

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES

PAR
DAVID PELOSSE

ANALYSE PHÉNOMÉNOLOGIQUE INTERPRÉTATIVE DES EXPÉRIENCES DE
COERCITION ET DE SOUTIEN À L'EXERCICE DES DROITS LORS
D'HOSPITALISATIONS ET DE TRAITEMENTS INVOLONTAIRES EN SOINS
PSYCHIATRIQUES

DÉCEMBRE 2023

Université du Québec

Maîtrise en sciences infirmières
Programme offert à l'Université du Québec en Outaouais

Ce mémoire intitulé :

Analyse phénoménologique interprétative des expériences de coercition et de soutien à
l'exercice des droits lors d'hospitalisations et de traitements involontaires en soins
psychiatriques

Présenté par
David Pelosse

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Dominique Therrien, inf., Ph.D., M.A., M.Sc., professeur
Membre du jury

Isabelle St-Pierre, inf., Ph.D., professeure
Membre du jury

Pierre Pariseau-Legault, inf., Ph.D., LL.M., professeur
Directeur de maîtrise

Sommaire

La violation des droits humains par le recours grandissant à la coercition en soins psychiatriques est préoccupante, notamment en contexte d'hospitalisation et de traitement involontaire. Bien que ces mesures de derniers recours soient parfois utilisées pour offrir des soins à des personnes vivant avec une problématique de santé mentale qui seraient autrement refusés, leur justification clinique, éthique et juridique est contestée. Le personnel infirmier est impliqué au quotidien dans la mise en œuvre de ces mesures coercitives, cherchant l'équilibre entre l'atteinte aux droits humains et le maintien d'une relation thérapeutique. S'inspirant de l'*advocacy* et sensibles au respect des droits humains, les pratiques de soutien à l'exercice des droits apparaissent primordiales et figurent désormais comme un rôle du personnel infirmier. Pourtant, ces interventions demeurent actuellement informelles alors que plusieurs instances à travers le monde prônent leur développement. S'appuyant sur un cadre conceptuel qui définit la coercition en soins psychiatrique, l'*advocacy* et le soutien à l'exercice des droits, une revue systématique des écrits ($n = 88$) a permis d'établir que les personnes premières concernées¹ qui vivent de la coercition rapportent des expériences positives, telles qu'un sentiment de sécurité, un meilleur accès aux services et une amélioration de leur condition mentale. Elles vivent également des expériences négatives qui les amènent à éviter de recourir aux services en santé mentale. Elles vivent de l'anxiété, de l'humiliation et ressentent une perte de contrôle sur leur vie. Elles vivent aussi une perte d'autonomie et de dignité, un manque d'information, de la stigmatisation et une représentation inadéquate devant le tribunal. Toutefois, la littérature suggère que les pratiques de soutien à l'exercice

¹ Ce terme réfère aux personnes vivant avec une problématique de santé mentale. L'utilisation de ce terme permet de distinguer ces dernières des autres « personnes concernées » qui correspond également à toutes les personnes impliquées de près ou de loin dans une situation donnée.

des droits sont peu développées et peu documentées. Le but de cette étude phénoménologique interprétative était de mieux comprendre les expériences de coercition et de soutien à l'exercice des droits vécues par des personnes vivant avec une problématique de santé mentale qui sont hospitalisées ou traitées contre leur gré en soins psychiatriques. L'analyse phénoménologique interprétative du vécu de 11 participants a permis de valoriser leurs savoirs expérientiels dans la co-construction de connaissances. Des entrevues semi-dirigées ont été menées sur une période de 1 an dans diverses régions du Québec. À la lumière de l'analyse des expériences, les résultats suggèrent que les participants vivent une confusion identitaire et un sentiment d'abandon lors d'épisodes coercitifs, contribuant à une perte de repères. Les soins reçus dans ce contexte amènent un bon nombre de conséquences négatives pour leur rétablissement. Un sentiment d'injustice se dégage de l'adversité rencontrée par les participants face à l'exercice de leurs droits et recours. Le soutien à l'exercice des droits est également absent des expériences, malgré un idéal d'intervention encourageant un accompagnement sensible à leur vécu et qui valorise leur autonomie. Les résultats soulignent la nécessité de développer les pratiques de soutien à l'exercice des droits pour atténuer les conséquences négatives issues de la violation des droits humains lors d'épisodes coercitifs en soins psychiatriques. En contribuant à l'évolution des savoirs infirmiers, ces résultats permettront également de sensibiliser tous les acteurs impliqués auprès des personnes premières concernées au respect des droits humains.

