspective critique, qui déconstruit les oppositions binaires et interroge les relations de pouvoir, a nourri la réflexion de plusieurs auteurs postcoloniaux. Parmi eux, Judith Butler (1990) propose une analyse de la façon dont les identités sont construites et exprimées, en montrant comment ces catégories sociales se forment à travers des pratiques et des discours imposés par les systèmes de domination, notamment dans les contextes marqués par le colonialisme.

La théorie postcoloniale s'est développée à partir des travaux de penseurs majeurs, comme Edward Saïd (2005 [1978]), qui a introduit le concept d'orientalisme pour décrire la construction de l'« Autre » par l'Occident. Gayatri Chakravorty Spivak (1988) explore la notion de subalternité, en soulignant que le silence est imposé aux voix colonisées. Homi K. Bhabha (1994) théorise l'hybridité culturelle et la complexité des identités dans les sociétés postcoloniales. Plus récemment, des auteurs autochtones comme Linda Tuhiwai Smith (2021), Glen Coulthard (2014) et Leanne Betasamosake Simpson (2017) ont enrichi ce courant en y intégrant des perspectives critiques ancrées dans les expériences et les savoirs des peuples autochtones.

Bien que le terme « post[-]colonial » puisse évoquer l'époque faisant suite à la colonisation, il désigne ici plutôt un cadre critique qui interroge les formes contemporaines de dominations et leurs racines coloniales (Racine, 2003).

Labelle et Martin (2017) précisent que le terme « postcolonialisme », sans trait d'union, désigne la critique des effets persistants de l'État colonial, alors que le terme « postcolonialisme », avec un trait d'union, renvoie plutôt à une lecture historique. Enfin, la théorie postcoloniale se caractérise par sa pluralité. Tenter d'en faire un paradigme unique reviendrait à nier cette diversité et risquerait de reproduire une forme de violence épistémique (Kirkham & Anderson, 2002). Cette diversité théorique est essentielle pour analyser les expériences des Inuit en lien avec les pratiques psychiatriques contemporaines.

S'inscrivant dans le courant des théories critiques, la théorie postcoloniale propose une analyse des rapports de pouvoir issus de la colonisation et de leurs effets persistants sur les peuples autochtones et racisés (Coulthard, 2014; Labelle & Martin, 2017; Smith, 2021). Elle met en lumière la façon dont les dynamiques coloniales se maintiennent à travers les structures institutionnelles et les savoirs dominants, en particulier dans les services de santé mentale (McGibbon et al., 2014). En sciences infirmières, cette approche critique permet de déconstruire les discours hégémoniques qui réduisent et essentialisent les pratiques culturellement différentes, tout en soutenant l'émergence de savoirs ancrés dans les expériences des populations marginalisées (Racine, 2003). En interrogeant les liens entre savoir et pouvoir, la théorie postcoloniale contribue à démocratiser la recherche et la pratique infirmière, tout en permettant aux infirmières de répondre à leur mandat social de lutte contre les iniquités (Holmes et al., 2008). Toutefois,

Martuccelli (2017) rappelle que cette approche peut parfois conduire à des généralisations ou à des lectures trop larges des phénomènes sociaux.

Postulats, principes et concepts clés

Le postcolonialisme remet en question la science dominante comme seule source légitime de savoir et dénonce les iniquités en matière de santé liées au genre, à la race, à la classe sociale et aux effets des processus coloniaux (Labelle & Martin, 2017; Racine, 2003). Il valorise également les savoirs marginaux, souvent écartés par les cadres dominants (Racine, 2003). Son objectif est de contrer l'hégémonie de la science occidentale, qui tend à marginaliser toutes les autres formes de connaissance (Labelle & Martin, 2017; Racine, 2003). Pour Kirkham et Anderson (2002), le postcolonialisme s'intéresse à la théorisation de la subjectivité des personnes historiquement effacées, ainsi qu'aux multiples formes de résistances culturelles et politiques. Il constitue une lentille théorique essentielle pour appréhender les expériences quotidiennes de marginalisation, qui sont façonnées par les rapports de pouvoir et les dynamiques structurelles, systémiques et historiques. Labelle et Martin (2017, p. 23) le résument ainsi :

Un postulat clé [...] consiste en la reconnaissance de la position et des expériences subjectives vécues. Par ailleurs, [...] chaque expérience est unique et doit être localisée dans un contexte historique, social, culturel, politique et économique donné. En incluant les voix de celles qui ont été ignorées dans la production sociale du savoir, cette approche permet d'analyser comment l'histoire et les relations racialisées ont contribué aux iniquités et ont conduit à la discrimination des peuples non occidentaux.

Loin d'être un champ théorique monolithique, le postcolonialisme recouvre une diversité de concepts, parmi lesquels la race, l'ethnicité, le nationalisme, la subjectivité, l'identité, le pouvoir, la subalternité et l'hybridité (Dechaufour, 2008). Dans le cadre de ce mémoire, seuls les concepts mobilisés pour l'analyse seront décrits.

Orientalisme

Edward Saïd (2005 [1978]), l'un des principaux auteurs du courant postcolonial, introduit le concept d'orientalisme pour désigner un système de représentation et de production de savoir par lequel l'Occident construit l'Orient comme radicalement autre, justifiant ainsi sa domination politique, culturelle et scientifique. Selon lui, « l'orientalisme n'est pas seulement une entreprise politique; il est aussi une manière pour l'Occident de gérer — et même de produire — l'Orient » (Saïd, 2005 [1978], p. 5). Loin d'être neutres, ces savoirs produits sur l'Orient reposent sur des grilles de lecture occidentales qui contribuent à figer les identités et à reproduire des rapports de pouvoir asymétriques. « On ne produit pas un savoir sur l'Orient sans l'avoir déjà soumis à une grille d'intelligibilité propre à l'Occident » (Saïd, 2005 [1978], p. 32).

Cet ouvrage fondateur ouvre la voie à une lecture critique des disciplines scientifiques comme vecteurs de domination coloniale. Il met en lumière le rôle des sciences humaines et sociales, y compris des savoirs en santé, dans la

construction et la légitimation d'une hiérarchisation entre les cultures. Comme le rappellent Labelle et Martin (2017, p. 20), Saïd est l'un des premiers à démontrer que les discours scientifiques sont eux aussi traversés par des rapports de pouvoir et influencés par la subjectivité de ceux qui les produisent.

Subjugation

Foucault (1975) définit les savoirs subjugués comme des formes de connaissances discréditées, considérées comme inadéquates ou insuffisamment élaborées. Perçus comme immatures, ces savoirs sont relégués au bas de la hiérarchie des connaissances, en dessous des normes établies d'intelligence et de scientificité (Racine, 2003). Plutôt que d'être purement objective ou scientifique, la médecine fondée sur les données probantes relève avant tout d'un positionnement politique. Cette approche s'apparente à un système qui, sans interdire la prise de parole, contraint l'individu à s'exprimer selon des cadres prédéfinis (Holmes et al., 2008).

Hybridité

Bhabha (1994) invite à remettre en question le comparatisme culturel, ancré dans l'idéologie occidentale et le discours biomédical. Il souligne l'importance d'explorer les convergences et les divergences à travers le prisme de l'hybridité culturelle, en reconnaissant la coexistence de multiples subjectivités dans

l'interprétation des réalités culturelles. Pour Labelle et Martin (2017, p. 21), l'hybridité est un :

[...] troisième espace [qui] met en lumière la façon dont la culture occidentale dominante est en position de substituer les représentations culturelles des particularités des cultures non occidentales. Le troisième espace tel que défini par Bhabha est un endroit d'ouverture à la négociation et à l'accommodation. Il le décrit comme un endroit hybride qui se forme entre deux cultures. [...] Cet endroit hybride entre deux cultures différentes peut être favorisé en évitant de perpétuer la production des formes coloniales contemporaines.

Cette hybridité culturelle intègre des notions telles que la subjectivité et l'interdisciplinarité dans les débats sur la culture. Par exemple, elle conçoit la culture comme un espace de partialité, où le concept d'hybridité donne naissance à un troisième espace, permettant l'émergence de nouvelles bases auparavant inexistantes (Kirkham & Anderson, 2002).

Subalternité

Fondées par l'historien Ranajit Guha (1982), les études subalternes visent à analyser les dynamiques et les rapports sociaux au sein des sociétés coloniales. Elles cherchent à approfondir la compréhension des réalités vécues par les acteurs subalternes, en mettant en lumière le sens qu'ils attribuent à leurs expériences et en contextualisant leurs formes de résistance (Dechaufour, 2008). Guha et Spivak (1988) soulèvent une question essentielle [traduction libre] : « Le subalterne peut-il vraiment s'exprimer? » Cette dernière insiste sur le fait que les

personnes maintenues dans des positions subalternes doivent pouvoir parler en leur propre nom, plutôt que de laisser des intellectuels occidentaux le faire à leur place (Dechaufour, 2008; Racine, 2003). À sa base, le postcolonialisme revendique ce droit à l'expression autonome des personnes [considérées comme] subalternes, évitant ainsi que leurs voix soient détournées ou, dans les cas les plus extrêmes, totalement effacées (Kirkham & Anderson, 2002). Pour Martuccelli (2017, p. 32-33) :

L'influence et la mobilisation fréquente de quelques auteurs occidentaux dans les études postcoloniales [...] (nécessite) de relativiser la portée de (cette) révolution épistémologique. Certains parlant d'une « *intelligentsia compradora* », d'autres s'amusant à dater la naissance du postcolonialisme lors de l'arrivée des intellectuels du Tiers Monde aux Universités du Premier monde. La critique n'est pas exempte de méchanceté, mais ne souligne pas moins le fait que les représentants les plus en vue du postcolonialisme sont souvent reconnus mondialement, mais déconnectés localement.

Certains penseurs, eux-mêmes issus de peuples autochtones, ancrent leurs réflexions théoriques dans les savoirs, les épistémologies et les expériences de leurs nations. Linda Tuhiwai Smith (2021), par exemple, affirme que les méthodes de recherche autochtones ne sont pas simplement des adaptations de cadres occidentaux, mais reposent plutôt sur des fondements épistémologiques distincts centrés sur la relation, la réciprocité et la responsabilité collective. Glen Coulthard (2014), quant à lui, s'appuie sur les perspectives politiques et philosophiques des Premières Nations dénées pour développer une critique des politiques coloniales, en mettant de l'avant des concepts comme le territoire et la

réciprocité en tant que fondements de l'autodétermination. Leanne Betasamosake Simpson (2017) enrichit également cette pensée en mobilisant les récits, les pratiques éducatives et les systèmes de gouvernance anishinaabe, qui proposent des solutions de rechange concrètes aux structures coloniales dominantes. Ces différents auteurs démontrent que les postulats et les principes au cœur de la théorie postcoloniale ne sont pas uniquement des réponses critiques aux savoirs occidentaux, mais s'enracinent aussi dans des traditions intellectuelles et philosophiques autochtones.

Théorie postcoloniale et discipline infirmière

L'idéologie biomédicale, comprise comme une expression contemporaine du paternalisme colonial, exerce une influence structurante en sciences infirmières. Cette influence se manifeste notamment par la promotion des données probantes et des meilleures pratiques, intégrées aux cinq axes de la discipline infirmière (Holmes et al., 2008). Définies comme des interventions standardisées appuyées sur des résultats scientifiques, ces pratiques visent l'efficience et l'amélioration continue des soins (Kitson et al., 1998). Toutefois, leur application uniforme, sans prise en compte des contextes culturels et sociaux, peut renforcer les dynamiques de pouvoir inégalitaires, notamment auprès des populations autochtones (Browne et al., 2009).

Dans cette perspective, Pariseau-Legault et Paradis-Gagné (2024) mettent en lumière l'affiliation structurelle des infirmières en santé mentale au paradigme biomédical et les effets de cette affiliation sur les pratiques cliniques. Lorsque le savoir infirmier est subordonné aux logiques médicales et organisationnelles, les risques de réification augmentent, c'est-à-dire que les personnes sont réduites à leur pathologie, au détriment de leur subjectivité et de leurs besoins relationnels. Ces dynamiques peuvent mener à des formes de soins qui, bien qu'inscrites dans une perspective de performance, participent à la marginalisation de certaines voix et à la reproduction de rapports asymétriques dans l'espace clinique.

Une lecture postcoloniale des sciences infirmières permet ainsi de problématiser la hiérarchisation des savoirs dans le champ de la santé. Pour Holmes et al. (2008), la reproduction de la domination coloniale repose en partie sur l'intégration non critique du discours biomédical. Kirkham et Anderson (2002) soulignent également que certaines théories en santé normalisent les cadres de référence issus de la suprématie blanche. Dans ce contexte, les épistémologies critiques offrent aux sciences infirmières des outils pour analyser les effets différenciés des pratiques de soins et revaloriser les savoirs issus de l'expérience et des communautés.

Au cours des dernières décennies, différents concepts ont émergé en sciences infirmières, particulièrement en contexte interculturel. Parmi eux se

trouvent les notions d'humilité culturelle, de diversité culturelle, de sensibilité culturelle, de compétence culturelle et de sécurité culturelle. Labelle et Martin (2017, p. 20) expliquent cette évolution en mettant en lumière l'intégration progressive de ces concepts au sein de la discipline infirmière :

L'émergence de ces concepts montre l'intérêt de la discipline infirmière à favoriser la compréhension des divers groupes ethniques, car ces derniers permettent de mieux comprendre comment la conception de la « race », la notion de l'*Autre* et les cultures sont construites selon des contextes historiques et coloniaux particuliers. L'*Autre* écrit avec une lettre majuscule pour dénoter une catégorie spécifique de personnes qui ne sont pas occidentales, vu comme des subalternes à travers un processus de racialisation et d'essentialisme culturel.

La diversité culturelle réfère à la pluralité des cultures en soins (Purnell, 2002), tandis que la sensibilité culturelle implique une attitude d'ouverture et de respect (Campinha-Bacote, 2002). La compétence culturelle mise sur le développement d'habiletés et de savoirs adaptés aux contextes culturels (Purnell, 2002). Enfin, l'humilité culturelle repose sur une réflexivité continue et la reconnaissance des savoirs des personnes (Tervalon & Murray-García, 1998). Alors qu'il s'agit de mobiliser la théorie postcoloniale, le concept de sécurisation culturelle s'avère toutefois plus pertinent que les approches précédentes, car il met l'accent sur les relations de pouvoir issues du colonialisme et leurs effets persistants dans le système de santé (Ramsden, 2002; Smith, 2021; Wallace, 2018).

Le concept de sécurisation culturelle a été développé en Nouvelle-Zélande à la fin des années 1980 par la chercheuse et infirmière maorie Irihapeti Ramsden (2002) en réponse aux inégalités systémiques vécues par les peuples autochtones dans le système de santé. Contrairement à la compétence culturelle, qui repose souvent sur l'acquisition de connaissances appartenant à l'« Autre », la sécurisation culturelle invite les professionnels à reconnaître leur propre position de pouvoir, ainsi que les effets du colonialisme sur leurs pratiques (Papps & Ramsden, 1996; Richardson & Williams, 2007). Elle établit que ce sont les personnes elles-mêmes, et non les soignants, qui déterminent si les soins reçus sont culturellement sécuritaires (Richardson & Williams, 2007). Inscrite dans une perspective critique et postcoloniale, cette approche s'attarde aux rapports de domination à l'œuvre dans les services de santé et cherche à soutenir l'autodétermination des peuples autochtones (Curtis et al., 2019; Kirmayer, 2012). La sécurisation culturelle s'accompagne ainsi d'une remise en question des normes professionnelles et institutionnelles, en plus de demander un engagement concret de transformation des pratiques (Curtis et al., 2019). Elle vise à lutter contre le racisme structurel, les inégalités en santé et les effets persistants du colonialisme, en créant des environnements de soins plus respectueux et plus sécuritaires pour les peuples autochtones (Curtis et al., 2019; Kirmayer, 2012). Aujourd'hui, le concept est employé dans divers contextes, notamment en Australie, au Canada et en Nouvelle-Zélande, pour promouvoir des pratiques plus équitables et mieux adaptées aux réalités autochtones. Dans cette perspective, Tang et Anderson

(1999) suggèrent d'inscrire la pratique infirmière dans une perspective invitant à la réflexion critique. Il s'agit de mieux comprendre les expériences vécues des personnes en tenant compte d'un contexte culturel et social élargi et d'examiner les effets du pouvoir dans les interactions entre les personnes et les professionnels de la santé (Racine, 2003). Bien que les discours postcoloniaux restent encore marginalisés en sciences infirmières, un nombre croissant de chercheurs revendique l'intégration de perspectives postcoloniales comme solutions de rechange aux approches culturalistes, qui sont encore largement prédominantes dans la théorie infirmière (Kirkham & Anderson, 2002).

Réalité théorique dans la recherche

Le principal défi lié à l'application de l'approche postcoloniale en sciences infirmières réside dans la traduction des concepts théoriques de cette approche en méthodes de recherche applicables (Kirkham & Anderson, 2002). Pour Racine (2023), l'approche postcoloniale vise à intégrer les savoirs subjugués dans la théorisation infirmière et à développer des connaissances transformatrices promouvant la justice sociale. Il est essentiel que la recherche soit ancrée dans les expériences des personnes afin de mieux comprendre les relations sociales et culturelles qui façonnent ces réalités. Ce processus vise à contextualiser des phénomènes contemporains, tels que la pauvreté, les problèmes de santé ou les réformes du système de santé, en mettant en lumière leurs liens avec les nouvelles formes de colonialisme. Parallèlement, la décolonisation des méthodologies

permet de critiquer la manière dont les sciences occidentales marginalisent les savoirs subjugués (Racine, 2003). Les chercheurs issus du groupe dominant doivent reconnaître comment les institutions occidentales renforcent leur pouvoir politique, économique et culturel, tant sur le plan individuel que collectif. Alcoff (1991) souligne l'importance pour les chercheurs d'examiner leur propre position sociale, car leur prise de parole s'inscrit nécessairement dans un cadre qu'il est impossible d'ignorer dans le processus de recherche (Racine, 2003). Pour Labelle et Martin (2017, p. 22) :

Les auteurs postcoloniaux qui s'inscrivent dans cette perspective se préoccupent des processus dans lesquels le pouvoir prend forme [...] pour développer un discours capable de corriger le regard colonial hégémonique. Dans un souci d'équité et de justice sociale, la théorie postcoloniale prend en compte les problématiques liées au pouvoir tout en abordant les problèmes de santé en lien avec la race, la classe et le genre dans un contexte sociohistorique et culturel. Le but étant de démasquer les processus coloniaux [...]. Par ailleurs, selon cette théorie, la culture ne peut à elle seule permettre d'explorer les expériences subjectives des personnes. Ces expériences doivent être examinées dans le contexte historique, social, et les conditions matérielles dans lesquels les subjectivités sont construites. Cela dit, la théorie postcoloniale se veut un outil pour diminuer les effets des discours dominants, capable de montrer la complexité de la vie dans ces intersections et ainsi contribuer à bâtir un monde social plus juste.

Bell Hooks (1989) invite les chercheurs à prendre conscience de leur position sociale afin d'éviter d'essentialiser l'« Autre » dans de nouveaux discours normatifs. Cela implique un va-et-vient constant entre les données et les participants afin de valider l'interprétation des résultats. Dans le cadre de cette recherche,

cette exigence a été traduite par des stratégies méthodologiques concrètes, telles qu'une immersion prolongée dans le milieu, l'intégration d'un service d'interprétation inuit lors de la collecte et de l'analyse des données, ainsi que des modalités de recrutement culturellement congruentes, incluant la diffusion d'invitations par la radio communautaire, le partage de repas, de jeux de groupe et d'histoires vécues. Alcoff (1991) définit le processus d'essentialisation comme un problème fondamental lié au fait de parler à la place des autres (Racine, 2003). Lorsqu'un chercheur intègre des perspectives théoriques à son travail, il se retrouve souvent avec peu de repères concrets pour orienter la conduite de sa recherche. Dans le cas des études postcoloniales, leur application la plus courante repose sur l'analyse du discours, notamment pour critiquer la littérature et les politiques qui marginalisent les cultures (Kirkham & Anderson, 2002). Selon Dorothy Smith (1987), le chercheur doit adopter un rôle d'analyste social ou d'interprète. Bien qu'ils conservent ultimement une autorité interprétative, les chercheurs postcoloniaux doivent faire preuve de flexibilité et accepter l'existence de tensions entre leur analyse et celle des participants.

Ma posture d'étudiante-chercheuse allochtone, cisgenre, hétérosexuelle et issue de la classe moyenne comporte des biais et des limites inhérents à ma position sociale. En tant que bénéficiaire des structures coloniales, il existe un risque de reproduire des dynamiques de pouvoir, même de manière inconsciente, dans l'analyse et l'interprétation des savoirs partagés par les participants

(Kirkham & Anderson, 2002; Smith, 2021). Cette position peut également influencer le regard porté sur les expériences autochtones, en imposant des référents eurocentriques qui réduisent la portée des épistémologies autochtones. La méfiance à l'égard du processus de recherche, enracinée dans l'histoire coloniale et les pratiques académiques extractives, constitue un enjeu important. À cela s'ajoutent les exigences institutionnelles, souvent en décalage avec les valeurs et les modes de connaissance des communautés autochtones, créant des tensions éthiques et épistémologiques (Chilisa, 2012; Wilson, 2008). Ces éléments appellent à une réflexivité constante, afin de limiter les impacts de ces rapports de pouvoir et d'assurer une démarche respectueuse, consciente et ancrée dans une perspective décolonisante.

Justification et pertinence du cadre théorique

La théorie postcoloniale ne se limite pas à une critique du patriarcat en tant que source d'oppression, mais examine les iniquités sociales à travers leur ancrage dans des contextes politiques, historiques, culturels et économiques, considérant qu'ils ne peuvent être analysés indépendamment de ces réalités (Racine, 2003). Toujours selon Racine (2003), l'intégration d'une perspective postcoloniale en sciences infirmières permet d'explorer les facteurs sociaux, politiques, économiques et culturels qui façonnent les expériences de soins. Le postcolonialisme constitue ainsi un outil analytique essentiel pour examiner l'influence de ces

dimensions sur les expériences de santé. Pour Labelle et Martin (2017, p. 22), la mobilisation de cette théorie démontre :

qu'il est possible de montrer comment les effets de la race, du genre et de la classe ont une influence sur les disparités de santé qui sont issues d'iniquités sociales. Bien qu'il s'agisse d'une explication généralement occultée, les disparités en matière de santé découlent entre autres du contexte historique et des inégalités structurelles. En ce sens, la théorie postcoloniale offre des stratégies pour contextualiser ces disparités et provoque l'ouverture d'un espace de dialogue permettant aux populations vulnérables d'exprimer leurs préoccupations et d'être entendues. Elle donne une direction à la recherche et à la théorie infirmière par le biais de la production de savoirs transformationnels qui guident des actions transformatrices. Elle offre également un cadre à la discipline infirmière pour mieux comprendre les notions de culture et d'identité comme des concepts fluides et complexes, situés historiquement et construits socialement; ce qui permet de diminuer la reproduction des injustices et des stéréotypes.

Selon Kirkham et Anderson (2002), les infirmières en milieu universitaire doivent rendre visibles les perspectives subalternes pour assurer une représentation équitable en sciences infirmières. La recherche infirmière, engagée dans le changement social, vise à transformer la pratique clinique pour améliorer la santé des populations. Cependant, cette approche critique remet en question le statu-quo et l'injustice sociale, ce qui peut susciter de la résistance, notamment chez les décideurs du système de santé, face aux méthodologies postcoloniales révélant les inégalités systémiques.

Pour conclure, ce projet de recherche, qui s'intéresse aux expériences vécues par les Inuit du Nunavik lors d'une hospitalisation ou d'un traitement

psychiatrique involontaire ou par les personnes qui ont accompagné un proche ayant vécu ce type d'expérience, s'appuie sur la théorie postcoloniale pour analyser les rapports de pouvoir imbriqués dans ces pratiques. Ce cadre permet de situer les hospitalisations et les traitements involontaires dans la continuité des dynamiques coloniales encore présentes dans les services de santé mentale (Coulthard, 2014; Smith, 2021). La recherche occidentale et les savoirs biomédicaux dominants ont historiquement servi à légitimer la colonisation et continuent de renforcer le contrôle sur les peuples autochtones (Smith, 2021). En mobilisant les travaux d'auteurs postcoloniaux et autochtones, cette recherche met en lumière les conséquences de ces pratiques sur l'autodétermination des Inuit, tout en valorisant leurs savoirs et leurs expériences.

Méthodologie

Devis de recherche

Le présent mémoire s'inscrit dans une approche qualitative, qui met l'accent sur la compréhension subjective des personnes et le sens qu'elles attribuent à leur expérience. Cette méthode permet d'explorer en profondeur les croyances, les vécus, les comportements et les dynamiques sociales (Pathak et al., 2013). L'approche qualitative s'est révélée particulièrement pertinente pour répondre à nos objectifs de recherche, car elle met en lumière des savoirs marginalisés et rend visibles certaines formes d'injustices épistémiques. Le devis de recherche est qualitatif et il mobilise deux approches méthodologiques complémentaires : l'analyse situationnelle (Clarke, 2005; Clarke et al., 2018) et la recherche collaborative (Catroux, 2002; Gélinau et al., 2012).

Plus précisément, l'analyse situationnelle, dérivée de la théorisation ancrée, s'appuie sur l'idée que toute quête de sens est située, c'est-à-dire façonnée par des contextes historiques, sociaux, politiques et moraux (Clarke, 2005). Elle permet de cartographier les relations complexes entre les acteurs humains et non humains, les institutions, les discours et les éléments matériels. Elle est particulièrement adaptée à des recherches critiques, féministes et postcoloniales (Clarke, 2011; Grzanka, 2021; Mathar, 2008). Cette méthode permet de rendre

compte des tensions systémiques qui traversent les pratiques et de documenter les formes de savoirs marginalisés dans les milieux de soins.

Articulée à la recherche collaborative, ce devis de recherche permet d'impliquer les participants comme coconstructeurs du processus de recherche, en reconnaissant la légitimité des savoirs expérientiels, relationnels et communautaires. Elle engage une réflexion critique sur les finalités de la recherche, les rapports de pouvoir dans la production des connaissances et la nécessité de faire dialoguer les savoirs situés avec les savoirs théoriques (Bartlett et al., 2012). En ce sens, le projet de recherche présenté ici s'est appuyé sur trois principes fondamentaux issus de la recherche collaborative : le droit des non-experts à produire des connaissances scientifiques, le droit de remettre en question les savoirs dominants et le droit d'être entendus et reconnus comme sujets de savoir (Gélinéau et al., 2012). Ce positionnement méthodologique, à la croisée des approches critiques et des épistémologies autochtones, constitue une voie pertinente et rigoureuse pour étudier la coercition en santé mentale dans un contexte autochtone, encore peu documenté et profondément marqué par les effets persistants du colonialisme (Smith, 2021).

Concrètement, plusieurs étapes ont été nécessaires à la mise en place des assises épistémologiques de la recherche collaborative dans la réalité du terrain de recherche. Tout d'abord, la communauté à l'étude a été choisie en fonction de

la connaissance du terrain de l'étudiante-chercheuse, cette dernière y ayant pratiqué à titre d'infirmière pendant plusieurs années. Par la suite, les acteurs clés ont été [pré]sélectionnés, approchés et impliqués, ceux-ci ayant joué un rôle central dans la mise sur pied d'un groupe de discussion destiné à préciser les enjeux en lien avec le problème à l'étude.

Lors des rencontres avec les participants aux groupes de discussion, l'étudiante-chercheuse, accompagnée d'une interprète, a assumé le rôle de facilitatrice, présentant progressivement les thèmes retenus afin de stimuler les échanges. Les discussions ont porté sur les préoccupations des membres de la communauté concernant les pratiques coercitives en santé mentale au Nunavik. Après une première analyse des données, l'étudiante-chercheuse est retournée auprès des participants au groupe de discussion pour leur présenter les résultats et en confirmer la légitimité. Une fois ces éléments validés et un langage commun établis, les thématiques des entrevues individuelles ont été définies.

Population à l'étude

Selon Polit et Beck (2017), les études qualitatives s'appuient généralement sur de petits échantillons, car leur objectif n'est pas de généraliser le phénomène étudié. Conséquemment, notre échantillon a été établi en tenant compte des particularités du terrain, du nombre de personnes ayant pris part à des recherches comparables et de l'importance de la triangulation des informations recueillies par

l'entremise du groupe de discussion, des entrevues individuelles et du journal de bord. La population cible était composée de personnes s'identifiant comme Inuit résidant au Nunavik et ayant vécu, à une ou plusieurs occasions, des hospitalisations et/ou des traitements involontaires en psychiatrie en tant que personne traitée, proches aidants ou membres de la communauté. Comme ce phénomène demeure peu étudié, une stratégie de recrutement élargie a été adoptée afin d'atteindre un plus grand nombre de participants. Cette approche a facilité la collecte de données et permis de faire émerger des éléments pertinents pour enrichir les connaissances sur le sujet.

Pour l'échantillonnage, l'approche non probabiliste par réseaux (méthode de la boule de neige) a été employée. L'utilisation des réseaux sociaux et de la radio communautaire a été partie intégrante du plan de recrutement, ce qui constitue une approche cohérente, considérant le contexte culturel (Tremblay et al., 2020). Un échantillon de petite taille convient à ce type d'approche, à condition que les données recueillies auprès de lui fassent l'objet d'une analyse approfondie. En sciences infirmières, les échantillons de 10 participants et plus sont souvent recommandés pour ce type de devis afin de faciliter les échanges et d'assurer la robustesse des résultats (Fortin & Gagnon, 2022). Cette approche est conforme à celles employées dans d'autres mémoires portant sur des sujets et des populations similaires, notamment une recherche-action participative menée par Tremblay et al. (2020) avec 30 participants, une analyse situationnelle réalisée

par Vallée-Ouimet (2019) avec 9 participantes et une étude sur la psychiatrie légale conduite par Gaulin (2018) avec 10 participants.

Afin de pouvoir participer à la recherche, les participants devaient obligatoirement avoir 18 ans ou plus et être en mesure de donner leur consentement libre et éclairé. Ils devaient être capables de s'exprimer en français, en anglais ou en inuktitut, être résidents d'un village du Nunavik et s'identifier comme Inuk. De plus, les participants devaient avoir vécu au moins une expérience d'hospitalisation ou de traitement involontaire en psychiatrie en tant que personnes traitées, proches aidants ou membre de la communauté désirant s'exprimer sur ce type d'expérience. L'étude n'a pas porté sur le recours à la coercition pour imposer une hospitalisation ou un traitement involontaire en vertu de la *Loi sur la santé publique*. Elle n'a pas non plus porté sur les personnes vivant avec une déficience intellectuelle ou dans un contexte psychogériatrique. Un total de 11 personnes ont participé à la collecte des données. Parmi celles-ci, huit ont pris part au groupe de discussion, tandis que trois ont été rencontrées dans le cadre d'entrevues individuelles. La collecte des données a été considérée comme complète après avoir tiré suffisamment d'éléments pertinents du groupe de discussion. Si le contexte interculturel et la barrière linguistique ont constitué des obstacles aux échanges, il semble que la capacité des participants à comprendre les concepts et à s'exprimer a été favorisée par l'entraide et la dynamique de groupe, cette capacité étant plus limitée dans le cadre des entrevues individuelles. Par ailleurs,

certaines contraintes logistiques ont restreint la possibilité de réaliser un plus grand nombre d'entrevues, ce qui a également contribué à mettre un terme à la collecte de données.

Enjeux éthiques de la recherche

La réalisation des entrevues nécessitait l'obtention du certificat d'éthique à la recherche (CER) de l'Université du Québec en Outaouais, ainsi que l'approbation du conseil d'administration du centre de santé desservant la communauté ciblée. À cette fin, un document détaillant l'ensemble du projet a été soumis au conseil d'administration. Ce document précisait le déroulement de la recherche, les stratégies de collecte des données, les modalités de participation, les procédures de consentement, les conditions de diffusion des résultats, ainsi que la demande d'autorisation pour une utilisation secondaire des données recueillies.

Des considérations éthiques uniques à la recherche menée auprès des peuples autochtones ont également été prises en compte. Élaboré par l'Assemblée des Premières Nations du Québec et du Labrador (2019), le *Guide d'accompagnement du Protocole de recherche des Premières Nations du Québec et du Labrador* constitue une référence incontournable. Il a notamment permis de guider ces considérations éthiques à l'aune de sept grands principes : propriété, contrôle, accès et possession des données, consentement informé, partenariat, intégrité, divulgation, équité, partage des bénéfices et autonomisation (Commission

de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador [CSSSPNQL], 2019). Le projet s'est conformé aux principes directeurs de l'énoncé de politique des trois conseils scientifiques du Canada en matière d'éthique de la recherche avec des êtres humains (Conseil de recherches en sciences humaines du Canada [CRSH] et al., 2022), en accordant une attention particulière à son chapitre 9, qui porte sur la recherche impliquant les Premières Nations, les Inuit et les Métis du Canada. Dans cette mesure, un engagement a été pris de partager les résultats de l'étude avec le centre de santé et l'organisme communautaire partenaires du projet. Ce projet de recherche s'inscrit dans une démarche conforme aux principes de la Stratégie nationale inuite sur la recherche (SNIR, 2018), en mettant de l'avant l'autodétermination des Inuit et en favorisant une collaboration étroite avec les communautés (ITK, 2018). Par une posture réflexive sur les rapports de pouvoir coloniaux et l'implication des instances représentatives, l'étude vise à éviter les pratiques extractives du passé et à générer des retombées concrètes et significatives pour les *Nunavimmiut*.

Après avoir reçu, examiné et accepté le formulaire d'information et de consentement libre et éclairé, il a été demandé aux participants de le signer. Ce formulaire a été remis aux participants avant la tenue du groupe de discussion ainsi qu'avant les entrevues individuelles. Étant un document officiel, il atteste que les participants ont été pleinement informés des objectifs et des implications de

l'étude et qu'ils ont compris la nature de leur engagement (Fortin & Gagnon, 2022).

Les enregistrements audios et leurs transcriptions ont été anonymisés puis conservés dans un cahier de code sécurisé enregistré sur le disque dur d'un ordinateur portable, lui-même protégé par un identifiant et un mot de passe. L'accès à ce matériel était strictement réservé à la responsable du projet. Avant chaque rencontre avec les participants du groupe de discussion, un rappel de la confidentialité des échanges a été formulé, cet aspect constituant un enjeu particulièrement important dans le cadre d'entrevues de groupe. Les participants ont également été informés de leur droit de se retirer du processus à tout moment, de la signature du consentement initial à la publication des résultats. Il a toutefois été précisé que, pour les entrevues de groupe, il n'était pas possible de détruire les données individuelles une fois les propos partagés, ceux-ci ayant été intégrés collectivement à l'enregistrement et à la transcription.

Méthodes de collecte des données

Le milieu de recherche était un petit village situé au Nunavik et l'étude s'est déroulée selon une approche collaborative. En recherche qualitative, le chercheur adopte un rôle d'intermédiaire qui n'est ni entièrement intégré ni totalement extérieur à la population étudiée. Pour Milligan (2016), une approche véritablement collaborative permet la formulation de savoirs participatifs authentiques par la

coconstruction de relations significatives sur le terrain. Pour ce faire, elle doit bénéficier de la participation active des membres de la communauté à toutes les étapes du processus, incluant l'élaboration des questions de recherche, la conception des outils de collecte de données, l'analyse des résultats et l'identification des thèmes clés. Laneuville (2020) abonde dans le même sens en indiquant que cette approche permet d'aborder les enjeux éthiques liés à la recherche avec les peuples autochtones. Cette approche est à privilégier, car elle implique la participation des PIPP aux projets de recherche afin de permettre de considérer de façon engagée leurs intérêts et de leurs savoirs. Toutefois, les lignes directrices concernant cette approche demeurent vagues et varient d'une population à l'autre, ce qui laisse place à une part de subjectivité. Heureusement, de plus en plus de regroupements de PIPP ont élaboré des guides pour accompagner les chercheurs dans cette démarche (Laneuville, 2020).

Au moment où la collecte de données a été réalisée, aucune entité n'était chargée de collaborer avec les chercheurs. Pour remédier à cette lacune, nous avons échangé avec notre codirectrice, une autre étudiante-chercheuse travaillant sur des enjeux similaires et une aînée du village. De plus, la SNIR (2018) stipule qu'en l'absence d'entité chargée de l'éthique, les chercheurs doivent consulter les organismes régionaux concernés par leur recherche. Ces discussions et réflexions ont donc mené à l'idée de s'affilier à un organisme communautaire pour organiser un groupe de discussion. Les groupes de discussion focalisés,

nommés cercles de parole dans le cas présent afin d'être conforme aux pratiques et au vocabulaire des participants à cette étude qui valorisent cette forme d'échanges, ont constitué la méthode principale de collecte des données. Cette approche est fréquemment utilisée dans les contextes autochtones, car elle favorise la narration et l'écoute collective (Tremblay et al., 2020).

Toutefois, il est apparu nécessaire de compléter ces échanges collectifs par des entrevues individuelles afin de permettre aux participants d'aborder certains aspects de leur expérience dans un cadre plus intime. Cette décision est conforme aux principes de respect des savoirs expérientiels et de reconnaissance des déterminants sociaux de la santé qui influencent l'expression de la détresse et du bien-être (Kirmayer et al., 2000). Le recours combiné à des cercles de parole et à des entrevues individuelles a donc permis de concilier la richesse des dynamiques collectives, favorisant l'émergence de préoccupations partagées par la communauté, avec la profondeur des récits personnels, parfois plus difficiles à livrer en groupe.

Les participants ont été rassemblés en petits groupes et l'étudiante-chercheuse a assuré le rôle de modératrice pour animer les échanges. Son rôle était de recueillir les témoignages, les opinions et les réactions des participants, tout en veillant à ce que les discussions restent centrées sur les thèmes préalablement définis (Johnson & Christensen, 2024). Cette technique a permis de mieux

comprendre la perception des participants face à la problématique étudiée, en mettant en valeur leurs expériences et leurs perspectives uniques.

Un interprète a été présent pour garantir à chacun la possibilité de s'exprimer dans la langue de son choix. La collecte des données a reposé sur des entretiens de groupe semi-dirigés. Les sujets de discussion, en lien avec la problématique et la question de recherche, ont été introduits progressivement. Chaque participant a eu l'occasion de s'exprimer à tour de rôle, sans obligation. Cette méthode a favorisé l'implication active des participants, ce qui leur a donné l'occasion de faire émerger des données significatives.

Le groupe de discussion, les séances de validation ainsi que les entrevues individuelles semi-dirigées ont été menés en anglais. Lors des groupes de discussion, un interprète était présent pour traduire les propos de l'étudiante-chercheuse de l'anglais vers l'inuktitut, lorsque les participants en faisaient la demande. Ces derniers avaient la liberté de s'exprimer en anglais ou en inuktitut, selon leur préférence. Les propos énoncés en inuktitut ont ensuite été traduits en anglais, afin de permettre à l'étudiante-chercheuse d'assurer l'analyse des données recueillies. La première séance de validation s'est déroulée en présence de l'interprète et selon les modalités mentionnées précédemment. Lors de la seconde séance de validation, l'interprète n'étant pas disponible, la discussion s'est tenue exclusivement en anglais, avec l'accord des participants.

Après une première analyse des données issues du groupe de discussion et la tenue des rencontres de validation avec les participants, le guide d'entrevue individuel a été modifié afin de refléter les préoccupations des membres de la communauté par rapport aux enjeux soulevés. Les participants aux entrevues individuelles ont été rencontrés à l'endroit de leur choix et une collation leur était fournie pendant l'entrevue. Tous ont choisi de rencontrer l'étudiante-chercheuse dans leur logement personnel. Un service d'interprétation a également été proposé aux participants lors des entrevues individuelles, mais aucun d'entre eux ne l'a sollicité. D'autres sources de données ont été considérées tout au long du processus de recherche afin de bonifier les analyses. L'analyse situationnelle multisite par cartographie de Clarke et al. (2018) a offert cette flexibilité en permettant d'intégrer divers types de sources d'information. De plus, des analyses documentaires et des échanges informels ont été consignés dans un journal de bord et dans les notes de terrain.

Analyse des données

L'analyse des données a été réalisée selon une codification ouverte par émergence, puis structurée à l'aide des trois cartes proposées par Clarke et al. (2018), afin de mettre en lumière les dynamiques à l'œuvre aux échelles micro et macro. La codification par émergence repose sur une lecture minutieuse des transcriptions, réalisée ligne par ligne, dans le but d'identifier des contenus significatifs directement issus des propos recueillis auprès des participants. Ce

processus inductif permet de générer des codes qui ne sont pas imposés par un cadre théorique préétabli, mais construits à partir des paroles exprimées en entretien (Charmaz, 2006; Thornberg & Charmaz, 2014). À partir des données issues des entrevues individuelles et des groupes de discussion, les codes ont ensuite été comparés, regroupés et organisés en catégories plus larges, permettant de mettre en relation différentes dimensions du phénomène étudié. Ce travail d'analyse a permis de dégager les rapports entre les structures sociales, les rapports de pouvoir et les expériences vécues, conformément à la visée de l'analyse situationnelle. L'approche adoptée dans ce mémoire permet une adaptation progressive de l'analyse, au fil de la négociation du terrain, et favorise une posture réflexive sur les interprétations des données (Miles et al., 2014).

Conformément à la méthode d'analyse situationnelle développée par Clarke (2005) et approfondie par Clarke et al. (2018), trois cartes analytiques ont été élaborées. La carte situationnelle/relationnelle (Figure 2, Appendice A), construite dès les premières étapes de l'analyse, vise à recenser les éléments humains, non humains, discursifs et matériels qui composent la situation étudiée. Elle a été ajustée de manière continue à mesure que les données sont enrichies, puis utilisée pour identifier les interactions, tensions et rapports de pouvoir qui structurent la situation. La carte des mondes sociaux (Figure 3, Appendice A) permet de situer les différents collectifs, institutions et groupes impliqués, tandis que la carte positionnelle (Figure 4, Appendice A) sert à cartographier les discours

entendus et à rendre compte des positions divergentes ou contradictoires exprimées à l'égard du phénomène étudié. Ce processus analytique a permis de saisir la complexité de la situation à partir des perspectives des participants, tout en reconnaissant l'influence des contextes sociaux, politiques et historiques dans lesquels elle s'inscrit.

Clarke et al. (2018) proposent comme deuxième carte celle des mondes sociaux (Figure 3, Appendice A). Normalement, une seule carte principale est élaborée pour un projet et celle-ci est actualisée pendant toute la durée du dit projet. Les mondes sociaux sont des groupes de différentes grosseurs dans lesquelles il existe « une culture unique » qui est distinctement collective (une profession, un organisme, une équipe, etc.). Les membres d'un monde social partagent des perspectives communes qui forment une base identitaire, tant individuelle que collective. La carte des mondes sociaux est généralement élaborée lorsque des données sont déjà colligées. Les données colligées pour cette carte peuvent être obtenues à partir de différentes sources : entrevues, documents organisationnels, archives historiques et contemporaines, observation des participants, etc.

Enfin, toujours dans le cadre d'un projet d'analyse situationnelle, la carte positionnelle (Figure 4, Appendice A) sert à analyser le matériel récolté lors du travail de terrain, de l'observation des participants, des entrevues et de la

sélection des documents (Clarke et al., 2018). La carte positionnelle permet d'analyser les discours dominants, ceux plus marginalisés et les silences qui habitent la situation étudiée. Son principal objectif est de faire ressortir les positions majeures prises par rapport aux problèmes au sein de cette situation. La carte positionnelle souligne les enjeux, les prises de position, l'absence de position ainsi que les divergences dans les discours centraux sur le sujet à l'étude.

Conformément à l'analyse situationnelle, les thèmes seront présentés de façon descriptive avec une considération particulière aux discours incluant les silences, soit les éléments qui sont absents des discours (Clarke, 2005). Les thèmes émergents seront accompagnés de séquences de verbatim qui permettront d'appuyer la pertinence et la légitimité des thèmes élaborés. Ce devis de recherche éclectique repose sur la mobilisation de divers savoirs, avec le risque inhérent de les aborder de manière superficielle. De nombreux chercheurs ont tendance à effleurer leur sujet sans approfondir les contextes sociaux, historiques et politiques qui l'entourent (Clarke et al., 2018). Toutefois, tant que les données sont analysées en profondeur et en tenant compte du contexte, l'analyse situationnelle demeure un atout majeur pour la recherche qualitative.

Cette étude comporte certaines limites en matière de transférabilité en raison de l'unicité du contexte nordique où elle s'est déroulée. Cependant, l'identification des processus sociaux généraux liés à la coercition favorisera l'adaptabilité

de la théorie à d'autres situations. De plus, dans le cadre de l'analyse situationnelle, la transférabilité n'est pas considérée comme un critère central de scientificité, ce qui relativise cette limite. D'autres défis doivent être pris en compte, notamment le peu d'expérience de l'étudiante-chercheuse dans la conduite des méthodes de collecte de données et les biais de désirabilité sociale, que ce soit envers les autres ou envers le modérateur, dont peuvent faire montre certains participants. De plus, en se concentrant uniquement sur la coercition en santé mentale, cette étude risque de limiter la compréhension d'une problématique plus large, soit celle de la santé mentale en général en milieu nordique.

Pour conclure, l'analyse situationnelle repose sur des critères de scientificité inspirés de la théorisation ancrée et adaptée aux études poststructuralistes et constructivistes. Bien que Clarke (2005) ne formalise pas un cadre strict de scientificité, elle propose des éléments fondamentaux qui assurent la rigueur et la validité des résultats obtenus à travers cette méthode d'analyse. Ces critères reposent sur la réflexivité, l'itération, la triangulation et une attention particulière aux rapports de pouvoir ainsi qu'aux silences discursifs. Sa scientificité découle non seulement de la validité des données recueillies et des analyses effectuées, mais aussi de la manière dont elle permet de cartographier les enjeux sociaux complexes et de produire un savoir critique contextuellement ancré.

Résultats

La première question visait à cerner les enjeux et les préoccupations des membres de la communauté concernant les pratiques coercitives admises par le droit psychiatrique. La deuxième question visait, pour sa part, à obtenir une meilleure compréhension de l'expérience vécue par les personnes ayant subi des hospitalisations et/ou des traitements involontaires en psychiatrie dans le contexte social, politique et géographique du Nunavik. Les résultats présentés dans ce chapitre favorisent une meilleure compréhension des perceptions et des expériences relatives à ces pratiques coercitives. Ils permettent également de relever certains facteurs facilitants et contraignants, ainsi que certaines conséquences vécues par les participants à cette étude qui, faut-il le rappeler, ont vécu une hospitalisation ou un traitement involontaire à au moins une occasion. Enfin, les données récoltées ont permis de jeter un regard inédit sur les pratiques locales mises en œuvre par les proches et les membres de la communauté pour aider les personnes vivant avec des problèmes de santé mentale. Elles ont révélé des stratégies potentielles et culturellement congruentes permettant d'atténuer la détresse vécue par ces personnes.

Ce chapitre comporte deux parties. La première décrit l'échantillon de participants à cette étude. La deuxième décrit les six grandes catégories définies

conformément à la codification des entrevues (semi-dirigées, individuelles ou en groupe) et des séances de validation.

Description de l'échantillon

Cette étude a été réalisée avec la participation de onze personnes inuit qui résident de façon permanente au Nunavik. La collecte des données a commencé dans le cadre d'un groupe de discussion constitué de membres de familles dont un proche avait vécu un ou plusieurs épisodes d'hospitalisations et/ou de traitements involontaires en psychiatrie. Composé de huit personnes, ce groupe de discussion visait à cerner les enjeux et les préoccupations communautaires face aux hospitalisations et aux traitements forcés en psychiatrie.

Les données sociodémographiques des participants à ce groupe de discussion n'ont pas été collectées. Cependant, il est nécessaire de spécifier que toutes les personnes qui ont participé à ce groupe étaient des femmes de différents âges. La majeure partie de ces femmes étaient impliquées de près ou de loin dans les services de soutien à leur communauté. Elles avaient accompagné un membre de leur famille lors d'un ou de plusieurs épisodes d'hospitalisation ou de traitement forcé. L'une de ces participantes avait également vécu un ou plusieurs de ces épisodes. Deux séances de validation ont suivi la rencontre du groupe de discussion initial. Elles ont respectivement été tenues en présence de trois et de cinq participantes ayant fait partie du groupe de discussion initial. Ces

séances de validation ont permis de poursuivre le dialogue entamé dans le cadre du groupe de discussion, tout en assurant la validité des résultats préliminaires de l'analyse réalisée par l'étudiante-chercheuse.

Par la suite, trois entrevues individuelles ont été réalisées auprès d'autres participants ayant vécu un ou plusieurs épisodes d'hospitalisation et/ou de traitement involontaire en psychiatrie. Ces trois participants ont aussi rempli un questionnaire sociodémographique. Tous étaient des hommes s'identifiant comme Inuit et étaient âgés de 34 à 49 ans. Tous ont été rencontrés dans le même village du Nunavik, mais provenaient d'autres villages que celui dans lequel les entrevues ont été réalisées. Tous étaient aînés de leur fratrie, célibataires, sans enfant et capables de s'exprimer à l'oral et à l'écrit en inuktitut et en anglais, l'inuktitut étant leur langue maternelle. Au moment des entrevues, les trois participants résidaient dans des centres d'hébergement supervisés communautaires ou publics. Deux de ces participants avaient complété leur secondaire 1 et un participant son secondaire 4. Deux des participants avaient un emploi, alors que le troisième était sans emploi. Le Tableau 2 ci-dessous indique les pseudonymes et les abréviations (visant à alléger le texte) qui servent à identifier les différents participants, de même que la méthode employée pour recueillir leurs propos.

Tableau 2

Identifiants des participants et méthodes employées pour recueillir leurs propos

Pseudonyme	Abréviation	Méthode de collecte
Participant 1	P1	Groupe de discussion
Participant 2	P2	Groupe de discussion
Participant 3	P3	Groupe de discussion
Participant 4	P4	Groupe de discussion
Participant 5	P5	Groupe de discussion
Participant 6	P6	Groupe de discussion
Participant 7	P7	Groupe de discussion
Participant 8	P8	Groupe de discussion
Participant 9	P9	Entrevue individuelle
Participant 10	P10	Entrevue individuelle
Participant 11	P11	Entrevue individuelle

Catégories émergentes

L'analyse des verbatims relatant les propos des participants a été réalisée à partir d'une codification par émergence, tout en s'appuyant sur une carte situationnelle organisée (Figure 2) et une carte des mondes sociaux (Figure 3), développées tout au long du processus de recherche et qui cerne les enjeux de la situation. Comme le montre le Tableau 3 à la page suivante, cette analyse a permis de faire ressortir six catégories qui font référence à autant de dimensions : 1) être envoyé ailleurs; 2) trouver un sens à la souffrance; 3) invisibiliser la détresse; 4) accéder aux services; 5) aller aux sources du problème; et 6) agir. Bien que toutes ces catégories soient mutuellement exclusives, elles forment une

dynamique qui s'articule autour du sujet à l'étude : « être envoyé ailleurs » (P3). Par voie de conséquence, le fait d'« être envoyé ailleurs » (P3) constitue une catégorie spécifique, mais également une catégorie générale, car les autres catégories contribuent ou sont liées au fait d'« être envoyé ailleurs » (P3). Pour les besoins de ce mémoire, les verbatims des entrevues avec les participants ont été traduits par l'étudiante-chercheuse (voir le Tableau 7 pour les verbatims en version originale anglaise). Un résumé du processus d'analyse sera présenté à la fin des résultats.

Tableau 3

Catégories et sous-catégories d'analyse selon une codification par émergence

Catégorie	Sous-catégories
1. Être envoyé ailleurs — « To be sent away » (P3)	1.1. Exclusion sociale 1.2. Temps et déplacements 1.3. Médicalisation des problèmes sociaux
2. Trouver un sens à la souffrance — « He/She is not in their right mind » (P1)	2.1. « The mind is strong » 2.2. « To be dead inside » 2.3. « To end ourselves » 2.4. « Crisis and chaos » 2.5. « We see the symptom » 2.6. « The wound is in the heart » 2.7. « <i>Tusaaralik, Takunaaralik</i> » 2.8. « We don't know how to love ourselves » 2.9. « Some could be so quiet »
3. Invisibiliser la détresse — « It's silent and people are trying to hide it » (P5)	3.1. Souffrir 3.2. Prétendre 3.3. Atténuer

4. Accéder aux services — « Nowhere to go » (P5)	4.1. Manque de confiance envers autrui 4.2. Impression que l'aide offerte est inadéquate 4.3. Judicialisation des problèmes de santé mentale
5. Aller aux sources du problème — « The root causes » (P1)	5.1. Deuils et traumatismes individuels 5.2. Traumatismes intergénérationnels 5.3. Histoire et violences coloniales
6. Agir — « To find solution » (P6)	6.1. Pratiques existantes 6.1.1. Écouter la radio 6.1.2. Participer à la conférence <i>Puttautit</i> 6.2. Pratiques potentielles 6.2.1. Approche familiale et communautaire 6.2.2. Prise en compte des « racines du problème » (P1) 6.2.3. Prise en charge par et pour les Inuit

Catégorie 1 : être envoyé ailleurs — « To be sent away » (P3)

La première catégorie qui a émergé des données et qui répond directement à la question de recherche concerne les mécanismes médico-légaux et leur fonctionnement au sein des familles, de la communauté étudiée et des institutions. Selon les propos des participants, le fait pour une personne « qui n'est pas dans son état d'esprit habituel » (P5) d'être hospitalisée contre son gré revient à « être envoyé[e] ailleurs » (P3), « à l'endroit où l'on souffre » (P1) et « contre sa volonté » (P3).

Parce que je n'étais pas très bien, alors ils m'ont envoyé loin de chez moi et m'ont placé dans un hôpital ailleurs au Nord, puis dans un plus grand hôpital au Sud, quelque chose comme ça. (P10)

Les discussions préliminaires avec des acteurs clés du village ont notamment permis de révéler des différences majeures sur le plan de la compréhension de la coercition psychiatrique. Le fait que les participants ne se soient pas exprimés sur cette question indique non seulement l'existence d'une barrière de langue, mais également d'une discordance dans la perception même de l'objet à l'étude. Le contrôle exclusif que les professionnels de la santé et le système de justice exercent même, chez les personnes, à une incompréhension des processus impliqués dans les traitements psychiatriques, de même qu'à une résignation face au recours à la coercition psychiatrique, comme en témoigne l'extrait d'entrevue suivant :

C'était un vendredi matin et j'ai été aéroporté vers une autre communauté où se trouve l'hôpital. Attaché. J'ai demandé pourquoi on m'avait attaché. Ils m'ont dit qu'ils devaient m'attacher. Maintenant, je suis ici [dans un appartement supervisé], mais je ne sais pas pourquoi ils m'ont mis ici. Je ne sais pas pourquoi, mais je reste ici. Ils m'ont pris à l'hôpital et maintenant je vis ici. (P10)

Lors des entrevues, les participants avaient beaucoup de mal à se souvenir des situations qu'ils avaient vécues. Leurs souvenirs étaient vagues et les participants n'étaient pas en mesure de comprendre ce qui leur était arrivé. L'absence de pouvoir décisionnel des participants lors de ces épisodes d'hospitalisations et de traitements involontaires était perceptible. Les participants ne mentionnaient ni leur maladie ni ce qui leur avait été imposé comme traitement, les décrivant plutôt en termes généraux : « injection » (P4); « gros comprimé » (P9);

« médication » (P4 et P10); « je ne vais pas bien » (P11); « il devient chaotique » (P4). L'interaction suivante, survenue dans le cadre du groupe de discussion, en fait état :

Étudiante-chercheuse : Comment la [gens de la] communauté perçoit-elle ces médicaments?

P4 : Certaines personnes ne les acceptent pas. Même mon fils.

Étudiante-chercheuse : Pourquoi? Pouvez-vous m'en dire plus?

P4 : Je ne sais pas. Pouvez-vous me dire quelle injection il reçoit? Est-ce que c'est pour qu'il reste calme? Quand il n'a pas d'injection, il devient chaotique.

Le caractère vague de ces propos apparaît comme suffisamment important pour remettre en question les décisions prises sans le consentement des personnes qui sont les premières concernées. L'analyse du contenu des entrevues a ainsi permis de dégager trois sous-catégories associées au fait d'« être envoyé ailleurs, contre sa volonté » (P3) : l'exclusion sociale (1.1); le temps et les déplacements (1.2); et la médicalisation des problèmes sociaux (1.3).

Sous-catégorie 1.1 : exclusion sociale

La première sous-catégorie concerne les mécanismes d'exclusion sociale. Elle comporte deux dimensions : l'exclusion communautaire et familiale et l'auto-exclusion.

L'exclusion communautaire et familiale est caractérisée par les participants comme un rejet de la personne en raison de ses comportements perturbateurs et de l'absence de solutions susceptibles de les atténuer. Un participant exprime ainsi la dynamique familiale d'exclusion qu'il a vécue :

Lorsque j'ai été libéré, je suis allé chez ma sœur [...] J'étais heureux, j'étais libre, mais après, ma sœur et mon frère, ils étaient mal à l'aise à mon sujet [...] et c'est pourquoi je suis revenu ici. (P9)

Certaines données permettent de comprendre le vécu expérientiel des familles avant et après un épisode de soins vécu par l'un de leurs proches, mais plus rarement les perceptions et les émotions vécues pendant ces épisodes. Les propos de certains participants laissent présager que la rupture des contacts, dont les causes sont multifactorielles, a lieu durant la période d'hospitalisation. Les propos de ce participant font montre d'une rupture dans les contacts pendant l'hospitalisation involontaire de son fils.

Oui, j'étais là, à la maison, pas à l'hôpital. Je ne voulais pas le suivre. Je ne voulais pas le suivre parce qu'il était dangereux. Je veux dire qu'il était dangereux pour tout le monde. Il était en colère contre moi! J'étais impliquée, mais en même temps, j'ai six enfants à ma charge [...]. (P4)

L'absence des proches, notamment en raison de leur sentiment d'impuissance, de culpabilité ou encore de peur face aux problèmes de santé mentale, a pour conséquence la diminution, voire l'absence de contacts avec les personnes

qui subissent la coercition psychiatrique. Or, cette absence est perçue par les personnes hospitalisées comme une forme de rejet. L'alternance entre l'hôpital, les centres d'hébergement et le village d'origine a pour conséquence de renforcer ce sentiment d'exclusion, tout en diminuant les contacts des personnes traitées avec leur entourage resté dans leur village d'origine.

J'étais si proche d'eux, j'étais très proche de ma famille, et maintenant nous sommes presque séparés. [...] Ma famille me tient à l'écart parce que je ne vais pas mieux et, aujourd'hui, nous sommes presque séparés et on m'envoie tout le temps loin de chez moi. Oui, nous sommes presque séparés. [...] Je ne leur parle pas souvent. Ils ne viennent pas me voir [...]. (P10)

Conséquemment, le recours à la coercition psychiatrique participe à créer une situation d'errance, de déracinement et d'exclusion sociale. Cette situation contribue ainsi à l'effritement, voire à la rupture des liens entre les personnes qui subissent cette coercition et leur entourage.

De plus, cette exclusion est susceptible de s'intérioriser chez les personnes ayant vécu de tels épisodes. Une telle intériorisation se reflète par une forme d'auto-exclusion des personnes qui, face à des situations difficiles, font le choix conscient de quitter leur village dans l'espoir de trouver une solution :

J'ai fait beaucoup d'allers-retours à l'hôpital, dans d'autres villages, dans une grande ville, et j'ai personnellement acheté mon propre billet pour aller dans un autre village. Je veux partir bientôt. Je veux aller dans une autre communauté. (P3)

D'autres participants ont fait état de parcours institutionnels s'étalant sur des décennies, créant ainsi une rupture complète avec leur village natal et leur famille, avec pour conséquence que les personnes premières concernées expriment un désintérêt à retourner dans leur milieu d'origine après plusieurs années sans contact significatif avec leur entourage.

J'ai souvent été loin de chez moi. [...] Au début, je voulais rentrer chez moi, mais plus maintenant. J'y suis habitué aujourd'hui. Oui. [...] Je m'ennuyais un peu parce que je n'avais jamais quitté la maison auparavant. [...] (P11)

Sous-catégorie 1.2 : temps et déplacements

La deuxième sous-catégorie en lien avec le fait d'« être envoyé ailleurs » concerne les très fréquents déplacements entre les services situés sur le territoire du Nunavik, ou entre le village d'accueil et les centres de services et d'hébergement situés dans les centres urbains du Sud du Québec. De plus, ces déplacements prennent parfois la forme de parcours institutionnels s'étalant sur plusieurs mois, voire plusieurs années. Lors des entrevues, deux phénomènes associés à la sous-catégorie « temps et déplacements » ont été mis en lumière.

Le premier phénomène constaté est que les participants ayant subi un ou plusieurs épisodes d'hospitalisations involontaires avaient tendance à établir des comparaisons entre les institutions du Nord (région du Nunavik) et du Sud de la province de Québec. Les questions ouvertes portant sur le vécu expérientiel

d'hospitalisations involontaires, par exemple, donnaient lieu à des réponses dans lesquelles les participants à l'étude comparaient l'expérience qu'ils avaient vécue dans les services de santé au Nunavik et celle qu'ils avaient vécue dans les centres hospitaliers des grands centres urbains du Sud du Québec.

Le fait d'être gardé ici, à l'hôpital du Nord, c'est bien, mais je n'ai pas aimé le grand hôpital du Sud. [...] J'ai de la famille et des amis ici, dans la communauté du Nord. Je peux sortir, je peux fumer quand je veux, mais à l'hôpital du Sud, on ne peut fumer une cigarette que trois fois par jour, c'est tout. Ils gardent vos cigarettes tout le temps, vous avez faim et il y a trop de monde dans la chambre. [...] (P9)

Les épisodes de soins vécus dans les institutions du Nunavik étaient généralement perçus de manière plus positive que ceux vécus dans les institutions des grands centres urbains du Sud du Québec.

L'hôpital au Sud, vous devez demander à la personne dans le bureau de faire un appel direct, mais l'appel, le téléphone [...] est seulement pour l'avocat. [...] J'essaie d'obtenir de l'aide [...], mais à l'hôpital du Sud, ça ne m'aide pas beaucoup, ça ne m'aide pas du tout. (P9)

Recevoir des soins loin du Nunavik participe à une perte de repères socio-culturels et à une diminution de la fréquence des contacts avec les pairs, comme le montre le témoignage suivant :

Je ne savais pas quand je rentrerais chez moi. Cela faisait longtemps que j'étais là-bas [à l'hôpital dans le Sud]. Je ne connaissais

personne à qui parler. J'ai donc fait semblant d'aller bien pour pouvoir partir. (P3)

Les participants ont indiqué avoir vécu des expériences plus positives dans les centres de santé du Nord que dans ceux du Sud, ce sentiment étant toutefois ambivalent alors qu'il demeure modulé par la capacité des professionnels de la santé et des services sociaux à répondre adéquatement aux besoins de base des personnes et à faire montre de compassion et d'empathie :

Tout simplement parce que je ne voulais pas être à l'hôpital, ils m'ont tout pris, mes vêtements et tout le reste, juste parce que je ne voulais pas être à l'hôpital [...]. Et on m'a tirée dessus, avec un *taser* [pistolet électrique], ici et ici. À l'hôpital et chez mon père. (P3)

De plus, bien que les participants aient indiqué avoir vécu des expériences d'hospitalisation plus positives au Nunavik que dans le Sud du Québec, tous ont exprimé des récriminations face aux traitements qui leur ont été imposés. Voici un exemple :

Il faut écouter ce qu'ils disent et prendre ce qu'ils vous donnent, mais en même temps, je ne sais pas si je dois aussi prendre la grosse pilule. La grosse pilule n'aide pas, elle ne fait que me rendre plus malade dans mon corps. (P9)

Il y a lieu de rappeler que les hospitalisations involontaires au Nunavik sont autorisées par la *Loi sur la protection des personnes dont l'état de santé mentale présente un danger pour elles-mêmes et pour autrui* (LPP). Or, les propos des

participants laissent entendre que l'application de ces normes serait plus souple dans le Nord, notamment en ce qui a trait aux permissions de sortie, ce qui remet en question les motifs sur lesquels repose l'hospitalisation involontaire.

Mais dans l'hôpital du Nord, c'est bien mieux que dans l'hôpital du Sud, parce que dans le Sud, je ne me sentais bien que lorsque j'avais mon congé de l'hôpital, mais dans le Nord, je peux sortir, je peux aller au magasin, je peux aller voir ma famille, je peux fumer des cigarettes à n'importe quel moment. Je peux demander à mon infirmière si je peux passer du temps avec ma famille. (P9)

Le deuxième phénomène constaté, qui a été relevé dans les propos des participants tout au long du processus de collecte des données, est la forte mobilité géographique. Phénomène inhérent et unique à la situation du Nunavik, la mobilité géographique est la conséquence de l'importante distance entre les différents services et centres d'hébergements, de même qu'entre celles-ci et les grands centres urbains de la province. Cette mobilité se manifeste par des déplacements répétés au sein du parcours institutionnel imposé par le droit psychiatrique. Elle s'inscrit également dans une trajectoire plus large d'institutionnalisation vécue tout au long de la vie, notamment à travers les services de protection de l'enfance ou par des expériences d'incarcération antérieures ou dans le parcours de vie.

J'ai donc été libéré de la prison et je suis rentré chez moi. Ma mère avait déjà pris rendez-vous pour que j'aille au centre d'hébergement avant que je ne rentre chez moi et quand je suis rentré, ils m'ont mis au centre d'hébergement [...]. En 1996, ils m'ont mis au centre

d'hébergement et j'ai continué à me promener, à voyager, à aller n'importe où à plusieurs reprises et aujourd'hui, je suis dans des appartements supervisés en dehors de ma ville natale, dans un autre village du Nord. (P10)

Dans le cas d'hospitalisations involontaires, cette mobilité géographique se traduit par l'évacuation aérienne des personnes hospitalisées ou hébergées contre leur volonté dans un hôpital situé hors de leur village ou dans un grand centre urbain :

J'ai fait beaucoup d'allers-retours à l'hôpital. On m'a aussi envoyée ailleurs. Dans d'autres villages et en ville. (P3)

Cette mobilité géographique engendrée par l'institutionnalisation des personnes a des conséquences tangibles, telles que la rupture des liens sociaux et culturels, les barrières linguistiques, l'isolement et, dans certains cas, l'itinérance. Induite par le droit psychiatrique, la mobilité géographique à travers les parcours institutionnels se traduit par des transferts entre les services (infirmiers, communautaires, protection de l'enfance) et entre les différents centres d'hébergement ou de réadaptation, que ce soit sur le territoire du Nunavik ou dans les grands centres urbains (centres tertiaires). Il s'agit de l'un des éléments les plus fréquemment rapportés par les participants :

Ils m'ont dit qu'ils allaient m'évacuer [évacuation aéroportée] vers l'hôpital du Nord dans une autre communauté et j'y suis resté environ une semaine ou deux et ensuite, ils m'ont envoyé à l'hôpital du Sud. (P10)

La forte mobilité géographique observée au Nunavik s'explique par le fait que les différents centres de services et d'hébergement, ayant différentes missions, sont dispersés parmi les quatorze (14) villages présentes sur ce territoire. Ainsi, une personne sera envoyée par les professionnels de la santé dans un centre de service selon ses besoins particuliers, mais aussi selon les places disponibles dans celles-ci. La forte mobilité vers les grands centres urbains s'explique par l'absence d'offre de services adéquats pour répondre à certains besoins particuliers.

Comme mentionné précédemment, la mobilité géographique induite par le droit psychiatrique est un phénomène inhérent aux parcours institutionnels et judiciaires de plusieurs des personnes rencontrées. Cette mobilité est caractérisée par le transfert aérien des personnes incarcérées en centre de détention vers les centres urbains. Plusieurs des participants ont également rapporté une forte mobilité liée à un parcours institutionnel initié depuis l'enfance se caractérisant par leur prise en charge par les services de protection de l'enfance pendant une grande partie de leur vie :

Le centre de santé est comme une seconde maison pour moi. Je vais vous expliquer pourquoi. Parce que, quand j'étais jeune, quand j'étais enfant, ma mère ne pouvait plus s'occuper de moi. C'est la première raison pour laquelle la protection de la jeunesse m'a prise en charge. J'ai été placée en famille d'accueil très tôt. J'avais l'impression d'être jetée à la poubelle par ma mère. C'est aussi drôle que je ressente la même chose face à la protection de la jeunesse.

Quand j'ai eu 18 ans, ils n'ont plus voulu de moi. Cette protection de la jeunesse, elle m'a jeté comme un déchet. (P9)

Lorsqu'elle a été admise par les services sociaux et qu'elle a été dans le système de la protection de la jeunesse, pendant des années, c'est là qu'elle a révélé, exprimé, qu'elle était suicidaire. (P5)

Subséquemment aux déplacements, des participants ont indiqué que certains mécanismes d'exclusion légaux contribuent à la mobilité géographique des personnes. Ces mécanismes d'exclusion fragilisent les personnes, ce qui contribue à la détérioration de leur état mental et les expose à un risque accru de subir de la coercition psychiatrique. Nous y reviendrons dans la section qui concerne les obstacles à l'accès en temps opportun à des services considérés comme adéquats.

Sous-catégorie 1.3 : médicalisation des problèmes sociaux

Dans les propos des participants, on retrouve également la question du logement, qui est un enjeu crucial dans le Nord. Certains participants ont vécu des épisodes d'itinérance dans les grands centres urbains et/ou dans les villages du Nunavik, mais aussi des épisodes d'une forme moins visible d'itinérance, alors que les personnes n'ayant pas de domicile fixe passaient d'une maison à l'autre pour se loger. Dans son mémoire sur l'itinérance inuit à Montréal, la Société Makivik (2012, p. 4) parle d'itinérance voilée au sein des sociétés inuit :

La crise du logement au Nunavik a créé un nouveau phénomène. Depuis quelques années, on assiste à l'existence d'une itinérance

voilée dans toutes les communautés du Nunavik. Au Nunavik, l'itinérance voilée réfère principalement aux personnes qui vivent temporairement chez des parents ou des amis ou qui vivent dans des abris de fortune, des cabanes. Les gens touchés par cette itinérance cachée vivent des situations dramatiques, mais restent invisibles. Ce phénomène, bien que peu documenté, constitue une réalité à laquelle devront s'intéresser les autorités.

En raison de cette pénurie de logements, les habitations sont souvent surpeuplées. De ce fait, l'hospitalisation devient parfois un moyen de se loger, faute de mieux. Or, une telle situation nous amène à nous interroger sur les motifs réels des personnes lorsqu'elles acceptent d'être hospitalisées :

Cela ne me dérangeait pas parce que je voulais sortir de la maison. Ça ne me dérangeait pas de m'éloigner de ma ville natale, je ne voulais pas y retourner. C'est pourquoi, lorsqu'ils m'ont demandé d'aller à l'hôpital dans le Sud, j'ai accepté. (P9)

C'est arrivé au bon moment. Vous savez, si je n'étais pas allé là-bas, j'aurais fini dans la rue. Vous savez, avant d'aller à l'hôpital dans le Sud, je vivais dans la rue dans ma ville natale, seul. (P11)

Ainsi, les propos de certains des participants à la recherche suggèrent que le droit psychiatrique devient un mécanisme supplémentaire pour pallier certains problèmes sociaux, permettant d'envoyer ailleurs les personnes qui entravent la cohésion sociale en raison de leurs comportements perturbateurs.

Que ce soit dans les centres de service ou d'hébergement du Nunavik ou dans les hôpitaux des grands centres urbains, la fin des épisodes de soins était un soulagement pour les participants, qui perçoivent négativement la perte de

liberté due à la coercition psychiatrique. Les participants ont relaté leur impression d'être enfermés et d'avoir perdu leur liberté.

J'étais heureux de sortir, parce que j'étais libre. [...] Mon expérience à l'hôpital du Sud était très inconfortable et je n'aimais pas cet endroit [...]. (P9)

Pour conclure, la catégorie faisant référence au fait, pour une personne, d'être envoyée ailleurs, contre sa volonté, à l'endroit où l'on souffre, lorsqu'elle n'est pas dans son état d'esprit habituel représente une catégorie spécifique, mais également une catégorie générale qui englobe d'autres catégories qui ont émergé de l'analyse. En d'autres mots, les autres catégories relevées lors de l'analyse permettent de contextualiser et de révéler les facteurs contribuant aux hospitalisations et aux traitements involontaires en psychiatrie au Nunavik.

Catégorie 2 : trouver un sens à la souffrance — « He/she is not in their right mind » (P1)

Lors de l'analyse des données, il a été impossible d'ignorer la manière dont les participants se sont exprimés au sujet de la souffrance. Leurs propos ont permis de mettre en lumière des différences entre les concepts occidentaux et inuit servant à décrire cette souffrance. Alors que, dans la conception occidentale, la souffrance s'exprime par un état de déséquilibre induit par un ou plusieurs événements stressants, les participants à cette étude ont décrit cette souffrance par un envahissement des pensées causé par une ou des blessures se manifestant

sous la forme de symptômes. Pour tenter de donner un sens à la souffrance, l'un des participants a employé l'expression « He/she is not in their right mind » (P1), mais les personnes inuit rencontrées dans le cadre de la présente étude ont employé différents autres concepts leur étant propres. Le Tableau 4 résume certains concepts inuit, tels que rapportés par les participants, et présente les concepts scientifiques qui leur sont apparentés, sans nécessairement être équivalents.

Tableau 4

Concepts à l'étude et extraits de verbatims associés

Concept inuit	Concept scientifique associé	Extraits de verbatims
2.1. « The mind is very strong » (P5)	Pensées envahissantes	« Les Inuit disent, il y a un dicton en inuktitut qui dit que votre esprit est très fort, très puissant, votre esprit. » (P1) « Parfois, je pense que je perds la tête. Au point d'avoir des problèmes mentaux. J'en arrive à ce point. Parce que mon esprit est très fort. » (P5) « Trop de pensées, votre processus de pensée est trop envahissant. » (P5)
2.2. « To be dead inside » (P6)	Engourdissement émotionnel	« Nous passons tous par des difficultés différentes. J'ai l'impression d'être morte-vivante. Cette étincelle, j'ai perdu cette étincelle. [...] Ce n'est plus le cas, c'est pourquoi j'ai l'impression d'être morte à l'intérieur. » (P6) « Mort à l'intérieur, pas d'énergie, je me sens comme une mère ennuyée. Je peux le dire. Une mère

		ennuyeuse, je ne suis pas une mère active. » (P5)
2.3. « To end ourselves » (P5)	Pensées suicidaires	« Même nous, nous ne sommes pas suicidaires, mais nous ne voulons plus vivre, parfois. On n'y arrive pas. On veut en finir avec nous-mêmes. Oui, on a mal et on veut mettre fin à notre vie d'une manière ou d'une autre, mais on ne peut pas, quand on a vraiment mal. » (P5)
2.4. « Crisis and chaos » (P4)	Désorganisation	« Les gens peuvent être endommagés émotionnellement, ils peuvent être en crise émotionnelle et dans le chaos. » (P1) « Est-ce parce qu'elle était en crise et que tout le monde avait peur d'elle? Elle fait beaucoup de bruit. » (P1) « Lorsqu'il ne reçoit pas l'injection, il devient chaotique. » (P4)
2.5. « We see the symptom » (P1)	Fragilité émotionnelle	« Nous voyons la douleur lorsqu'une personne n'est pas elle-même. Pas comme on la voyait avant. » (P4) « [...] Un traumatisme. Il peut s'agir d'un abus physique, verbal, émotionnel, spirituel, sexuel ou de toute autre forme de négligence, de toute forme d'abus. Cela blesse la personne à l'intérieur. Vous voyez? Je vous vois, mais le vrai vous est à l'intérieur. [...] Cela peut venir de beaucoup de choses et la plupart, ici dans la nation inuit, c'est beaucoup lié au colonialisme et à l'histoire. Nous voyons donc le symptôme, c'est ce que vous avez vu, le symptôme de cela. » (P1)
2.6. « The wounding is in the heart » (P1)	Blessure spirituelle	« D'après mes connaissances et mon expérience, je pense qu'il s'agit de problèmes non résolus dans notre vie que nous n'avons pas traités, de

		chagrins, de douleurs, de traumatismes, qui ont blessé nos cœurs, que nous portons, et cela affecte notre santé, nous sommes amenés, lorsque nous sommes malades, à en souffrir. » (P1) « C'est là que [hésitation] l'esprit, la blessure est dans le cœur, dans l'âme. C'est là qu'ils ont été blessés. » (P1) « Tout cela a beaucoup à voir avec la question du cœur. Le cœur. Dans le cœur. C'est à l'intérieur du cœur [...] » (P1)
2.7. « <i>Tusaaralik</i> , <i>Takunaaralik</i> » (P1)	Hallucinations auditives et visuelles	« C'est parce qu'elle entend des voix et qu'elle se parle à elle-même aussi. » (P4) « Parce qu'il y a un mot pour les gens comme ça, <i>Tusaaralik</i>, qui ont des visions ou entendent des voix. Oui, c'est le mot pour cela en inuktitut. » (P5) « <i>Tusaaralik</i> signifie qu'il ou elle entend des voix. Et les gens ont <i>Takunaaralik</i>, ce qui signifie qu'ils ont des visions, des hallucinations. » (P1) « C'est ce que nous appelons <i>Tusaaralik</i>. Cela signifie qu'elle entend des voix dans son esprit. Oui, cela arrive. En inuktitut, on dit <i>Tusaaralik</i>, on entend des voix, on a des hallucinations. » (P1)
2.8. « We don't know how to love ourselves » (P5)	Faible estime de soi	« Depuis de nombreuses années, je me déteste, je ne m'aime pas. » (P5) « Nous ne savons pas nous aimer et nous pardonner. » (P1)

		« Je pense que nous luttons tous contre le fait de ne pas nous aimer ou d'être dégoutés de nous-mêmes. Je ne sais pas d'où cela vient, mais c'est ce que nous sommes devenus. Nous ne nous aimons pas, nous ne nous acceptons pas, nous ne nous accueillons pas et je ne sais pas comment les gens font, quand ils le font. Nous ne savons pas comment les gens peuvent être gentils avec eux-mêmes, se pardonner. » (P1)
2.9. « Some could be so quiet » (P6)	Repli sur soi	« Certains ne parlent même pas avant de se suicider. Certains parleront, mais d'autres non. Cela arrive. Parfois, ils veulent le faire, mais ils ne le font pas. » (P5) « Comment ils agissent, [...] quand les gens regardent en bas, en marchant. [...] Ces gens qui ont la tête baissée ont besoin d'aide. C'est ce que j'ai entendu auparavant. [...] Quand ils ne sont pas heureux. » (P5) « Certains peuvent être très tranquilles. » (P6)

Sous-catégorie 2.1 : « The mind is very strong » (P5)

Cette catégorie s'apparente aux pensées envahissantes. Les pensées envahissantes sont des idées négatives ou des inquiétudes qui se répètent. Elles rendent difficile toute prise de décision. Elles peuvent provoquer de l'anxiété, de la dépression et d'autres problèmes de santé mentale (Qasim et al., 2022). Les participants ont fait référence aux pensées envahissantes en mentionnant la réflexion excessive, la cohabitation d'un nombre important de pensées ou

l'envahissement de leur esprit par des pensées de sorte qu'elles occupent tout l'espace psychique. L'expression « puissance de l'état d'esprit » fait ainsi référence au fait que l'individu devient obnubilé par ses pensées, au point de perdre le contrôle sur celles-ci et de souffrir mentalement.

Sous-catégorie 2.2 : « To be dead inside » (P6)

Cette catégorie s'apparente à l'engourdissement émotionnel. Pour Kerig et al. (2016), il s'agit d'un symptôme posttraumatique spécifique qui a fait l'objet d'une attention empirique croissante. Il est caractérisé par la désensibilisation, le détachement ou la suppression des émotions. De plus, d'autres recherches ont établi des associations significatives entre l'exposition à une situation traumatique et l'engourdissement des émotions négatives. Désigné par les participants par l'expression « To be dead », l'engourdissement émotionnel se caractérise par le sentiment d'avoir quelque chose d'éteint à l'intérieur de soi, de l'ennui, une perte d'énergie, ou, pour reprendre les mots d'une participante, par le sentiment d'être une « morte-vivante » (P5).

Sous-catégorie 2.3 : « To end ourselves » (P5)

Cette catégorie s'apparente aux pensées suicidaires. Dans le cas de notre étude, les données sur le suicide sont intéressantes d'un point de vue linguistique, mais également ontologique :

Étudiante-chercheuse : Donc, pour revenir au sens, la troisième expression était *iminniamaruk*, être suicidaire, qui signifie « se couper ».

P5 : En finir avec soi-même.

Étudiante-chercheuse : En finir avec soi-même, OK, donc c'est le bon mot? [Approbation générale]

Dans son examen de doctorat, John-Samuel Mackay (2018) analyse le suicide selon un point de vue linguistique, mais également ontologique. En s'appuyant sur les écrits de Taamusi Qumaq (1991, p. 12), il décrit la notion de suicide à partir du terme *imminiirtuq* :

Il est plausible que *imminiiq-* (agir par soi-même) et *imminiiq-* (se suicider) soient deux formes verbales distinctes, le premier étant une base verbale en tant que telle et le deuxième une construction de la base nominale *imminik* (« soi-même ») plus le suffixe verbal */iq-* (« retirer, enlever, ôter, supprimer »).

Cette analyse fait écho à la plupart des descriptions anthropologiques qui considèrent que le suicide traditionnel chez les Inuit est un geste altruiste. Suivant ce construit social, les personnes très âgées et en perte d'autonomie « coupaient leurs liens » avec leur groupe d'appartenance en s'abandonnant aux éléments afin de ne pas devenir un poids pour les membres survivants de leur entourage (Tester & McNicoll, 2004). Bien que l'analyse sémantique crée un pont entre le suicide traditionnel et le suicide contemporain, il est important de distinguer les deux, puisque les suicides observés dans les dernières décennies sont la conséquence de traumatismes liés à la sédentarisation et sont caractérisés par une

rupture avec le système traditionnel précédant la sédentarisation (Hicks et al., 2007).

Sous-catégorie 2.4 : « Crisis and chaos » (P4)

Cette catégorie s'apparente au concept de désorganisation de l'état mental. La désorganisation de l'état mental est caractérisée par une « désorganisation de la pensée et du discours, en plus d'une perturbation du comportement. Ainsi, on peut observer par exemple que la personne saute du coq à l'âne, a de la difficulté à se concentrer ou à suivre une conversation, est incapable d'accomplir des tâches quotidiennes. » (Centre de toxicomanie et de santé mentale [CTSM], 2024) Pour les participants, cette désorganisation permet de différencier la détresse vécue par l'ensemble de membres de la communauté de celle ressentie par « ceux qui ne sont pas dans leur état d'esprit habituel ». Elle se manifeste également par des comportements extériorisés qui perturbent la cohésion sociale en provoquant « beaucoup de dérangement ». Les participants ont utilisé les termes « chaos » et « crise » pour faire référence à cet état de désorganisation.

Sous-catégorie 2.5 : « We see the symptom » (P1)

Cette catégorie s'apparente aux signes et aux symptômes de la détresse psychique. Préalablement à la désorganisation, certains signes et symptômes peuvent être constatés par l'entourage et lui permettre de reconnaître une fragilité émotionnelle chez quelqu'un. Cette fragilité varie d'un individu à l'autre, mais elle

est caractérisée par des changements de comportement chez la personne, « lorsqu'il/elle n'est plus lui/elle-même » (P8); « comme il/elle était auparavant » (P2) ou qu'« on voit la douleur » (P6). Ainsi, le fait de « voir le symptôme » veut dire être en mesure de déceler la souffrance d'un individu à travers divers comportements inhabituels chez ce dernier. Cet échange exprime bien cette idée :

Étudiante-chercheuse : C'est mon autre question, que je veux m'assurer de bien comprendre. Il y avait un participant qui disait : « Nous voyons les symptômes. Nous voyons les symptômes, c'est ce que vous avez vu. Le symptôme de cela. » Qu'est-ce que cela veut dire, « Nous voyons le symptôme »? Pouvez-vous m'en dire plus?