Mots clés :

Analyse phénoménologique interprétative; coercition; droits humains; psychiatrie; savoirs expérientiels.

Keywords:

Coercion; human rights; interpretative phenomenological analysis; lived experience; psychiatry.

Table des matières

Sommaire	iii
Liste des tableaux	x
Liste des figures	xi
Liste des abréviations	xii
Remerciements	xv
Introduction	1
Problématique de recherche	4
Violation des droits humains et pratiques coercitives	7
Enjeux de santé mentale au Canada	11
Enjeux de santé mentale au Québec	13
Le soutien à l'exercice des droits et la pratique infirmière	16
Pertinence de l'étude	18
But et objectifs de recherche	19
Questions de recherche	20
Cadre conceptuel et cadre juridique	21
La coercition en soins psychiatriques	22
L'advocacy	25
Le soutien à l'exercice des droits	26
Les normes juridiques internationales	30
Le cadre juridique au Canada	31
Le cadre juridique au Québec	33
Le processus de garde en établissement	34
La garde préventive	35
La garde provisoire	36
La garde en établissement autorisée	38
L'autorisation judiciaire de soins	38
Recension des écrits	41
Stratégie de recherche documentaire	42

Résultat de la recherche documentaire.....	45
Les enjeux éthiques et cliniques associés à l’hospitalisation et aux traitements involontaires en soins psychiatriques : de la coercition formelle à la coercition perçue	47
La coercition en soins psychiatriques telle qu’elle est vécue par les personnes premières concernées	52
L’expérience d’hospitalisations involontaires	56
L’expérience de traitements involontaires.....	57
L’expérience des mesures de contrôles	58
Les atteintes aux droits humains lors d’épisodes coercitifs en soins psychiatriques telles qu’elles sont vécues par les personnes premières concernées	60
L’autonomie décisionnelle.....	61
La dignité.....	64
Le droit à l’information	66
Le droit à l’égalité et à la participation aux décisions concernant ses soins.....	67
La représentation des personnes	69
L’expérience vécue de soutien à l’exercice des droits	71
Approche méthodologique.....	76
Devis de recherche : analyse phénoménologique interprétative	78
Influence de la phénoménologie descriptive	80
Influence de la phénoménologie interprétative.....	81
Démarche idiographique.....	82
Positionnement de l’étudiant-chercheur	83
Population cible et échantillon	85
Milieu de l’étude et recrutement	87
Collecte de données.....	89
Plan d’analyse des données	92
Le cercle herméneutique et le <i>bracketing</i>	93

Les étapes d'analyse des données.....	94
Considérations éthiques.....	98
Critères de scientificité.....	101
Avantages et limites méthodologiques.....	103
Résultats	106
Contextualisation de la coercition en soins psychiatriques au Québec	107
Analyse d'articles parus dans les médias québécois.....	108
Revue de la jurisprudence québécoise.....	112
Description des participants	117
Schéma expérientiel	119
Thème 1 : Perdre ses repères	120
Catégorie 1.1. : Confusion identitaire amplifiée par la coercition.....	121
Catégorie 1.2. : Perdre confiance envers soi-même et envers autrui.....	125
Catégorie 1.3. : Sentiment d'abandon et d'incompréhension.....	130
Catégorie 1.4. : Tension entre la perte et la reprise de contrôle	136
Thème 2 : Vivre un sentiment d'injustice	143
Catégorie 2.1. : (Im)possibilité d'exercer ses droits et recours	144
Catégorie 2.2. : Être seul face à l'adversité	148
Thème 3 : Subir les conséquences négatives de la coercition en soins psychiatriques.....	153
Catégorie 3.1. : Avoir l'impression de ne recevoir aucune aide.....	154
Catégorie 3.2. : Avoir le sentiment d'être traité de façon inhumaine.....	157
Catégorie 3.3. : Vivre des expériences traumatiques.....	160
Catégorie 3.4. : La médication comme seule option	164
Thème 4 : Idéal et réalité vécue du soutien à l'exercice des droits	167
Catégorie 4.1. : Absence de soutien à l'exercice des droits.....	168
Catégorie 4.2. : L'importance d'un accompagnement égalitaire.....	173
Catégorie 4.3. : La valorisation de l'autonomie et de l'expérience vécue.....	176