P8 : On voit la douleur. [Approbation générale]

Étudiante-chercheuse : Comment voyons-nous la douleur? Pouvez-vous m'en dire plus?

P6 : Quand la personne n'est pas elle ou lui. Ce n'est pas comme ça qu'on la voyait avant. [...] Nous voyons les symptômes, cela signifie que nous voyons la douleur d'une personne. Quelque chose comme ça.

Sous-catégorie 2.6 : « The wounding is in the heart » (P1)

Chez les Inuit, la façon de voir le monde et les relations humaines est basée sur une vision globale où l'humain est étroitement lié à la nature, à sa communauté et au monde spirituel. Le concept d'*anirniq*, qui représente le souffle de vie ou l'esprit, montre que chaque être vivant est animé par une force essentielle qui dépasse le simple corps physique (Rasing, 1994). Cette force, proche de l'idée du « cœur » symbolique, renforce les liens entre l'individu, sa communauté et son

territoire. Le terme *isuma*, qui signifie penser avec sagesse et bienveillance, rappelle aussi l'importance de la conscience morale dans les relations sociales (Tester & Irniq, 2008). De plus, la notion d'*inua*, qui donne une âme à chaque être vivant ou élément naturel, illustre la profondeur du lien affectif et spirituel que les Inuit entretiennent avec leur environnement (Laugrand & Oosten, 2010). Ensemble, ces idées montrent que pour les Inuit, le « cœur » est vu non pas seulement comme quelque chose de personnel, mais comme un espace de lien et de responsabilité envers les autres.

Sous-catégorie 2.7 : « *Tusaaralik/Takunaaralik* » (P1)

Cette catégorie s'apparente aux hallucinations auditives et visuelles. Les hallucinations sont généralement définies comme de fausses perceptions en l'absence de stimulation externe appropriée (visuelle, auditive, olfactive, gustative, kinesthésique) de l'organe sensoriel correspondant (Rogers et al., 2021). Dans la langue inuktitute, les hallucinations auditives et visuelles sont respectivement désignées par les termes *Tusaaralik* et *Takunaaralik*. Selon les mots employés par une participante (P1) au groupe de discussion, *Tusaaralik* et *Takunaaralik* veulent respectivement dire « celui ou celle qui entend des voix dans son esprit » et « celui ou celle qui a des visions ».

Sous-catégorie 2.8 : « We don't know how to love ourselves » (P5)

Cette catégorie s'apparente au concept d'estime de soi. L'estime de soi peut être définie comme l'évaluation de soi et la conceptualisation descriptive que les personnes font et maintiennent à leur propre égard (Abdel-Khalek, 2016). Les personnes ayant une faible estime de soi souffrent d'un sentiment de dévalorisation, d'infériorité et d'instabilité émotionnelle, ce qui les rend insatisfaites de leur vie. Cette faible estime de soi est vécue par plusieurs membres de la communauté étudiée et est caractérisée par une « incapacité à s'aimer nous-mêmes »; à « nous accepter nous-mêmes »; à « nous pardonner nous-mêmes »; et à « être compatissant envers nous-mêmes » (P1 et P5).

Sous-catégorie 2.9 : « Some could be so quiet » (P6)

Cette catégorie s'apparente au concept de repli sur soi. Les participants ont mentionné que le repli sur soi était l'un des signes permettant de déceler la détresse chez les personnes. Ainsi, toujours selon les participants, le fait que « quelqu'un [...] devien[ne] très tranquille » (P5 et P6) pourrait être un signe précurseur d'une exacerbation de sa détresse, de la présence d'un désordre particulier ou d'un trouble de santé mentale. L'échange suivant en fait état :

P5 : Parfois, je pense, quand les gens regardent en bas, en marchant. C'est ce que le prêtre m'a appris il y a longtemps. Les gens qui ont la tête baissée ont besoin d'aide. C'est ce que j'ai entendu auparavant [...].

Étudiante-chercheuse : Donc, regarder vers le bas en marchant peut être un symptôme de quelqu'un qui souffre?

P6 : Certains d'entre eux peuvent être très silencieux.

Étudiante-chercheuse : Quand ce n'est pas leur habitude?

P5 : Certains ne parlent même pas avant de passer directement au suicide. Certains parlent, mais d'autres ne parlent pas. Cela arrive. Parfois, ils veulent le faire, mais ils ne le font pas.

Catégorie 3 : invisibiliser — « It's silent and people are trying to hide it » (P5)

La troisième catégorie ayant émergé est l'expression silencieuse de cette souffrance, un phénomène présent chez plusieurs membres de la communauté étudiée. L'expression de cette souffrance est dite silencieuse, c'est-à-dire que cette souffrance agit dans l'ombre, qu'elle est présente tout en étant invisible et inidentifiable. Elle est invisible puisque, la plupart du temps, elle se vit à l'abri du regard d'autrui. Elle est inidentifiable, car les personnes peinent à la reconnaître et à la décrire lorsqu'ils la vivent. Certains participants ne la communiquent, de manière verbale et non verbale, que lorsqu'ils sont sous l'effet de substances psychoactives. Cette catégorie englobe trois sous-catégories : souffrir (3.1); prétendre (3.2); et atténuer (3.3).

Sous-catégorie 3.1 : souffrir

La première sous-catégorie réfère à l'expression d'une détresse partagée par plusieurs membres de la communauté étudiée. Cette détresse est

caractérisée par les participants comme une souffrance, une perte de repères, de même qu'un sentiment de désorientation et d'impuissance :

C'est préoccupant. C'est épuisant et il n'y a personne à qui parler et être vulnérable... Par exemple, si je saigne à l'intérieur, dans mon cœur, je ne peux pas dire : « Je saigne, j'ai mal. Je suis en colère. » (P1)

Des stratégies d'adaptation, conscientes ou non, sont mobilisées pour tenter de soulager la détresse. Certaines sont porteuses de mieux-être, comme se rassembler entre pairs, passer du temps dehors ou s'investir dans le travail, tandis que d'autres peuvent s'avérer plus dommageables, notamment le recours aux jeux de hasard ou l'usage de substances. L'une des participantes a décrit cette détresse, souvent ressentie comme une douleur mêlée de colère, comme une souffrance morale persistante, entremêlée au fil du quotidien :

C'est comme si cela devenait familier de porter notre douleur, tout le temps, sans arrêt. (P1)

Je vais bien sur mon lieu de travail, mais quand je rentre à la maison, j'en arrive à la dépression, au désespoir. (P5)

Ces stratégies aident les personnes à tolérer la souffrance vécue, c'est-à-dire à la considérer comme faisant partie de la vie quotidienne. Il apparaît également que le silence face à cette souffrance est, entre autres, subséquent à la honte, à la peur, ainsi qu'à la présence de conflits au sein d'une même famille. Ces expériences particulièrement difficiles ajoutent à la complexité à s'ouvrir à

autrui et nuit à la possibilité pour les participants de faire part aux autres de ce qu'ils vivent, comme le rapporte le participant suivant :

C'est trop douloureux d'en parler, parce que cela vient d'un membre de la famille. Cela fait mal. (P4)

Il devient également difficile de soutenir les personnes en détresse à l'intérieur de la communauté lorsque la majorité de ses membres vivent quotidiennement avec cette souffrance :

Puis je me dis : comment allons-nous faire? Nous souffrons déjà trop. Tout le monde, même moi, y compris moi, tout le village. C'est ce que je pense, je suppose. Je vais continuer à le dire, parce que c'est ce qui est dans mes émotions. (P5)

Sous-catégorie 3.2 : prétendre

La souffrance morale, jumelée à l'absence de solutions, mène les participants à « prétendre que tout va bien » (P6). Cette réaction commune à plusieurs participants a été rapportée maintes fois par les participants aux discussions et la métaphore du « masque » (P1) a été employée pour illustrer le fait de cacher ses émotions aux autres :

Ne pas savoir comment se libérer de la douleur, comment lâcher prise ou simplement faire le vide et être honnête et ouvert sur ce qui vous dérange vraiment. Il arrive à beaucoup d'entre nous de ne pas être capables d'être honnêtes, alors nous portons des masques. De multiples masques. Nous bouillonnons à l'intérieur et nous faisons semblant d'aller bien. (P1)

Cette propension à prétendre que tout va bien pourrait être liée à l'idée reçue selon laquelle les personnes inuit sont résilientes. La résilience est généralement définie par la capacité de s'adapter ou de surmonter une forme d'adversité (East et al., 2020).

Nous sommes des Inuit (rires). Vous savez, quand je suis tombée très malade, tous les médecins et les infirmières à l'hôpital disaient : « Les Inuit sont résilients, quand ils souffrent, ils ne pleurent pas [...] ». » (P1)

Cependant, qu'elle soit véritablement un trait culturel intrinsèque ou une idée reçue dans l'esprit des personnes étrangères à la culture inuit, cette résilience banalise et invisibilise la détresse vécue. Cette propension à « prétendre que tout va bien » (P6) amène les personnes à se refermer sur eux-mêmes et à garder leur souffrance invisible, comme l'exprime ce participant :

Je pense que nous avons été programmés pour ne pas parler. Je pense qu'il y a un programme quelque part pour ne pas parler [inuktituk]. Pourquoi ne parlons-nous pas de notre douleur? (P1)

Ainsi, le fait de prétendre que tout va bien pourrait être expliqué par le fait qu'il est difficile de demander de l'aide. Dans les sociétés inuit, demander de l'aide implique de se mettre en position de vulnérabilité et d'infériorité par rapport à l'autre. Il est possible de demander de l'aide, mais il existe toutefois certaines limites, car il est attendu d'un adulte qu'il soit autonome et ne demande de l'aide

que lorsqu'il en a besoin, en répartissant ses demandes entre plusieurs personnes (Hervé, 2015). La primauté de la cohésion sociale permettrait également d'expliquer pourquoi il subsiste une tendance à garder sa détresse pour soi-même, afin de ne pas troubler la cohésion du groupe.

En contrepartie, certains participants ont indiqué avoir bénéficié d'un espace de parole perçu comme suffisamment sécuritaire et au sein duquel ils ont été en mesure de nommer et de partager leur souffrance à une personne de confiance :

Je parle [...] C'est très réconfortant pour moi quand je parle. (P5)

Il y a eu un moment où je ne pouvais plus me cacher. Cela se voit, on tombe malade. Cela affecte notre santé, parce que, si nous ne parlons pas, notre corps parlera. (P1)

Sous-catégorie 3.3 : atténuer

Au caractère invisible et inidentifiable de la détresse s'ajoute, pour plusieurs participants, la consommation de substances psychoactives. Plusieurs d'entre eux ont en effet exprimé recourir ou avoir eu recours à l'alcool, au cannabis ou à d'autres drogues dans le but de trouver un soulagement temporaire à leur souffrance. Le jeu a également été mentionné. Une participante explique comment sa dépendance au jeu, contractée en réponse à la détresse vécue, a pris des proportions démesurées :

Si je suis payée aujourd'hui, ça ne finit pas. Il [le salaire] disparaît en un rien de temps. Il ne va pas jusqu'à la fin de semaine. (P5)

La consommation de substances psychoactives, telles que l'alcool, permet à plusieurs participants d'atténuer leur souffrance et parfois de l'extérioriser. Dans la citation qui suit, une participante, maintenant sobre, explique bien comment l'alcool lui permettait de vivre ses émotions, en l'occurrence de pleurer, ce qu'elle n'arrivait pas à faire lorsqu'elle était à jeun :

Quand je buvais et que j'étais ivre, je pleurais, mais peut-être pas de vraies larmes, vous savez? Je pouvais pleurer quand je buvais [...], mais quand j'étais à jeun, je ne pouvais pas. (P5)

Cette même participante a expliqué que la tentation de consommer à nouveau de l'alcool est parfois très forte, car il lui semble plus facile de s'exprimer sous ses effets. Elle estime cependant que la guérison lui est plus bénéfique lorsqu'elle est à jeun, et ce, même si les effets sur son bien-être sont plus lents à survenir :

Parfois, il me vient à l'esprit que je devrais peut-être revenir à l'alcool et me faire des amis, puis parler. Cela me traverse l'esprit [...] Je veux toujours boire, mais c'est mieux, c'est plus joyeux quand vous n'essayez pas de boire. Cela aide, c'est plus curatif. On guérit plus quand on est à jeun. (P5)

Catégorie 4 : accéder aux services — « Nowhere to go » (P5)

La quatrième catégorie émergente englobe les barrières nuisant à l'accès en temps opportun à une aide adéquate en santé mentale. Ces barrières se divisent en trois sous-catégories principales : le manque de confiance envers autrui (4.1); l'impression que l'aide est inadéquate (4.2); et la judiciarisation des problèmes de santé mentale (4.3).

Sous-catégorie 4.1 : manque de confiance envers autrui

Le manque de confiance envers autrui comporte trois dimensions : le manque de confiance envers l'entourage; le manque de confiance envers les professionnels de la santé et des services sociaux; ainsi que le manque de confiance envers les services offerts.

Le manque de confiance envers l'entourage contribue à invisibiliser la détresse et à maintenir les personnes dans une souffrance morale :

Quand je suis seule chez moi, je pleure, je crie, je me parle à moi-même et c'est ce que je fais depuis deux semaines [...] Elle [travailleuse sociale] vérifie si je [ne me suis pas tuée], parce que je ne peux pas parler de mes sentiments à ma famille [...]. (P3)

Le manque de confiance envers les professionnels de la santé et des services sociaux, pour sa part, s'explique en partie par la perception, chez les

participants, que certains professionnels commettent des violences coloniales en agissant de façon discriminatoire :

Pour ma part, j'ai constaté que la police ou les infirmières racontent des ragots et se moquent des Inuit, ce qui nous met mal à l'aise si nous voulons de l'aide. Les gens ne veulent pas appeler l'hôpital. (P8)

Ça me semble discutable, je pense qu'ils veulent gagner de l'argent. Je pense qu'ils viennent ici pour gagner de l'argent et se faire de l'argent sur ma situation. [...] Une infirmière ne semblait pas intéressée par son travail [...]. (P11)

Comme l'illustre le témoignage qui suit, les participants semblent davantage valoriser la compassion, l'empathie et l'humanité chez les intervenants que leur titre professionnel :

C'est arrivé [quand] je restais dans ma cabane, parce que je restais là, mais c'était la cabane de mon ami. J'étais là et la travailleuse sociale est arrivée : « P11, viens avec nous, on va t'aider ». Je me suis dit : « Oh wow, c'est bon signe. » [...] Cette travailleuse sociale, je n'arrête pas d'y penser [...]. C'était sympa d'être avec elle. (P11)

Finalement, bien que des services soient offerts, il semble que les participants rencontrés n'aient pas confiance en ceux-ci. Ainsi, outre les qualités individuelles que les participants recherchent chez les professionnels de la santé, certains de leurs propos laissaient entendre que les représentations sociales des services en santé mentale, tout comme les expériences négatives associées à ces services, contribuent à leur refus de recourir à ces services :

Il n'y a pas de ressources disponibles ou d'endroits où nous pouvons facilement nous ouvrir et parler. [...] Nous savons qu'il existe des services sociaux, des travailleurs sociaux, mais nous voulons quelque chose de plus personnel. (P5)

Les expériences négatives vécues dans le passé pourraient expliquer le manque de confiance des participants envers les services offerts. Si le manque de confiance est ancré dans le passé colonial, les formes contemporaines de violences coloniales le réactualisent. Au terme de son enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics, le commissaire désigné, Jacques Viens, a fait état de la discrimination systémique dont sont victimes les membres des Premières Nations et les Inuit au sein des services publics visés par son enquête (CERP, 2019, p. 215) :

Si les problèmes ne sont pas toujours érigés en système, une certitude se dégage en effet des travaux de la Commission : les structures et les processus en place font montre d'une absence de sensibilité évidente aux réalités sociales, géographiques et culturelles des peuples autochtones. Résultat : en dépit de certains efforts d'adaptation et d'une volonté manifeste de favoriser l'égalité des chances, de nombreuses lois, politiques, normes ou pratiques institutionnelles en place sont source de discrimination et d'iniquité au point d'entacher sérieusement la qualité des services offerts aux Premières Nations et aux Inuit.

Sous-catégorie 4.2 : impression que l'aide offerte est inadéquate

Le fait que les personnes en détresse ne souhaitent pas recourir aux services offerts dans leur village découle de leur perception que ces services sont

inadéquats et peinent à répondre à leurs besoins. Cette perception que les services sont inadéquats risque d'exacerber la détresse des participants :

Je dis simplement que, dans ce genre de situation, après avoir perdu ce qu'il y avait de plus précieux pour vous, vous avez besoin d'amour et de compassion. [...] Je dis simplement que la façon dont nous réagissons à ces situations nous rend amers, nous nous vengeons et nous nous mettons en colère, si nous ne recevons pas une aide adéquate. (P1)

Les propos recueillis dans le cadre de cette recherche suggèrent que cette approche ne répond pas aux besoins des personnes, de leur famille et de leur communauté. Les participants ont par ailleurs critiqué à diverses reprises le fait que le recours à la médication constitue l'option la plus courante, sinon la seule, pour gérer la détresse psychologique et les comportements perturbateurs :

Chaque fois que j'ai perdu un être cher, ma mère, j'ai été déprimée. [...] Et il m'a fallu du temps pour m'en remettre, le seul choix était les somnifères et verbaliser. (P4)

Cela ne veut pas dire que les significations et les valeurs individuelles et collectives sont totalement exclues, mais plutôt qu'elles prennent une importance secondaire dans la manière de concevoir la détresse psychologique et la différence en rapport aux normes sociales. Ainsi, lorsque des expériences ou des comportements sont médicalisés en psychiatrie, ils sont généralement pathologisés. Les participants ont également mentionné que le recours à la médication était insuffisant, dans la mesure où cette approche permet de gérer les signes et

les symptômes des personnes en détresse sans pour autant s'attaquer aux sources de leur détresse. Cette discussion survenue dans le cadre du groupe de discussion exprime cette idée :

P1 : [...] À l'hôpital, on répare le corps, donc maintenant on sait que, si quelqu'un agit comme ça, il faut se demander ce qui est arrivé à ce garçon, OK? Quel traumatisme a-t-il subi? [...] Comme maintenant, nous voyons qu'il y a une cause profonde et c'est le fruit [inuktitut] (approbation générale). [...] Parce que quelque chose est arrivé à cette personne. Ça peut être il y a longtemps, ce qui vient de se déclencher. [...] Il faut s'occuper de cette situation. Pourquoi? [...] Pour qu'il puisse se passer de médicaments, une fois qu'il aura guéri de ça [...].

Étudiante-chercheuse : Oui, c'est intéressant, vous dites qu'il peut se passer de médicaments une fois que la racine est guérie.

P1 : Aller à la racine, au fruit.

Étudiante-chercheuse : Mais la façon dont ces situations sont traitées actuellement, [...] avec le médicament, la racine du problème n'est pas adressée (*sic*). C'est ce que je comprends.

P1 : Oui, ou le pourquoi, la raison pour laquelle il est comme ça. Cela devrait être compris par les scientifiques.

Ainsi, la perception selon laquelle l'approche biomédicale préconisée par les services ne correspond pas à la conception inuit de la maladie et du bien-être constitue une barrière nuisant à l'accès aux services. Le fait que ces services ne permettent pas de s'attaquer à la source de la détresse psychologique et d'ainsi prévenir la coercition psychiatrique explique en partie pourquoi les participants considèrent les services offerts comme inadéquats. Cette approche risque également de faire en sorte que les personnes soient considérées comme étant

responsables de leur condition, même si l'altération de leur état mental s'explique davantage par les traumatismes historiques, intergénérationnels et individuels qu'elles ont vécus.

Tels qu'offerts, les soins de santé et services sociaux au Nunavik préconisent également une approche individuelle. Cette dernière est caractérisée par un modèle de soins dit communautaire; toutefois, celui-ci confère ultimement une certaine responsabilité aux personnes qui y sont traitées :

L'objectif principal [du centre de santé] est d'offrir des soins de santé de qualité par l'entremise d'une démarche promotionnelle sur la santé adaptée au niveau de la communauté. L'objectif principal de cette démarche est de sensibiliser la population sur la santé et la réalisation de cet objectif est la responsabilité primaire des gens eux-mêmes. Cette responsabilité comporte (*sic*) aussi de participer au choix de leurs propres travailleurs sociaux, ainsi que de déterminer les priorités des programmes (CSI, 2023).

Pour plusieurs participants, lorsqu'appliquée en situation de problèmes de santé mentale, cette approche individuelle préconise le recours à la médication et valorise l'expression verbale des émotions comme mode d'intervention individuel. Comme mentionné précédemment, l'expression verbale des émotions n'est pas, selon les participants, une manière culturellement appropriée de résoudre les difficultés et de surmonter la souffrance :

Étudiante-chercheuse : Est-ce qu'il y a eu d'autres choses à l'hôpital qui ont été utiles?

P3 : C'est la même chose.

Étudiante-chercheuse : Y a-t-il des choses que vous n'avez pas aimées?

P3 : Je n'aime pas l'hôpital. Je n'aimerai plus jamais ça.

Étudiante-chercheuse : Qu'est-ce que vous détestez de l'hôpital?

P3 : Parfois, je n'aime pas parler.

Étudiante-chercheuse : Parce que parfois les gens à l'hôpital veulent vraiment que vous parliez?

P3 : (Signe d'approbation) Je leur ai donné un plan (de sécurité) qui ne s'est même pas réalisé, juste pour partir maintenant [...] hors de l'hôpital.

Pour conclure, il est nécessaire de préciser que, lors du processus de collecte des données, il est devenu évident que certains participants vivaient une détresse importante. Ne sachant pas où se tourner pour trouver l'aide nécessaire, ces rencontres de groupe sont devenues un lieu perçu comme sécuritaire par les participants, qui pouvaient partager leur vécu avec d'autres personnes vivant des difficultés similaires :

J'étais complètement bloquée quand j'ai décidé de venir ici. Je ne savais pas par où commencer [...] J'ai des problèmes à la maison avec ma fille et c'est une bonne chose que nous ayons eu cette petite réunion. Parce que je ne savais pas quoi faire ni où aller avec mes problèmes. (P6)

Tout comme les participantes au groupe de discussion, considérant l'absence d'espaces sécuritaires pour verbaliser leur détresse, les participants qui

ont passé des entrevues individuelles ont dit avoir vécu une expérience positive lors de celles-ci :

Je me sens bien, parce que j'ai pu m'exprimer au sujet de l'hôpital [dans le Sud]. Je me sens beaucoup mieux. J'avais des idées noires sur [l'hôpital dans le Sud] et sur la différence qu'il y avait entre les deux. Je me sens beaucoup mieux. (P9)

Sous-catégorie 4.3 : judiciarisation des problèmes de santé mentale

En raison de la perception négative qu'ils ont des services offerts, les participants ne les consultent que rarement pour des problèmes de santé mentale. Lorsqu'ils le font, c'est parce qu'ils y sont contraints, notamment en raison de procédures judiciaires, comme l'explique ce participant :

Je pense que j'avais une ordonnance de la cour de voir un travailleur social tous les jeudis, je ne sais pas combien de temps ça a duré, [...] ça semble être une longue période, j'ai fait des allers-retours, une fois par semaine, vous savez, quatre fois par mois, je devais rencontrer un travailleur social pour une rencontre de suivi. (P11)

Or, la judiciarisation des problèmes de santé mentale risque de contribuer à l'effritement de la confiance des personnes envers les services de santé mentale, car ces derniers sont impliqués à la fois dans les processus de judiciarisation et dans les processus de guérison des personnes. Une participante a relaté comment sa fille est parvenue, avec l'aide des services sociaux et de l'hôpital, à empêcher son frère, atteint de troubles psychiatriques, d'entrer en contact avec elle en s'adressant à un tribunal. Contribuant à la judiciarisation de ce dernier, tout en

maintenant une certaine ambiguïté dans le rôle que joue les services sociaux dans le rétablissement de ce dernier :

[...] Quand il vient chez ma fille, je lui dis : [nom du fils], tu dois partir, tu dois partir tout de suite. [...] Cela me fait tellement peur, mais il a reçu un ordre du tribunal de ne pas aller chez ma fille [...] Ma fille est passée par la cour. [...] Avec l'aide de l'hôpital et des services sociaux. (P4)

La judiciarisation des problèmes de santé mentale contribue également à fragiliser davantage certaines personnes déjà en situation de précarité. Par exemple, un tribunal peut interdire à une personne de résider dans tel village à titre de condition de libération. Or, la personne soumise à cette ordonnance peut se retrouver à devoir aller vivre dans un autre village du Nunavik ou ailleurs au Québec, sans toujours avoir d'endroit où se loger :

Ce policier [...] s'est mis à crier : « Agression policière, agression policière! » et ils m'ont viré de la ville, voilà ce qui s'est passé. Maintenant, si je n'avais pas agressé un policier, il y aurait de bonnes chances que je sois encore dans ma ville natale. (P10)

Catégorie 5 : aller aux sources du problème — « The root causes » (P1)

La cinquième catégorie ayant émergé des propos des participants semble directement liée aux barrières à l'accès aux services de santé. Comme mentionné précédemment, l'approche biomédicale et individuelle déployée par les services de santé vise à traiter les symptômes plutôt que les causes sous-jacentes de la détresse et de la souffrance morale. Or, comme l'indiquent les témoignages

suivants, le recours à la médication, soit la solution la plus couramment employée par ces services, est perçu comme insuffisant, car cette stratégie néglige les causes profondes du problème de la détresse et ne permet donc pas de s'attaquer à ses « racines » (P1) :

Je sais qu'il peut aller mieux sans médicaments, et je le sais. [...] Il peut donc se passer de médicaments, une fois qu'il aura guéri. (P4)

La manifestation physique, le comportement, ce n'est pas le problème lui-même, c'est la cause profonde [approbation générale]. Ce qui fait qu'il ou elle agit comme ça. Cela vient de quelque part. (P1)

Cette détresse concerne non seulement les personnes, mais également les collectivités toutes entières. Les principales « racines » de cette détresse relevées par les participants se divisent en trois sous-catégories : deuils et traumatismes individuels (5.1); traumatismes intergénérationnels (5.2); et histoire et violences coloniales (5.3).

Sous-catégorie 5.1 : deuils et traumatismes individuels

Les causes de la détresse individuelle les plus souvent mentionnées par les participants étaient les événements traumatiques et les deuils, ces expériences étant parfois accompagnées d'un profond sentiment d'injustice. La majorité des participants ont indiqué avoir vécu un ou plusieurs événements traumatiques, notamment le suicide d'un membre de leur famille ou d'un proche. Ils ont en outre indiqué que le décès d'un proche à la suite d'un événement traumatique

contribuait également à leur détresse, car ils se considéraient comme responsables de sa mort :

Elle est décédée en 2018, elle s'est suicidée, et j'étais déjà suicidaire avant qu'elle ne se suicide et peut-être qu'elle m'a suivie. C'est comme si c'était de ma faute. (P3)

La proximité caractéristique aux petites communautés exacerbe les émotions négatives associées à ces traumatismes lorsque les participants vivent un sentiment d'injustice. Ainsi, l'éventualité pour une personne de croiser à tout moment l'individu qui est à l'origine de son agression ou de son traumatisme, jumelée au fait que cet individu n'a pas été puni pour son geste, participe à l'exacerbation de sa détresse :

Je dis simplement que, dans son cas, dans tous les cas où l'on est violé, hum, quand rien n'est fait contre l'auteur, c'est très offensant. Hum, et quand vous êtes en crise, comme si vous étiez (hésitation) comme si vous étiez suicidaire, hum c'est parce que les déchets de l'agresseur entrent en vous et alors vous ne vous sentez pas, comme si vous n'aviez aucune valeur ni dignité. (P1)

D'autres événements traumatiques à la source de la détresse des personnes ont été nommés par les participants, notamment : subir un avortement; vivre de l'intimidation; être victime de violences sexuelles, physiques ou financières; et être négligé durant l'enfance.

Sous-catégorie 5.2 : traumatismes intergénérationnels

Les causes de la détresse et de la souffrance morale des personnes trouvent leurs origines dans le contexte social et historique du Nunavik. Certains participants ont souligné que la détresse était transmise de génération en génération :

Ça aussi, mais ça vient aussi de la lignée familiale, tu sais. (P1)

Alors, je me blâmais à cause de mes ancêtres. (P5)

Chez les parents, les traumatismes intergénérationnels se traduisent parfois par des violences intrafamiliales ou par un comportement distant et mutique envers leurs enfants. Or, un tel comportement peut être perçu comme une punition par les enfants qui le subissent et ainsi contribuer à leur détresse. Cet échange dans le cadre du groupe de discussion entre deux participants en fait état :

P5 : Le silence, le fait d'être silencieux vient du passé. Nous ne savons pas ce qui se passe. C'est transmis, les parents nous le transmettent de manière silencieuse [...].

P1 : On ne sait pas d'où ça vient, mais ça vient de nos parents. C'est transmis, transféré.

P5 : Mais c'est silencieux et les gens essaient de le cacher. Cela nous a été transmis. Par exemple, ma mère ne nous parlait pas. [...] Je parie que cela vient d'elle quelque part et que cela se déverse sur moi. Et je répète ce schéma avec mes enfants.

Sous-catégorie 5.3 : histoire et violences coloniales

Au fil des rencontres, les participants en sont venus à reconnaître la présence d'une détresse partagée par beaucoup de membres de la communauté. Or, plusieurs participants se sont interrogés quant aux causes de cette détresse, sans pour autant pouvoir les identifier :

C'est pourquoi j'ai eu envie de venir ici. Je me demande pourquoi nous sommes dans cette situation depuis longtemps. Qu'est-ce qui est à l'origine de cette situation [...] ? Il semble que nous ayons été élevés d'une bonne manière, mais ce n'est pas bon, c'est le silence. Je me demande pourquoi nous sommes en colère, mais en silence. Je ne sais pas quelle en est la cause. (P5)

Ainsi, presque aucun participant n'a mentionné, implicitement ou explicitement, les tentatives d'assimilation culturelle ou l'histoire coloniale en tant que cause profonde et démontrée des traumatismes individuels et intergénérationnels. Un seul participant a associé cette détresse à l'histoire coloniale :

Cela peut provenir de beaucoup de choses et, pour la plupart, ici, dans la nation inuit, c'est beaucoup lié au colonialisme et à l'histoire. [...]. Parce qu'on a demandé à nos grands-parents de s'installer et que les enfants devaient aller à l'école, c'est aussi simple que ça. Cela a détruit nos vies, détruit la relation entre l'enfant et ses parents, détruit la base, vous savez, la base de l'unité familiale ? (P1)

Or, le fait que les participants ne comprennent pas les répercussions de l'histoire coloniale sur les collectivités inuit amène ceux-ci à se tenir responsables et à se culpabiliser pour les traumatismes qu'ils vivent :

Ma fille était suicidaire à l'adolescence. La façon dont je l'ai élevée, j'étais alcoolique, alors qu'elle grandissait. (P5)

Pour moi, en tant que mère, j'ai le sentiment d'avoir échoué [...], parce que je savais ce qui lui était arrivé. (P4)

Catégorie 6 : agir — « *To find solution* » (P6)

La sixième et dernière catégorie renvoie à la nécessité d'agir et de trouver des solutions à la détresse individuelle et collective. La collecte de données a permis de relever certaines pratiques actuellement employées par les participants pour obtenir de l'aide en cas de besoin, ainsi qu'une approche de guérison ayant un potentiel thérapeutique intéressant. Cette dernière catégorie est divisée en deux sous-catégories : pratiques existantes (6.1); et pratiques potentielles (6.2).

Sous-catégorie 6.1 : pratiques existantes

Les participants ont indiqué recourir actuellement à deux pratiques culturellement congruentes pour obtenir de l'aide : écouter la radio communautaire (6.1.1) et participer à la conférence annuelle de *Puttautit*.

Écouter la radio communautaire. L'inuktitut étant une langue à tradition orale, beaucoup d'informations sont transmises par la radio communautaire. Depuis l'arrivée de la radiocommunication, celle-ci occupe une place importante dans la culture inuit. Danos et Turin (2021) datent l'arrivée de la radiocommunication au Nunavik aux alentours des années 1970-1980. Dans leur article, ils

indiquent que la radio a remarquablement résisté au passage du temps malgré le fait que l'on prédit sa disparition depuis plus de 60 ans. Ils considèrent ainsi que ce moyen de communication mérite un examen plus approfondi en tant que véhicule de transmission et de revitalisation des langues autochtones historiquement marginalisées en raison des conversations qui y sont tenues, de la musique qui y est jouée, de même que des traditions et des histoires qui y sont transmises. Cette analyse fait écho au propos de ce participant :

Tout d'abord, la station de radio est très importante, parce qu'on peut demander de la nourriture, on peut demander à une personne de nous appeler, on peut demander à emprunter de l'argent par l'Entremise de la radio. C'est ainsi que nous communiquons en ville. [...] La radio est un bon moyen de demander et d'offrir de l'aide. Chaque matin, notre station de radio est allumée dans chaque maison. Certaines personnes n'écoutent pas la radio, mais c'est une minorité. (P11)

Bien que sa fonction principale ne soit pas thérapeutique, la radio communautaire permet aux personnes de rester en contact les unes avec les autres et de se soutenir mutuellement en cas de difficulté.

Participer à la conférence annuelle *Puttautit*. Organisée annuellement dans différents villages du Nunavik par la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, la conférence *Puttautit* traite de la prévention du suicide et de la guérison. Tous les ateliers de cette conférence qui s'étale sur six jours sont animés en inuktitut par des *Nunavimmiut* et visent à sensibiliser le

public au suicide, en lui donnant également l'occasion de recevoir du soutien et de la formation (RRSSSN, 2025d) :

J'ai reçu de l'aide pour une partie de ce processus, lorsque je suis allée à la conférence *Puttautit*. Parce qu'il y a un processus, le deuil. Il y a un processus de deuil lorsque vous perdez un être cher dans une tragédie. Il y a un deuil dans toutes les pertes. Par exemple, je suis en deuil à cause d'une perte, qui doit être prise en charge, à propos de ma sœur qui s'est suicidée. (P3)

Ainsi, il semblerait que la conférence annuelle de *Puttautit* offre un cadre culturellement congruent qui prend en compte plusieurs dimensions de la détresse selon une conception inuit du monde. Cependant, étant donné que cet évènement se déplace d'un village à l'autre d'année en année, les personnes qui souhaitent y participer doivent se déplacer pour y assister, ce qui implique un investissement financier non négligeable.

Sous-catégorie 6.2 : pratiques potentielles

Le groupe de discussion et les entrevues ont donné l'occasion aux participants de s'exprimer librement et en toute confidentialité dans un cadre perçu comme sécuritaire, ce qu'ils ont beaucoup apprécié. De plus, ceux qui ont pris part au groupe de discussion ont émis le désir de mettre en œuvre des solutions pérennes ayant pour objectif de répondre aux causes profondes de la détresse:

Cela aide d'entendre les gens parler, discuter. (P4)

Cela date d'il y a longtemps. Les traumatismes liés aux pensionnats indiens datent d'il y a longtemps. Nous pouvons commencer à y mettre un terme, pour nos enfants. Nous devons aller de l'avant. (P5)

Le groupe de discussion et ses séances de validation sont ainsi devenus des espaces de coconstruction dans lesquels les participants partageaient leurs savoirs au bénéfice de l'étudiante-chercheuse, tout en mettant en place les bases d'interventions potentielles par et pour les Inuit de leur communauté. L'exploration de pratiques de guérison potentielles a suscité des discussions entre les participants. Celles-ci ont permis de faire émerger des solutions qui pourraient mieux répondre aux besoins des personnes, de leur famille et, ultimement, des collectivités. Les sociétés collectivistes, telles que la nation inuit, pourraient ainsi bénéficier des approches familiales et communautaires de guérison :

À la maison, si vous, en tant que famille, vous travaillez sur le problème et le traitez et qu'il y a un pardon, peut-être que cela contribuerait. (P5)

Je pointe les autres du doigt, mais c'est peut-être moi qui souffre, ce n'est peut-être pas eux du tout. Je parie que c'est la même situation avec d'autres personnes, beaucoup. D'autres membres de la famille, la mère, le père, les enfants, s'ils avaient une réunion pour s'excuser, se pardonner. Je me demande parfois si cela ne pourrait pas contribuer à une communauté plus joyeuse. (P1)

Pour les participants, une approche familiale et communautaire de guérison culturellement congruente inclurait la prise en compte des « racines du problème » et serait prise en charge par et pour les Inuit .

Approche familiale et communautaire. Selon les participants, une approche familiale de guérison permettrait aux personnes d'une même famille de se rassembler dans un cadre neutre et sécuritaire pour échanger. De plus, il est nécessaire que cette approche prenne en compte la nature délicate de cette approche, qui doit par ailleurs être encadrée afin d'éviter des dérapages :

Mon désir est de guérir pendant qu'elle est là, ma mère. [...] Se réunir en famille et guérir entre nous. [...] Dans ma famille, c'est un besoin, mais nous n'en parlons pas, parce que nous avons honte ou peur. Mais il faut que cela se sache ouvertement, d'une manière appropriée. (P5)

Outre leur désir de recourir à cette approche familiale les participants ont dit souhaiter offrir un environnement sécuritaire aux personnes vivant avec de la détresse et n'ayant pas d'endroit où aller. Cet échange entre les participants fait état de ce désir de créer un espace sécuritaire et adéquat pour les membres de leur communauté :

P5 : Nous devrions organiser un atelier pour les personnes qui veulent en finir avec elles-mêmes. [...] Peut-être qu'ils seraient trop timides ou je ne sais pas. C'est ce que je crains. Je ne veux pas dire : « Les gens qui veulent se suicider ou qui pensent au suicide, organisons un atelier! ». C'est trop.

[Approbation générale]

P5 : « Groupe d'aide » ou... Je ne sais pas.

P6 : Peut-être ne pas dire qu'ils sont suicidaires. Ils seront timides.

P5 : On devrait trouver un autre titre : « groupe d'aide » ou quelque chose comme ça. Peut-être « s'entraider » ou « qui se sent seul » ou « solitaire » ou quelque chose comme ça.

P3 : « Ceux qui n'ont personne à qui parler ».

[Approbation générale]

P3 : « Nous ne sommes pas seuls » ou quelque chose comme ça.

P5 : Il y a quelques années, le conseil municipal a décidé d'agir parce qu'il y a eu plusieurs suicides en quelques mois, donc c'est surtout pour avoir une communauté plus saine. Le titre devrait être « séance de guérison » ou quelque chose comme ça.

Prise en compte des « racines du problème » (P1). Précédemment, différentes causes de la détresse ont été identifiées et le besoin de prise en compte des « racines du problème » a été mentionné. L'extrait suivant exprime ce besoin de prendre en compte les racines du problème intrafamilial et intergénérationnel de la détresse dans un processus de guérison :

Je veux lui parler [à ma fille], [de] ma situation, de mon état. J'ai été agressée, j'ai été en colère et je t'ai élevée en colère, dans ma colère, parce que j'étais tellement en colère, alors que je ne le voulais pas. Je pourrai lui dire cela. Je veux pouvoir le lui dire. (P5)

De ce fait, une approche de guérison considérée comme adéquate par les participants devrait prendre en compte les « racines du problème » telles que les traumatismes individuels, intrafamiliaux et intergénérationnels, les deuils, ainsi que l'histoire et les violences coloniales vécues par les sociétés inuit.

Prise en charge par et pour les Inuit. Les participants rencontrés connaissent l'existence des services de santé. Ils hésitent cependant à se tourner vers ceux-ci, car ils les jugent non seulement impersonnels, mais également non culturellement congruents. Notamment, et comme le montre l'échange suivant, les participants souhaitent pouvoir s'exprimer dans leur langue maternelle, et pouvoir le faire auprès d'une personne appartenant à la même culture qu'eux :

P5 : [...] Avec un ou deux conseillers pour que les familles puissent se parler et se dire pourquoi ils souffrent. Pour dire que nous voulons être plus proches les uns des autres en tant que famille. Une seule rencontre ne suffira pas à guérir. Mais nous devons nous y habituer. Même si certains sont très timides avant de s'ouvrir. Je veux juste dire que je suis désolée et leur demander pourquoi nous sommes silencieux entre frères et sœurs. Pourquoi ne nous parlons-nous pas? Nous devrions nous parler. Voilà où j'en suis.

P8 : Ce serait difficile au début. Malaisant.

P5 : Si ça ne marche pas, ça ne marche pas.

P8 : Je ne saurais pas par où commencer.

Étudiante-chercheuse : C'est quelque chose qui pourrait être offert à toutes les familles? Ou seulement pour vous?

P5 : Ah non, toutes les familles, celles qui veulent s'exprimer, les familles. Les conseillers seraient des aidants naturels, des gens du regroupement Valeurs Inuit.

Bien que le désir de bénéficier de services culturellement congruents offerts par leurs pairs soit prédominant chez les participants, ces derniers ne rejettent pas complètement l'expertise des professionnels allochtones. Comme le montre le témoignage suivant, leur vision d'une approche de guérison considérée

comme adéquate pourrait se concrétiser par une forme d'hybridation et de collaboration entre les savoirs occidentaux et les savoirs inuit :

Nous savons qu'il existe les services sociaux, des travailleurs sociaux, mais nous voulons quelque chose de personnel. En tant qu'Inuk, je veux un Inuk, moi en tant qu'Inuk, je veux parler à un Inuk et lui dire que je souffre dans mon cœur. Même si un *Qaallunat* [personne allochtone] est là pour faciliter les choses. (P1)

Les professionnels allochtones pourraient contribuer à soutenir l'élaboration de cette approche en fournissant et en vulgarisant les données issues de la recherche. Ils pourraient également être présents lors des séances de guérison pour offrir du soutien émotionnel aux participants.