Catégorie 4.4. : La présence active de l'entourage comme moyen de protection	178
Discussion	182
La perte de repères et les conséquences perçues de la coercition en soins psychiatriques	184
Confusion identitaire	185
Stigmatisation et autostigmatisation	186
Situations de non-recours	188
L'approche biomédicale et ses répercussions expérientielles	190
Le soin comme pratique technique plutôt que relationnelle	191
Le soin et ses dynamiques de pouvoir	193
L'expérience d'adversité devant la reconnaissance des droits humains en santé mentale	195
Conceptions du soutien à l'exercice des droits : de son absence à sa mise en œuvre	199
Forces et limites de l'étude	206
Retombés de l'étude	208
Conclusion	213
Références	218
Appendice A Diagramme de flux de la recension des écrits	243
Appendice B Synthèse des articles scientifiques recensés	245
Appendice C Preuve de publication du protocole de recherche	267
Appendice D Affiche de recrutement	270
Appendice E Questionnaire sociodémographique	272
Appendice F Schéma d'entrevue individuelle	275
Appendice G Certificat d'approbation au Comité d'éthique de la recherche	279
Appendice H Formulaire de consentement	283
Appendice J Sommaire des données sociodémographiques récoltées	292

Liste des tableaux

Tableau

1	Algorithme de recherche selon la méthode PICO	44
2	Caractéristiques sociodémographiques des participants	118
3	Thèmes et catégories	120
4	Synthèse des articles scientifiques recensés	246
5	Portrait sociodémographique détaillé	293
6	Perceptions relatives à la coercition en soins psychiatriques	294

Liste des figures

Figure

- 1 Diagramme de flux de la recension des écrits 244

Liste des abréviations

Abréviation

AGIDD-SMQ	Association des groupes d'intervention en défense de droit en santé mentale du Québec
AJS	Autorisation judiciaire de soins
API	Analyse phénoménologique interprétative
AQIISM	Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale du Québec
CanLII	Institut canadien d'information juridique
CER	Comité d'éthique de la recherche
CETM	Commission d'examen des troubles mentaux
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CREMIS	Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté
CRSH	Conseil de recherches en sciences humaines du Canada
CSMC	Commission de la santé mentale du Canada
DUDH	Déclaration universelle des droits de l'homme
EPTC2	Énoncé des politiques des trois conseils
GE	Garde en établissement
HCDH	Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme
IMHA	<i>Independent mental health advocate</i>

IPSSM	Infirmière praticienne spécialisée en santé mentale
IQRDJ	Institut québécois de réforme du droit et de la justice
JBI	Joanna Briggs Institute
LPPEM	Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui
LSSSS	Loi sur les services de santé et services sociaux
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OCETM	Ordonnance de la commission d'examen des troubles mentaux
OIIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONU	Organisation des Nations Unies
ORIILL	Ordre régional des infirmières et infirmiers de Laurentides-Lanaudière
PASM	Plan d'action en santé mentale
PAISM	Plan d'action interministériel en santé mentale
RRASMQ	Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec
SIM	Suivi intensif dans le milieu
TAQ	Tribunal administratif du Québec
UQO	Université du Québec en Outaouais

*À ma petite princesse,
Maëlle
et ma chérido,
Karine*

Remerciements

Ce mémoire marque la fin d'un chapitre et le début d'un autre, tant au niveau personnel que professionnel. Je souhaite exprimer mes remerciements les plus sincères à toutes les personnes qui ont contribué à l'aboutissement de cette belle aventure.