Synthèse des résultats

Plusieurs facteurs sont liés la mise en œuvre des pratiques coercitives au Nunavik, contribuant à leur application aux personnes vivant une détresse psychologique et dont les comportements sont perçus comme perturbateurs pour la cohésion sociale. Le recours à la coercition psychiatrique contribue à divers mécanismes d'exclusion sociale, notamment l'exclusion familiale et communautaire ainsi que l'auto-exclusion. De plus, en raison de la situation géographique du Nunavik, les hospitalisations et les placements involontaires, deux mesures de coercition psychiatrique fréquemment utilisées, se caractérisent par des déplacements géographiques liés à des parcours institutionnels et judiciaires. Par ailleurs, les séjours hospitaliers parfois liés aux difficultés d'accès au logement et le

surpeuplement des habitations, participent à la médicalisation des problèmes sociaux et perpétuent ainsi la violence des dynamiques coloniales. Les hospitalisations et les traitements, qu'ils soient imposés ou volontaires, restent des concepts flous aux yeux des participants, qui ne comprennent pas toujours les raisons de leur mise en œuvre. Cette incompréhension soulève des interrogations sur la perception de ces expériences par les personnes concernées et remet en question l'évaluation de leur capacité à consentir, par le personnel médical.

Les données récoltées ont permis, non seulement, de contextualiser l'expérience vécue des personnes ayant subies des hospitalisations et/ou des traitements involontaires en psychiatrie au Nunavik, mais également, de mieux comprendre la détresse vécue par ces personnes. Les origines de cette détresse sont multiples et complexes. Elle est en partie invisibilisée par divers facteurs individuels, culturels et historiques, ainsi que par un processus d'assimilation des Inuit à la culture dominante. Les participants la décrivent comme « silencieuse », une invisibilité exacerbée par une méconnaissance de ses causes, une tendance à prétendre que tout va bien, une perception mitigée des bienfaits de l'expression de la souffrance, ainsi que par l'usage de substances psychoactives pour l'atténuer ou en faciliter l'expression.

Cette invisibilité résulte aussi de multiples barrières limitant l'accès à une aide appropriée en temps opportun. Parmi ces obstacles figurent un manque de

confiance envers autrui et une perception négative des soins disponibles, ce qui freine les personnes à se confier. Cette méfiance concerne aussi bien l'entourage, que les professionnels et les services offerts. De plus, l'approche biomédicale dominante et l'individualisation des soins ne répondent pas aux besoins des sociétés collectivistes, comme la nation inuite. Par conséquent, les services de santé sont souvent sollicités en dernier recours, dans un cadre de judiciarisation.

Le manque de confiance dans les services de santé s'inscrit dans un contexte historique marqué par des décennies de dénonciation des soins fournis aux Inuit, une discrimination systémique persistante et des réformes perçues comme insuffisantes (gouvernement du Québec, 2019). Les savoirs occidentalocentriques transmis dans les établissements d'enseignement entretiennent une perception uniforme de l'expression de la souffrance, alors que celle-ci varie d'une culture à l'autre et même au sein d'une même culture. Ainsi, l'invisibilité de la détresse peut aussi découler de différences culturelles dans les modes d'expression verbale et non verbale de la souffrance, créant un obstacle à son identification par les professionnels allochtones exerçant au Nunavik.

L'invisibilité de la détresse, combinée aux barrières d'accès à des soins adaptés et dispensés en temps opportun, contribue à la perception d'être « envoyé ailleurs », « contre sa volonté », « à un endroit où l'on souffre », lorsque la personne concernée « n'est pas dans son état d'esprit habituel ». Les participants

critiquent sévèrement ces pratiques, les percevant comme inadaptées, car elles traitent les symptômes de la détresse sans s'attaquer aux causes profondes. Ils considèrent que ces « racines du problème » sont interreliées, incluant les traumatismes et les deuils compliqués qui sont non seulement individuels, mais aussi intrafamiliaux et intergénérationnels. Ces souffrances trouvent leur origine dans les violences coloniales subies par les sociétés inuites.

Ainsi, une approche jugée adéquate par les participants tiendrait compte des traumatismes individuels, familiaux et intergénérationnels, des deuils et de l'impact des violences coloniales sur la détresse et la souffrance morale. Une telle approche permettrait de s'attaquer aux « racines du problème » dans une perspective de guérison familiale et communautaire. Les participants estiment que cette démarche devrait être menée par et pour les Inuit, tout en permettant une forme d'hybridité intégrant la contribution de professionnels allochtones, à condition que ceux-ci interviennent en tant que facilitateurs.

En résumé, l'analyse des données a permis de répondre partiellement aux questions de recherche. L'écart entre ces dernières et avec les résultats s'explique par le passage de la théorie à la réalité du terrain. Cet aspect sera exploré dans le chapitre de discussion. Les résultats de cette étude mettent en lumière certaines préoccupations communautaires par rapport aux hospitalisations et aux traitements imposés par le droit psychiatrique. Ils permettent également de mettre

en exergue des éléments qui caractérisent le vécu expérientiel des personnes et des familles qui ont subi, directement ou indirectement, de telles mesures. L'analyse des données a en outre permis de dégager différentes pratiques locales de guérison culturellement congruentes. Enfin, alors que les participants à cette étude jugent les pratiques actuelles inadéquates pour répondre à la détresse, ceux-ci ont contribué de manière substantielle à l'esquisse d'une approche qui a le potentiel d'être plus congruentes avec la culture inuit et qui pourrait mieux guider les pratiques d'intervention en santé mentale.

Discussion

Les résultats de cette recherche permettent de mieux comprendre le vécu des personnes inuit ayant subi des hospitalisations et des traitements involontaires en psychiatrie au Nunavik, ainsi que des membres de leur communauté qui les soutiennent. L'analyse des données a été guidée par la théorie critique, plus précisément par un cadre conceptuel s'appuyant sur la théorie postcoloniale. Cette approche théorique met en lumière la manière dont le droit psychiatrique s'immisce dans l'ontologie inuit en perpétuant des dynamiques d'acculturation et d'assimilation. Une carte positionnelle (Figure 4, Appendice A), servant à cartographier les discours entendus et à rendre compte des positions divergentes ou contradictoires exprimées à l'égard du phénomène étudié, a été développée. Le présent chapitre propose d'abord une interprétation des résultats de recherche à la lumière des écrits existants. Il examine ensuite la pertinence de cette étude pour la discipline infirmière et tire profit de cet examen pour formuler des recommandations relatives aux cinq axes qui structurent cette discipline. Il présente enfin les forces et les limites de la présente recherche.

L'analyse comparative entre la recension des écrits et les résultats de la présente étude montre une convergence importante entre la marginalisation, la stigmatisation et l'exclusion vécues par les PIPP dans le cadre de la coercition psychiatrique (Bradley et al., 2015; Dupuis-Rossi, 2021; Lai et al., 2024). Comme

le soulignaient déjà plusieurs auteurs, les pratiques coercitives en psychiatrie s'inscrivent dans un continuum historique de violences coloniales, perpétuant des formes contemporaines d'exclusion sociale (Joseph, 2019; Sambrano & Cox, 2013). Les résultats de la recherche actuelle confirment ces constats, en montrant que les hospitalisations et traitements involontaires vécus au Nunavik sont perçus comme des expériences de déracinement, de rupture communautaire et d'imposition de normes extérieures.

De même, la recension des écrits a mise en évidence les incompatibilités culturelles existant entre les conceptions occidentales de la santé mentale et les conceptions autochtones (Durey et al., 2014; Ferrazzi & Krupa, 2016). Les résultats de la présente étude traduisent cette discordance, alors que les participants peinent à donner un sens aux interventions psychiatriques et expriment une compréhension de la détresse ancrée dans une vision relationnelle, collective et spirituelle de la santé. Cette tension entre paradigmes divergents se reflète également dans la médicalisation des problèmes sociaux relevée à la fois dans la littérature (Dupuis-Rossi, 2021; Kirikiri et al., 2024) et dans les propos des participants, qui rapportent que les difficultés liées aux traumatismes historiques et aux conditions de vie précaires sont souvent réduites à des pathologies individuelles.

Par ailleurs, l'accès inégal aux services de santé mentale, souligné dans la recension (Drown et al., 2018; Kilbourne et al., 2005; McLeod et al., 2017), trouve

un écho direct dans les témoignages recueillis, où l'insuffisance des ressources locales conduit à une mobilité institutionnelle forcée, exacerbant les processus de désaffiliation et de perte de repères. L'analyse des verbatims illustre que ces déplacements fréquents, vécus comme des ruptures successives, amplifient les sentiments d'exclusion et de solitude déjà relevés par la littérature (Bradley et al., 2017; Holman et al., 2018).

Enfin, la recension des écrits a révélé l'importance de développer des approches culturellement sécuritaires et communautaires pour atténuer la détresse psychique (Dupuis-Rossi, 2021; Ferrazzi & Krupa, 2016). Les résultats de l'étude viennent renforcer cette orientation, en soulignant la nécessité d'interventions ancrées dans les réalités sociales, culturelles et spirituelles des *Nunavimmiut*, qui favorisent le pouvoir d'agir individuel et collectif plutôt que la reproduction de dynamiques coercitives.

Dimensions transversales aux catégories d'analyse

Exclusion sociale

Les résultats de notre recherche suggèrent qu'en raison de leur contribution à l'isolement social, les pratiques coercitives peuvent être perçues comme des punitions plutôt que des solutions aux problèmes de santé mentale. Dans son ouvrage anthropologique traitant de *leadership* et de coopération chez les Inuit du Nunavik, Hervé (2015) s'intéresse à la nature des relations à l'intérieur des

collectivités inuit du Nunavik. Elle explique comment l'exclusion sociale et géographique constitue, encore aujourd'hui, l'une des sanctions les plus utilisées contre ceux qui posent problème chez les Inuit. Or, les résultats de cette recherche s'accordent avec ceux d'Hervé (2015); ils montrent que la forte mobilité induite par les hospitalisations involontaires a pour effet de couper les personnes de leurs relations sociales et territoriales. Cette rupture réduit par le fait même la possibilité de recevoir du soutien matériel ou moral. S'il est vrai que certains facteurs intrafamiliaux et communautaires contribuent à cette exclusion, cette dernière est aussi une conséquence directe du recours aux pratiques coercitives en contexte hospitalier psychiatrique et coupe les personnes de leurs liens sociaux.

De plus, l'approche biomédicale individuelle, jumelée au fait d'être « envoyé ailleurs » pour recevoir des soins, risque de pathologiser les personnes et de médicaliser les problèmes sociaux. Cette approche d'intervention n'agit donc pas favorablement sur les déterminants sociaux de la santé mentale et elle ne remet pas en question la manière dont les soins imposés perpétuent les dynamiques coloniales. Les résultats de notre recherche nous rappellent l'étude de Blanchet (2020), dont les résultats évoquent le risque de psychiatriser des personnes alors que les problèmes sont fondamentalement sociaux et ainsi pathologiser un peuple et une culture dans leur entièreté. De ce fait, les processus, les pratiques et les politiques sociales qui judiciairent les PIPP occultent les répercussions de la violence coloniale intergénérationnelle (Joseph, 2019).

Il est également impossible de passer sous silence les similitudes entre les expériences de coercition psychiatrique, conceptualisées par l'action d'être « envoyé ailleurs », et l'histoire coloniale. À titre d'exemple, Alvarez et al. (2014) rapportent qu'à l'époque des épidémies de tuberculose, des Inuit furent envoyés, souvent de force, dans des sanatoriums situés particulièrement loin du Nunavik. Les personnes hospitalisées étaient souvent institutionnalisées pendant plusieurs années, sans contact avec leur famille, dans un environnement qui leur était linguistiquement et culturellement étranger. Cette expérience résonne avec d'autres pratiques de relocalisation forcée, comme celles documentées par Tester et Kulchyski (1994), qui ont mis en lumière comment les déplacements imposés aux Inuit par l'État dans l'Est de l'Arctique ont profondément bouleversé les liens familiaux, les modes de vie traditionnels et les repères culturels des Inuit, causant des traumatismes durables au sein des communautés. En résumé, les pratiques coercitives en psychiatrie participent à l'exclusion et à l'ostracisation des personnes atteintes de troubles mentaux au Nunavik, les coupant des réseaux de solidarité et des liens avec leur territoire. Cette exclusion entraîne chez les Inuit une perte de repères culturels et linguistiques qui peuvent contribuer à mener à des erreurs de diagnostic (Allan & Smylie, 2015) et à accentuer la psychiatrisation des problèmes sociaux. Les erreurs diagnostiques désignent des évaluations cliniques inexactes ou inadéquates, souvent liées à des biais culturels ou à une méconnaissance des contextes de vie des personnes, menant à des étiquetages erronés ou à des traitements inappropriés (Gone & Trimble, 2012).

Incompréhension

Une récente étude menée par Kirikiri et al. (2024) met en lumière le manque d'informations appropriées fournies par le personnel de la santé aux Maoris de la Nouvelle-Zélande concernant les traitements et les hospitalisations involontaires. Ce déficit informationnel contribue à maintenir des relations de pouvoir asymétriques entre patients et soignants, prive les personnes concernées d'une compréhension de leur situation et alimente une perception négative des services psychiatriques. Ce constat fait écho à certaines expériences historiques vécues par les Inuit du Nunavik, notamment durant les épidémies de tuberculose et les campagnes de stérilisation forcée, où des décisions médicales majeures ont été prises sans consentement éclairé ni explication adéquate (Stote, 2012). Dans les deux cas, le manque d'information et de respect pour l'autonomie des personnes a contribué à instaurer un climat de méfiance envers les institutions de soins, dont les effets perdurent aujourd'hui dans les interactions contemporaines entre les Inuit et les services de santé mentale.

Bien qu'ils emploient les termes associés à la coercition psychiatrique, les participants ont évoqué leur incompréhension face aux événements vécus. Les entrevues réalisées lors de cette recherche servaient, entre autres, à clarifier ce qu'impliquaient les hospitalisations et les traitements involontaires et les motifs qui les sous-tendent, leur licéité et les objectifs poursuivis par ces mesures. Lors des rencontres avec les participants, il était perceptible que ces derniers n'avaient

pas été maîtres des décisions relatives à leurs hospitalisations et/ou à leurs traitements forcés en psychiatrie, actuels ou passés. Il était également perceptible qu'une incompréhension persistait quant à ce qui distingue les hospitalisations et traitements offerts sur une base volontaire des hospitalisations et traitements involontaires.

Il convient donc de se questionner afin de comprendre ce qu'implique le fait que les Inuit ne comprennent pas ces mesures lorsqu'ils les subissent directement. Si nous considérons que ces approches d'intervention allochtones sont étrangères aux Inuit et qu'elles s'immiscent dans leur ontologie, les résultats de cette recherche nous incitent à remettre en question les pratiques professionnelles en regard du consentement aux soins psychiatriques, y compris les hospitalisations. Ils nous invitent également à remettre en question la manière dont les personnes inuit sont informées de leurs droits.

Enfermement

Pour Ferrazzi et Krupa (2016), la dimension carcérale, inhérente aux pratiques coercitives en psychiatrie, s'oppose à la vision holistique des soins qu'entretiennent les Inuit du Nunavut. Cette vision holistique prône le rétablissement de la cohésion sociale et le pardon, alors que les approches occidentales distinguent l'état normal de l'état pathologique, isolent les personnes s'écartant des normes sociales et vont jusqu'à appliquer une logique punitive.

Les résultats de la présente recherche permettent de mieux comprendre la mise en œuvre des pratiques coercitives dans les services de santé mentale desservant les Inuit du Nunavik. Ces pratiques sont perçues par les participants à notre recherche comme ayant une dimension carcérale. Elles mènent les Inuit à croire qu'ils ont mal agi, ou encore qu'ils sont placés en état d'arrestation, alors qu'elles sont en théorie destinées à leur fournir les soins requis par leur condition, soins qu'ils auraient autrement refusés. Cette perception négative des pratiques coercitives est partagée par les personnes qui les subissent sans égard à leur [appartenance/identité] ethnoculturelle. Elles sont aussi sévèrement critiquées par les organismes de défense des droits des patients (Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec [AGIDD-SMQ], 2015). Dans le contexte socioculturel du Nunavik, cette dynamique de contrôle entre en conflit avec les valeurs traditionnelles de respect de l'indépendance, d'autonomie et de non-interférence, créant ainsi un effet punitif plutôt que thérapeutique (Ferrazzi & Krupa, 2016). Il importe également de rappeler que les soins imposés par le biais de la coercition psychiatrique sont structurés selon des logiques d'intervention allochtones, largement fondées sur une approche biomédicale. Cette perspective tend à individualiser les problèmes sociaux vécus au Nunavik, en ignorant les réalités collectives et les traditions culturelles des sociétés inuit. Dès lors, ces soins sont non seulement imposés, mais également déployés sans considération pour les cadres de référence culturels locaux. Inscrits dans un contexte déjà imprégné de relations coloniales et de tensions avec les autorités

policières, ils contribuent ainsi à renforcer et à amplifier des dynamiques d'exclusion préexistantes.

Enfin, nos résultats indiquent une différence marquée dans l'application des règles de droit psychiatrique entre les centres de services en santé mentale du Nunavik et ceux situés dans les grands centres urbains dans le Sud de la province. L'application de la LPP est censée s'appuyer sur les mêmes notions de droit qu'ailleurs au Québec. Or, les résultats de cette recherche suggèrent que cette loi est appliquée de manière différente dans les centres de services et d'hébergement au Nunavik. Paradoxalement, les résultats de notre recherche suggèrent que l'application du droit psychiatrique au Nunavik pourrait présenter davantage de souplesse que dans les établissements situés dans les grands centres urbains dans le Sud du Québec. Cette souplesse pourrait s'expliquer par un phénomène d'acculturation des infirmières souhaitant adapter leur pratique infirmière à la réalité interculturelle dans lequel elles pratiquent, ou encore par l'absence d'infrastructures matérielles ou de ressources humaines pour contraindre les personnes hospitalisées ou traitées contre leur gré.

Médicalisation des problèmes sociaux

Comme mentionné précédemment, les interventions préconisées par les services de psychiatrie sont dictées par une approche biomédicale. Cette approche fait référence aux traitements, souvent pharmacologiques, fondés sur la

recherche sur le cerveau, la génétique, la pharmacologie et la neuroradiologie, l'ensemble de ces disciplines visant à supprimer les symptômes (Gagné-Julien, 2022). Selon les propos des participants, l'approche biomédicale des soins de santé mentale constitue l'une des seules approches offertes pour soulager la détresse des Inuit. Pour Adam et al. (2024), une conceptualisation biomédicale de la santé mentale mettant l'accent sur le « trouble » en tant que problème génétique, biologique et physiologique situe ce dernier au sein de la personne. De la sorte, la personne qui souffre est considérée comme responsable de sa maladie, ce qui éclipse les origines sociales — soit « [...] des relations ou des évolutions sociales qui portent atteinte, pour nous tous, aux conditions de réalisation de soi » (Honneth, 2006; Pariseau-Legault & Paradis-Gagné, 2024) — de cette dernière. Or, au Nunavik, les origines de la détresse sont davantage expliquées par l'histoire coloniale et les traumatismes intergénérationnels (Joseph, 2019). Par voie de conséquence, l'approche biomédicale et individuelle des services pathologise les personnes, tout en occultant la manière dont les violences coloniales passées et présentes contribuent à cette détresse (Blanchet, 2020).

Parallèlement, la question du logement est un enjeu crucial au Nunavik. La forte démographie, conjuguée aux difficultés logistiques liées à la construction de nouveaux logements, a pour conséquence que plusieurs personnes d'une même famille et donc, de plusieurs générations, vivent sous le même toit. La pénurie de logements, mais également de centres d'hébergement pour reloger les

personnes hospitalisées en psychiatrie selon leurs besoins, complique le processus de réadaptation communautaire. Elle contribue aussi à la mobilité des personnes parmi les centres d'hébergement au sein et à l'extérieur du village. Ce problème, qui est essentiellement d'ordre social, a pour effet de déraciner les personnes de leur territoire, soit en les hospitalisant, soit en faisant d'elles des personnes en situation d'itinérance.

Les soins relationnels

La relation thérapeutique entre les prestataires de soins et les personnes qu'elles servent est généralement considérée comme un facteur important pour le pronostic d'un traitement (Kirikiri et al., 2024). Or, les données récoltées dans le cadre de la présente étude montrent que, de manière générale, les personnes manquent de confiance envers les professionnels de la santé. Plusieurs participants ont mentionné l'importance de la relation d'aide entre les Inuit et le personnel soignant. La confiance nécessaire à cette relation d'aide peut notamment être développée en accordant la priorité à l'approche humaniste et compatissante, qui assure de répondre aux besoins fondamentaux des personnes, favorise l'alliance thérapeutique et respecte les valeurs locales des *Nunavimmiut*. Or, ces principes sont mis à mal par les façons de faire actuelles, notamment le taux de roulement élevé du personnel soignant au Nunavik, un phénomène bien connu et documenté qui représente un obstacle majeur à l'alliance thérapeutique (Lessard, 2015). L'offre de soins de santé dépend actuellement d'une main-d'œuvre

professionnelle répondant à des critères d'embauche très stricts. Ainsi, les services dépendent de la présence de professionnels très majoritairement allochtones venus du Sud du Québec et qui s'installent, souvent temporairement, au Nunavik pour offrir des soins à la population. L'embauche de la main-d'œuvre infirmière ne fait pas exception à ce phénomène. À ce sujet, les résultats suggèrent qu'il est pertinent de renforcer les mesures de rétention des professionnels et de mieux former ceux d'entre eux qui assurent les relations d'aide au Nunavik, notamment les infirmières. D'autre part, ces résultats suggèrent également qu'il est important de soutenir les initiatives locales de guérison.

Pertinence de cette étude pour la discipline infirmière

Pratique

L'importance de l'approche compatissante et humaniste des infirmières est un thème qui a émaillé les discussions avec les participants. Bien que nécessaire à la relation thérapeutique, il est toutefois nécessaire de faire preuve de discernement pour éviter que cette approche [se transforme en/prenne pas la forme d'une] bienveillance colonisatrice à l'endroit de ceux qui sont historiquement marginalisés (Bignall, 2022). Ainsi perçue, cette approche s'imbrique davantage dans le concept de sécurisation culturelle, en donnant à la personne soignée le pouvoir décisionnel de déterminer ce qui est juste dans sa propre situation de soin.

L'approche biomédicale et individuelle des services de santé mentale est perçue par les participants comme inadéquate et inefficace face à la détresse induite par les traumatismes. Dans sa thèse doctorale, Isobel (2020) indique qu'il existe des différences significatives entre les traumatismes psychologiques qui surviennent à la suite d'événements précis et ceux qui surviennent au fil du temps dans le cadre de relations interpersonnelles comme les violences sexuelles, physiques et émotionnelles. Les traumatismes qui se produisent dans le cadre de relations familiales entre l'enfant et la personne responsable de lui offrir des soins sont connus pour avoir des effets particulièrement profonds et complexes. Dans le cas de notre étude, les participants ont relaté leur vécu traumatique individuel comme imbriqué à travers la transmission transgénérationnelle de ces traumatismes. Ce constat souligne la pertinence de déployer des approches tenant compte des traumatismes dans une perspective familiale, communautaire et décoloniale. De ce fait, il devient primordial pour les infirmières qui travaillent au Nunavik de s'engager dans une pratique réflexive qui remet en question les savoirs occidentaux, souvent biomédicaux, qui sont actuellement enseignés. L'intégration d'une perspective autochtone dans la pratique clinique de ces infirmières semble essentielle. Selon Pepin et al. (2024), cette perspective est pertinente pour aider les infirmières à comprendre les expériences que vivent les PIPP dans le cadre des services de santé, car elle favorise une approche holistique de la discipline infirmière dont les dimensions sont interconnectées, comme c'est d'ailleurs le cas pour beaucoup de cultures autochtones.

Recherche

La discipline infirmière est au cœur de la fourniture des soins de santé au Nunavik (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ], 2004) et il apparaît nécessaire que la recherche en sciences infirmières s'intéresse aux problèmes observés dans ce contexte interculturel et colonial. Les savoirs générés par la recherche en sciences infirmières sont directement ou indirectement liés à la pratique (Pepin et al., 2024). La recherche en sciences infirmières qui s'intéresse à la compétence culturelle dans l'offre de soins doit intégrer les principes de la justice sociale pour être en mesure de reconnaître et de dénoncer les iniquités en matière de santé (Wallace, 2018). Ce n'est qu'à partir d'une perspective décoloniale, qui favorise la coconstruction des savoirs et qui accorde une place importante aux savoirs marginalisés, que les connaissances générées par la recherche pourront mener à une transformation durable de la pratique infirmière. Nous affirmons donc que la recherche doit se faire selon une approche *horizontale* et collaborative, et ce, même si cela est plus complexe d'un point de vue logistique et épistémologique.

En ce sens, la présente recherche a utilisé un processus méthodologique qui concorde avec cette vision. Tout d'abord, l'expérience vécue dans le cadre de ce travail de terrain indique que les discussions ont favorisé les échanges sur le sujet à l'étude, de même que l'entraide entre les participants alors qu'ils cherchaient à comprendre les questions de recherche. Il serait donc pertinent de

poursuivre la recherche sur ce mode de collecte de données dans le contexte nunavikois. Il convient de spécifier que les personnes ayant participé au groupe de discussion étaient exclusivement des femmes, alors que les participants aux entrevues individuelles étaient exclusivement des hommes. Par ailleurs, plusieurs participants ont indiqué que les entrevues avaient eu un effet thérapeutique sur eux, car ce cadre leur avait permis de verbaliser leur souffrance et leurs expériences personnelles. Pour finir, l'approche collaborative de cette recherche, qui donne lieu à la coconstruction des savoirs, a permis d'esquisser une approche de guérison qui serait culturellement congruente en contexte nunavikois. Ainsi, mener une recherche-action participative visant à développer une approche de guérison en concordance avec les éléments identifiés par la présente étude nous semble hautement pertinent.

Gestion

Pepin et al. (2024) définissent la gestion des services infirmiers comme un processus par lequel les infirmières gestionnaires amènent leurs équipes à adopter une pratique orientée vers le développement et l'amélioration des personnes et des milieux de soins, ainsi que vers la prévention et la promotion de la santé. Les résultats de notre étude font état du manque de confiance des patients envers les professionnels œuvrant dans les services de santé, d'un roulement de personnel important et d'un sentiment que les services offerts ne répondent pas adéquatement aux besoins des personnes. Ces barrières nuisant à l'accès en temps

opportun à des soins adéquats représentent, pour les infirmières gestionnaires, un problème à résoudre en priorité. En ce sens, l'approche de guérison ayant émergé de notre recherche représente un point de départ intéressant pour le développement d'un programme de soins qui permettrait [d'atténuer/de s'attaquer à] la détresse d'une manière plus culturellement congruente. Cela dit, afin qu'elle parvienne à son plein potentiel, ce type d'approche doit impérativement être élaborée dans un climat de confiance. Un tel climat n'est possible qu'avec des professionnels œuvrant de pair avec des intervenants inuit. De ce fait, les gestionnaires auraient tout intérêt à mettre en place plus de mesures favorisant la rétention des infirmières, à déprofessionnaliser le rôle thérapeutique des intervenants allochtones au profit d'approches alternatives, de même qu'à favoriser l'attraction, le recrutement et la rétention des Inuit dans la profession infirmière.

Formation

Les résultats de cette étude mettent en lumière certains éléments permettant d'aider les infirmières à améliorer leur compétence culturelle. Cela est particulièrement pertinent en ce qui concerne l'expression verbale et non verbale de la souffrance chez les Inuit. Les expériences vécues étant associées au fait d'être « envoyé ailleurs » font état d'une amplification de l'exclusion des personnes qui subissent la coercition psychiatrique. Conséquemment, la compétence culturelle ne peut être dissociée du concept de sécurisation culturelle, ce dernier étant crucial afin que les infirmières comprennent les enjeux sociohistoriques influençant

la santé des PIPP (Wallace, 2018). Pour Curtis et al. (2019), la formation en sciences infirmières mettant l'accent sur la sécurité culturelle permet aux infirmières de reconnaître les enjeux de pouvoir présents dans leur pratique clinique et d'agir en conséquence. Nos résultats indiquent que les participants entretiennent une méfiance envers les services de santé et les professionnels qui les fournissent. Ces résultats soulignent l'importance de développer l'esprit critique des infirmières. Différents écrits font état de la nécessité de développer davantage l'esprit critique des infirmières face aux iniquités en santé de sorte qu'elles puissent agir sur les déterminants de santé des collectivités (Chinn et al., 2021; Pepin et al., 2024; Simpson & Courtney, 2002).

Finalement, les participants ont exprimé le désir de pouvoir se confier dans leur langue à une personne partageant leur culture. Comme l'indiquent les statistiques, seulement quinze infirmières s'identifiant comme inuites exercent au Québec (Université de la Saskatchewan & Association canadienne des infirmières autochtones [ACIA], 2016), de sorte que l'effectif infirmier au Nunavik est majoritairement composé de professionnelles allochtones. Selon Hunter et Cook (2020), la formation et la rétention du personnel infirmier issu des Premiers Peuples pourraient contribuer à enrichir le rôle infirmier de défense des droits et le respect de la culture dans les soins. Cette contribution pourrait se refléter tant dans leur pratique que dans leur rôle de conseillers pour leurs collègues allochtones. Ainsi, il devient nécessaire de s'attaquer aux barrières qui empêchent les

Inuit, et plus généralement les PIPP, d'accéder aux études en sciences infirmières et de renforcer les mesures visant à faciliter leur accès à ce programme.

Politique

Selon Jugessur et Iles (2009), la défense des droits (*advocacy*) des patients dans les soins de santé visait initialement à protéger ceux d'entre eux qui, rendus vulnérables en raison de leur état de santé, n'étaient pas en mesure de communiquer leurs préoccupations aux professionnels. Toutefois, la défense des droits devient de plus en plus nécessaire compte tenu de l'incapacité du système de soins hospitaliers à répondre aux besoins des personnes malades et à respecter leurs droits. De surcroît, les résultats de la présente recherche mettent en lumière les discriminations systémiques vécues par les Inuit par l'intermédiaire du droit psychiatrique.

Pour Waite et Nardi (2019), le colonialisme compte parmi les racines historiques de la profession infirmière et a donc participé à son évolution. Il est par conséquent important d'examiner les stratégies qui permettent de remettre en question les pratiques actuelles et qui favorisent leur décolonisation. Aborder les questions d'inclusion/exclusion, de racisme et de préjugés inconscients au sein même de la profession infirmière est un geste imminemment politique, qui constitue le premier pas vers un changement de paradigme. L'analyse des données issues de cette recherche indique que les infirmières au Nunavik apportent

certaines assouplissements à la LPP lorsqu'elles tentent de la faire appliquer afin de respecter davantage les valeurs locales. Nous affirmons cependant que le rôle politique des infirmières se situe au-delà d'une simple adaptation de la loi. Un examen approfondi du cadre légal autorisant la coercition psychiatrique semble nécessaire afin que des solutions de rechange soient proposées par et pour les sociétés inuit du Nunavik. De ce fait, la mise en œuvre du droit psychiatrique doit être examinée selon une perspective critique et décoloniale.

En somme, les résultats de cette recherche soulignent la nécessité d'adapter les pratiques infirmières en contexte nordique afin de répondre de manière plus adéquate aux besoins des *Nunavimmiut*. Sur le plan de la pratique, les infirmières doivent aller au-delà des interventions pharmacologiques (Pariseau-Legault et al., 2025b), pour favoriser des approches relationnelles, familiales et communautaires ancrées dans la culture des personnes qu'elles traitent et respectueuses de leur langue. Ces constats invitent aussi à poursuivre des recherches collaboratives avec les communautés afin de mieux décrire les effets de la coercition psychiatrique et de codévelopper des approches de guérison culturellement sécurisantes. Au plan organisationnel, la gestion des services doit viser à limiter les transferts non nécessaires, à renforcer la rétention du personnel et à valoriser la participation active d'intervenants inuit dans l'offre de soins. La formation initiale et continue des infirmières doit quant à elle intégrer la sécurisation culturelle, l'approche sensible aux traumatismes et le développement de

l'esprit critique face aux dynamiques coloniales et aux logiques de judiciarisation. Enfin, sur le plan politique, les résultats appellent à un examen critique des dispositions légales encadrant la coercition psychiatrique et à l'élaboration de solutions de rechange, conçues par et pour les Inuit et qui valorisent la justice sociale, la cohésion communautaire et l'autodétermination.

Forces et limites de la recherche

La présente étude comporte des forces et des limites qu'il convient de mentionner. En ce qui concerne ses forces, mentionnons d'abord que le choix de l'analyse situationnelle développée par Clarke et al. (2018) comme méthode de recherche a offert une certaine flexibilité face aux défis qu'implique un travail de recherche en sciences infirmières mené au Nunavik, un terrain caractérisé par l'interculturalité et certaines particularités historicogéographiques. Cette approche a en effet permis de puiser à partir de différentes sources de données afin de développer une compréhension globale du phénomène à l'étude. Toujours en cohérence avec cette approche méthodologique, cette étude collaborative a offert un espace permettant la coconstruction des savoirs, conformément aux principes éthiques de la recherche menée auprès des peuples autochtones. Cette forme de collaboration a favorisé une reprise de pouvoir des personnes sur leur vécu traumatique en accordant une valeur épistémique aux discours subalternes, et ce, conformément au cadre théorique postcolonial. En ce sens, cette recherche contribue à l'avancement des connaissances et offre une base de savoirs utile à

de futures recherches. À notre connaissance, aucune étude ne s'était précédemment intéressée aux notions de droit psychiatrique et aux pratiques coercitives qui en découlent dans le contexte du Nunavik et auprès des Inuit.

En ce qui concerne les limites de cette étude, mentionnons d'abord l'écart entre les questions et les objectifs de recherche, qui s'explique par le passage de la théorie à la réalité du terrain. Alors que l'étudiante-chercheuse interrogeait les participants sur les épisodes d'hospitalisations et de traitements sous contrainte qu'ils avaient vécus, c'est surtout la volonté des participants de trouver un sens à la souffrance qui a émergé. Cet écart entre les questions d'entrevue et les données récoltées est expliqué, entre autres, par les différences entre l'expression et la compréhension de certains concepts. La traduction du français vers l'anglais, puis vers l'inuktitut — et inversement — n'a pas permis, à elle seule, aux participants de comprendre certaines notions liées au droit psychiatrique, puisque ces notions sont importées et imposées par des visions étrangères. Ensuite, en ce qui concerne la collecte de données, un échantillon de plus grande taille et des observations *in situ* auraient permis d'enrichir et de détailler davantage les résultats. Il est aussi possible que des biais de rappel aient affecté la collecte des données. Les expériences multiples vécues par une même personne étant souvent espacées dans le temps et ayant eu lieu en contexte de crise, cela crée parfois un flou dans les souvenirs des participants. Il est aussi nécessaire de mentionner que le rapport de pouvoir entre l'étudiante-chercheuse et les

participants, ainsi qu'entre allochtones et Inuit, peut constituer une autre source de biais dans la présente étude. Il est enfin possible que les résultats de cette étude aient une transférabilité limitée, puisqu'en raison des défis liés au travail de terrain au Nunavik, une seule communauté a été étudiée.

Conclusion

En octobre 2024, une personne hospitalisée sous ordonnance d'hébergement dans un établissement psychiatrique situé dans un grand centre urbain est décédée à la suite d'une intervention physique réalisée par un employé. La personne décédée étant originaire d'un village du Nunavik, cette histoire soulève à nouveau les enjeux liés à la violence structurelle inhérente aux soins imposés dans les contextes médicolégaux (Lacoursière & Larouche, 2024). Cette violence n'est pas intentionnelle de la part des infirmières, qui agissent selon les balises de leur pratique professionnelle, mais s'inscrit plutôt dans un système institutionnel et historique complexe où les logiques juridiques et thérapeutiques s'entrecroisent (Mulla, 2014).

Inhérente au droit psychiatrique, la violence associée aux soins est centrale dans les discours en santé mentale au Nunavik. Considérant que l'infirmière, dans ce contexte, est au cœur des pratiques qu'exige le droit psychiatrique, ces discours concernent directement la discipline infirmière. Les discours des participants à cette étude ont soulevé des enjeux en regard de la capacité des personnes à s'adapter face à cette violence. Leur participation a permis d'illustrer les conséquences du droit psychiatrique sur les réseaux de solidarité, l'ontologie inuit et la perpétuation des violences coloniales.

Cette analyse situationnelle a permis, dans un premier temps, de mettre en lumière l'incompréhension et le tabou, par l'absence de discours, qui entourent les mesures contraignantes imposées par le droit psychiatrique. Dans un deuxième temps, la violence des soins, soutenue par les infirmières, prend racine dans le colonialisme de la discipline médicale envers la discipline infirmière et dans la propension de la médecine à médicaliser certains problèmes sociaux. Au sein de l'arène sociale actuelle, où évoluent les premières personnes concernées et leur famille, intervient une myriade de facteurs ayant pour effet de culpabiliser les familles et de tenir les personnes comme seules responsables des problèmes qu'elles vivent. Du reste, le haut taux de roulement du personnel infirmier qui a lieu en toile de fond n'est pas sans conséquence sur la relation thérapeutique et la capacité des personnes à recourir aux services offerts.

En somme, l'analyse des propos recueillis met en évidence l'existence de normes spécifiques encadrant l'application du droit psychiatrique aux personnes inuit du Nunavik et révèle que ces normes s'accompagnent de dynamiques marquées par la stigmatisation et la marginalisation. Dans une perspective postcoloniale, cette réalité appelle à une transformation politique attentive aux enjeux socioculturels vécus par les inuit et visant le démantèlement des structures coloniales toujours à l'œuvre. Si plusieurs études citées dans la recension des écrits témoignent d'une volonté d'atténuer les difficultés vécues par les PIPP judiciarisées en psychiatrie, il ne suffit pas de rendre les lois et les pratiques en santé

mentale plus performantes ou adaptées aux cultures autochtones. Il en est de même pour le Nunavik et il est nécessaire de réfléchir aux besoins réels des *Nunavimmiut*, notamment en ce qui concerne l'accompagnement des personnes dont les comportements sont altérés par une détresse psychique. C'est précisément ce que propose le concept de sécurisation culturelle : permettre aux personnes et aux communautés de définir ce qui, pour elles, constitue un soin respectueux et sécuritaire sur le plan culturel.

Références

- Abdel-Khalek, A. M. (2016). Introduction to the psychology of self-esteem. Dans F. Holloway (Éd.), *Self-esteem: perspectives, influences, and improvement strategies* (pp. 1-23). Nova Science Publisher, Inc. https://www.researchgate.net/publication/311440256_Introduction_to_the_Psychology_of_self-esteem
- Adam, S., Jiang, C., Mikhail, M., & Juergensen, L. (2024). Infrahuman madness: Mental health nursing and the discursive production of alterity. *Nursing Inquiry*, 31(1), e12533. <https://doi.org/10.1111/nin.12533>
- Affleck, W., Oliffe, J. L., Inukpuk, M. M., Tempier, R., Darroch, F., Crawford, A., & Séguin, M. (2022). Suicide amongst young Inuit males: The perspectives of Inuit health and wellness workers in Nunavik. *Qualitative Research in Health*, 2. <https://doi.org/10.1016/j.ssmqr.2022.100069>
- Alcoff, L. (1991). The problem of speaking for others. *Cultural critique*, 20, 5-32. <https://doi.org/10.2307/1354221>
- Allan, B., & Smylie, J. (2015). *First peoples, second class treatment. The role of racism in the health and well-being of Indigenous peoples in Canada*. Wellesley Institute. <https://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2015/02/Full-Report-FPSCT-Updated.pdf>
- Alvarez, G. G., Orr, P., Wobeser, W. L., Cook, V., & Long, R. (2014). La prévention de la tuberculose et les soins aux tuberculeux chez les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis. Dans Agence de la santé publique du Canada, Association pulmonaire du Canada, & Société canadienne de thoracologie (Éds.), *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse* (7^e éd., pp. 373-390). Agence de santé publique du Canada. https://publications.gc.ca/collections/col-lection_2014/aspc-phac/HP40-18-2014-fra.pdf
- Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec. (2015). *Pour une pratique en santé mentale basée sur l'exercice des droits et l'appropriation du pouvoir. De l'advocacy au rétablissement, la dérive des mots*. Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec. <https://www.agidd.org/wp-content/uploads/2015/10/Appropriation-d%C3%A9rive-mai-2015.pdf>
- Akther, S. F., Molyneaux, E., Stuart, R., Johnson, S., Simpson, A., & Oram, S. (2019). Patients' experiences of assessment and detention under mental health

- legislation: systematic review and qualitative meta-synthesis. *BJPsych open*, 5(3), e37. <https://doi.org/10.1192/bjo.2019.19>
- Bartlett, C., Marshall, M., & Marshall, A. (2012). Two-Eyed Seeing and other lessons learned within a co-learning journey of bringing together Indigenous and Western knowledges. *Journal of Environmental Studies and Sciences*, 2, 331-340. <https://doi.org/10.1007/s13412-012-0086-8>
- Bearskin, R. L. B., Cameron, B. L., King, M., Weber-Pillwax, C., Dion Stout, M., Voyageur, E., Reid, A., Bill, L., & Martial, R. (2016). Mâdawoh Kamâtowin, "Coming together to help each other in wellness": Honouring Indigenous nursing knowledge. *International Journal of Indigenous Health*, 11(1), 18-33. <http://dx.doi.org/10.18357/ijih111201615024>
- Bennewith, O., Amos, T., Lewis, G., Katsakou, C., Wykes, T., Morriss, R., & Priebe, S. (2010). Ethnicity and coercion among involuntarily detained psychiatric in-patients. *The British Journal of Psychiatry*, 196(1), 75-76. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.068890>
- Berring, L. L., & Georgaca, E. (2023). A call for transformation: Moving away from coercive measures in mental health care. *Healthcare*, 11(16), 2315. <https://doi.org/10.3390/healthcare11162315>
- Bhabha, H. K. (1994). *The Location of Culture* (2^e éd.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203820551>
- Bignall, S. (2022). Colonial Humanism, Alter-humanism and Ex-colonialism. Dans S. Herbrechter, I. Callus, M. Rossini, M. Grech, M. de Bruin-Molé, & C. J. Müller (Éds.), *Palgrave Handbook of Critical Posthumanism* (pp. 1-22). Plagrave Mac-Millan Cham. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-42681-1>
- Birkeland, S., Bogh, S. B., Pedersen, M. L., Kerring, J. H., Morsø, L., Tingleff, E. B., & Gildberg, F. A. (2024). Variation in opinions on coercion use among mental healthcare professionals: a questionnaire study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 78(5), 448-455. <https://doi.org/10.1080/08039488.2024.2341928>
- Blanchet, E. (2020). *Les interventions psy dans les communautés autochtones du Nord du Québec : la transculturation d'une pratique nomade* [Thèse de doctorat inédite]. Université de Montréal. <https://umontreal.scholaris.ca/bitstreams/48d477d0-e6a4-470a-a3e4-9ff80fd0d8de/download>
- Bonesteel, S. (2008). *Canada's relationship with Inuit: a history of policy and program development*. Affaires Indiennes et du Nord Canada. https://publications.gc.ca/collections/collection_2010/ainc-inac/R3-82-2008-eng.pdf

- Bornbaum, C. C., Kornas, K., Peirson, L., & Rosella, L. C. (2015). Exploring the function and effectiveness of knowledge brokers as facilitators of knowledge translation in health-related settings: a systematic review and thematic analysis. *Implementation Science*, 10. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4653833/pdf/13012_2015_Article_351.pdf
- Bradley, P., Cunningham, T., Lowell, A., Nagel, T., & Dunn, S. (2017). Secondary analysis of data can inform care delivery for Indigenous women in an acute mental health inpatient unit. *International Journal of Mental Health Nursing*, 26(1), 77-87. <https://doi.org/10.1111/inm.12289>
- Bradley, P., Dunn, S., Lowell, A., & Nagel, T. (2015). Acute mental health service delivery to Indigenous women: What is known? *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(6), 471-477. <https://doi.org/10.1111/inm.12161>
- Bradley, P., Lowell, A., Daiyi, C., Macklin, K., Nagel, T., & Dunn, S. (2021). It's a little bit like prison, but not that much: Aboriginal women's experiences of an acute mental health inpatient unit. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(4), 917-930. <https://doi.org/10.1111/inm.12843>
- Browne, A. J., Varcoe, C., Smye, V., Reimer-Kirkham, S., Lynam, M. J., & Wong, S. (2009). Cultural safety and the challenges of translating critically oriented knowledge in practice. *Nursing Philosophy*, 10(3), 167-179. <https://doi.org/10.1111/j.1466-769x.2009.00406.x>
- Browne, A. J., & Fiske, J. A. (2001). First Nations women's encounters with mainstream health care services. *Western journal of nursing research*, 23(2), 126-147. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/019394590102300203>
- Bujold, L. (2006). *La mort habitée. Le suicide chez les jeunes Inuit du Nunavik* [Thèse de doctorat inédite]. Université Laval. <http://www.collectionscanada.gc.ca/obj/thesescanada/vol2/002/NR21753.PDF>
- Butler, J. (1990). *Gender trouble: Feminism and the subversion of identity*. Routledge. <https://selforganizedseminar.files.wordpress.com/2011/07/butler-gender-trouble.pdf>
- Campinha-Bacote, J. (2002). The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: a model of care. *Journal of transcultural nursing*, 13(3), 181-184. <https://doi.org/10.1177/10459602013003003>

- Carlson, K., & Hall, J. M. (2014). Preventing Restraint and Seclusion: A Multilevel Grounded Theory Analysis. *SAGE Open*, 4(4).
<http://dx.doi.org/10.1177/2158244014556641>
- Catroux, M. (2002). Introduction à la recherche-action : modalités d'une démarche théorique centrée sur la pratique. *Les cahiers de l'APLIUT*, 21(3), 8-20.
<https://doi.org/10.4000/apliut.4276>
- Centre de Santé Inuulitsivik. (2024). *Soins et services*. <https://www.inuulitsivik.ca/soins-et-services/>
- Centre de santé Tulattavik de l'Ungava. (2024). Le Mémoire du Centre de santé Tulattavik de l'Ungava présenté à l'Institut québécois de réforme du droit et de la justice. Kuujuaq, QC. <https://www.iqrdj.ca/docs/memoires/rapport10.pdf>
- Centre de toxicomanie et de santé mentale. (2024). *La psychose*.
<https://www.camh.ca/fr/info-sante/index-sur-la-sante-mentale-et-la-dependance/la-psychose>
- Chandler, M. J., & Lalonde, C. (1998). Cultural continuity as a hedge against suicide in Canada's First Nations. *Transcultural psychiatry*, 35(2), 191-219.
<https://doi.org/10.1177/136346159803500202>
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. Sage.
- Chartrand, V. (2019). Unsettled times: Indigenous incarceration and the links between colonialism and the penitentiary in Canada. *Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice*, 61(3), 67-89. <https://muse.jhu.edu/article/730512>
- Chilisa, B. (2012). *Indigenous research methodologies*. SAGE Publications, Inc.
<https://us.sagepub.com/en-us/nam/indigenous-research-methodologies/book241776>
- Chinn, P. L., Kramer, M. K., & Sitzman, K. (2021). *Knowledge Development in Nursing. Theory and Process*. Elsevier. <https://shop.elsevier.com/books/knowledge-development-in-nursing/chinn/978-0-323-79300-1>
- Clarke, A. E. (2003). Situational Analyses: Grounded Theory Mapping After the Post-modern Turn. *Symbolic interaction*, 26(4), 553-576.
<https://doi.org/10.1525/si.2003.26.4.553>

- Clarke, A. E. (2005). *Situational Analysis: Grounded Theory After the Postmodern Turn*. Sage Publications, Inc. <https://psycnet.apa.org/doi/10.4135/9781412985833>
- Clarke, A. (2011). Feminism, Grounded Theory, and Situational Analysis Revisited. Dans S. N. Hesse-Biber (Éd.), *Handbook of Feminist Research: Theory and Praxis* (pp. 388). <https://doi.org/10.4135/9781483384740.n18>
- Clarke, A. E., Friese, C., & Washburn, R. S. (2018). *Situational Analysis: Grounded Theory After the Interpretive Turn* (2^e éd.). Sage. <https://study.sagepub.com/clarke2e>
- Comité permanent des affaires autochtones et du Nord. (2017). *Point de rupture : la crise de suicides dans les communautés autochtones*. Chambre des communes du Canada. <https://www.ourcommons.ca/Content/Committee/421/INAN/Reports/RP8977643/inanrp09/inanrp09-f.pdf>
- Comité sénatorial permanent des droits de la personne. (2021). *La stérilisation forcée et contrainte de personnes au Canada*. Sénat du Canada. https://senca-nada.ca/content/sen/committee/432/RIDR/reports/2021-06-03_ForcSterilization_F.pdf
- Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics. (2019). *Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics : écoute, réconciliation et progrès. Rapport final*. Gouvernement du Québec. https://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/DepotNumerique_v2/AffichageFichier.aspx?idf=233972
- Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (2019). *Guide d'accompagnement du Protocole de recherche des Premières Nations au Québec et au Labrador de l'APNQL*. Assemblée des Premières Nations du Québec et du Labrador. <https://files.cssspnql.com/index.php/s/IO9h4wX8ixjNecz>
- Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada, & Instituts de recherche en santé du Canada. (2022). *Énoncé de politique des trois Conseils. Éthique de la recherche avec des êtres humains*. Gouvernement du Canada. <https://ethics.gc.ca/fra/documents/tcps2-2022-fr.pdf>
- Coulthard, G. S. (2014). *Red Skin, White Masks: Rejecting the Colonial Politics of Recognition*. University of Minnesota Press. <https://www.jstor.org/stable/10.5749/j.ctt9qh3cv>

- Crabtree, B. F., & Miller, W. L. (1999). *Doing qualitative research* (2^e éd.). Sage Publications, Inc. <https://uk.sagepub.com/en-gb/eur/doing-qualitative-research/book245437>
- Curtis, E., Jones, R., Tipene-Leach, D., Walker, C., Loring, B., Paine, S.-J., & Reid, P. (2019). Why cultural safety rather than cultural competency is required to achieve health equity: a literature review and recommended definition. *International Journal for Equity in Health*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1082-3>
- Delli Colli, A. R., & Blanchet Garneau, A. (2024). Providing equity-oriented care and services: Perspectives of primary care nurses working in Nunavik Inuit communities. Witness: *The Canadian Journal of Critical Nursing Discourse*, 6(1), 8-20. <https://doi.org/10.25071/2291-5796.160>
- Danos, D., & Turin, M. (2021). Living language, Resurgent Radio: A Survey of Indigenous Language Broadcasting Initiatives. *Language Documentation & Conservation*, 15, 75-152. <https://scholarspace.manoa.hawaii.edu/bitstreams/1298ad1d-b698-45a7-8072-9de351b57f13/download>
- Dechaufour, L. (2008). Introduction au féminisme postcolonial. *Nouvelles questions féministes*, 27(2), 99-110. https://shs.cairn.info/article/NQF_272_0099/pdf?lang=fr
- Deleuze, G., & Guattari, F. (1980). *Capitalisme et schizophrénie 2. Mille plateaux*. Les Éditions de Minuit. <https://www.babelio.com/livres/Deleuze-Capitalisme-et-Schizophrenie-tome-2--Mille-Platea/4164>
- Derrida, J. (1967). *De la grammatologie*. Les Éditions de Minuit. <https://www.babelio.com/livres/Derrida-De-la-grammatologie/18215>
- Drown, C., Harding, T., & Marshall, R. (2018). Nurse perceptions of the use of seclusion in mental health inpatient facilities: have attitudes to Maori changed? *Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, 13(2), 100-111. <https://doi.org/10.1108/JMHTEP-12-2016-0055>
- Dupuis-Rossi, R. (2021). The Violence of Colonization and the Importance of Decolonizing Therapeutic Relationship: The Role of Helper in Centring Indigenous Wisdom. *International Journal of Indigenous Health*, 16(1), 108-117. <http://dx.doi.org/10.32799/ijih.v16i1.33223>
- Durey, A., Wynaden, D., Barr, L., & Ali, M. (2014). Improving forensic mental health care for Aboriginal Australians: challenges and opportunities. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(3), 195-202. <https://doi.org/10.1111/inm.12042>

- East, L., Heaslip, V., & Jackson, D. (2020). The symbiotic relationship of vulnerability and resilience in nursing. *Contemporary Nurse*, 56(1), 14-22.
<https://doi.org/10.1080/10376178.2019.1670709>
- Éducaloi. (2025). *Les soins forcés*. <https://educaloi.qc.ca/capsules/les-soins-forces/>
- Elliott-Groves, E. (2018). Insights from Cowichan: A Hybrid Approach to Understanding Suicide in One First Nations' Collective. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 48(3), 328-339. <https://doi.org/10.1111/sltb.12364>
- Evans, D., & Pearson, A. (2001). Systematic reviews of qualitative research. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 5(3), 111-119. <https://doi.org/10.1054/cein.2001.0219>
- Ferrazzi, P., & Krupa, T. (2016). "Symptoms of something all around us": Mental health, Inuit culture, and criminal justice in Arctic communities in Nunavut, Canada. *Social Science & Medicine*, 165, 159-167.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.07.033>
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2022). *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives* (4^e éd.). Chenelière Éducation.
<https://www.cheneliere.ca/fr/bundle-fondements-et-etapes-du-processus-de-recherche-4e-ed-9782765073567.html>
- Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir*. Gallimard. <https://www.gallimard.fr/catalogue/surveiller-et-punir/9782070291793>
- Fournier, C. (2017). *Parcours d'apprentissage et processus de structuration des compétences-clé en milieu extrême : le cas des infirmières dans les dispensaires du Nunavik*. HEC Montréal. <https://biblos.hec.ca/biblio/theses/2017NO18.pdf>
- Framarin, A., & Déry, V. (2021). *Les revues narratives : fondements scientifiques pour soutenir l'établissement de repères institutionnels*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2780>
- Freitas, D. F., Walker, S., Nyikavaranda, P., Downs, J., Patel, R., Khondoker, M., Bhui, K., & Hayes, R. D. (2023). Ethnic inequalities in involuntary admission under the Mental Health Act: an exploration of mediation effects of clinical care prior to the first admission. *British Journal of Psychiatry*, 222(1), 27-36.
<https://doi.org/10.1192/bjp.2022.141>
- Gagné-Julien, A. M. (2022). Medicalization, Contributory Injustice, and Mad Studies. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 32(4), 401-434.
<https://doi.org/10.1353/ken.2022.0023>

- Gaulin, D. (2018). *Doubles stigmates : au croisement de la judiciarisation et de la folie* [Mémoire de maîtrise inédit]. Université de Montréal. <https://umontreal.scholaris.ca/bitstreams/eb25d1f3-9514-4889-b5cb-36b00de54a4a/download>
- Gaulin, D. (2021). Des savoirs en tension : la construction des savoirs en santé mentale et la place des savoirs autochtones dans l'organisation des services. *Revue canadienne de service social*, 38(2), 87-111. <https://www.erudit.org/en/journals/cswr/2021-v38-n2-cswr06746/1086121ar.pdf>
- Gélineau, L., Dufour, É., & Bélisle, M. (2012). Quand recherche-action participative et pratiques AVEC se conjuguent : enjeux de définition et d'équilibre des savoirs. *Recherches qualitatives*, 13, 35-54. http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hors_serie_v13/RQ%20HS%2013%20%20G%E2%80%9Alineau%20et%20al.pdf
- Gibbs, A., Dawson, J., Forsyth, H., Mullen, R., & Te Oranga Tonu Tanga (Maori Mental Health Team). (2004). Maori experience of community treatment orders in Otago, New Zealand. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(10), 830-835. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2004.01468.x>
- Giloux, N. (2018). Interroger les mesures coercitives en psychiatrie. *L'information psychiatrique*, 94(3), 195-202. https://stm.cairn.info/article/INPSY_9403_0195/pdf?lang=fr
- Gone, J. P., & Trimble, J. E. (2012). American Indian and Alaska Native mental health: Diverse perspectives on enduring disparities. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 131-160. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143127>
- Gough, H. R. (2013). *Colonization and madness: Involuntary psychiatric commitment law and policy frameworks as applied to American Indians* [Thèse de doctorat inédite]. Université d'État de l'Arizona. https://d1rbsgp-pyrdqq4.cloudfront.net/s3fs-public/c7/81598/Gough_asu_0010E_12727.pdf?versionId=rd_MDnPBbW02kmM_6yyZQVYJHrDLqSPG&X-Amz-Content-Sha256=UNSIGNED-PAYLOAD&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Credential=AKIASBVQ3ZQ4YNQVYJLW/20250515/us-west-2/s3/aws4_request&X-Amz-Date=20250515T163042Z&X-Amz-SignedHeaders=host&X-Amz-Expires=120&X-Amz-Signature=4baa17518f50b36b8c809bc536d0f9f3706b5e67e8064074c5c126aee3f190f8
- Gouvernement du Québec. (2021). *Nord-du-Québec (région 10)*. <https://www.quebec.ca/gouvernement/portrait-quebec/geographie-territoire/regions-administratives/nord-du-quebec>

- Gouvernement du Québec (2024). *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* (à jour au 30 novembre 2024). <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/P-38.001>
- Green, B. N., Johnson, C. D., & Adams, A. (2006). Writing narrative literature reviews for peer-reviewed journals: Secrets of the trade. *Journal of Chiropractic Medicine*, 5(3), 101-117. [https://doi.org/10.1016/S0899-3467\(07\)60142-6](https://doi.org/10.1016/S0899-3467(07)60142-6)
- Greenhalgh, T., Thorne, S., & Malterud, K. (2018). Time to challenge the spurious hierarchy of systematic over narrative reviews? *European Journal of Clinical Investigation*, 48(6), e12931. <https://doi.org/10.1111/eci.12931>
- Grzanka, P. R. (2021). The shape of knowledge: Situational analysis in counseling psychology research. *Journal of Counseling Psychology*, 68(3), 316-330. <https://doi.org/10.1037/cou0000527>
- Guha, R. (1982). *Subaltern Studies I: Writings on Indian History and Society*, pp. 1-8, New Delhi: Oxford University Press.
- Guha, R., & Spivak, G. C. (1988). *Selected subaltern studies*. Oxford University Press. https://archive.org/download/dli.bengal.10689.12740/10689.12740_text.pdf
- Hajizadeh, M., Bombay, A., & Asada, Y. (2019). Socioeconomic inequalities in psychological distress and suicidal behaviours among Indigenous peoples living off-reserve in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 191(12), E325-E336. <https://www.cmaj.ca/content/cmaj/191/12/E325.full.pdf>
- Harman, K., & Grant, E. (2014). 'Impossible to Detain... without Chains?': The use of Restraints on Aboriginal People in Policing and Prisons. *History Australia*, 11(3), 157-176. <https://doi.org/10.1080/14490854.2014.11668538>
- Haraway, D. (1988). Situated knowledges: The science question in feminism and the privilege of partial perspective 1. In *Women, science, and technology* (pp. 455-472). Routledge. <https://doi.org/10.2307/3178066>
- Hem, M. H., Gjerberg, E., Husum, T. L., & Pedersen, R. (2018). Ethical challenges when using coercion in mental healthcare: a systematic literature review. *Nursing ethics*, 25(1), 92-110. <https://doi.org/10.1177/0969733016629770>
- Hervé, C. (2015). *Le pouvoir vient d'ailleurs. Leadership et coopération chez les Inuits du Nunavik*. Presses de l'Université Laval. <https://www.pulaval.com/livres/le-pouvoir-vient-d-ailleurs-leadership-et-cooperation-chez-les-inuits-du-nunavik>

- Hervé, C. (2019). Services publics et autonomie chez les Inuit du Nunavik (Arctique québécois). Perspectives ontologiques sur la gouverne des communs sociaux. *Anthropologie et Sociétés*, 43(2), 131-151. <https://doi.org/10.7202/1067023ar>
- Hicks, J., Bjerregaard, P., & Berman, M. (2007). The Transition from the Historical Inuit Suicide Pattern to the Present Inuit Suicide Pattern. *Aboriginal Policy Research Consortium International*, 4, 39-53. <https://ir.lib.uwo.ca/cgi/viewcontent.cgi?article=1331&context=aprci>
- Holman, G., O'Brien, A. J., & Thom, K. (2018). Police and mental health responses to mental health crisis in the Waikato region of New Zealand. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(5), 1411-1419. <https://doi.org/10.1111/inm.12440>
- Holmes, D., Roy, B., & Perron, A. (2008). The use of postcolonialism in the nursing domain: colonial patronage, conversion, and resistance. *Advances in Nursing Science*, 31(1), 42-51. <https://doi.org/10.1097/01.ans.0000311528.73564.83>
- Honneth, A. (2006). *La société du mépris*. La Découverte. https://www.editionslade-couverte.fr/la_societe_du_mepri-9782707153814
- Hooks, B. (1989). Choosing the margin as a space of radical openness. *Framework: The Journal of Cinema and Media*, 36, 15-23. <https://www.jstor.org/stable/44111660>
- Hop Wo, N. K., Anderson, K. K., Wylie, L., & MacDougall, A. (2020). The prevalence of distress, depression, anxiety, and substance use issues among Indigenous post-secondary students in Canada. *Transcultural Psychiatry*, 57(2), 263-274. <https://doi.org/10.1177/1363461519861824>
- Houston, K. G., Mariotto, M., & Hays, J. R. (2001). Outcomes for psychiatric patients following first admission: relationships with voluntary and involuntary treatment and ethnicity. *Psychological Reports*, 88(3 Pt 2), 1012-1014. <https://doi.org/10.2466/pr0.2001.88.3c.1012>
- Hui, A., Middleton, H., & Völlm, B. (2013). Coercive measures in forensic settings: findings from the literature. *International Journal of Forensic Mental Health*, 12(1), 53-67. <http://dx.doi.org/10.1080/14999013.2012.740649>
- Hunter, K., & Cook, C. (2020). Indigenous nurses' practice realities of cultural safety and socioethical nursing. *Nursing Ethics*, 27(6), 1472-1483. <https://doi.org/10.1177/0969733020940376>
- Inuit Tapiriit Kanatami (ITK). (2009). *Alianait Inuit Mental Wellness Action Plan*. Ottawa, ON: ITK.

- Inuit Tapiriit Kanatami. (2018). *Stratégie nationale inuite sur la recherche*. https://www.itk.ca/wp-content/uploads/2018/04/ITK_NISR-Report_French_low_res.pdf
- Isaak, C. A., Campeau, M., Katz, L. Y., Enns, M. W., Elias, B., Sareen, J., & Swampy Cree Suicide Prevention Team. (2010). Community-based Suicide Prevention Research in Remote On-Reserve First Nations Communities. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 8, 258-270. <https://doi.org/10.1007/s11469-009-9250-0>
- Isobel, S. (2020). *Trauma, intergenerational trauma and Trauma Informed Care in mental health services: A poststructuralist qualitative inquiry* [Thèse de doctorat inédite]. Université de Sydney. https://ses.library.usyd.edu.au/bitstream/handle/2123/23918/isobel_s_thesis_r.pdf?sequence=5&isAllowed=y
- Isobel, S., McCloughen, A., Goodyear, M., & Foster, K. (2021). Intergenerational Trauma and Its Relationship to Mental Health Care: A Qualitative Inquiry. *Community Mental Health Journal*, 57(4), 631-643. <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00698-1>
- Iversen, K. I., Høyer, G., & Sexton, H. C. (2007). Coercion and patient satisfaction on psychiatric acute wards. *International Journal of Law and Psychiatry*, 30(6), 504-511. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2007.09.001>
- Johnson, R. B., & Christensen, L. B. (2024). *Educational research: Quantitative, qualitative, and mixed approaches*. Sage. https://www.researchgate.net/profile/R-Johnson-10/publication/264274753_Educational_Research_Quantitative_Qualitative_and_Mixed_Approaches_Fifth_Edition/links/54ce6ea40cf24601c0916952/Educational-Research-Quantitative-Qualitative-and-Mixed-Approaches-Fifth-Edition.pdf?tp=eyJjb250ZXh0Ijp7ImZpcnN0UGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIiwicGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIn19
- Joseph, A. J. (2015). The necessity of an attention to Eurocentrism and colonial technologies: an addition to critical mental health literature. *Disability & Society*, 30(7), 1021-1041. <https://doi.org/10.1080/09687599.2015.1067187>
- Joseph, A. J. (2019). Constituting “Lived Experience” Discourses in Mental Health: The Ethics of Racialized Identification/Representation and the Erasure of Intergeneration Colonial Violence. *Journal of Ethics in Mental Health*, 10. https://www.researchgate.net/profile/Ameil-Joseph/publication/334466637_Constituting_Lived_Experience_Discourses_in_Mental_Health_The_Ethics_of_Racialized_IdentificationRepresentation_and_the_Erasure_of_Intergeneration_Colonial_Violence/links/5d2ca01d92851cf4408701de/Constituting-Lived-Experience-

- [Discourses-in-Mental-Health-The-Ethics-of-Racialized-Identification-Representation-and-the-Erasure-of-Intergeneration-Colonial-Violence.pdf? tp=eyJjb250ZXh0Ijp7Im-ZpcnN0UGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uliwicGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIn19](#)
- Jugessur, T., & Iles, I. K. (2009). Advocacy in mental health nursing: an integrative review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(2), 187-195. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2008.01315.x>
- Kerig, P. K., Bennett, D. C., Chaplo, S. D., Modrowski, C. A., & McGee, A. B. (2016). Numbing of Positive, Negative, and General Emotions: Associations With Trauma Exposure, Posttraumatic Stress, and Depressive Symptoms Among Justice-Involved Youth. *Journal of Traumatic Stress*, 29(2), 111-119. <https://doi.org/10.1002/jts.22087>
- Kilbourne, A. M., Bauer, M. S., Pincus, H., Williford, W. O., Kirk, G. F., Beresford, T., & Veterans Administration (VA) Cooperative Study #430 Team. (2005). Clinical, psychosocial, and treatment differences in minority patients with bipolar disorder. *Bipolar disorders*, 7(1), 89-97. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2004.00161.x>
- Kirikiri, A., Young, G., Beaglehole, B., & Newton-Howes, G. (2024). The perspectives of Māori on community treatment orders: A thematic analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 58(12), 1055-1061. <https://doi.org/10.1177/00048674241285172>
- Kirkham, S. R., & Anderson, J. M. (2002). Postcolonial nursing scholarship: from epistemology to method. *Advances in Nursing Science*, 25(1), 1-17. <https://doi.org/10.1097/00012272-200209000-00004>
- Kirmayer, L. J. (2012). Rethinking cultural competence. *Transcultural Psychiatry*, 49(2), 149-164. <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1363461512444673?download=true>
- Kirmayer, L. J., Brass, G. M., & Tait, C. L. (2000). The mental health of Aboriginal peoples: Transformations of identity and community. *The Canadian journal of psychiatry*, 45(7), 607-616. <https://doi.org/10.1177/070674370004500702>
- Kirmayer, L. J., Fletcher, C., & Boothroyd, L. J. (1998). Suicide among the Inuit of Canada. Dans A. Leenaars, I. Sakinofsky, S. Wenckstern, R. Dyck, M. Kral, & R. Bland (Éds.), *Suicide in Canada* (pp. 189-211). University of Toronto Press. https://www.researchgate.net/profile/Laurence-Kirmayer/publication/234008488_Suicide_among_the_Inuit_of_Canada/links/56c8abe708ae96cdd06bb074/Suicide-among-the-Inuit-of-

- [Canada.pdf? tp=eyJjb250ZXh0lp7Im-ZpcnN0UGFnZSI6lnB1YmxpY2F0aW9uliwicGFnZSI6lnB1YmxpY2F0aW9uIn19](#)
- Kirmayer, L. J., Fletcher, C., Corin, E., & Boothroyd, L. J. (1994). *Inuit concepts of mental health and illness: an ethnographic study*. Hôpital général juif de Montréal. <http://www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/santecom/35567000032158.pdf>
- Kirmayer, L., Simpson, C., & Cargo, M. (2003). Healing traditions: culture, community and mental health promotion with Canadian Aboriginal peoples. *Australasian Psychiatry*, 11(suppl. 1), S15-S23. <https://doi.org/10.1046/j.1038-5282.2003.02010.x>
- Kisely, S., Moss, K., Boyd, M., & Siskind, D. (2020). Efficacy of compulsory community treatment and use in minority ethnic populations: A statewide cohort study. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 54(1), 76-88. <https://doi.org/10.1177/0004867419877690>
- Kisely, S., & Xiao, J. (2018). Cultural and linguistic diversity increases the likelihood of compulsory community treatment. *Schizophrenia Research*, 197, 104-108. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.12.005>
- Kitson, A., Harvey, G., & McCormack, B. (1998). Enabling the implementation of evidence based practice: a conceptual framework. *Quality in Health Care*, 7(3), 149-158. <https://doi.org/10.1136/qshc.7.3.149>
- Kral, M. J. (2012). Postcolonial suicide among Inuit in Arctic Canada. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 36(2), 306-325. <https://doi.org/10.1007/s11013-012-9253-3>
- Kral, M. J., Wiebe, P. K., Nisbet, K., Dallas, C., Okalik, L., Enuaraq, N., & Cinotta, J. (2009). Canadian Inuit community engagement in suicide prevention. *International Journal of Circumpolar Health*, 68(3), 292-308. <https://doi.org/10.3402/ijch.v68i3.18330>
- Krieger, E., Moritz, S., Weil, R., & Nagel, M. (2018). Patients' attitudes towards and acceptance of coercion in psychiatry. *Psychiatry Research*, 260, 478-485. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.12.029>
- Labelle, M.-P., & Martin, P. (2017). De la théorie postcoloniale en sciences infirmières : une mise en regard de ses fondements et une analyse critique du concept de sécurité culturelle. *Aporia*, 9(1), 19-28. <https://uottawa.scholarsportal.info/ottawa/index.php/aporia/article/view/2786/3255>

- Lacoursière, A., & Larouche, V. (2024, 23 octobre). Enquête à l'Institut de santé mentale Douglas après le décès d'un patient, *La Presse*. <https://www.lapresse.ca/actualites/justice-et-faits-divers/2024-10-23/enquete-a-l-institut-de-sante-mentale-douglas-apres-le-deces-d-un-patient.php>
- Lai, J., Jury, A., Tuason, C., Basabas, M. C., Swanson, C., Weir-Smith, K., Wharakura, M.-K., Taurua, T., Garrett, N., & McKenna, B. (2024). Seclusion within the first 24 h following admission into inpatient mental health services and associations with referral pathways, recent service contact and HoNOS ratings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 31(3), 417-429. <https://doi.org/10.1111/jpm.12999>
- Laneuville, P. (2020). La recherche participative en contexte inuit : quelques réflexions autour des concepts de réciprocité, d'épistémologie relationnelle et de transfert des connaissances. Dans M. Châteauneuf, & A. Haroun (Dir.). *Regards croisés sur la transmission. Actes du 2^{ème} colloque annuel du département d'anthropologie à l'UdeM (CADA), 2019* (pp. 153-181). Éditions Anthro. <https://umon-treal.scholaris.ca/bitstreams/c4b7f1db-d3dc-4fd7-822e-7ffde0f61602/download>
- Larsen, I. B., & Terkelsen, T. B. (2014). Coercion in a locked psychiatric ward: Perspectives of patients and staff. *Nursing Ethics*, 21(4), 426-436. <https://doi.org/10.1177/0969733013503601>
- Laugrand, F. B., & Oosten, J. G. (2010). *Inuit shamanism and Christianity: Transitions and transformations in the twentieth century*. McGill-Queen's University Press. <https://www.jstor.org/stable/j.cttq4857>
- Lessard, L. (2015). *Troubles mentaux courants et soins de santé en région isolée : évaluation des soins offerts dans les services de santé de première ligne aux personnes avec un trouble dépressif ou anxieux au Nunavik* [Thèse de doctorat inédite]. Université Laval. <https://www.fsi.ulaval.ca/sites/default/files/documents/pdf/evenements/2015/soutenance-lily-lessard-20-04-2015.pdf>
- Lessard, L., Bergeron, O., Fournier, L., & Bruneau, S. (2008). *Contextual study of mental health services in Nunavik: Étude contextuelle sur les services de santé mentale au Nunavik*. Institut national de santé publique du Québec. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/869_mentalhealthnunavik.pdf
- Lessard, L., Fournier, L., Gauthier, J., & Morin, D. (2015). Continuum of care for persons with common mental health disorders in Nunavik: a descriptive study. *International Journal of Circumpolar Health*, 74, 27186. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4433488/pdf/IJCH-74-27186.pdf>

- Lessard-Deschênes, C., Pariseau-Legault, P., Billé, V., Sergerie-Richard, S., Hudson, E., Silva, B., Drouin, J.-S., Désilet, M & Goulet, M. H. (2025). Factors associated with perceived coercion in adults receiving psychiatric care: A scoping review. *Healthcare*, 13(15), 1868. <https://doi.org/10.3390/healthcare13151868>
- Lévesque, M. (2022). Une histoire des services de santé, des services sociaux et des services de protection de la jeunesse au Nunavik : Portrait de la littérature (Note de recherche). *Études Inuit Studies*, 46(1), 155-176. <https://doi.org/10.7202/1096505ar>
- Lockwood, C., Munn, Z., & Porritt, K. (2015). Qualitative research synthesis: methodological guidance for systematic reviewers utilizing meta-aggregation. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 13(3), 179-187. <https://doi.org/10.1097/xeb.0000000000000062>
- Lux, M. (2016). *Separate Beds: A History of Indian Hospitals in Canada, 1920s-1980s*. University of Toronto Press. https://www.researchgate.net/publication/307589736_Separate_Beds_A_History_of_Indian_Hospitals_in_Canada_1920s-1980s
- Martuccelli, D. (2017). Pour et contre le postcolonialisme. *Cités*, (4), 25-39. https://shs.cairn.info/article/CITE_072_0025/pdf?lang=fr
- Mathar, T. (2008). Review essay: Making a Mess with Situational Analysis? *Forum: Qualitative Social Research (Forum Qualitative Sozialforschung)*, 9(2). <https://doi.org/10.17169/fqs-9.2.432>
- Mackay, J.-S. (2018). *Idiomes culturels de détresse et de résilience au Nunavik et au Nunavut : paroles, espaces et lieux de souffrance et de guérison* [Examen de doctorat]. Université Laval.
- McGibbon, E., Mulaudzi, F. M., Didham, P., Barton, S., & Sochan, A. (2014). Toward decolonizing nursing: the colonization of nursing and strategies for increasing the counter-narrative. *Nursing Inquiry*, 21(3), 179-191. <https://doi.org/10.1111/nin.12042>
- McIntyre, C., Harris, M. G., Baxter, A. J., Leske, S., Diminic, S., Gone, J. P., Hunter, E., & Whiteford, H. (2017). Assessing service use for mental health by Indigenous populations in Australia, Canada, New Zealand and the United States of America: a rapid review of population surveys. *Health Research Policy and Systems*, 15(1), 67. <https://doi.org/10.1186/s12961-017-0233-5>
- McLeod, M., King, P., Stanley, J., Lacey, C., & Cunningham, R. (2017). Ethnic disparities in the use of seclusion for adult psychiatric inpatients in New Zealand. *New*

- Zealand Medical Journal*, 130(1454), 30-39. <https://nzmj.org.nz/media/pages/journal/vol-130-no-1454/ethnic-disparities-in-the-use-of-seclusion-for-adult-psychiatric-inpatients-in-new-zealand/1306135533-1696478038/ethnic-disparities-in-the-use-of-seclusion-for-adult-psychiatric-inpatients-in-new-zealand.pdf>
- Mfoafo-M'Carthy, M. (2014). Community treatment orders and the experiences of ethnic minority individuals diagnosed with serious mental illness in the Canadian mental health system. *International Journal for Equity in Health*, 13(1), 69. <https://doi.org/10.1186/s12939-014-0069-3>
- Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldaña, J. (2014). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook* (3^e éd.). Sage.
- Milligan, L. (2016). Insider-outsider-inbetween? Researcher positioning, participative methods and cross-cultural educational research. *Compare: A Journal of Comparative and International Education*, 46(2), 235-250. <https://doi.org/10.1080/03057925.2014.928510>
- Milloy, J. S. (1999). A national crime: *The Canadian government and the residential school system, 1879 to 1986* (Vol. 11). University of Manitoba Press.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2002). *Plan d'action. Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques*. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2002/02-812-01.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2009). *Guide d'accompagnement : Droits en santé mentale*. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2009/09-914-05F.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021). *La sécurisation culturelle en santé et en services sociaux : Vers des soins et des services culturellement sécurisants pour les Premières Nations et les Inuit* (édition mars 2021). Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-613-02W.pdf>
- Mulla, S. (2014). *The Violence of Care: Rape Victims, Forensic Nurses and Sexual Assault Intervention*. New York University Press.
- Nairn, S. (2012). A critical realist approach to knowledge: Implications for evidence-based practice in and beyond nursing. *Nursing Inquiry*, 19(1), 6-17. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1440-1800.2011.00566.x>

- National Collaborating Centre for Indigenous Health (NCCIH). (2022). Understanding Indigenous health inequalities through a social determinants framework. Prince George, Colombie-Britannique : NCCIH.
- Nelstrop, L., Chandler-Oatts, J., Bingley, W., Bleetman, T., Corr, F., Cronin-Davis, J., Fraher, D.-M., Hardy, P., Jones, S., Gournay, K., Johnston, S., Pereira, S., Pratt, P., Tucker, R., & Tsuchiya, A. (2006). A systematic review of the safety and effectiveness of restraint and seclusion as interventions for the short-term management of violence in adult psychiatric inpatient settings and emergency departments. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 3(1), 8-18.
<https://doi.org/10.1111/j.1741-6787.2006.00041.x>
- Newton-Howes, G., Lacey, C. J., & Banks, D. (2014). Community treatment orders: the experiences of Non-Maori and Maori within mainstream and Maori mental health services. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(2), 267-273.
<https://doi.org/10.1007/s00127-013-0734-7>
- Newton-Howes, G., & Mullen, R. (2011). Coercion in psychiatric care: systematic review of correlates and themes. *Psychiatric Services*, 62(5), 465-470.
https://doi.org/10.1176/ps.62.5.pss6205_0465
- Office of the Surgeon General of the United States, Center of Mental Health Services of the United States, & National Institute of Mental Health of the United States. (2001). Mental health: Culture, race, and ethnicity. A supplement to Mental health. A report of the Surgeon General. Substance Abuse and Mental Health Services Administration of the United States. <https://pub-med.ncbi.nlm.nih.gov/20669516/>
- 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. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01641.x>
- O'Neil, J. D. (1979). *Health care delivery in an Inuit settlement: A study of conflict and congruence in Inuit adaptation to the cosmopolitan medical system*, mémoire de maîtrise, University of Saskatchewan. <https://harvest.usask.ca/items/7c2ffd16-e53a-4cd5-a217-16dcbfbff61c>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2004). *La reconnaissance de la pratique infirmière en région éloignée. Mémoire du Comité consultatif sur la reconnaissance de la spécificité de la pratique infirmière en région éloignée*.
https://www.oiiq.org/archives/www.oiiq.org/sites/default/files/188M_doc.pdf

- Organisation mondiale de la santé. (2013). *Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89969/9789242506020_fre.pdf
- Organisation mondiale de la santé. (2021, 10 juin). *De nouvelles orientations de l'OMS pour mettre fin aux violations des droits humains dans le cadre des soins de santé mentale* [Communiqué de presse]. <https://www.who.int/fr/news/item/10-06-2021-new-who-guidance-seeks-to-put-an-end-to-human-rights-violations-in-mental-health-care>
- Organisation mondiale de la santé. (2022). *Rapport mondial sur la santé mentale : transformer la santé mentale pour tous. Vue d'ensemble*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/356117>
- Papps, E., & Ramsden, I. (1996). Cultural safety in nursing: The New Zealand experience. *International Journal for Quality in Health Care*, 8(5), 491-497. <https://doi.org/10.1093/intqhc/8.5.491>
- Paradis-Gagné, E., Pelosse, D., Pariseau-Legault, P., Brisebois, L., & Cader, M. (2025). Nurses' experiences of using coercion in forensic and non-forensic settings: A constant comparative analysis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 32(4), 838-849. <https://doi.org/10.1111/jpm.13159>
- Pariseau-Legault, P., & Paradis-Gagné, É. (2024). Réification et lutte pour la reconnaissance en psychiatrie. Dans P. Krol, & D. Holmes (Éds.), *Philosophies et sciences infirmières : contributions essentielles à la discipline* (pp. 197-226). Presses de l'Université Laval. <https://www.pulaval.com/livres/philosophies-et-sciences-infirmieres-contributions-essentielles-a-la-discipline>
- Pariseau-Legault, P. (2017). Vers une meilleure compréhension des dimensions médico-légales de la pratique infirmière: Une réflexion sur la pertinence de l'analyse sociojuridique. *Aporia*, 9(2), 14-25. <https://doi.org/10.18192/aporia.v9i2.2780>
- Pariseau-Legault, P., Pelosse, D., Bernheim, E., Goulet, M. H., Ouellet, G., Labrecque-Lebeau, L., ... & Holmes, D. (2025a). When Psychiatric Services Become a Waiting Room: Situational Analysis of Involuntary Commitment and Treatment as Experienced by Patients and Nurses. *Clinical Nursing Research*, 34(3-4), 168-178. <https://doi.org/10.1177/10547738251321067>
- Pariseau-Legault, P., Ouellet, G., Bernheim, E., Goulet, M. H., Jacob, J. D., Labrecque-Lebeau, L., & Holmes, D. (2025b). Formal Coercion and the Moral Division of Labor: Moving Beyond Role Conflicts in Psychiatric Nursing. *Journal of*

- Psychiatric and Mental Health Nursing*, 32(5), 1232-1243.
<https://doi.org/10.1111/jpm.70016>
- Pariseau-Legault, P., Vallée-Ouimet, S., Jacob, J. D., & Goulet, M. H. (2020). Intégration des droits humains dans la pratique du personnel infirmier faisant usage de coercition en santé mentale : recension systématique des écrits et méta-ethnographie. *Recherche en soins infirmiers*, 142, 53-76.
<https://doi.org/10.3917/rsi.142.0053>
- Pathak, V., Jena, B., & Kalra, S. (2013). Qualitative research. *Perspectives in Clinical Research*, 4(3), 192. <http://dx.doi.org/10.4103/2229-3485.115389>
- Penney, C., Senécal, S., & Bobet, E. (2009). Mortalité par suicide dans les collectivités inuites au Canada : taux et effets des caractéristiques des collectivités. *Cahiers québécois de démographie*, 38(2), 311-343. <https://doi.org/10.7202/044818ar>
- Pepin, J., Bourbonnais, A., & Ducharme, F. (2024). *La pensée infirmière* (5^e éd.). Chenelière Éducation. <https://www.cheneliere.ca/fr/la-pensee-infirmiere-5e-edition.html>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (10^e éd.). Wolters Kluwer. <https://www.bookfinder.com/isbn/9781496300232/>
- Protecteur du citoyen. (2011). *Les difficultés d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* (L.R.Q., c.P-38.001). Gouvernement du Québec. https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/pdf/rapports_speciaux/2011-02_P-38.pdf
- Purnell, L. (2002). The Purnell Model for Cultural Competence. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 193-196. <https://doi.org/10.1177/10459602013003006>
- Qasim, T. B., Sahar, A., Nihal, T., & Bashir, A. (2022). The Effect of Overthinking on Mental Health: A Case Study from University Students in Multan District. *Review of Applied Management and Social Sciences*, 5(2), 255-262.
<http://dx.doi.org/10.47067/ramss.v5i2.233>
- Quintin, J. (2020). La face cachée de la coercition : une herméneutique de l'ambivalence. *Revue canadienne de bioéthique*, 3(2), 4-13.
<https://doi.org/10.7202/1073542ar>