Je souhaite d'abord remercier Karine, ma conjointe, dont le soutien inébranlable a été ma source de motivation tout au long de ce parcours. Ses encouragements constants, sa compréhension et sa patience ont été mes piliers dans les moments de doute et de difficulté. Merci à Maëlle, ma fille adorée, son sourire joyeux a illuminé chacune de mes journées. Son regard empreint de fierté me rappelait quotidiennement l'importance d'être son modèle, d'être présent dans chacun de ses accomplissements et de savourer tous les moments de bonheur en famille.

Merci à ma famille, je suis reconnaissant de votre soutien et de vos encouragements. Merci à mes parents, qui m'ont donné les outils pour devenir la personne que je suis. Merci à ma sœur et mes frères, qui croient en moi et mes capacités. Merci à mes proches et amis, chaque conversation, chaque encouragement a été important à mes yeux. Même si ces mots ne peuvent tout englober, sachez que votre présence a été profondément ressentie et appréciée.

Je tiens à exprimer ma profonde reconnaissance à mon directeur de maîtrise, le professeur Pierre Pariseau-Legault, pour ses conseils, sa disponibilité et sa rigueur. Son expertise a été essentielle pour guider mes efforts dans la bonne direction à chacune des étapes de cet accomplissement. Son accompagnement et l'étendue de ses connaissances m'ont permis de repousser mes limites.

Je souhaite également remercier tous les participants de cette étude qui ont généreusement partagé leurs difficiles expériences. Votre contribution a enrichi ce travail en lui donnant une perspective unique et précieuse, sans quoi cette recherche n'aurait pas été possible. Notre rencontre m'a transformé, personnellement et professionnellement. Merci aux organismes communautaires en santé mentale pour votre confiance et votre précieuse collaboration dans le processus de recrutement.

Je tiens à exprimer ma gratitude envers les organisations qui m'ont soutenu financièrement durant ce parcours académique : le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH), l'Université du Québec en Outaouais (UQO), le Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS), l'Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale (AQIISM) et l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de Laurentides-Lanaudière (ORIILL). Ces bourses d'études ont joué un rôle déterminant dans cette réalisation en me permettant de me consacrer pleinement à mes études, tout en conciliant de manière équilibrée le travail et la vie familiale.

Ce mémoire de maîtrise est le fruit d'un effort collectif et, bien que mon nom figure en tête, il fut porté par les encouragements et le soutien de nombreuses personnes. Énumérer chacune des personnes qui ont joué un rôle dans cet accomplissement constitue un exercice délicat, elles se reconnaîtront sans doute dans ce message. Sans vous, je n'aurais pas su trouver la force de compléter ma maîtrise. Sachez que vous êtes également, à votre manière, les auteurs de ce travail. Merci infiniment.

Introduction

Les personnes vivant avec une problématique de santé mentale subissent fréquemment des hospitalisations et des traitements involontaires. Au Québec, comme à l'international, le recours à ces mesures coercitives et de dernier recours est en augmentation (Ministère de la Justice du Québec, 2020; Sashidharan et al., 2019). La littérature à ce sujet rapporte certains éléments positifs, dont l'accès à des services qui seraient autrement refusés (Pariseau-Legault et al., 2020), mais aussi que ces personnes vivent des expériences particulièrement négatives lorsqu'elles font face à ces pratiques (Goulet et al., 2019). L'atteinte et la violation de leurs droits fondamentaux figurent parmi les conséquences importantes qui attirent l'attention à l'échelle mondiale (Macgregor et al., 2019; Sugiura et al., 2020). Au quotidien, le personnel infirmier est directement impliqué dans l'accompagnement des personnes qui vivent ces pratiques coercitives. Le personnel infirmier joue également un rôle important dans l'application de ces mesures coercitives légalement autorisées, tout en cherchant à établir, maintenir ou reconstruire une relation thérapeutique (Hem et al., 2018; Pariseau-Legault et al., 2020).