- Qumaq, T. (1991). Inuit uqausillaringit. Les véritables mots inuit, un dictionnaire des définitions en inuktitut du Nunavik (Québec arctique). Inuksiutiit Katimajit Inc., & Institut culturel Avataq.
- Racine, L. (2003). Implementing a postcolonial feminist perspective in nursing research related to non-Western populations. *Nursing Inquiry*, 10(2), 91-102. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1800.2003.00169.x>
- Ramsden, I. (2002). *Cultural Safety and Nursing Education in Aotearoa and Te Waipounamu* [Thèse de doctorat inédite]. Université Victoria de Wellington. https://www.nzno.org.nz/Portals/0/Files/Documents/Services/Library/2002%20RAMSDEN%20I%20Cultural%20Safety_Full.pdf
- Rasing, W. C. E. (1994). 'Too many people': order and nonconformity in Iglulingmiut social process [Thèse de doctorat inédite]. Université catholique de Louvain. https://repository.ubn.ru.nl/bitstream/handle/2066/145738/mmubn000001_174423535.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Richardson, S., & Williams, R. (2007). Why is cultural safety essential in health care? *Medical Law*, 26(4), 699-707. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18284111/>
- Rogers, S., Keogh, R., & Pearson, J. (2021). Hallucinations on demand: the utility of experimentally induced phenomena in hallucination research. *Philosophical Transactions of the Royal Society B*, 376. <https://doi.org/10.1098/rstb.2020.0233>
- Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik. (2025a). À propos. <https://nrbhss.ca/fr/la-rrsssn/%C3%A0-propos>
- Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik. (2025b). Planification et programmation. <https://nrbhss.ca/fr/la-rrsssn/planification-et-programmation>
- Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik. (2025c). La réalité de la LPP au Nunavik. <https://nrbhss.ca/fr/la-rr-%C3%A9alit%C3%A9-de-la-lpp-au-nunavik>
- Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik. (2025d). Prévention du suicide. <https://nrbhss.ca/fr/la-rrsssn/planification-et-programmation/pr%C3%A9vention-du-suicide>
- Saïd, E. W. (2005). *L'Orientalisme. L'Orient créé par l'Occident* (C. Malamoud, Trad.). Éditions du Seuil. (Ouvrage original publié en 1978.) <https://www.seuil.com/ouvrage/l-orientalisme-l-orient-cree-par-l-occident-edward-w-saïd/9782020792936>

- Salinas-Perez, J. A., Gutierrez-Colosia, M. R., Furst, M. A., Suontausta, P., Bertrand, J., Almeda, N., Mendoza, J., Rock, D., Sadeniemi, M., Cardoso, G., & Salvador-Carulla, L. (2020). Patterns of mental health care in remote areas: Kimberley (Australia), Nunavik (Canada), and Lapland (Finland): Modèles de soins de santé mentale dans les régions éloignées : Kimberley (Australie), Nunavik (Canada) et Laponie (Finlande). *The Canadian Journal of Psychiatry*, 65(10), 721-730. <https://doi.org/10.1177/0706743720944312>
- Sambrano, R., & Cox, L. (2013). 'I sang Amazing Grace for about 3 hours that day': Understanding Indigenous Australians' experience of seclusion. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22(6), 522-531. <https://doi.org/10.1111/inm.12015>
- Santos, B. (2015). *Epistemologies of the South: Justice against epistemicide*. Routledge. DOI 10.4324/9781315634876
- Simpson, E., & Courtney, M. (2002). Critical thinking in nursing education: Literature review. *International Journal of Nursing Practice*, 8(2), 89-98. <https://doi.org/10.1046/j.1440-172x.2002.00340.x>
- Simpson, L. B. (2017). *As We Have Always Done: Indigenous Freedom Through Radical Resistance*. University of Minnesota Press. <https://www.jstor.org/stable/10.5749/j.ctt1pwt77c>
- Smith, D. E. (1987). *The Everyday World as Problematic: A Feminist Sociology*. Northeastern University Press. <https://archive.org/details/everydayworldasp00smit>
- Smith, L. T. (2021). *Decolonizing Methodologies: Research and Indigenous Peoples* (3^e éd.). Zed Books. <https://archive.org/details/decolonizingmeth0000smit>
- Smye, V., & Browne, A. J. (2002). 'Cultural safety' and the analysis of health policy affecting aboriginal people. *Nurse researcher*, 9(3), 42-56. <https://doi.org/10.7748/nr2002.04.9.3.42.c6188>
- Société Makivik (2012). *Mémoire sur l'itinérance inuit à Montréal. Présenté au Front d'action populaire en réaménagement urbain dans le cadre de la Commission populaire itinérante sur le droit au logement*. <https://www.homelesshub.ca/sites/default/files/attachments/INUIT%20HOMELESSNESS%20-%20FRAPRU%20MEMOIRE%20FRANCAIS%20PRESENTE%20LE%207%20NOVEMBRE%202012%20A%20MONTREAL.pdf>
- Statistique Canada. (2018). *Hospitalisations en soins de courte durée pour troubles mentaux et troubles du comportement chez les Premières Nations*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2018006/article/54971-fra.htm>

- Statistique Canada. (2024, 4 novembre). Accès aux soins de santé et expériences connexes des peuples autochtones, 2024. *Le Quotidien*.
<https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/241104/dq241104a-fra.htm>
- Stote, K. (2012). The coercive sterilization of aboriginal women in Canada. *American Indian Culture and Research Journal*, 36(3), 117-150. <https://doi.org/10.17953>
- Tang, S. Y., & Anderson, J. M. (1999). Human agency and the process of healing: Lessons learned from women living with a chronic illness—'re-writing the expert'. *Nursing Inquiry*, 6(2), 83-93. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1800.1999.00022.x>
- Tervalon, M., & Murray-García, J. (1998). Cultural humility versus cultural competence: A critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 9(2), 117-125. <https://doi.org/10.1353/hpu.2010.0233>
- Tester, F. J., & Irniq, P. (2008). Inuit Qaujimajatuqangit: Social history, politics and the practice of resistance. *Arctic*, 61, 48-61. <https://www.jstor.org/stable/40513356>
- Tester, F. J., & Kulchyski, P. (1994). *Tammarniit (Mistakes): Inuit relocation in the Eastern Arctic, 1939–63*. University of British Columbia Press. <https://archive.org/details/tammarniitmistak0000test>
- Tester, F. J., & McNicoll, P. (2004). Isumagijaksaq: mindful of the state: social constructions of Inuit suicide. *Social Science & Medicine*, 58(12), 2625-2636. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2003.09.021>
- Thornberg, R., & Charmaz, K. (2014). Grounded theory and theoretical coding. Dans U. Flick (Éd.), *The SAGE Handbook of Qualitative Data Analysis* (pp. 153-169). SAGE Publications Ltd. <https://methods.sagepub.com/hnbk/edvol/the-sage-handbook-of-qualitative-data-analysis/chpt/grounded-theory-theoretical-coding>
- Tingleff, E. B., Bradley, S. K., Gildberg, F. A., Munksgaard, G., & Hounsgaard, L. (2017). "Treat me with respect". A systematic review and thematic analysis of psychiatric patients' reported perceptions of the situations associated with the process of coercion. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24(9-10), 681-698. <https://doi.org/10.1111/jpm.12410>
- Tong, A., Flemming, K., McInnes, E., Oliver, S., & Craig, J. (2012). Enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research: ENTREQ. *BMC Medical Research Methodology*, 12. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-12-181>
- Torgerson, C. (2003). *Systematic reviews*. Bloomsbury Publishing. <https://www.bloomsbury.com/uk/systematic-reviews-9780826465801/>

- Tremblay, J., Leclerc, A.-M., Lemieux, R., Cleary, J., Weizineau, E., & Berthelot, N. (2024). Expérience de la grossesse et des soins périnataux chez les femmes des Premières Nations en milieu urbain. *Science of Nursing and Health Practices / Science infirmière et pratiques en santé*, 7(2), 34–50.
<https://doi.org/10.62212/snahp-sips.111>
- Tremblay, M. C., Graham, J., Porgo, T. V., Dogba, M. J., Paquette, J. S., Careau, E., & Wittelman, H. O. (2020). Improving Cultural Safety of Diabetes Care in Indigenous Populations of Canada, Australia, New Zealand and the United States: A Systematic Rapid Review. *Canadian Journal of Diabetes*, 44(7), 670-678.
<https://doi.org/10.1016/j.jcjd.2019.11.006>
- Tuckett, A. G. (2005). Applying thematic analysis theory to practice: A researcher's experience. *Contemporary Nurse*, 19(1-2), 75-87.
<http://dx.doi.org/10.5172/conu.19.1-2.75>
- Université de la Saskatchewan, & Association canadienne des infirmières autochtones. (2016). *Aboriginal Nursing in Canada*. Association canadienne des infirmières autochtones. https://indigenournurses.ca/sites/default/files/inline-files/Nursing_AborigNursing_sheet_2018_3.pdf
- Vallée-Ouimet, S. (2019). *Une analyse situationnelle du discours des mères ayant choisi une alternative à l'allaitement maternel exclusif : enjeux pour la pratique infirmière* [thèse de doctorat inédite]. Université du Québec en Outaouais.
https://di.uqo.ca/id/eprint/1121/1/Vallee-Ouimet_Sandrine_2019_memoire.pdf
- Van Campenhout, L., & Lévesque, C. (2019). *De la santé mentale au mieux-être chez les Premières Nations et les Inuit*. Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics : écoute, réconciliation et progrès.
https://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/DepotNumerique_v2/AffichageFichier.aspx?idf=234266
- Varpio, L., Paradis, E., Uijtdehaage, S., & Young, M. (2020). The distinctions between theory, theoretical framework, and conceptual framework. *Academic Medicine*, 95(7), 989-994. <https://doi.org/10.1097/acm.0000000000003075>
- Verbeke, E., Vanheule, S., Cauwe, J., Truijens, F., & Froyen, B. (2019). Coercion and power in psychiatry: A qualitative study with ex-patients. *Social Science & Medicine*, 223, 89-96. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.01.031>
- Vukic, A., & Keddy, B. (2002). Northern nursing practice in a primary health care setting. *Journal of Advanced Nursing*, 40(5), 542-548.
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02411.x>

- Waite, R. et Nardi, D. (2019). Nursing colonialism in America: Implications for nursing leadership. *Journal of Professional Nursing*, 35(1), 18-25. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2017.12.013>
- Walker, S., Mackay, E., Barnett, P., Rains, L. S., Leverton, M., Dalton-Locke, C., Trevillion, K., Lloyd-Evans, B., & Johnson, S. (2019). Clinical and social factors associated with increased risk for involuntary psychiatric hospitalisation: a systematic review, meta-analysis, and narrative synthesis. *The Lancet Psychiatry*, 6(12), 1039-1053. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(19\)30406-7](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(19)30406-7)
- Wallace, I. (2018). *L'intégration de la compétence culturelle autochtone en sciences infirmières : l'expérience des professeurs* [thèse de doctorat inédite]. Université d'Ottawa. <https://ruor.uottawa.ca/server/api/core/bitstreams/e2a9f04d-3f56-485a-8a13-ce2c5da6eaf3/content>
- Wharewera-Mika, J. P., Cooper, E. P., Wiki, N. R., Field, T. R., Haitana, J., Toko, M., & McKenna, B. R. B. (2016). Strategies to reduce the use of seclusion with tāngata whai i te ora (Maori mental health service users). *International Journal of Mental Health Nursing*, 25(3), 258-265. <https://doi.org/10.1111/inm.12219>
- Wheeler, A., Robinson, E. et Robinson, G. (2005). Admissions to acute psychiatric inpatient services in Auckland, New Zealand: a demographic and diagnostic review. *New Zealand Medical Journal*, 118(1226). https://research-repository.griffith.edu.au/bitstream/10072/59141/1/72055_1.pdf
- White, J. (1995). Patterns of knowing: review, critique, and update. *Advances in Nursing Science*, 17(4), 73-86. <https://doi.org/10.1097/00012272-199506000-00007>
- Wilk, P., Maltby, A., & Cooke, M. (2017). Residential schools and the effects on Indigenous health and well-being in Canada—a scoping review. *Public Health Reviews*, 38. <https://doi.org/10.1186/s40985-017-0055-6>
- Wilson, S. (2008). *Research Is Ceremony. Indigenous Research Methods*. Fernwood Publishing. <https://fernwoodpublishing.ca/book/research-is-ceremony-shawn-wilson>

Appendice A. Informations complémentaires

Tableau 5*Résultats descriptifs : recension systématique*

Référence	Pays ^a	Journal ^b	But et objectifs	Méthodologie	Méthodes de collecte et d'analyse des données	N	Contexte ^c	Forme et type de coercition ^d
Bradley et al. (2015)	Au	IJMHN	Documenter l'expérience des femmes autochtones en unités psychiatriques de soins aigus	Recension de littérature	Recension des écrits	S.O.	H	I
Bradley et al. (2017)	Au	IJMHN	Comparer les expériences des femmes autochtones et non autochtones, ainsi que celles des femmes et des hommes autochtones, en unité d'hospitalisation psychiatrique	Analyse statistique descriptive et inférentielle	Analyse secondaire de bases de données provenant de dossiers de patients	2 263	H	I
Drown et al. (2018)	NZ	JMHTEP	Décrire les initiatives de réduction de l'isolement et les attitudes des infirmières à leur égard	Analyse descriptive	Questionnaires et base de données nationale portant sur l'isolement	62	H	I

Harman & Grant (2014)	Au	HA	Explorer les facteurs historiques influençant le recours aux contentions	Article exploratoire	Documents historiques	S.O.	D	C
Holman et al. (2018)	NZ	IJMHN	Décrire l'implication policière et l'usage de la force en contexte psychiatrique	Analyse descriptive transversale	Questionnaires	76	H	F
Kisely et al. (2020)	Au	ANZJP	Analyser les impacts et les risques des ordonnances de traitement pour les PIPP	Analyse multivariée d'une étude de cas-contrôle	Données administratives provenant d'établissements de santé publics et privés de l'État du Queensland	14 864	C	TI
McLeod et al. (2017)	NZ	NZMAJ	Analyser les disparités des taux d'isolement entre Maoris et non-Maoris en hospitalisation psychiatrique	Analyse univariée et multivariée	Données administratives provenant du ministère de la Santé	7 239	H	I
Newton-Howes et al. (2014)	NZ	SPPE	Comparer les perspectives des Maoris et des non-Maoris sur les ordonnances de traitements	Devis mixte	Groupes de discussion et questionnaires	79	C	TI
Sambrano & Cox (2013)	Au	IJMHN	Explorer l'expérience des PIPP face à l'isolement en milieu psychiatrique et analyser son incidence	Analyse phénoménologique	Entrevues individuelles	3	H	I

			dans le contexte historique et culturel					
Wharewara-Mika et al. (2016)	NZ	IJMHN	Analyser les initiatives visant à réduire l'isolement des Maoris en psychiatrie	Analyse thématique	Groupe de discussion	16	H	I

Notes :

a : Au = Australie; NZ = Nouvelle-Zélande.

b : ANZJP = Australian and New Zealand Journal of Psychiatry; HA = History Australia; IJMHN = International Journal of Mental Health Nursing; JMHTPEP = Journal of Mental Health Training, Education and Practice; NZMAJ = New Zealand Medical Association Journal; SPPE = Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.

c : C = milieu communautaire; D = détention; H = milieu hospitalier.

d : C = contentions; F = utilisation de la force; I = isolement; TI = traitements involontaires.

Tableau 6*Résultats descriptifs : littérature non indexée*

Référence	Pays ^a	Journal ^b	But et objectifs	Méthodologie	Méthodes de collecte et d'analyse des données	N	Contexte ^c	Forme et type de coercition ^d
Blanchet (2020)	Ca	UdM	Analyser l'adaptation des interventions en santé mentale dans les communautés autochtones du Nord du Québec	Analyse thématique	Entrevues individuelles	14	C	PC
Bradley et al. (2021)	Au	IJMHN	Comprendre l'expérience des femmes autochtones lors de leur admission en soins psychiatriques aigus	Devis mixte	Entrevues individuelles	11	H	AI
Dupuis-Rossi (2021)	Ca	IJIH	Analyser l'incidence de la colonisation et des services psychiatriques actuels sur les PIPP	Opinion d'expert	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.
Durey et al. (2014)	Au	IJMHN	Définir les besoins des professionnels non autochtones pour offrir des	Devis mixte	Questionnaires et entrevues individuelles	51 et 10	H	PC

			soins de qualité et culturellement sécuritaires aux patients autochtones					
El-Badri & Mellisop (2002)	NZ	ANZJP	Analyser le recours à l'isolement et ses facteurs déterminants	Analyse comparative prospective	Dossiers des patients	539	H	I
Ferrazzi & Krupa (2016)	Ca	SSM	Évaluer le potentiel thérapeutique des solutions de rechange à la cour criminelle au Nunavut	Étude qualitative de cas multiples	Entrevues individuelles et groupe de discussion	58	C	JT
Gibbs et al. (2004)	NZ	ANZJP	Analyser l'incidence des traitements involontaires en communauté sur les Maoris, leur famille et les professionnels de la santé mentale	Analyse thématique	Entrevues individuelles	39	C	TI
Gough (2013)	ÉU	UEA	Analyser le lien entre les hospitalisations involontaires en psychiatrie et la persistance des approches coloniales	Analyse critique légale et politique	Opinion d'expert	S.O.	H et C	AI
Joseph (2019)	Ca	JEMH	Analyser les dynamiques de pouvoir et la suprématie blanche en contexte psychiatrique	Opinion d'expert	S.O.	S.O.	S.O.	PC
Kilbourne et al. (2005)	ÉU	BD	Décrire les caractéristiques cliniques,	Descriptive	Entrevues individuelles	330	H	TI

			psychosociales et besoins thérapeutiques des personnes atteintes de trouble bipolaire					
Kirikiri et al. (2024)	NZ	ANZJP	Comprendre les enjeux vécus par les Maoris soumis aux injonctions de traitements communautaires obligatoires	Analyse thématique par échantillonnage raisonné	Entrevues individuelles	10	C	TI
Kisely & Xiao (2018)	Au	SR	Analyser les probabilités d'ordonnances de traitements communautaires selon l'origine	Régression logistique d'une analyse de cas multiples	Bases de données nationales	2 958	C	TI
Kumar et al. (2008)	NZ	SPPE	Décrire et analyser l'usage des pratiques coercitives dans le traitement des troubles mentaux en unité d'admission rurale	Analyse de régression à partir de données rétrospectives descriptives	Dossiers de patients	300	H	PC
Lai et al. (2024)	NZ	JPMHN	Définir les facteurs menant à l'isolement dans les 24 heures suivant l'admission en santé mentale aiguë	Analyse rétrospective	Données collectées par les services de santé mentale	31 718	H	I
Wheeler et al. (2005)	NZ	NZMJ	Décrire les caractéristiques des personnes admises dans trois unités psychiatriques	Descriptif rétrospectif	Dossiers de patients	932	H	AI

Notes :

a : Au = Australie; Ca = Canada; ÉU = États-Unis; NZ = Nouvelle-Zélande.

b : ANZJP = Australian and New Zealand Journal of Psychiatry; BD = Bipolar Disorders; IJH = International Journal of Indigenous Health; IJMHN = International Journal of Mental Health Nursing; JEMH = Journal of Ethics in Mental Health; JPMHN = Journal of Psychiatric and Mental Nursing; NZMJ = New Zealand Medical Journal; SPPE = Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology; SR = Schizophrenia Research; SSM = Social Science and Medicine; Udm = Université de Montréal; UEA = Université d'État de l'Arizona.

c : C = milieu communautaire; H = milieu hospitalier.

d : AI = admissions involontaires; I = isolement; JT = justice thérapeutique; PC = pratiques coercitives; TI = traitements involontaires.

Tableau 7

Version originale anglaise des verbatims du groupe de discussion et des entrevues individuelles

Version originale anglaise	Traduction libre en français
1.3 Étudiante-chercheuse : So back to the meaning, the third expression was <i>iminniamaruk</i>, to be suicidal, but means “to cut yourself”. Participant 5, groupe de discussion : To end yourself. Étudiante-chercheuse : To end yourself, ok, so it’s the right word? [Approbation générale]	1.3 Étudiante-chercheuse : Donc, pour revenir au sens, la troisième expression était iminniamaruk, être suicidaire, qui signifie « se couper ». Participant 5, groupe de discussion : En finir avec soi-même. Étudiante-chercheuse : En finir avec soi-même, ok, donc c’est le bon mot? [Approbation générale]
1.5 Étudiante-chercheuse : That’s my other question, that I want to make sure that I understand well. There was one participant that was saying: “We see the symptoms.” So we see the symptoms, that’s what you saw. The symptom of that. What does this mean? “We see the symptom.” Participant 8, groupe de discussion : We see the pain? [Approbation générale] Étudiante-chercheuse : How do we see the pain? Can you tell me more about that? Participant 6, groupe de discussion : When the person is not her or him. Not how we use to see him. [...] We see the symptoms means we see the pain of a person. Something like that. Participant 5, groupe de discussion : How they act. Maybe sometimes I think, when people are	1.5 Étudiante-chercheuse : C’est mon autre question, que je veux m’assurer de bien comprendre. Il y avait un participant qui disait : « Nous voyons les symptômes. Nous voyons les symptômes, c’est ce que vous avez vu. Le symptôme de cela. » Qu’est-ce que cela veut dire? « Nous voyons le symptôme ». Participant 8, groupe de discussion : On voit la douleur? [Approbation générale] Étudiante-chercheuse : Comment voyons-nous la douleur? Pouvez-vous m’en dire plus? Participant 6, groupe de discussion : Quand la personne n’est pas elle ou lui. Ce n’est pas comme ça qu’on la voyait avant. [...] Nous voyons les symptômes, cela signifie que nous voyons la douleur d’une personne. Quelque chose comme ça.

looking down, walking. That's what I learn from the priest a long time ago. Those people that their heads are down, these people need help. That's what I heard before. But it can be different too. When they are not happy.

Étudiante-chercheuse : So like looking down while walking could be a symptom of someone who's in pain.

Participant 6, groupe de discussion : Some of them could be so quiet.

Étudiante-chercheuse : When it's not their usual?

Participant 5, groupe de discussion : Some won't even talk before they go straight to suicide. Some of them will talk, but some won't. That happen. Sometimes they want to, but they won't.

Participant 5, groupe de discussion : Comment ils agissent. Peut-être que parfois je pense, quand les gens regardent en bas, en marchant. C'est ce que le prêtre m'a appris il y a longtemps. Les gens qui ont la tête baissée ont besoin d'aide. C'est ce que j'ai entendu auparavant. Mais cela peut aussi être différent. Quand ils ne sont pas heureux.

Étudiante-chercheuse : Donc, regarder vers le bas en marchant peut être un symptôme de quelqu'un qui souffre.

Participant 6, groupe de discussion : Certains d'entre eux peuvent être très silencieux.

Étudiante-chercheuse : Quand ce n'est pas leur habitude?

Participant 5, groupe de discussion : Certains ne parlent même pas avant de passer directement au suicide. Certains parlent, mais d'autres ne parlent pas. Cela arrive. Parfois, ils veulent le faire, mais ils ne le font pas.

1.1 It's worrisky. It's exhausting and nobody to talk to be vulnerable to... Like, if I am bleeding inside, in my heart, I can't go: "I am bleeding, I am hurting. I am angry." (Participant 1, groupe de discussion)

2.1 C'est préoccupant. C'est épuisant et il n'y a personne à qui parler et être vulnérable... Par exemple, si je saigne à l'intérieur, dans mon cœur, je ne peux pas dire : « Je saigne, j'ai mal. Je suis en colère. » (Participant 1, groupe de discussion)

2.1 We are just carrying our pain, all the time, non-stop and try to sustain on daily stuff [...] It's like it becomes familiar to carry our pain, all the time, non-stop (Participant 1, groupe de discussion).

2.1 C'est comme si cela devenait familier de porter notre douleur, tout le temps, sans arrêt (Participant 1, groupe de discussion).

2.1 I am okay at my workplace, but when I get home, I get to the peak of depression, hopelessness. (Participant 5, groupe de discussion)	2.1 Je vais bien sur mon lieu de travail, mais quand je rentre à la maison, j'en arrive à la dépression, au désespoir. (Participant 5, groupe de discussion)
1.2 But not knowing how to release pain or how to let go or just be blank and be honest and open about what is really bothering you. It happens to many of us, that we are not able to be honest, so we have masks. Multiple masks. It's boiling inside, and you are pretending you're ok. (Participant 1, groupe de discussion)	2.2 Mais ne pas savoir comment se libérer de la douleur, comment lâcher prise ou simplement faire le vide et être honnête et ouvert sur ce qui vous dérange vraiment. Il arrive à beaucoup d'entre nous de ne pas être capables d'être honnêtes, alors nous portons des masques. De multiples masques. Nous bouillonnons à l'intérieur et nous faisons semblant d'aller bien. (Participant 1, groupe de discussion)
1.3 We are though (laughs), we are inuk. You know, when I got very sick, you know all doctors and nurses were at the hospital saying: 2.2 "Inuit are resilient, they are in pain, they don't cry." [...] We are different than, if I had a cut and you get a cut, what is the difference? Me I'll be so brave, and you are gonna go (pleure de façon théâtrale) (rire général) (Participant 1, groupe de discussion)	2.2 Nous sommes des Inuit (rises). Vous savez, quand je suis tombée très malade, tous les médecins et les infirmières à l'hôpital disaient : « Les Inuit sont résilients, ils souffrent, ils ne pleurent pas. » [...] Nous sommes différents, si j'ai une coupure et que tu as une coupure, quelle est la différence? Moi je serai très brave, et toi, tu seras comme ça (pleure de façon théâtrale) (rire général) (Participant 1, groupe de discussion)
2.2 I think we were programmed not to talk. I think there is a program somewhere, not to talk. [inuktitut] Why are we not talking about our pain? (Participant 1, groupe de discussion)	2.2 Je pense que nous avons été programmés pour ne pas parler. Je pense qu'il y a un programme quelque part, pour ne pas parler. [inuktitut] Pourquoi ne parlons-nous pas de notre douleur? (Participant 1, groupe de discussion)

2.2 It's too much hurting to talk about, because it comes from a family member. That's hurting. (Participant 4, groupe de discussion)	2.2 C'est trop douloureux d'en parler, parce que cela vient d'un membre de la famille. Cela fait mal. (Participant 4, groupe de discussion)
2.2 So when we have, like I said, in my family it's a need in the family and then we are not talking about, because we are ashamed or afraid. (Participant 5, groupe de discussion)	2.2 Ainsi, lorsque nous avons, comme je l'ai dit, dans ma famille, un besoin dans la famille, nous n'en parlons pas, parce que nous avons honte ou peur. (Participant 5, groupe de discussion)
2.2 Then I say, how are we going to do it? We are too much in pain already. Everybody, even me, including me, the whole town. That's what I think, I presume. I'm gonna keep saying it, because this is what's in my emotions. For a long time and I am just going to keep on repeating, for a long time. (Participant 5, groupe de discussion)	2.2 Puis je me dis : comment allons-nous faire? Nous souffrons déjà trop. Tout le monde, même moi, y compris moi, tout le village. C'est ce que je pense, je suppose. Je vais continuer à le dire, parce que c'est ce qui est dans mes émotions. Pendant longtemps et je vais continuer à le répéter, pendant longtemps. (Participant 5, groupe de discussion)
1.4 I am talking [...] It was very comfort[ing] for me when I would talk about anything and everything. (Participant 5, groupe de discussion)	2.3 Je parle [...] C'était très réconfortant pour moi quand je parlais de tout et de rien. (Participant 5, groupe de discussion)
2.3 There was a time [when I couldn't] hide any longer. It's going to show, we get sick. It affects our health, because if we are not talking, our body will talk. (Participant 1, groupe de discussion)	2.3 Il y a eu un moment où je ne pouvais plus me cacher. Cela se voit, on tombe malade. Cela affecte notre santé, parce que si nous ne parlons pas, notre corps parlera. (Participant 1, groupe de discussion)
2.4 If I get paid today, it doesn't finish. It's gone in no time. It doesn't go as far as the weekend." (Participant 5, groupe de discussion)	2.4 Si je suis payé aujourd'hui, ça ne finit pas. Il disparaît en un rien de temps. Il ne va pas jusqu'au weekend. (Participant 5, groupe de discussion)

2.4 When I was drinking, and drunk, I would cry, but maybe not a real cry, you know? Not a true cry [...] I could cry when I was drinking, like a real cry, but then when I get sober, I couldn't. [...] Fake cry. (Participant 5, groupe de discussion).	2.4 Quand je buvais et que j'étais ivre, je pleurais, mais peut-être pas de vraies larmes, vous savez? Je pouvais pleurer quand je buvais, comme un vrai cri, mais quand j'étais sobre, je ne pouvais pas. (Participant 5, groupe de discussion).
2.4 Sometimes, it crosses my mind that maybe I should just come back to drinking and get friends and then talk away. It crosses my mind [...] I still want to drink it away, but it's better, it's more joyful when you are not trying to drink. It helps, it's more healing. You do more of healing when you are sober. (Participant 5, groupe de discussion)	Parfois, il me vient à l'esprit que je devrais peut-être revenir à l'alcool et me faire des amis, puis parler. Cela me traverse l'esprit [...] Je veux toujours boire, mais c'est mieux, c'est plus joyeux quand vous n'essayez pas de boire. Cela aide, c'est plus curatif. On guérit plus quand on est sobre. (Participant 5, groupe de discussion)
3.1 When I am alone at my place I cried, yelling, talking to myself and that's what I am doing for the past 2 weeks [...] She is [travailleuse sociale] checking up on me, if I [did not kill myself] and because I can't talk to my family about my feelings [...]. (Participant 3, groupe de discussion)	3.1 Quand je suis seule chez moi, je pleure, je crie, je me parle à moi-même et c'est ce que je fais depuis deux semaines [...] Elle [travailleuse sociale] vérifie si je [ne me suis pas tuée], parce que je ne peux pas parler de mes sentiments à ma famille [...]. (Participant 3, groupe de discussion)
3.1 For me, my experience is that police or nurses [gossip about] and make fun of Inuit, so it's uncomfortable too if we want help. People don't want to call hospital. (Participant 4, groupe de discussion)	3.1 Pour ma part, j'ai constaté que la police ou les infirmières [racontent des ragots] et se moquent des Inuit, ce qui nous met mal à l'aise si nous voulons de l'aide. Les gens ne veulent pas appeler l'hôpital. (Participant 4, groupe de discussion)
3.1 It happened [when] I was staying in my shack, because I was staying there, but it was my friend's shack. I was there and the social worker showed up:	3.1 C'est arrivé [quand] je restais dans ma cabane, parce que je restais là, mais c'était la cabane de mon ami. J'étais là et la travailleuse sociale est

“[participant name] come with us, we are going to help you out”. I said to myself: “Oh wow, that’s a good sign.” So I went with them to the social services building, we talked over there. That social worker I can’t stop thinking about her, she kept giving me winks too, you know. It was fun. It was fun being around her. (Participant 11, entrevue individuelle)	arrivée : « [nom du participant] viens avec nous, on va t’aider ». Je me suis dit : « Oh wow, c’est bon signe ». Je les ai donc accompagnés jusqu’au bâtiment des services sociaux, où nous avons discuté. Cette travailleuse sociale, je n’arrête pas d’y penser, elle n’arrêtait pas de me faire des clins d’œil aussi, vous savez. C’était amusant. C’était sympa d’être avec elle. (Participant 11, entrevue individuelle)
3.1 There is none available, the resources or a place where we can easily open to and talk. [...] We know there is social services, social workers, but we want something personally. (Participant 5, groupe de discussion)	3.1 Il n’y a pas de ressources disponibles ou d’endroit où nous pouvons facilement nous ouvrir et parler. [...] Nous savons qu’il existe des services sociaux, des travailleurs sociaux, mais nous voulons quelque chose de personnel. (Participant 5, groupe de discussion)
3.2 I am just saying, in situations like that after you’ve lost whatever is most valuable to you, the need is love and compassion. [...] I am just saying, how we react to these situations, we get bitter, we get vengeful and angry, if we don’t get adequate help. (Participant 1, groupe de discussion)	3.2 Je dis simplement que dans ce genre de situation, après avoir perdu ce qu’il y avait de plus précieux pour vous, vous avez besoin d’amour et de compassion. [...] Je dis simplement que la façon dont nous réagissons à ces situations nous rend amers, nous nous vengeons et nous nous mettons en colère, si nous ne recevons pas une aide adéquate. (Participant 1, groupe de discussion)
3.2 Everytime, when I lost a loved one, for example, my parents [...] Everytime when I lost my loved one, my mother, I was depressed. [...] And it took me time to get back, the only choice was sleeping pills and talking. (Participant 4, groupe de discussion)	3.2 Chaque fois que j’ai perdu un être cher, par exemple mes parents [...] Chaque fois que j’ai perdu un être cher, ma mère, j’ai été déprimée. [...] Et il m’a fallu du temps pour m’en remettre, le seul choix était les somnifères et verbaliser. (Participant 4, groupe de discussion)

3.2 Participant 1, groupe de discussion : [...] At the hospital, you fix the body, so now you know if somebody is acting like that, you must ask yourself what happened to the boy, ok? What trauma did he have? [...] Like now, we see, there is a root cause and that's the fruit [inuktitut] (bruit approbation générale). [...] Because something happened to that person. Could be from long time ago, that triggered.

Étudiante-chercheuse : So, to prevent those hospitalization against the will, we need to address, like in prevention?

Participant 1, groupe de discussion : You need to address that situation. Why? [...] So he can be medication free, once he heals from that. Because she said he goes chaotic and very aggressive. To a point where she is terrified.

Étudiante-chercheuse : Yeah, it is interesting, you're saying he can get free of the medication once the root is healed.

Participant 1, groupe de discussion : Go to the root, the fruit of it.

Étudiante-chercheuse : But the way we are treating those situations right now, is that we treat only with the medication, and we never address the root.

Participant 1, groupe de discussion : Yeah, or the why, the reason why he is like that. [inuktitut] It should be understood by scientific people.

3.2 Étudiante-chercheuse : Was there anything else at the hospital that was helpful?

3.2 Participant 1, groupe de discussion : [...] A l'hôpital, on répare le corps, donc maintenant on sait que si quelqu'un agit comme ça, il faut se demander ce qui est arrivé à ce garçon, ok? Quel traumatisme a-t-il subi? [...] Comme maintenant, nous voyons qu'il y a une cause profonde et c'est le fruit [inuktitut] (bruit approbation générale). [...] Parce que quelque chose est arrivé à cette personne. Ça peut être il y a longtemps, ce qui vient de se déclencher.

[...] Il faut s'occuper de cette situation. Pourquoi?

[...] Pour qu'il puisse se passer de médicaments, une fois qu'il aura guéri de ça. Parce qu'elle a dit qu'il devenait chaotique et très agressif. Au point qu'elle est terrifiée.

Étudiante-chercheuse : Oui, c'est intéressant, vous dites qu'il peut se passer de médicaments une fois que la racine est guérie.

Participant 1, groupe de discussion : Aller à la racine, au fruit.

Étudiante-chercheuse : Mais la façon dont nous traitons ces situations actuellement, c'est que nous ne traitons qu'avec le médicament et nous ne nous attaquons jamais à la racine. C'est ce que je comprends.

Participant 1, groupe de discussion : Oui, ou le pourquoi, la raison pour laquelle il est comme ça. [inuktitut] Cela devrait être compris par les scientifiques.

3.2 Étudiante-chercheuse : Est-ce qu'il y a eu d'autres choses à l'hôpital qui ont été utiles?

Participant 3, groupe de discussion : It's the same thing. Étudiante-chercheuse : Was there things that you did not like? Participant 3, groupe de discussion : I don't like hospital. I don't like it ever again. Étudiante-chercheuse : What do you hate about hospital? Participant 3, groupe de discussion : Sometimes I don't like to talk. Étudiante-chercheuse : Because sometimes people at the hospital they really want you to talk? Participant 3, groupe de discussion : (Signe approbation) I make a plan that didn't even happen, just to go now...out of the hospital	Participant 3, groupe de discussion : C'est la même chose. Étudiante-chercheuse : Y a-t-il des choses que vous n'avez pas aimées? Participant 3, groupe de discussion : Je n'aime pas l'hôpital. Je n'aimerai plus jamais ça. Étudiante-chercheuse : Qu'est-ce que vous détestez dans l'hôpital? Participant 3, groupe de discussion : Parfois, je n'aime pas parler. Étudiante-chercheuse : Parce que parfois les gens à l'hôpital veulent vraiment que vous parliez? Participant 3, groupe de discussion : (Signe d'approbation) Je leur ait donné un plan (de sécurité) qui ne s'est même pas réalisé, juste pour partir maintenant... hors de l'hôpital.
3.2 I was totally blocked when I decided to come here. [...] I don't know where to start [...] I have issues at home with my daughter and it's a good thing that we had this mini meeting. Because I didn't know what to do or where to go with my issues. (participant 6, groupe de discussion).	3.2 J'étais complètement bloquée quand j'ai décidé de venir ici. [inuktituk] Je ne savais pas par où commencer [...] J'ai des problèmes à la maison avec ma fille et c'est une bonne chose que nous ayons eu cette mini réunion. Parce que je ne savais pas quoi faire ni où aller avec mes problèmes. (Participante 6, groupe de discussion).
3.2 Participant 1, groupe de discussion : Does anyone else want to talk? Want to say something? Thank you for this evening, it helps. Étudiante-chercheuse : Thank you so much. Participant 1, groupe de discussion : Can we plan another session, or we continue (tonight)?	3.2 Participant 1, groupe de discussion : Est-ce que quelqu'un d'autre veut parler? Vous voulez dire quelque chose? Merci pour cette soirée, c'est aidant. Étudiante-chercheuse : Merci beaucoup. Participant 1, groupe de discussion : Pouvons-nous planifier une autre séance, ou continuer (ce soir)?

Étudiante-chercheuse : I think for tonight we've shared a lot and it brought up a lot of emotions. Sometimes it is really tiring.

Participant 1 et 5, groupe de discussion : But we need it!

Étudiante-chercheuse : It could be a good idea to have that kind of session often, but for short period of time. Otherwise, we get too tired, and I really would like to make another one for sure.

Participant 4, groupe de discussion : Maybe because they said it only one time, maybe next time say it lots of time on the radio.

[...]

Participant 1, groupe de discussion : Yes, we need it.

Étudiante-chercheuse : Thank you so much, nakurmiik.

Participant 1, groupe de discussion : She said it helps when you hear people talking, discussing.

Étudiante-chercheuse : Yeah, because that way we are not struggling alone. (approbation générale) And you know that all the people here, are people that can provide a safe place for discussion.

Participant 5, groupe de discussion : We are looking for more.

3.2 I feel good, because I was able to let it out about the [hospital down south]. I feel a lot better. I had dark thoughts about the [hospital down south] and

Étudiante-chercheuse : Je pense que ce soir, nous avons partagé beaucoup de choses et cela a soulevé beaucoup d'émotions. Parfois, c'est vraiment fatigant.

Participant 1 et 5, groupe de discussion : Mais nous en avons besoin!

Étudiante-chercheuse : Ce serait une bonne idée d'avoir ce genre de séance souvent, mais sur une courte période. Sinon, nous sommes trop fatigués et j'aimerais vraiment en faire une autre.

Participant 4, groupe de discussion : Peut-être parce qu'ils ont dit (que cette rencontre n'aurait lieu) qu'une seule fois, peut-être que la prochaine fois, il faudra le dire que c'est pour plusieurs fois à la radio. [...]

Participant 1, groupe de discussion : Oui, nous en avons besoin. [inuktituk]

Étudiante-chercheuse : Merci beaucoup, nakurmiik.

Participant 1, groupe de discussion : Elle a dit que cela aide d'entendre les gens parler, discuter.

Étudiante-chercheuse : Oui, parce que de cette façon, on n'est pas seul à lutter. (approbation générale) Et on sait que toutes les personnes ici présentes sont des personnes qui peuvent offrir un lieu de discussion sur.

Participant 5, groupe de discussion : Nous sommes impatients à la prochaine rencontre.

3.2 Je me sens bien, parce que j'ai pu m'exprimer au sujet de l'hôpital [du sud]. Je me sens beaucoup mieux. J'avais des idées noires sur [l'hôpital dans le

the difference about it. I feel a lot better. (Participant 9, entrevue individuelle)	sud] et sur la différence qu'il y avait entre les deux. Je me sens beaucoup mieux. (Participant 9, entrevue individuelle)
3.3 I think I had a condition to see a social worker every thursday, I don't know how long it went, because it took, I mean, it seems like a long time I have been doing back and forth, once a week, you know 4 times a month, I had to meet a social worker as a follow up meeting. (Participant 11, entrevue individuelle)	3.3 Je pense que j'avais une condition de voir un travailleur social tous les jeudis, je ne sais pas combien de temps ça a duré, parce que ça a pris, je veux dire, ça semble être une longue période, j'ai fait des allers-retours, une fois par semaine, vous savez 4 fois par mois, je devais rencontrer un travailleur social pour une rencontre de suivi. (Participant 11, entrevue individuelle)
3.3 Lunch time was coming, after 1 o'clock, my lawyer called and I said: "Hey this cop doesn't let me use the phone. He is being dirty and he is watching." [...]. So I hung up the phone and shoutout number real fast and the cop took it and told me: "Go on the wall!" After he said that, I spat at him, maybe in the face and he started screaming: " Police assault, police assault!"and they kicked me out of town, that's what happened. Now, if I hadn't assaulted a police officer, their would be good chances that I'd still be in my hometown. (Participant 10, entrevue individuelle)	3.3 L'heure du déjeuner approchait, après 13 heures, mon avocat a appelé et j'ai dit : « Ce policier ne me laisse pas utiliser le téléphone. Il est sale et il me regarde. » [...]. Alors j'ai raccroché le téléphone et j'ai crié au policier qui m'a pris et m'a dit : « Va contre le mur! » Après avoir dit ça, je lui ai craché dessus, peut-être au visage, et il s'est mis à crier : « Agression policière, agression policière! », et ils m'ont viré de la ville, voilà ce qui s'est passé. Maintenant, si je n'avais pas agressé un policier, il y aurait de bonnes chances que je sois encore dans ma ville natale. (Participant 10, entrevue individuelle)
3.3 Participante 4, groupe de discussion : Which scares me a lot, a lot. Because (hesitation) that I see, I get scared when he talks to his own sister saying and wanting to have sex. It scares me. (silence) When he comes to my daughter's place, I	3.3 Participante 4, groupe de discussion : Ce qui me fait très peur, très peur. Parce que (hésitation) j'ai peur quand il parle à sa propre sœur en disant et en voulant faire l'amour. Quand il vient chez ma fille, je lui dis : [nom du fils], tu dois partir, tu dois partir tout

say: [son's name] you need to leave, you need to leave now. Because I think he is in love with his own sister too. It scares me so much. (silence) But he has condition not to go to my daughter's since it almost happened.

Étudiante-chercheuse : So, he went through the law?

Participante 4, groupe de discussion : (bruit d'approbation) My daughter went through the law. [...] With the help of the hospital, the social services.

4. Because I was not too good, so they sent me away from home and put me somewhere like hospital up north or bigger hospital down south, something like that. (Participant 10, entrevue individuelle)

4. Oh that story! It was Friday in the morning and I was put in the medevac to another community where the hospital is. Tied up. Yeah. I asked why they tied me up. They say we have to tie you up. Now I am here [supervised apartments] but I don't know why. They put me here. I don't know why, but I stay here. They took me at the hospital and now I live here. (Participant 10, entrevue individuelle)

4. **Étudiante-chercheuse** : When he came back from the hospital, how was it?

de suite. Parce que je pense qu'il est aussi amoureux de sa propre sœur. Cela me fait tellement peur. (silence) Mais il a des conditions à ne pas aller chez ma fille depuis que cela a failli arriver.

Étudiante-chercheuse : Donc, c'est passé par la cour?

Participante 4, groupe de discussion : (bruit d'approbation) Ma fille est passée par la cour. [...] Avec l'aide de l'hôpital et des services sociaux.

4. Parce que je n'étais pas très bien, alors ils m'ont envoyé loin de chez moi et m'ont placé dans un hôpital au nord ou dans un plus grand hôpital au sud, quelque chose comme ça. (Participant 10, entrevue individuelle)

4. Oh, cette histoire! C'était un vendredi matin et j'ai été aéroporté vers une autre communauté où se trouve l'hôpital. Attaché. J'ai demandé pourquoi on m'avait attaché. Ils m'ont dit que nous devons vous attacher. Maintenant je suis ici [appartements supervisés] mais je ne sais pas pourquoi. Ils m'ont mis ici. Je ne sais pas pourquoi, mais je reste ici. Ils m'ont pris à l'hôpital et maintenant je vis ici. (Participant 10, entrevue individuelle)

4. Étudiante-chercheuse : Quand il est revenu de l'hôpital, comment ça s'est passé?

Participant 4, groupe de discussion : Better. Because euh it's the injection that helps and still is. The medication too.

Étudiante-chercheuse : So, for you, the medication is a good thing?

Participant 4, groupe de discussion : I know he can get better without medication, and I know it. I believe that too.

Étudiante-chercheuse : That he can get better?

Participant 4, groupe de discussion : Yes, if he talks.

Étudiante-chercheuse : How does the community view those medication? That we give at the hospital?

Participant 4, groupe de discussion : Some people don't accept it. Even my son.

Étudiante-chercheuse : Why?

Participant: 4, groupe de discussion : I don't know. [Can you tell me] what injection he gets? Is it to keep him calm? When he doesn't get the injection, he gets chaotic.

4.1 When I was discharged, I went to my sister's home [...] I mean she missed me and they discharged me and I went home. [...] I was happy. I was happy, I was free (but) after my sister and brother they were uncomfortable about me and that's what happened and why I came back here. (Participant 9, entrevue individuelle)

Participant 4, groupe de discussion : Mieux. Parce que euh c'est l'injection qui aide et qui aide encore. Les médicaments aussi.

Étudiante-chercheuse : Donc, pour vous, les médicaments sont une bonne chose?

Participant 4, groupe de discussion : Je sais qu'il peut aller mieux sans médicaments, et je le sais. Je le crois aussi.

Étudiante-chercheuse : Qu'il peut aller mieux?

Participant 4, groupe de discussion : Oui, s'il parle.

Étudiante-chercheuse : Comment la communauté voit-elle ces médicaments? Que nous donnons à l'hôpital?

Participant 4, groupe de discussion : Certaines personnes ne les acceptent pas. Même mon fils.

Étudiante-chercheuse : Pourquoi?

Participant : 4, groupe de discussion : Je ne sais pas. [Pouvez-vous me dire] quelle injection il reçoit? Est-ce que c'est pour qu'il reste calme? Quand il n'a pas d'injection, il devient chaotique.

4.1 Lorsque j'ai été libéré, je suis allé chez ma sœur [...] Je veux dire que je lui manquais, ils m'ont libéré et je suis rentré chez moi. [...] J'étais heureux. J'étais heureux, j'étais libre (mais) après ma sœur et mon frère, ils étaient mal à l'aise à mon sujet et c'est ce qui s'est passé et c'est pourquoi je suis revenu ici. (Participant 9, entrevue individuelle)

4.1 Yes [I was there], at home, not at the hospital. I didn't want to follow. I didn't want to follow because he was dangerous. I mean he was dangerous to everybody. He was angry with me! I was involved but look like all, at the same time I have six children [to take care of] and everything was going on at home." (Participant 4, groupe de discussion)

4.1 Oui [j'étais là], à la maison, pas à l'hôpital. Je ne voulais pas le suivre. Je ne voulais pas le suivre parce qu'il était dangereux. Je veux dire qu'il était dangereux pour tout le monde. Il était en colère contre moi! J'étais impliquée, mais en même temps, j'ai six enfants [à prendre en charge] et plusieurs choses se passaient à la maison. (Participant 4, groupe de discussion)

4.1 I used to be so close to them, I was very close to my family and now we are almost like separated. [...] My family keep me away because I don't get better and today we are almost like separated and send me away from home all the time. Yeah. It's almost like separated. [...] I don't talk to them often. They don't come see me, but I see them sometimes when they are in the hospital or anywhere in the community to visit. (Participant 10, entrevue individuelle)

4.1 J'étais si proche d'eux, j'étais très proche de ma famille et maintenant nous sommes presque séparés. [...] Ma famille me tient à l'écart parce que je ne vais pas mieux et aujourd'hui, nous sommes presque séparés et on m'envoie tout le temps loin de chez moi. Oui, nous sommes presque séparés. [...] Je ne leur parle pas souvent. Ils ne viennent pas me voir, mais moi je les vois parfois quand ils sont à l'hôpital ou n'importe où dans la communauté pour leur rendre visite. (Participant 10, entrevue individuelle)

4.1 It was Friday in the morning and I was put in the medevac [évacuation aéroportée] to another community where the hospital is. (Participant 10, entrevue individuelle)

4.1 C'était vendredi matin et j'ai été aéroporté vers une autre communauté où se trouve l'hôpital. (Participant 10, entrevue individuelle)

4.1 I've been going in and out of the hospital a lot [inuktitut] I have been sent away too. To other villages, to the city and I personally bought my own ticket to go to another village. I desire to go away

4.1 J'ai fait beaucoup d'allers-retours à l'hôpital [inuktitut]. Dans d'autres villages, dans une grande ville et j'ai personnellement acheté mon propre billet pour aller dans un autre village. Je veux partir

soon. I want to go to another community. (Participant 3, groupe de discussion).	bientôt. Je veux aller dans une autre communauté. (Participant 3, groupe de discussion).
4.1 Many time I have been away from home. [...] I wanted to go back home in the beginning, but not anymore. I am used to it today. Yeah. [...] I was kind of like bored or something because I never been away from home before. [...] Few weeks later or maybe few years later they sent me back many times. (Participant 11, entrevue individuelle)	4.1 J'ai souvent été loin de chez moi. [...] Au début, je voulais rentrer chez moi, mais plus maintenant. J'y suis habitué aujourd'hui. Oui. [...] Je m'ennuyais un peu parce que je n'avais jamais quitté la maison auparavant. [...] Quelques semaines plus tard ou peut-être quelques années plus tard, ils m'ont renvoyé plusieurs fois. (Participant 11, entrevue individuelle)
4.2.1 Being kept here at the hospital up north, it's fine, but at the big hospital down south, I did not like it there. [...] I have family and friends here in the community up north. I can go out, I can go smoke anytime I want, but in the hospital down south, you only go smoke cigarette only 3 times a day, that's all. They keep your cigarette all the time and you are hungry and too many people in the room. Like sleeping. Like too many beds in the room. (Participant 9, entrevue individuelle)	4.2.1 Le fait d'être gardé ici, à l'hôpital du nord, c'est bien, mais je n'ai pas aimé le grand hôpital du sud. [...] J'ai de la famille et des amis ici, dans la communauté du nord. Je peux sortir, je peux fumer quand je veux, mais à l'hôpital du sud, on ne peut fumer une cigarette que trois fois par jour, c'est tout. Ils gardent vos cigarettes tout le temps, vous avez faim et il y a trop de monde dans la chambre. Comme des gens qui dorment. Il y a trop de lits dans la chambre. (Participant 9, entrevue individuelle)
4.2.1 The hospital down south is only, you have to ask the person in the office to make a direct call, but the call, the phone in the city is only for the lawyer. [...] I am trying to get help [...] but in the hospital down south, it's not helping a lot, it's not helping at all." (Participant 9, entrevue individuelle)	4.2.1 L'hôpital au sud, vous devez demander à la personne dans le bureau de faire un appel direct, mais l'appel, le téléphone dans la ville est seulement pour l'avocat. [...] J'essaie d'obtenir de l'aide [...] mais à l'hôpital du sud, ça ne m'aide pas beaucoup, ça ne m'aide pas du tout. (Participant 9, entrevue individuelle)

4.2.1 I didn't know when I would go back home. It was a long time that I must be there [in the hospital down south]. I didn't know anybody to talk to. So, I pretended to be okay so I could leave. Then I came back to suicidal. (Participant 3, groupe de discussion)	4.2.1 Je ne savais pas quand je rentrerais chez moi. Cela faisait longtemps que je devais rester là-bas [à l'hôpital dans le sud]. Je ne connaissais personne à qui parler. J'ai donc fait semblant d'aller bien pour pouvoir partir. Puis je suis redevenue suicidaire. (Participant 3, groupe de discussion)
4.2.1 But in the hospital up north it's way better than the hospital down south because down south I felt good only when I was discharged, but up north I can go out, I can go to the store, I can go see my family, I can smoke cigarettes anytime. I can ask my nurse if I can go spend some time with my family. (Participant 9, entrevue individuelle)	4.2.1 Mais dans l'hôpital du nord, c'est bien mieux que dans l'hôpital du sud, parce que dans le sud, je ne me sentais bien que lorsque je sortais de l'hôpital, mais dans le nord, je peux sortir, je peux aller au magasin, je peux aller voir ma famille, je peux fumer des cigarettes à n'importe quel moment. Je peux demander à mon infirmière si je peux passer du temps avec ma famille. (Participant 9, entrevue individuelle)
4.2.1 I was saying there was no contact with my family when I was in the hospital down south. (Participant 9, entrevue individuelle)	4.2.1 Je disais qu'il n'y avait pas de contact avec ma famille quand j'étais à l'hôpital dans le sud. (Participant 9, entrevue individuelle)
4.2.1 It was suspicious to me I think they want to make money. I think they come here to make money and to make money about my situation. I remember I was calling for a nurse [...] A nurse didn't seem to be interested in her job. She was not into work, maybe she was tired of working that time. She was doing it fast. I think she was tired because she was doing it fast. (Participant 11, entrevue individuelle)	4.2.1 Ça me semble discutable, je pense qu'ils veulent gagner de l'argent. Je pense qu'ils viennent ici pour gagner de l'argent et se faire de l'argent sur ma situation. Je me souviens avoir demandé une infirmière [...] Une infirmière ne semblait pas intéressée par son travail. Elle n'avait pas envie de travailler, peut-être était-elle fatiguée de travailler à ce moment-là. Elle travaillait vite. Je pense qu'elle était

	fatiguée parce qu'elle travaillait vite. (Participant 11, entrevue individuelle)
4.2.1 Just because I did not want to be at the hospital. They took everything from me, like my clothes and everything, just because I did not want to be at the hospital, and I was carrying a knife. And I got shot, taser, here and here (pointe des parties de son corps). At the hospital and at my dad's house. (Participant 3, groupe de discussion)	4.2.1 Tout simplement parce que je ne voulais pas être à l'hôpital, ils m'ont tout pris, mes vêtements et tout le reste, juste parce que je ne voulais pas être à l'hôpital et que je portais un couteau. Et on m'a tiré dessus, avec un taser, ici et ici (pointe des parties de son corps). A l'hôpital et chez mon père (Participant 3, groupe de discussion).
4.2.1 They are trying to help you. Listen to what they say and take what they are giving you, but at the same time, I don't know if I should take the big pill too. The big pill doesn't help, it just makes me sicker in my body. (Participant 9, entrevue individuelle).	4.2.1 Ils essaient de vous aider. Écoutez ce qu'ils disent et prenez ce qu'ils vous donnent, mais en même temps, je ne sais pas si je dois aussi prendre la grosse pilule. La grosse pilule n'aide pas, elle ne fait que me rendre plus malade dans mon corps. (Participant 9, entrevue individuelle)
4.2.2 When she was admitted by social services and she was in the system for years, [direction of youth protection]. That's where she was exposing, expressing that she was suicidal. (Participant 5, groupe de discussion)	4.2.2 Lorsqu'elle a été admise par les services sociaux et qu'elle a été dans le système pendant des années, [direction de la protection de la jeunesse]. C'est là qu'elle a révélé, exprimé qu'elle était suicidaire. (Participant 5, groupe de discussion)
4.2.2 [The clinic and the hospital are] like second home. I'll tell you why. Because, when I was young, when I was a kid, my mother she couldn't take care of me anymore. That was the very first reason why the youth protection took me. I was in foster care at a very early age. I felt like I was being thrown in a	4.2.2 [La clinique et l'hôpital sont] comme une seconde maison. Je vais vous expliquer pourquoi. Parce que, quand j'étais jeune, quand j'étais enfant, ma mère ne pouvait plus s'occuper de moi. C'est la première raison pour laquelle la protection de la jeunesse m'a prise en charge. J'ai été placée en famille

garbage by my mom. It also funny I have the same feeling with the youth protection. When I turned 18, they didn't want me around. That youth protection, they threw me like garbage. (Participant 9, entrevue individuelle)	d'accueil très tôt. J'avais l'impression d'être jetée à la poubelle par ma mère. C'est aussi drôle que je ressente la même chose avec la protection de la jeunesse. Quand j'ai eu 18 ans, ils n'ont plus voulu de moi. Cette protection de la jeunesse, elle m'a jeté comme un déchet. (Participant 9, entrevue individuelle)
4.2.2 So I was released from the prison and I went home and mom already make appointment for me to go to Reintegration Center before I go home and then when I go back home, they put me to Reintegration Center [...]. Back in 1996 they put me in Reintegration Center and I keep going everywhere, traveling going anywhere many times and today I am in supervised apartments outside my home town in another northern village. (Participant 10, entrevue individuelle)	4.2.2 J'ai donc été libéré de la prison et je suis rentré chez moi. Ma mère avait déjà pris rendez-vous pour que j'aile au centre d'hébergement avant que je ne rentre chez moi et quand je suis rentré, ils m'ont mis au centre d'hébergement [...]. En 1996, ils m'ont mis au centre d'hébergement et j'ai continué à me promener, à voyager, à aller n'importe où à plusieurs reprises et aujourd'hui, je suis dans des appartements supervisés en dehors de ma ville natale, dans un autre village du nord. (Participant 10, entrevue individuelle)
4.2.2 I have been going in and out of the hospital a lot [inuktitut] I have been sent away too. To other villages, to the city. (Participant 3, groupe de discussion)	4.2.2 J'ai fait beaucoup d'allers-retours à l'hôpital [inuktitut] On m'a aussi envoyé ailleurs. Dans d'autres villages et en ville. (Participant 3, groupe de discussion)
4.2.2 They said they would medevac (evacuation aéroportée) me to the hospital up North in another community and hmm and then I was there about a week or two or something and then they sent me to	4.2.2 Ils m'ont dit qu'ils allaient m'évacuer (évacuation aéroportée) vers l'hôpital du Nord dans une autre communauté et hmm et j'y suis resté environ une semaine ou deux et ensuite ils m'ont envoyé à

the hospital down south. (Participant 10, entrevue individuelle)	l'hôpital du Sud. (Participant 10, entrevue individuelle)
4.3 I didn't mind because I wanted to be out of the house. I didn't mind getting away from my hometown, but I didn't want to go back there. That's why when they asked me to go to the hospital down south, I said yes. (Participant 9, entrevue individuelle)	4.3 Cela ne me dérangeait pas parce que je voulais sortir de la maison. Ça ne me dérangeait pas de m'éloigner de ma ville natale, je ne voulais pas y retourner. C'est pourquoi lorsqu'ils m'ont demandé d'aller à l'hôpital dans le sud, j'ai accepté. (Participant 9, entrevue individuelle)
4.3 That happened at the right time. You know, if I didn't went there, I would have ended up in the streets. You know before I went to the hospital down south, I was living in the streets in my hometown, alone. (Participant 11, entrevue individuelle)	4.3 C'est arrivé au bon moment. Vous savez, si je n'étais pas allé là-bas, j'aurais fini dans la rue. Vous savez, avant d'aller à l'hôpital dans le sud, je vivais dans la rue dans ma ville natale, seul. (Participant 11, entrevue individuelle)
4.3 I was happy to be discharged, because of the freedom. [...] Hm my experience at the hospital down south was very uncomfortable and I did not like it there, because it's locked, and you get hungry very easily. Too many people in the room and you go out only 3 times a day. (Participant 9, entrevue individuelle)	4.3 J'étais heureux de sortir, parce que j'étais libre. [...] Mon expérience à l'hôpital du sud était très inconfortable et je n'aimais pas cet endroit, parce qu'il est fermé à clé et qu'on a faim très facilement. Il y a trop de monde dans la chambre et on ne sort que trois fois par jour. (Participant 9, entrevue individuelle)
4.3 When they put me in the hospital, I was thinking that I want to spend time with my friends, and they wouldn't let me. I wanted to spent time with friends. I stayed there for 4-5 days before I get better. I was missing my friend and that's it and I really wanted to go out all the time. Yeah. I was thinking, there is no	4.3 Quand ils m'ont mis à l'hôpital, je me disais que je voulais passer du temps avec mes amis et ils ne m'ont pas laissé faire. Je voulais passer du temps avec mes amis. J'y suis restée 4 à 5 jours avant de me rétablir. Mon ami me manquait et c'est tout, et je voulais vraiment sortir tout le temps. Je me disais

freedom in the hospital, something like that. (Participant 10, entrevue individuelle)	qu'il n'y avait pas de liberté à l'hôpital, quelque chose comme ça. (Participant 10, entrevue individuelle)
5. I know he can get better without medication, and I know it. [...] So he can be medication free, once he heals from that. (Participant 4, groupe de discussion)	5. Je sais qu'il peut aller mieux sans médicaments, et je le sais. [...] Il peut donc se passer de médicaments, une fois qu'il aura guéri. (Participant 4, groupe de discussion)
5. Manifesting in the physical, behavior, it's not the issue itself, it's the root cause [approbation générale]. What is causing him or her to act like that. It's coming from somewhere (Participant 1, groupe de discussion)	5. La manifestation physique, le comportement, ce n'est pas le problème lui-même, c'est la cause profonde [approbation générale]. Ce qui fait qu'il ou elle agit comme ça. Cela vient de quelque part. (Participant 1, groupe de discussion)
5. Then I say, how are we going to do it? We are too much in pain already. Everybody, even me, including me, the whole town. That's what I think, I presume. (Participant 5, groupe de discussion)	5. Puis je me dis : comment allons-nous faire? Nous souffrons déjà trop. Tout le monde, même moi, y compris moi, toute la ville. C'est ce que je pense, je suppose. (Participant 5, groupe de discussion)
5.1 She was passing away in 2018, she committed suicide, and I was already suicidal before she commits suicide and maybe she followed me. It's like it was my fault. (Participant 3, groupe de discussion)	5.1 Elle est décédée en 2018, elle s'est suicidée, et j'étais déjà suicidaire avant qu'elle ne se suicide et peut-être qu'elle m'a suivi. C'est comme si c'était de ma faute. (Participant 3, groupe de discussion)
5.1 I am just saying that, in her case, in every case when one is violated, hum, when nothing is done about de perpetrator it's most offensive. [inuktituk] Humm and when you go in crisis, like you're (hésitation) like you are suicidal, hum it is because the	5.1 Je dis simplement que, dans son cas, dans tous les cas où l'on est violé, hum, quand rien n'est fait contre l'auteur, c'est très offensant. Humm et quand vous êtes en crise, comme si vous étiez (hésitation) comme si vous étiez suicidaire, hum c'est parce que

perpetrator's garbage goes in you and then you are not feeling, like you're worthless, no more value the dignity is taken. [inuktituk] (Participant 1, groupe de discussion)

les déchets de l'agresseur entrent en vous et alors vous ne vous sentez pas, comme si vous n'aviez aucune valeur, plus de valeur, la dignité est prise. (Participant 1, groupe de discussion)

5.2 Participant 5, groupe de discussion : Silent, being silent is coming from the past. We don't know what is going on. It's handed down, the parents are passing it down to us in a silent way. Transferred to us. That was my situation. [...]

Participant 1, groupe de discussion : We don't know (where) it's coming from, but it came from our parents. It's passed down, transferred.

Participant 5, groupe de discussion : But it's silent and people are trying to hide it. It's transferred to us. For example, my mother would not talk to us. So she has anger towards me, because as a young, I started to drink. She hates so so so, it's despicable. I bet it's coming somewhere from her, and it's poured out to me. And I am repeating that pattern toward my children. I am trying to cut it as much as I can, to cut it off.

5.2 Participant 5, groupe de discussion : Le silence, le fait d'être silencieux vient du passé. Nous ne savons pas ce qui se passe. C'est transmis, les parents nous le transmettent de manière silencieuse. Transmis à nous. C'était ma situation. [...]

Participant 1, groupe de discussion : On ne sait pas (d'où) ça vient, mais ça vient de nos parents. C'est transmis, transféré.

Participant 5, groupe de discussion : Mais c'est silencieux et les gens essaient de le cacher. Cela nous a été transmis. Par exemple, ma mère ne nous parlait pas. Elle est en colère contre moi parce que j'ai commencé à boire quand j'étais jeune. Elle me déteste tellement, c'est ignoble. Je parie que cela vient d'elle quelque part et que cela se déverse sur moi. Et je répète ce schéma envers mes enfants. J'essaie d'y mettre un terme autant que possible, de m'en débarrasser.

5.3 I even want to come here. I question, why are we in this situation for a long time? What is it, what is it, that is causing it [...] It looks like we are brought up in a good way, but it's not good, but silence. I wonder why we are angry, but silently angry. I don't

5.3 C'est pourquoi j'ai eu envie de venir ici. Je me demande pourquoi nous sommes dans cette situation depuis longtemps. Qu'est-ce qui est à l'origine de cette situation [...] ? Il semble que nous ayons été élevés d'une bonne manière, mais ce n'est pas bon, c'est le silence. Je me demande pourquoi nous

know what the cause is behind. (Participant 5, groupe de discussion)	sommes en colère, mais en silence. Je ne sais pas quelle en est la cause. (Participant 5, groupe de discussion)
5.3 It could be from many things and most, here in Inuk nation, it's a lot with colonialism and the history. [...] We are trying to do this and that, just because. Because our grandparents were asked to settle and the children had to go to school, as simple as that. [pause] That destroyed our lives, destroyed relationship between child and parents, destroyed the foundation, you know the foundation of family unit? (Participant 1, groupe de discussion)	5.3 Cela peut provenir de beaucoup de choses et la plupart, ici dans la nation Inuk, c'est beaucoup lié au colonialisme et à l'histoire. [...] Nous essayons de faire ceci et cela, simplement parce que. Parce qu'on a demandé à nos grands-parents de s'installer et que les enfants devaient aller à l'école, c'est aussi simple que ça. Cela a détruit nos vies, détruit la relation entre l'enfant et ses parents, détruit la base, vous savez la base de l'unité familiale? (Participant 1, groupe de discussion)
5.3 My daughter, she was suicidal when she was entering her teens. How I brought her up, I was a drunk, when she was growing up.“ (Participant 5, groupe de discussion)	5.3 Ma fille était suicidaire à l'adolescence. La façon dont je l'ai élevée, j'étais alcoolique, alors qu'elle grandissait. (Participant 5, groupe de discussion)
5.3 To me, as a mother, I feel like I failed, I regret that I didn't leave their father earlier. Because I knew what happened to him. (Participant 4, groupe de discussion)	5.3 Pour moi, en tant que mère, j'ai le sentiment d'avoir échoué, je regrette de ne pas avoir quitté leur père plus tôt. Parce que je savais ce qui lui était arrivé. (Participant 4, groupe de discussion)
6.1.1 First of all, the radio station is very important, because you can ask for food, you can ask for a person to call you, you could ask for borrowing money through radio. That's how we communicate in town. That's a really good communication. The radio is a good way to ask and offer help. Because every	6.1.1 Tout d'abord, la station de radio est très importante, parce qu'on peut demander de la nourriture, on peut demander à une personne de nous appeler, on peut demander à emprunter de l'argent par le biais de la radio. C'est ainsi que nous communiquons en ville. C'est une très bonne communication.

morning our radio station is on, in each house. Some people don't listen to the radio, but it's the minority of it. You know. Through radio is a good communication. You can even have homemade Bannock. Oh I miss my grand-mother famous Bannock. Oh man, I miss having it. (Participant 11, entrevue individuelle)

La radio est un bon moyen de demander et d'offrir de l'aide. Chaque matin, notre station de radio est allumée dans chaque maison. Certaines personnes n'écoutent pas la radio, mais c'est une minorité. Vous savez, la radio est un bon moyen de communication. La radio est un bon moyen de communication. On peut même manger du Bannock fait maison. Oh, le fameux Bannock de ma grand-mère me manque. Oh, ça me manque. (Participant 11, entrevue individuelle)

6.1.2 A portion of it I got help, when I went to the conference. Because there is a process, grieving. There is a grieving process when you lose a loved one through tragedy. [inuktitut] There is a grief in all the losses. Like I am grieving on a loss, that needs to be investigated, about my sister who suicided." (Participant 3, groupe de discussion)

6.1.2 J'ai reçu de l'aide pour une partie de ce processus, lorsque je suis allée à la conférence. Parce qu'il y a un processus, le deuil. Il y a un processus de deuil lorsque vous perdez un être cher dans une tragédie. Il y a un deuil dans toutes les pertes. Par exemple, je suis en deuil à cause d'une perte, qui doit être compris, à propos de ma sœur qui s'est suicidée. (Participant 3, groupe de discussion)

6.1.2 It helps when you hear people talking, discussing. (Participant 4, groupe de discussion)

6.1.2 Cela aide d'entendre les gens parler, discuter. (Participant 4, groupe de discussion)

6.1.2 It's from long time ago. The residential school traumas are from long time ago. We can start to stop it, for our children. We must step forward. (Participant 5, groupe de discussion)

6.1.2 Cela date d'il y a longtemps. Les traumatismes liés aux pensionnats indiens datent d'il y a longtemps. Nous pouvons commencer à y mettre un terme, pour nos enfants. Nous devons aller de l'avant. (Participant 5, groupe de discussion)

6.2 Like in the household, if you as family, you work on the issue and deal with it and there is forgiveness, maybe that would contribute. (Participant 5, groupe de discussion)

6.2 À la maison, si vous, en tant que famille, vous travaillez sur le problème et le traitez et qu'il y a un pardon, peut-être que cela contribuerait. (Participant 5, groupe de discussion) (Participant 5, groupe de discussion)

6.2 I am pointing the finger to others, but I could be the one in pain, maybe that's not them at all. I bet it's the same situation with other people, many. Other family members, mother, father, children if they had a meeting to say sorry, forgive me. I sometimes wonder if that could be contributing to more joyfull community. (Participant 1, groupe de discussion)

6.2 Je pointe les autres du doigt, mais c'est peut-être moi qui souffre, ce n'est peut-être pas eux du tout. Je parie que c'est la même situation avec d'autres personnes, beaucoup. D'autres membres de la famille, la mère, le père, les enfants, s'ils avaient une réunion pour s'excuser, se pardonner. Je me demande parfois si cela ne pourrait pas contribuer à une communauté plus joyeuse. (Participant 1, groupe de discussion)

6.2.1 My desire is to have healing while she is there, my mother. In the future, I am thinking of having a session as family. Here, with me and my family that would be practiced here, just with family members, extended family. To be meeting together just the family and to heal between us. [...] So in my family it's a need in my family and then we are not talking about, because we are ashamed or afraid. But it needs to be coming out openly, in a proper manner. When people are not talking and silent in these situations, it stays like that. (Participant 5, groupe de discussion)

6.2.1 Mon désir est de guérir pendant qu'elle est là, ma mère. Dans le futur, je pense organiser une séance en famille. Ici, avec moi et ma famille, ce serait pratiqué ici, juste avec les membres de la famille, la famille élargie. Se réunir en famille et guérir entre nous. [...] Dans ma famille, c'est un besoin, mais nous n'en parlons pas, parce que nous avons honte ou peur. Mais il faut que cela se sache ouvertement, d'une manière appropriée. Lorsque les gens ne parlent pas et se taisent dans ces situations, la situation reste inchangée. (Participant 5, groupe de discussion)

6.2.1 Participant 5, groupe de discussion : We should do a workshop, for people who want to end themselves. A workshop where they could [inaudible], but I don't know if anybody would go. Maybe they would be too shy or I don't know. That's my fear. I don't want to say: "People that want to or that are thinking about suicide, let's have a workshop!" That's too much.

[Approbation générale]

[Inuktitut entre les participants]

Participant 5, groupe de discussion : Helping group or... I don't know.

Participant 6, groupe de discussion : Maybe not say that they are suicidal. They will be shy.

Participant 5, groupe de discussion : We should find another title: "helping group" or something. Maybe "helping each other". Or "who feels alone" or "lonely" or something.

Participant 3, groupe de discussion : "Having no one to talk to."

[approbation générale]

[discussion en inuktitut entre les participants]

Participant 3, groupe de discussion : "We are not alone" or something like that.

Participant 5, groupe de discussion : In 2018 the municipality council decided to build the family house because there were 15 suicides in 8 months so it's mostly for having a healthier community, so the title should be like "healing session" or something.

6.2.1 Participant 5, groupe de discussion : Nous devrions organiser un atelier pour les personnes qui veulent en finir avec elles-mêmes. Un atelier où ils pourraient [inaudible], mais je ne sais pas si quelqu'un irait. Peut-être qu'ils seraient trop timides ou je ne sais pas. C'est ce que je crains. Je ne veux pas dire : « Les gens qui veulent se suicider ou qui pensent au suicide, organisons un atelier! ». C'est trop.

[Approbation générale]

[Inuktitut entre les participants]

Participant 5, groupe de discussion : Groupe d'aide ou... je ne sais pas.

Participant 6, groupe de discussion : Peut-être ne pas dire qu'ils sont suicidaires. Ils seront timides.

Participant 5, groupe de discussion : On devrait trouver un autre titre : « groupe d'aide » ou quelque chose comme ça. Peut-être « s'entraider » ou « qui se sent seul » ou « solitaire » ou quelque chose comme ça.

Participant 3, groupe de discussion : « Ceux qui n'ont personne à qui parler ».

[approbation générale]

[discussion en inuktitut entre les participants]

Participant 3, groupe de discussion : « Nous ne sommes pas seuls » ou quelque chose comme ça.

Participant 5, groupe de discussion : En 2018, le conseil municipal a décidé de construire la maison familiale parce qu'il y a eu 15 suicides en 8 mois, donc c'est surtout pour avoir une communauté plus

	saine, donc le titre devrait être « séance de guérison » ou quelque chose comme ça.
6.2.2 I want to talk to her [her daughter], (about) my situation, condition. I have been molested, angry and I brought you up angry, in my anger, because I was so angry, when I didn't want to. I will be able to tell her that. I want to be able to tell her that. (Participant 5, groupe de discussion)	6.2.2 Je veux lui parler [à ma fille], (de) ma situation, de mon état. J'ai été agressée, j'ai été en colère et je t'ai élevée en colère, dans ma colère, parce que j'étais tellement en colère, alors que je ne le voulais pas. Je pourrai lui dire cela. Je veux pouvoir le lui dire. (Participant 5, groupe de discussion)
6.2.3 Participant 5, groupe de discussion : When we have a counsellor soon. I will ask here if we can do the family healing in the evenings for families that wants to. They would be more then welcome. With one or two counsellors so people can talk to each other why they are in pain. With each other, to say that we want to be more connected as a family. Only one time meeting is not going to heal. But we need to get used to it. Even though they are very quiet to open up. I just want to say that I am sorry and ask them why we are quiet between the siblings. Why don't we talk to each other? We should talk to each other. That's where I am at. [Discussion en inuktitut entre les participants] Participant 8, groupe de discussion It would be hard at first. Uncomfortable. Participant 5, groupe de discussion : If it's not working, it's not working. Participant 8, groupe de discussion : I would not know where to start.	6.2.3 Participant 5, groupe de discussion : Lorsque nous aurons bientôt un conseiller, je demanderai ici si nous pouvons faire de la guérison familiale le soir pour les familles qui le souhaitent. Elles seront les bienvenues. Avec un ou deux conseillers pour que les gens puissent (se parler et) se dire pourquoi ils souffrent. Les uns avec les autres, pour dire que nous voulons être plus proches les uns des autres en tant que famille. Une seule rencontre ne suffira pas à guérir. Mais nous devons nous y habituer. Même s'ils sont très timides avant de s'ouvrir. Je veux juste dire que je suis désolée et leur demander pourquoi nous sommes silencieux entre frères et sœurs. Pourquoi ne nous parlons-nous pas? Nous devrions nous parler. Voilà où j'en suis. [Discussion en inuktitut entre les participants] Participant 8, groupe de discussion Ce serait difficile au début. Inconfortable.

Étudiante-chercheuse : It's something that could be offered to all the families? Or just for you?

Participant 5, groupe de discussion : Ah no, all the families, the ones that want to speak out, the families. The counsellors will be natural helpers, people from Inuit values.

Participant 5, groupe de discussion : Si ça ne marche pas, ça ne marche pas.

Participant 8, groupe de discussion : Je ne saurais pas par où commencer.

Étudiante-chercheuse : C'est quelque chose qui pourrait être offert à toutes les familles? Ou seulement pour vous?

Participant 5, groupe de discussion : Ah non, toutes les familles, celles qui veulent s'exprimer, les familles. Les conseillers seront des aides naturels, des gens du regroupement Valeurs Inuit.

6.2.3 We know there is social services, social workers, but we want something personally. As Inuk, I want an Inuk [inuktitut], me as Inuk, I want to talk to an Inuk and say my heart is hurting. Even if a *Qaalunat* [personne allochtone] is there to facilitate or something. (Participant 1, groupe de discussion)

6.2.3 Nous savons qu'il existe les services sociaux, des travailleurs sociaux, mais nous voulons quelque chose de personnel. En tant qu'Inuk, je veux un Inuk [inuktitut], moi en tant qu'Inuk, je veux parler à un Inuk et lui dire que je souffre dans mon cœur. Même si un *Qaalunat* [personne allochtone] est là pour faciliter les choses. (Participant 1, groupe de discussion)

Concepts inuit	Concepts scientifiques	Version originale anglaise	Traduction libre en français
1.1 "The mind is very strong"	Pensées envahissantes	Inuit say, [inuktitut] there is a saying in inuktitut that "your mind is very strong, very powerful, your mind." (Participant 1, groupe de discussion)	Les Inuit disent, [inuktitut] il y a un dicton en inuktitut qui dit que « votre esprit est très fort, très puissant, votre esprit ». (Participant 1, groupe de discussion)

		At times, I am thinking that I am losing my mind. Even to a point where I have mental issue. Reaching that point. Because mindset is very strong. (Participant 5, groupe de discussion)	Parfois, je pense que je perds la tête. Au point d'avoir des problèmes mentaux. J'en arrive à ce point. Parce que mon esprit est très fort. (Participant 5, groupe de discussion)
		Too much thoughts, your thought process is overbearing [lorsque questionnés sur la signification « the mind is very strong »]. (Participant 5, groupe de discussion)	Trop de pensées, votre processus de pensée est trop envahissant [lorsque questionnés sur la signification « the mind is very strong »]. (Participant 5, groupe de discussion)
1.2 “To be dead inside”	Engourdissement émotionnel	We all go through many different struggles. I feel like I have just been living dead. [inuktitut] That spark, I lost that spark. [inuktitut] I noticed because the one that, that person, who hates me, wherever I go... [inuktitut] she hammered me down. Years and years of going like that wherever I go, non-stop. [inuktitut] No longer, this is why I feel like I am dead inside. (Participant 6, groupe de discussion)	Nous passons tous par des difficultés différentes. J'ai l'impression d'être mort-vivant. [inuktitut] Cette étincelle, j'ai perdu cette étincelle. [...] Ce n'est plus le cas, c'est pourquoi j'ai l'impression d'être morte à l'intérieur. (Participant 6, groupe de discussion)

		Dead inside, no energy, I feel like a boring mother. I can say that. Boring mother, I am not an active mother. (Participant 5, groupe de discussion)	Mort à l'intérieur, pas d'énergie, je me sens comme une mère ennuyeuse. Je peux le dire. Une mère ennuyeuse, je ne suis pas une mère active. (Participant 5, groupe de discussion)
1.3 "To end ourselves"	Être suicidaire	Even us, not suicidal, but we don't want to live anymore, sometimes. We can't do it. We want to end ourselves, but [inaudible] pain feels. Yeah. [...] Yes, we are in pain, but we want to end our life somehow, but we can't, when we are in real pain. Some things are not going better, it's in the same spot. When we are in struggle. (Participant 5, groupe de discussion)	Même nous, nous ne sommes pas suicidaires, mais nous ne voulons plus vivre, parfois. On n'y arrive pas. On veut en finir avec nous-mêmes. Oui, on a mal et on veut mettre fin à notre vie d'une manière ou d'une autre, mais on ne peut pas, quand on a vraiment mal. (Participant 5, groupe de discussion)
1.4 "Crisis and chaos"	Désorganisation	People can be damaged emotionally, they could be in emotional crisis and chaos. (Participant 1, groupe de discussion) Is it because she was in crisis, and everybody was afraid of her... She is making a lot of commotion. (Participant 1, groupe de discussion) When he doesn't get injection, he gets chaotic. (Participant 4, groupe de discussion)	Les gens peuvent être endommagés émotionnellement, ils peuvent être en crise émotionnelle et dans le chaos. (Participant 1, groupe de discussion) Est-ce parce qu'elle était en crise et que tout le monde avait peur d'elle? Elle fait beaucoup de bruit. (Participant 1, groupe de discussion) Lorsqu'il ne reçoit pas l'injection, il devient chaotique. (Participant 4, groupe de discussion)

1.5 "We see the symptom"	Fragilité émotionnelle	We see the pain is when a person is not him or her. Not how we use to see him [lorsque questionnée sur la signification de l'expression « we see the symptom »] (Participant 4, groupe de discussion)	Nous voyons la douleur est lorsqu'une personne n'est pas elle-même. Pas comme on la voyait avant [lorsque questionnée sur la signification de l'expression « we see the symptom »]. (Participant 4, groupe de discussion)
		So, what were we saying again...okay so to heal the mind, the soul, it has a lot to do with emotions. People can be damaged emotionally; they could be in emotional crisis and chaos. It could be from (hesitation) past, that they have carried for so long, to a point the body is now exhausted. So you can ask, this is the area where is your question mark, is (hesitation) what happened to that person? A trauma. It could be physical abuse, verbal abuse, emotional abuse, spiritual abuse, sexual abuse and any other kind of neglect, any form of abuse. That wounds the person inside. See? I see you, but the real you is	Alors, qu'est-ce que nous disions encore... ok, pour guérir l'esprit, l'âme, cela a beaucoup à voir avec les émotions. Les gens peuvent être endommagés sur le plan émotionnel; ils peuvent être en crise émotionnelle et dans le chaos. Il peut s'agir d'un passé (hésitation) qu'ils ont porté pendant si longtemps que le corps est maintenant épuisé. Vous pouvez donc vous demander, et c'est là que se trouve votre point d'interrogation, ce qui est arrivé à cette personne. Un traumatisme. Il peut s'agir d'un abus physique, verbal, émotionnel, spirituel, sexuel ou de toute autre forme de négligence, de toute

		inside. You can cover up, we can cover up a lot of pain, like pretend we are okay, but we have so much carried pain. It could be from long time ago what you are upbringing. You know? Childhood or adulthood you know? From parents, people in authority or a spouse or whatever you know? It could be from many things and most, here in inuk nation, it's a lot with colonialism and the history. So, we see the symptom, that's what you saw, the symptom of that. (Participant 1, groupe de discussion)	forme d'abus. Cela blesse la personne à l'intérieur. Vous voyez? Je vous vois, mais le vrai vous est à l'intérieur. Vous pouvez dissimuler, nous pouvons dissimuler beaucoup de douleur, comme prétendre que nous allons bien, mais nous avons tellement de douleur à l'intérieur. Cela peut venir de l'éducation que vous avez reçue il y a longtemps. Vous savez? Dans l'enfance ou à l'âge adulte? Des parents, des personnes en position d'autorité, d'un conjoint ou de n'importe qui d'autre? Cela peut venir de beaucoup de choses et la plupart, ici dans la nation inuit, c'est beaucoup lié au colonialisme et à l'histoire. Nous voyons donc le symptôme, c'est ce que vous avez vu, le symptôme de cela. (Participant 1, groupe de discussion)
1.6 "The wounding is in the heart"	Blessure spirituelle	To my knowledge and experience, I think it's unresolved issues in our live, that we have not dealt with, that we have grief, pain, trauma, that wounded our hearts, that we carry, and it affects our health, we are brought, when we are sick, from	D'après mes connaissances et mon expérience, je pense qu'il s'agit de problèmes non résolus dans notre vie, que nous n'avons pas traités, de chagrins, de douleurs, de traumatismes, qui ont blessé nos cœurs, que nous portons, et cela affecte notre santé,

		that. (Participant 1, groupe de discussion)	nous sommes amenés, lorsque nous sommes malades, à en souffrir. (Participant 1, groupe de discussion)
		That's where (hesitation) the mind, the wounding is in the hearth, in the soul. That's where they got wounded. (Participant 1, groupe de discussion)	C'est là que (hésitation) l'esprit, la blessure est dans le cœur, dans l'âme. C'est là qu'ils ont été blessés. (Participant 1, groupe de discussion)
		All of this as a lot to do with the heart issue. Heart. In the heart. [inuktitut] It's from inside the heart. The mind. Thought process. (Participant 1, groupe de discussion)	Tout cela a beaucoup à voir avec la question du cœur. Le cœur. Dans le cœur. C'est à l'intérieur du cœur. L'esprit. Le processus de pensée. (Participant 1, groupe de discussion)
1.7 <i>Tusaaralik, Takunaaralik</i>	Hallucinations auditives et visuelles	It's because she is hearing voices and talking to herself too. (Participant 4, groupe de discussion)	C'est parce qu'elle entend des voix et qu'elle se parle à elle-même aussi. (Participant 4, groupe de discussion)
		Because there is a word for people like that "tusaaralik" seeing visions or hearing voices. Yeah, that's the word for that in inuktitut. (Participant 5, groupe de discussion)	Parce qu'il y a un mot pour les gens comme ça, « tusaaralik », qui ont des visions ou entendent des voix. Oui, c'est le mot pour cela en inuktitut. (Participant 5, groupe de discussion)

		“Tusaaralik” it means he or she is hearing voices. That’s why she is talking (silence). And people have [inuktitut] “Takunaralik” which means they are seeing visions, hallucinations. [inuktitut]. (silence) (Participant 1, groupe de discussion)	« Tusaaralik » signifie qu’il ou elle entend des voix. Et les gens ont [inuktitut] « Takunaralik », ce qui signifie qu’ils ont des visions, des hallucinations. (inuktitut). (silence) (Participant 1, groupe de discussion)
		That we call: “Tusaaralik”. That means she is hearing voices in her mind. [inuktitut] Yes, it happens. In inuktitut they say “Tusaaralik” they are hearing voices or hallucinating. (Participant 1, groupe de discussion)	C’est ce que nous appelons : « Tusaaralik ». Cela signifie qu’elle entend des voix dans son esprit. Oui, cela arrive. En inuktitut, on dit « Tusaaralik », on entend des voix ou on a des hallucinations. (Participant 1, groupe de discussion)
1.8 “We don’t know how to love ourselves”	Faible estime de soi	Many years [hesitation] I hate myself, I don’t like myself. I am talking how I feel. [inuktitut] (Participant 5, groupe de discussion)	Pendant de nombreuses années [hésitation], je me déteste, je ne m’aime pas. Je parle de ce que je ressens. [inuktitut] (Participant 5, groupe de discussion)
		We don’t know how to love ourselves and forgive ourselves. (Participant 1, groupe de discussion)	Nous ne savons pas nous aimer et nous pardonner. (Participant 1, groupe de discussion)

		I think we are all struggling, about not loving or being disgusted with ourselves. I don't know where it is coming from, but that's what we have become. Not loving ourselves, not accepting ourselves, embrace ourselves and I don't know how people do it, when they do. We don't know how people can be kind to themselves, forgive themselves. (Participant 1, groupe de discussion)	Je pense que nous luttons tous contre le fait de ne pas nous aimer ou d'être dégoûtés de nous-mêmes. Je ne sais pas d'où cela vient, mais c'est ce que nous sommes devenus. Nous ne nous aimons pas, nous ne nous acceptons pas, nous ne nous accueillons pas et je ne sais pas comment les gens font, quand ils le font. Nous ne savons pas comment les gens peuvent être gentils avec eux-mêmes, se pardonner. (Participant 1, groupe de discussion)
1.9 "Some could be so quiet"	Repli sur soi	Some won't even talk before they go straight to suicide. Some of them will talk, but some won't. That happen. Sometimes they want to, but they won't. (Participant 5, groupe de discussion)	Certains ne parlent même pas avant de se suicider. Certains parleront, mais d'autres non. Cela arrive. Parfois, ils veulent le faire, mais ils ne le font pas. (Participant 5, groupe de discussion)
		How they act. Maybe sometimes I think, when people are looking down, walking. That's what I learn from the priest a long time ago. Those people that their heads are down, these people need help. That's what I heard before. But it can be different too. When they are	Comment ils agissent. Peut-être que parfois je pense, quand les gens regardent en bas, en marchant. C'est ce que le prêtre m'a appris il y a longtemps. Ces gens qui ont la tête baissée ont besoin d'aide. C'est ce que j'ai entendu auparavant. Mais cela peut aussi être différent. Quand ils ne sont

not happy. (Participant 5, groupe de discussion)

pas heureux. (Participant 5, groupe de discussion)

Some of them could be so quiet. (Participant 6, groupe de discussion)

Certains peuvent être très tranquille. (Participant 6, groupe de discussion)

Figure 2*Carte situationnelle organisée des éléments clés de la situation*

Éléments individuels et acteurs humains	Éléments et actants non humains
Personnes premières concernées Familles et proches concernés Professionnels (milieux de la santé, milieux communautaires, milieux juridiques, aviation) Personnel de soutien (milieux de la santé, milieux communautaires, milieux juridiques) Gestionnaires Étudiante-chercheuse (MDB) Voir la Figure 3	Disparités régionales et géographiques Contexte historique, politique et culturel Contexte géographique (évacuations aéroportées) Organisation des services préventifs Organisation des services curatifs Infrastructures légales reliée à LPP La gestion du risque et du danger comme objet d'intervention Instruments de collecte de données (groupe de discussion, entrevues individuelles, journal de bord) Protocoles et publications officiels
Éléments collectifs et acteurs humains	Acteurs/actants impliqués/silencieux
Gouvernement provincial Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik Centres de Santé du Nunavik (2) Compagnies aériennes Tribunal administratif du Québec Établissements de santé en milieu urbain Centres d'hébergement (dispersés sur le territoire) Équipes de travail (multidisciplinaires) Dispositif de formation professionnelle (rôle élargi) Familles et systèmes de soutien (famille, proches, communauté) Organismes communautaires	Groupes militants (droits des usagers) Conditions de vie et socioéconomiques Accès aux services culturellement congruents Hiérarchisation des pratiques de soin Déontologie professionnelle Meilleures pratiques en prévention du suicide Souffrance
Construction discursive des acteurs humains	Construction discursive des actants non humains
Parcours judiciaires des personnes premières concernées Experts de la santé mentale et de la prévention du suicide (travailleurs sociaux) Personne/entourage/communauté en besoin de protection Rupture des liens sociaux Discours centré sur le risque Discours centré sur la dangerosité Discours centré sur l'aide	Médicalisation des conditions socioéconomiques Normalisation des disparités régionales/géographiques Inefficacité des mesures de protection et des soins Application de la LPP comme obligation Application de la LPP comme mesure de soutien Application de la LPP comme geste de pouvoir

	Pratiques sociales nécessaires Pratiques sociales critiquées Rencontre interculturelle
Éléments politiques et économiques	Éléments socioculturels et symboliques
Précarité sociale et économique Problèmes d'accès aux services préventifs Problèmes d'accès aux services de santé mentale Sous-financement des services Roulement et épuisement du personnel Gestion du risque Discours centré sur la protection des personnes Discrimination Infrastructures sanitaires Surpopulation des maisons Insécurité alimentaire	Permutation des dynamiques coloniales Pratiques culturelles (non-ingérence, tolérance, pardon) Pratiques communautaires Violence et conflits familiaux Confiance populaire envers les services de santé et communautaires Judicialisation des problèmes sociaux Stigmatisation Traitement réservé à la maladie mentale Exclusion sociale Approche individuelle des services Humanisme et réciprocité Acceptation communautaire de la recherche
Éléments temporels	Éléments relatifs à l'espace
Processus coloniaux Évolution de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (1971-1991) Code criminel (1985-présent) Loi sur les services de santé et les services sociaux (1991-présent) Droits de l'utilisateur (1991) Code civil (1991) Droits économiques, culturels et sociaux (1976) Gouvernance du réseau par la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik (1991-présent) Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (1997-présent) Rapport du Protecteur du citoyen (2011) (exclusion du Nord-du-Québec) Protocole d'application de la loi P.38.001 au Nunavik (2019-présent) Réforme des services de santé et des services sociaux Évolution des dynamiques familiales au Nunavik	Particularités spatiotemporelles des dispensaires Particularités spatiotemporelles des milieux hospitaliers Particularités spatiotemporelles des milieux communautaires Espaces relationnels Régions rurales et éloignées Régions urbaines Logistique de la recherche
Enjeux majeurs et importants	Discours associés
Traumatismes et deuils compliqués	Besoin de protection

Solutions de rechange à la coercition psychiatrique Biomédicalisation Disparités entre la loi P.38 et son application Flou dans la mission des services (coercition vs rétablissement) Recherche collaborative	Obligation d'appliquer la loi (légalisme) Notions de risque, de dangerosité et de capacité à consentir Rupture des services et manque d'accès aux services (confiance) Prévention du suicide
Autres éléments clés de la situation	
Discours publics sur la protection des personnes Différences entre les paradigmes institutionnels Besoins des personnes premières concernées Relations de pouvoir Contrôle social de la différence	

Figure 3

Carte des mondes sociaux : arène de la coercition psychiatrique au Nunavik (

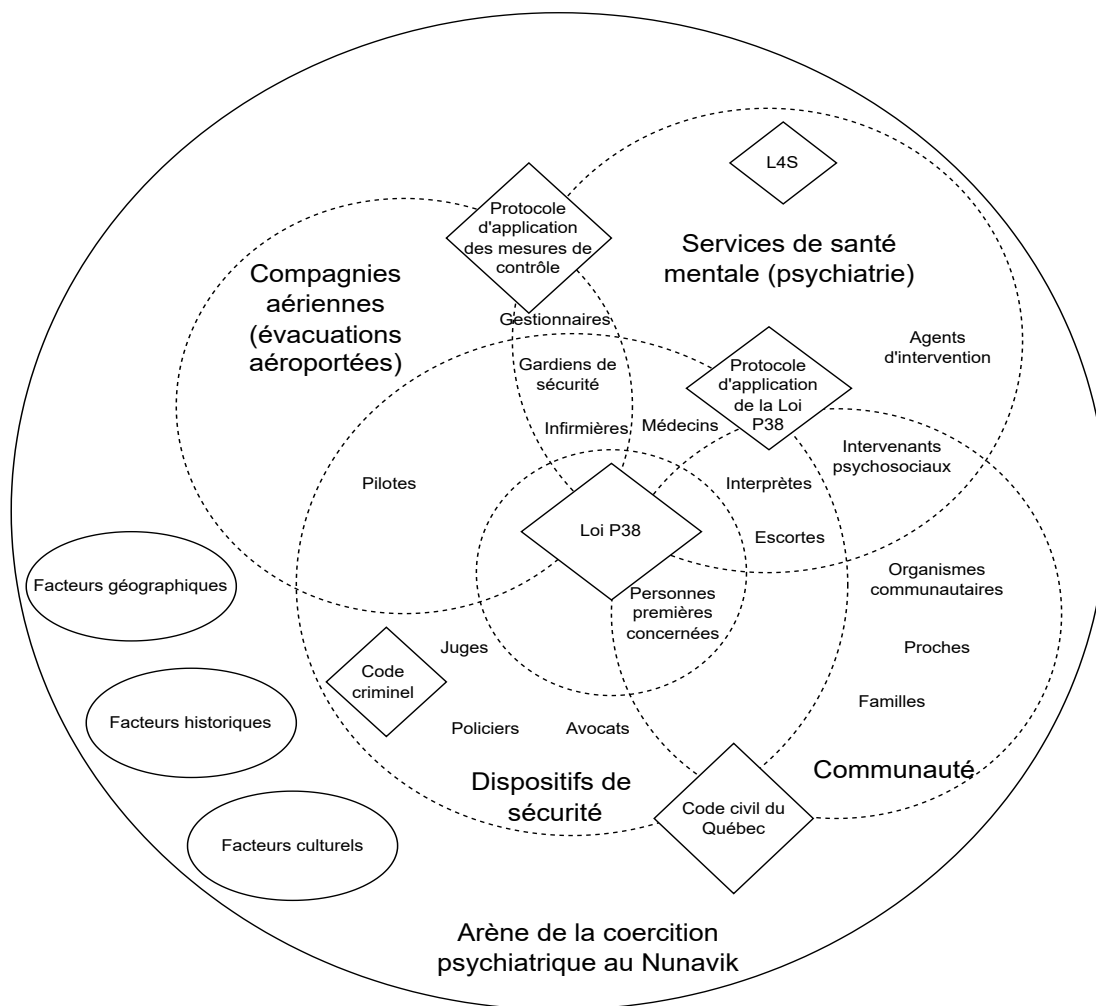
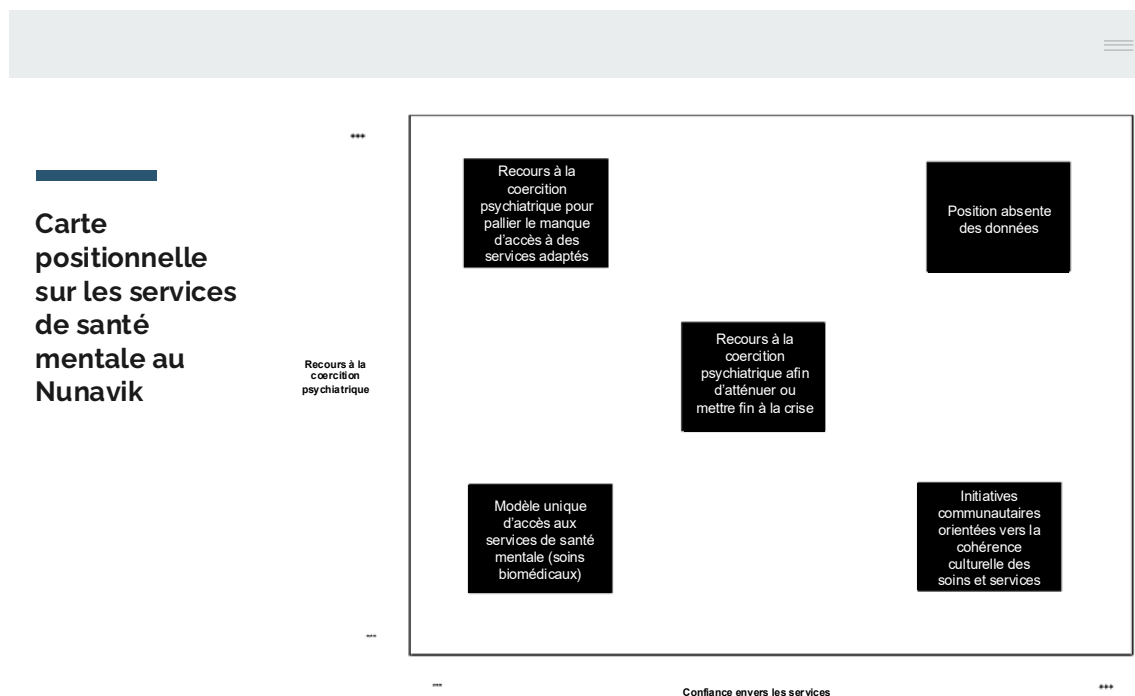


Figure 4

Carte positionnelle des discours, des positions divergentes ou contradictoires exprimées à l'égard du phénomène étudié



Appendice B. Fiche de recrutement



Fiche d'information sur le projet

Titre

La sécurisation culturelle des soins infirmiers médico-légaux en santé mentale au Nunavik : enjeux, tensions et occasions de transformation des pratiques nordiques

Description

Nous sollicitons par la présente votre participation au recrutement pour le projet de recherche cité en rubrique, qui vise à mieux comprendre les perceptions, les expériences vécues et les croyances face aux hospitalisations et aux traitements involontaires liés à des problèmes de santé mentale.

Objectifs

- Mieux comprendre la manière dont les hospitalisations et les traitements involontaires liés aux problèmes de santé mentale sont perçus et vécus;
- Déterminer les conséquences sur les personnes, ainsi que les éléments aidants et non aidants lors des soins offerts.
- Analyser les enjeux et les dynamiques présents lors de ces hospitalisations et l'expérience de ces traitements.

Nature de la participation

Vous êtes invité à participer au recrutement de participants potentiels. Les critères de sélection pour les participants sont les suivants : être résident du Nunavik, s'identifier comme Inuk, être une personne majeure, être en mesure de s'exprimer en anglais, en français ou en inuktitut, et avoir été un usager ayant vécu une ou plusieurs hospitalisations involontaires et/ou une ordonnance de traitement en psychiatrie au Nunavik. L'entrevue prendra la forme d'une rencontre individuelle d'environ une (1) heure enregistrée en format audio, dans un lieu choisi par chaque participant. Des collations légères et des boissons leur seront offertes durant l'entrevue. Un tirage de deux cartes-cadeaux de 100 \$ chacune, utilisables à la coopérative, sera effectué parmi tous les participants au projet. Le choix de l'endroit (lieu de réalisation) pour les entrevues individuelles sera fait dans le respect afin de permettre des échanges en toute confidentialité et en toute tranquillité.

Coordonnées

Ce projet de recherche a reçu l'approbation du comité d'éthique de l'Université du Québec en Outaouais et du conseil d'administration du [passage retiré]. Si vous avez des questions concernant ce projet de recherche, communiquez avec Mélyna Désy Bédard, étudiante-chercheuse, par téléphone au [passage retiré] et par courriel à [passage retiré].

Appendice C. Formulaire de consentement (groupe de discussion)



Formulaire de consentement

Groupe de discussion focalisé — membres de la communauté

La sécurisation culturelle des soins infirmiers médicolégaux en santé mentale au Nunavik : enjeux, tensions et occasions de transformation des pratiques nordiques

Le projet n'est pas financé par un organisme subventionnaire et a reçu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais, ainsi que celle du [passage retiré].

Chercheurs principaux :

Mélyna Désy Bédard, inf. B. Sc.

Étudiante à la maîtrise, Département des sciences infirmières

Université du Québec en Outaouais

Pierre Pariseau-Legault, inf. Ph. D.

Professeur, Département des sciences infirmières

Université du Québec en Outaouais

Caroline Hervé, anthropologue

Professeure adjointe, Département d'anthropologie

Université Laval

Description du projet

Nous sollicitons par la présente votre participation au projet de recherche cité en rubrique, qui vise à mieux comprendre les perceptions, les expériences vécues et les croyances face aux hospitalisations involontaires liées à des problèmes de santé mentale. Les objectifs de ce groupe de discussion consistent à :

- Définir les croyances et les perceptions de la communauté face à l'hospitalisation involontaire en psychiatrie, chez des personnes vivant avec un problème de santé mentale.
- Inventorier les pratiques locales mises en place par les proches et la communauté lorsqu'un membre présente de tels problèmes.

Déroulement

Vous êtes invité à participer à un groupe de discussion qui prendra la forme d'une entrevue de groupe d'approximativement six (6) personnes au maximum, qui sera enregistrée en format audio et vidéo afin de pouvoir distinguer chaque intervention faite par les participants. Votre participation sera d'une durée d'environ deux (2) heures (lieu et date de la rencontre). Des collations légères et des boissons vous seront offertes durant la rencontre. Un tirage de deux cartes-cadeaux de 100 \$ chacune, utilisables à la coopérative, sera effectué parmi tous les participants au projet. Le choix de l'endroit (lieux de réalisation) pour le groupe de discussion sera fait dans le respect afin de permettre des échanges en toute confidentialité et en toute tranquillité.

Comité consultatif

Un premier groupe de discussion aura lieu avec tous les participants. Cependant, d'autres rencontres seront organisées afin de questionner plus en détail les participants sur leur expérience, de même que pour l'analyse des données. Les personnes souhaitant prendre part à plus d'une rencontre afin de participer à l'interprétation des données et à la validation des résultats sont invitées à mentionner leur intérêt à l'étudiante-chercheuse, ainsi que le moyen choisi pour les futures prises de contact.

Confidentialité

La confidentialité des données recueillies dans le cadre de ce projet de recherche sera assurée conformément aux lois et aux règlements en vigueur dans la province de Québec de même qu'aux règlements et aux politiques de l'Université du Québec en Outaouais. La confidentialité quant à votre participation ne peut être garantie, étant donné la présence d'autres participants et d'interprètes. Cependant, des formulaires de consentements à la confidentialité devront être signés par tous les participants et les interprètes afin d'être admissibles.

Des noms fictifs seront attribués aux participants de sorte qu'aucune identification ne soit possible. Les données permettant l'identification des participants recueillies dans le cadre du groupe de discussion (par exemple, ce formulaire de consentement) seront conservées sous clé dans un bureau sécurisé. Les données anonymisées seront conservées dans un ordinateur portable et sur un disque dur externe verrouillé à l'aide d'un mot de passe auquel seuls les chercheurs affiliés au projet auront accès.

À des fins de contrôle et de vérification, les informations que vous nous fournirez dans le cadre de cette recherche pourraient être consultées par le personnel autorisé de l'UQO, conformément au Règlement relatif à l'utilisation des ressources informatiques et des télécommunications.

Toutes les données seront détruites cinq (5) ans après la publication des résultats. Tous les documents en format papier seront détruits de manière sécuritaire (déchiquetés). Les documents numériques seront détruits de façon sécuritaire à l'aide d'un nettoyage, également appelé écrasement, des supports utilisés (ordinateur portable et disque dur externe).

Diffusion des résultats

Les résultats seront diffusés par la suite dans un mémoire de maîtrise qui sera soumis à l'Université d'attache de l'étudiante-chercheuse. Les résultats et les recommandations qui en découleront seront envoyés [passage retiré]. D'autres articles ou documents pourront être élaborés dans le but de présenter les résultats dans des journaux scientifiques, des conférences, des formations, ou lors de consultations sur cet enjeu.

Consentement

Les données recueillies ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent formulaire de consentement. Votre participation à ce projet de recherche se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non et de vous retirer en tout temps sans préjudice en contactant l'étudiante-chercheuse responsable de ce projet. Si vous vous retirez de ce projet pendant ou après la rencontre du groupe de discussion, il sera impossible de détruire les autres données issues des discussions de groupe récoltées avant votre retrait. Si vous le

souhaitez, vous pouvez simplement ne pas répondre aux questions et à tout moment mettre fin à votre participation au groupe de discussion. Les risques associés à votre participation sont minimaux. Ils comprennent la présence d'un inconfort associé à l'émergence potentielle de souvenirs qui pourraient être douloureux. Le cas échéant, l'étudiante-chercheuse s'engage à mettre en œuvre les moyens nécessaires pour les réduire ou les pallier.

Je demeurerai présente pour discuter avec vous après l'entrevue. Si des souvenirs désagréables venaient à faire surface plus tard, une liste de ressources d'aide se retrouve à la fin de ce document. La contribution à l'avancement des connaissances au sujet des hospitalisations involontaires en psychiatrie au Nunavik est le bénéfice direct anticipé.

Approbation éthique

Ce projet de recherche a reçu l'approbation du comité d'éthique de l'université d'attache de l'étudiante-chercheuse et de [passage retiré]. Si vous avez des questions concernant ce projet de recherche, communiquez avec Mélyna Désy Bédard, étudiante-chercheuse, par téléphone [passage retiré] et par courriel à [passage retiré].

Si vous avez des questions ou des plaintes concernant les aspects éthiques de ce projet, veuillez communiquer avec André Durivage, président du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais. Il peut être joint par téléphone au 1 819 595-3900, poste 1781, ou par courriel à comite.ethique@uqo.ca.

Déclaration du participant

- Je peux prendre tout le temps qu'il me faut pour réfléchir à ma participation avant de donner mon accord ou non.
- Je peux poser des questions à l'étudiante-chercheuse et obtenir des réponses qui me satisferont.
- En participant à ce projet, je ne renonce pas à mes droits et je ne dégage pas les chercheurs de leurs responsabilités.
- J'ai pris connaissance du présent formulaire d'information et de consentement et j'accepte de participer au projet de recherche.

Je consens à la participation à ce projet de recherche : Oui Non

Je consens à ce que l'entrevue soit enregistrée : Oui Non

Consentement à la participation obtenu verbalement : Oui Non

Le formulaire est signé en deux exemplaires, dont l'un est remis au participant : Oui Non

Nom : _____

Prénom : _____

Signature du participant : _____ Date : _____

Engagement de l'étudiante-chercheuse

J'ai pris le temps d'expliquer les conditions de participation au projet au participant. J'ai répondu du mieux que j'ai pu aux questions et me suis assurée que le participant comprend. Je m'engage à respecter ce qui a été convenu au présent formulaire d'information et de consentement.

Nom : _____

Prénom : _____

Signature de l'étudiante-chercheuse : _____ Date : _____

Ressources d'aide

Ressources	Coordonnées
Services sociaux de [passage retiré] (24 h/24)	819 [passage retiré]-2718
Ligne d'aide Kamatsiaqtut (ligne de soutien sans frais en anglais et en inuktitut)	1 800 265-3333
ReachOut Nunavik (plusieurs ressources disponibles sur cette page)	www.facebook.com/reachoutnuna- vik

Appendice D. Formulaire de consentement (entrevues individuelles)



Formulaire de consentement

Entrevues individuelles — usagers

La sécurisation culturelle des soins infirmiers médicolégaux en santé mentale au Nunavik : enjeux, tensions et occasions de transformation des pratiques nordiques

Le projet n'est pas financé par un organisme subventionnaire et a reçu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais, ainsi que celle du conseil d'administration du [passage retiré].

Chercheurs principaux :

Mélyna Désy Bédard, inf. B. Sc.

Étudiante à la maîtrise, Département des sciences infirmières

Université du Québec en Outaouais

Pierre Pariseau-Legault, inf. Ph. D.

Professeur, Département des sciences infirmières

Université du Québec en Outaouais

Caroline Hervé, anthropologue

Professeure adjointe, Département d'anthropologie

Université Laval

Description du projet

Nous sollicitons par la présente votre participation au projet de recherche cité en rubrique, qui vise à mieux comprendre les perceptions, les expériences vécues et les croyances face aux hospitalisations involontaires liées à des problèmes de santé mentale. Les objectifs de cette entrevue consistent à :

- Mieux comprendre la manière dont les hospitalisations involontaires liées à des problèmes de santé mentale sont perçues et vécues.
- Déterminer les conséquences sur les personnes, ainsi que les éléments aidants et non aidants lors des soins offerts.

Déroulement

Vous êtes invité à participer à une entrevue qui prendra la forme d'une rencontre individuelle d'environ une (1) heure enregistrée en format audio, dans le lieu de votre choix. Des collations légères et des boissons vous seront offertes durant l'entrevue. Si vous le souhaitez, vous pouvez demander la présence d'un interprète pour assurer la traduction pendant l'entrevue. Un tirage de deux cartes-cadeaux de 100 \$ chacune, utilisables à la coopérative, sera effectué parmi tous les participants au projet. Le choix de l'endroit (lieu de réalisation) pour les entrevues individuelles sera fait dans le respect afin de permettre des échanges en toute confidentialité et en toute tranquillité.

Confidentialité

La confidentialité des données recueillies dans le cadre de ce projet de recherche sera assurée conformément aux lois et aux règlements en vigueur dans la

province de Québec de même qu'aux règlements et aux politiques de l'Université du Québec en Outaouais. Tant les données recueillies que les résultats de la recherche ne pourront en aucun cas permettre de vous identifier. Des noms fictifs seront attribués aux participants de sorte qu'aucune identification ne soit possible. Cependant, étant donné le contexte dans lequel se déroulera l'étude et la petite taille de la communauté, il est possible que des membres de la communauté aient connaissance de votre participation. Une fois anonymisées, les données seront conservées dans un ordinateur verrouillé par mot de passe auquel seuls les chercheurs du projet auront accès. Les données identificatoires (par exemple, ce formulaire de consentement) seront conservées sous clé dans un bureau sécurisé.

À des fins de contrôle et de vérification, les informations que vous nous fournirez dans le cadre de cette recherche pourraient être consultées par le personnel autorisé de l'UQO, conformément au Règlement relatif à l'utilisation des ressources informatiques et des télécommunications.

Toutes les données seront détruites cinq (5) ans après la publication des résultats. Tous les documents en format papier seront détruits de manière sécuritaire (déchiquetés). Les documents numériques seront détruits de façon sécuritaire à l'aide d'un nettoyage, également appelé écrasement, des supports utilisés (ordinateur portable et disque dur externe).

Diffusion des résultats

Les résultats seront diffusés par la suite dans un mémoire de maîtrise qui sera soumis à l'Université d'attache de l'étudiante-chercheuse. Les résultats et les recommandations en découlant seront transmis aux dirigeants [passage retiré]. D'autres articles ou documents pourront être élaborés dans le but de présenter les résultats dans des revues scientifiques, des conférences, des formations, ou lors de consultations sur cet enjeu.

Consentement

Les données recueillies ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent formulaire de consentement. Votre participation à ce projet de recherche se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non et de vous retirer en tout temps sans conséquence. Les risques associés à votre participation comprennent la présence d'un inconfort associé à l'émergence potentielle de souvenirs qui pourraient être douloureux. L'étudiante-chercheuse s'engage, le cas échéant, à mettre en œuvre les moyens nécessaires pour les réduire ou les pallier. Si vous le souhaitez, vous pouvez simplement décider de ne pas répondre à certaines questions et vous pouvez même mettre fin à l'entrevue. Je demeurerai présente pour discuter avec vous après la rencontre. Si des souvenirs désagréables venaient à faire surface plus tard, une liste de ressources d'aide se retrouve à la fin de ce document. La contribution à l'avancement des connaissances au sujet des hospitalisations involontaires en psychiatrie au Nunavik est le bénéfice direct anticipé. Si, à tout moment, vous désirez vous retirer du projet, vous pouvez contacter l'étudiante-chercheuse responsable du projet afin que vos données soient détruites.

Approbation éthique

Ce projet de recherche a reçu l'approbation du comité d'éthique de l'université d'attache de l'étudiante-chercheuse et du conseil d'administration du [passage retiré]. Si vous avez des questions concernant ce projet de recherche, communiquez avec Mélyna Désy Bédard, étudiante-chercheuse, par téléphone au [passage retiré] ou au [passage retiré], poste [passage retiré] et par courriel à [passage retiré].

Si vous avez des questions ou des plaintes concernant les aspects éthiques de ce projet, veuillez communiquer avec André Durivage, président du Comité

d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais. Il peut être joint par téléphone au 1 819 595-3900, poste 1781, ou par courriel à comite.ethique@uqo.ca.

Déclaration du participant

- Je peux prendre tout le temps qu'il me faut pour réfléchir à ma participation avant de donner mon accord ou non.
- Je peux poser des questions à l'étudiante-chercheuse et obtenir des réponses qui me satisferont.
- En participant à ce projet, je ne renonce pas à mes droits et je ne dégage pas les chercheurs de leurs responsabilités.
- J'ai pris connaissance du présent formulaire d'information et de consentement et j'accepte de participer au projet de recherche.

Je consens à la participation à ce projet de recherche : Oui Non

Je consens à ce que l'entrevue soit enregistrée : Oui Non

Consentement à la participation obtenu verbalement : Oui Non

Le formulaire est signé en deux exemplaires, dont l'un est remis au participant : Oui Non

Nom : _____ Prénom : _____

Signature du participant : _____ Date : _____

Nom de la personne autorisée à consentir pour le participant (si applicable) :

Signature du tiers autorisé (si applicable) : _____

Engagement de l'étudiante-chercheuse

J'ai pris le temps d'expliquer les conditions de participation au projet au participant. J'ai répondu du mieux que j'ai pu aux questions et me suis assurée que le participant comprend. Je m'engage à respecter ce qui a été convenu au présent formulaire d'information et de consentement.

Nom : _____ Prénom : _____

Signature de l'étudiante-chercheuse : _____ Date : _____

Ressources d'aide

Ressources	Coordonnées
Services sociaux de [passage retiré] (24 h/24)	819 [passage retiré]-2718
Ligne d'aide Kamatsiaqtut (ligne de soutien sans frais en anglais et en inuktitut)	1 800 265-3333
ReachOut Nunavik (plusieurs ressources disponibles sur cette page)	www.facebook.com/reachoutnunavik
Aidants naturels (Centre de santé [passage retiré] de la [passage retiré])	819 [passage retiré]-2191 (demandez [passage retiré], chef d'équipe)

Appendice E. Questionnaire sociodémographique (entrevues individuelles)



Questionnaire sociodémographique — usagers

Informations démographiques générales

Date : ____ / ____ / ____ Pseudonyme : _____ Âge : ____ Sexe : ____

Différents noms inuit : _____

Sauniq : _____

Place dans la fratrie : _____

Région : _____

Ville ou village où se déroule l'entrevue : _____

Ville ou village d'origine : _____

Profession/occupation : _____

Niveau de scolarité : _____

Statut matrimonial : _____

Logement (par exemple : milieu de vie, habite seul, avec amis ou colocataires, etc.) : _____

Langue(s) parlée(s) : Inuktituk Anglais Français

Langue(s) écrite(s) : Inuktituk Anglais Français

Informations sur la coercition en santé mentale

- ☐ Escorte au dispensaire ou à l'hôpital (ex., policiers, services sociaux, Saqijuq)
- ☐ Garde préventive
- ☐ Garde provisoire ou ordonnance d'évaluation psychiatrique

- ☐ Garde prolongée (autorisée)
- ☐ Garde en établissement
- ☐ Ordonnance d'hébergement
- ☐ Hospitalisation imposée par la Commission d'examen des troubles mentaux
- ☐ Isolement
- ☐ Contentions chimiques
- ☐ Contentions physiques
- ☐ Autres : _____

Date : _____ Durée de l'hospitalisation : _____

Type de coercition : _____

Personnes impliquées : _____

Date : _____ Durée de l'hospitalisation : _____

Type de coercition : _____

Personnes impliquées : _____

Date : _____ Durée de l'hospitalisation : _____

Type de coercition : _____

Personnes impliquées : _____

Date : _____ Durée de l'hospitalisation : _____

Type de coercition : _____

Personnes impliquées : _____

Date : _____ Durée de l'hospitalisation : _____

Type de coercition : _____

Personnes impliquées : _____

Appendice F. Guide d'entrevue (groupe de discussion)



Guide d'entrevue — groupe de discussion focalisé

Expérience vécue

1. Parlez-moi d'un moment où quelqu'un que vous connaissez a été amené et/ou hospitalisé en psychiatrie contre sa volonté au dispensaire ou à l'hôpital. *Questions de clarification : Comment cela s'est-il déroulé? Quels ont été les éléments déclencheurs menant à cela? Qui était impliqué?*

Pratiques locales

2. Quels termes sont utilisés pour parler du danger que représente une personne? *Questions de clarification : Pour dire que quelqu'un est obligé de faire quelque chose contre sa volonté? Pour parler de santé mentale, de détresse psychologique, de tentatives de suicide?*
3. Comment vous et votre communauté composez-vous avec les personnes présentant des comportements perturbant la cohésion communautaire liés à un déséquilibre du bien-être psychologique? *Questions de clarification : Quelles sont les pratiques locales à cet effet? Vers qui les proches se tournent-ils dans ces situations? Les usagers?*

Croyances et perceptions

4. Que pensez-vous, en général, des hospitalisations involontaires en psychiatrie? *Questions de clarification : Quelles opinions entretenez-vous au sujet des hospitalisations forcées? Quelle était votre compréhension de la situation? Quelle différence existe-t-il entre cet épisode involontaire et les autres services de santé mentale offerts dans la communauté? Que retenir-vous de cet épisode? Quelles sont les conséquences de cet événement? Sur la personne? Sur sa famille? Sur sa communauté?*
5. Qu'est-ce qui vous préoccupe par rapport à cela? *Questions de clarification : Qu'est-ce qui devrait être fait à ce sujet? Comment peut-on mieux répondre aux besoins des personnes?*
6. Quels sont les besoins de la communauté sur la question? *Questions de clarification : Qu'aimeriez-vous savoir à ce sujet? Qu'est-ce qui devrait être considéré en priorité?*

Conclusion

7. Qu'aimeriez-vous dire aux dirigeants du Centre de Santé et de la Régie régionale au sujet des hospitalisations involontaires en psychiatrie?
8. Pour terminer, y a-t-il des éléments dont vous aimeriez discuter et qui vous semblent pertinents, mais dont nous n'avons pas encore parlé?

Appendice G. Guide d'entrevue (entrevues individuelles semi-dirigées)



Guide d'entrevue individuelle semi-structurée

Expérience vécue

1. Racontez-moi ce qui s'est passé lorsque vous avez été amené contre votre volonté au dispensaire ou à l'hôpital. *Questions de clarification : Dans quel contexte y avez-vous été amené? Pour quelles raisons? Qui était présent?*
2. Racontez-moi ce qui s'est passé durant votre séjour au dispensaire ou à l'hôpital. *Questions de clarification : Combien de temps y êtes-vous resté? Parlez-moi des moyens utilisés pour vous y retenir. Pourquoi vous a-t-on imposé cette hospitalisation? Avec qui étiez-vous en contact durant cet épisode de soin? Parlez-moi de vos journées pendant cette hospitalisation.*
3. Racontez-moi comment s'est terminée votre hospitalisation involontaire. *Questions de clarification : Qu'est-ce qui a mis un terme à cet épisode? Comment avez-vous obtenu votre congé? Comment s'est déroulé votre retour dans votre milieu?*

Perceptions

4. Comment avez-vous vécu cette expérience? *Questions de clarification : Comment vous êtes-vous senti face à cela? Que reprenez-vous de cet épisode? Quelles opinions entretenez-vous au sujet des hospitalisations forcées?*
5. Qu'est-ce qui pourrait être fait différemment lors de ces épisodes? *Question de clarification : Qu'avez-vous trouvé aidant? Qu'avez-vous trouvé difficile?*

Compréhension

6. Qu'avez-vous compris de cette hospitalisation? *Question de clarification : Quels termes sont utilisés pour parler du danger que représente une personne? Quels termes sont utilisés pour dire que quelqu'un est obligé de faire quelque chose contre sa volonté? Quels termes sont utilisés pour parler de santé mentale, de détresse psychologique, de tentatives de suicide?*

7. Dans votre communauté, comment aide-t-on les autres lorsqu'ils présentent de tels problèmes? *Questions de clarification : Qu'est-ce qui est fait lorsqu'un membre de la communauté présente de tels problèmes?*

Représentations

8. Qu'est-ce que le dispensaire et l'hôpital représentent pour vous? *Questions de clarification : Comment percevez-vous les services de santé au Nunavik? Quelle est votre opinion sur les services offerts?*
9. Qu'est-ce qui pourrait mieux vous aider? *Questions de clarification : Qu'est-ce qui répondrait davantage à vos besoins?*

Conclusion

10. Qu'aimeriez-vous dire aux personnes qui subissent une hospitalisation sans leur consentement en psychiatrie? Aux soignants qui doivent interagir avec ces personnes? Aux dirigeants des établissements?
11. Pour terminer, y a-t-il des éléments dont vous aimeriez discuter et qui vous semblent pertinents, mais dont nous n'aurions pas encore parlé?

Appendice H. Résolution du conseil d'administration du Centre de Santé

[REDACTED]
HEALTH AND SOCIAL SERVICES CENTRE
REGULAR BOARD OF DIRECTORS' MEETING HELD IN
[REDACTED] ON MAY 16-17-18-19, 2022

RESOLUTION 2022-23

Concerning a Request for a Qualitative Estimate Focusing on The Problem of Involuntary Hospitalizations in Psychiatry

- WHEREAS** coercive measures application in mental health settings is more and more contested through research;
- WHEREAS:** westernized approaches in mental health do not understand nor are able to treat overall wellbeing rupture seen within Nunavik communities;
- WHEREAS** little is known regarding the impact to flaws in mental health applied in Nunavik and how they affect Nunavimmiut.

IT IS PROPOSED AND DULY SECONDED:

- THAT** the preamble is an integral part of this resolution.
- THAT** the project research on mental health to see the impact on coercive measures application.
- THAT** the Interim Executive Director be mandate to report to the Board of Directors during the board of director meetings on the evolution of the research project.
- THAT** a summary of the publication of the research project will be presented to the Board of Directors;
- THAT** the resolution comes into force the day of its adoption.

PROPOSED BY: [REDACTED]

SECONDED BY: [REDACTED]

IN FAVOUR: 8

ABSENTEES: 2

VACANT: 2

ABSTENTIONS: 1

OPPOSED:

DATE OF ADOPTION: MAY 19, 2022

CONFORM COPY OF THE
 REGULAR BOARD OF
 DIRECTORS MEETING
 HELD IN [REDACTED]
 ON MAY 16-17-18-19, 2022

BY: [REDACTED]
 CORPORATE SECRETARY

DATE: May 26, 2022



Appendice I. Certificat éthique de l'UQO



Le 25 août 2022

À l'attention de :
Mélina Désy Bédard
Étudiante, Université du Québec en Outaouais

Objet : Approbation éthique de votre projet de recherche

Projet #: 2023-2155

Titre du projet de recherche : La sécurisation culturelle des soins infirmiers médico-légaux en santé mentale au Nunavik: une analyse situationnelle des hospitalisations involontaires.

Votre projet de recherche a fait l'objet d'une évaluation en matière d'éthique de la recherche avec des êtres humains par le CER de l'UQO. Suivant l'examen de la documentation reçue, nous constatons que votre projet de recherche rencontre les normes éthiques établies par l'UQO.

Un certificat d'approbation éthique qui atteste de la conformité de votre projet de recherche à la *Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains* de l'UQO est par conséquent émis en date du 25 août 2022. Nous désirons vous rappeler que pour assurer la validité de votre certificat d'éthique pendant toute la durée de votre projet, vous avez la responsabilité de produire, chaque année, un rapport de suivi continu à l'aide du formulaire *F9 - Suivi continu*. Le prochain suivi devra être fait au plus tard le :

25 août 2023.

Un rappel automatique vous sera envoyé par courriel quelques semaines avant l'échéance de votre certificat.

Si des modifications sont apportées à votre projet, vous devrez remplir le formulaire *F8 - Modification de projet* et obtenir l'approbation du CER avant de mettre en œuvre ces modifications. Finalement, lorsque votre projet sera terminé, vous devrez remplir le formulaire *F10 - Rapport final*.

Notez qu'en vertu de la *Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains*, il est de la responsabilité des chercheurs d'assurer que leurs projets de recherche conservent une approbation éthique pour toute la durée des travaux de recherche et d'informer le CER de la fin de ceux-ci.

Nous vous souhaitons bon succès dans la réalisation de votre recherche.