Alors que les pratiques de soutien à l'exercice des droits et recours apparaissent primordiales dans un contexte de soins où les droits fondamentaux des personnes vivant avec une problématique de santé mentale sont atteints (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec [MSSS], 2022), elles sont informelles et peu documentées dans la littérature scientifique. Pourtant, les philosophies de soins actuelles en santé

mentale s'inspirent fortement du concept de rétablissement et accordent une importance aux savoirs expérientiels des personnes vivant avec une problématique de santé mentale (Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2021a). De ce fait, une méthode de recherche qualitative de type phénoménologique et interprétative a été choisie afin de se rapprocher le plus possible de l'expérience vécue des participants et de leur compréhension de cette expérience dans la co-construction des savoirs (Smith et al., 2009). La présente étude souhaite valoriser l'expertise « de l'intérieur » des participants et favoriser la compréhension de leurs expériences de coercition et de soutien à l'exercice de leurs droits afin d'améliorer la pratique infirmière.

L'étude à partir de laquelle émerge ce mémoire est le résultat d'une démarche scientifique rigoureuse réalisée par l'auteur et dirigée par son directeur. Ce mémoire présente la problématique de recherche, le cadre conceptuel, le cadre juridique, la recension des écrits, l'approche méthodologique, les résultats, la discussion et la conclusion. Chacun de ces chapitres apporte une précision essentielle dans la compréhension de cette démarche, de ses résultats et de ses implications pour la discipline des sciences infirmières.

Problématique de recherche

Alors que les enjeux de santé mentale augmentent, l'OMS (2021b, 2022) souligne depuis plusieurs années l'importance de considérer les différentes inégalités sociales touchant les personnes vivant avec une problématique de santé mentale à l'échelle internationale, notamment en ce qui concerne les enjeux socio-économiques et l'accès aux services en temps opportun. Parmi ces enjeux socio-économiques, l'OMS (2021a) identifie la violence, la discrimination, la pauvreté, l'exclusion, l'isolement, la sécurité d'emploi, en plus des difficultés d'accès au logement et à des soins de santé. Malgré tout, l'offre de service en santé mentale dans les systèmes de santé demeure inadaptée alors que l'OMS (2013, 2022) rapporte qu'entre 35 % et 50 % des personnes vivant avec un problème de santé mentale sévère ne reçoivent pas de traitements dans les pays à haut revenu. Ce pourcentage grimpe à plus de 76 % dans les pays à faible revenu, créant ainsi un écart entre l'offre de services et leurs besoins (OMS, 2013, 2022). De ce fait, l'OMS (2013, 2022) vise une augmentation de l'offre de service en santé mentale pour répondre aux besoins spécifiques des personnes premières concernées dans un cadre communautaire, notamment en considérant les inégalités sociales et économiques.

L'*Atlas 2020 de la santé mentale* (2021b) est, à notre connaissance, le dernier rapport publié par l'OMS incitant les différents paliers gouvernementaux à l'échelle internationale à adopter des politiques sociales favorisant l'accès et l'amélioration des soins et des services en santé mentale. D'après ce rapport, il est jugé primordial que les

enjeux socio-économiques soient considérés par les décideurs politiques. Le soutien social constitue un élément important à améliorer et comprend le soutien financier et non financier offert par les services publics aux personnes vivant avec une problématique de santé mentale (OMS, 2021b). À l'échelle mondiale, bien qu'une forme de soutien social soit disponible pour 86 % de ces personnes, il existe encore plusieurs disparités dans l'accès à ce soutien selon les régions et les pays (OMS, 2021b). Les services sociaux et l'aide au revenu figurent comme les principaux types de soutiens sociaux pour ces personnes, offerts dans respectivement 73 % et 67 % des pays (OMS, 2021b). De surcroît, moins de 43 % des pays offrent du soutien au logement, à l'éducation, à l'emploi et une assistance juridique aux personnes avec un problème de santé mentale (OMS, 2021b). Ces disparités socio-économiques rappellent les difficultés de mise en œuvre des droits sociaux, économiques et culturels qui font partie des droits humains et qui doivent être respectés pour chaque individu, incluant les personnes vivant avec une problématique de santé mentale (Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme [HCDH], 2009, 2014). Bien que ces droits puissent être formulés et appliqués différemment selon les pays, le HCDH (2009, 2014) réfère aux droits à l'emploi, à la sécurité et la protection sociale, à un niveau de vie convenable (incluant l'alimentation, l'eau, un logement et des vêtements), à l'éducation et à la santé.

L'accès difficile aux soins et services de santé et les enjeux socio-économiques auxquels font face les personnes vivant avec un problème de santé mentale engendrent une atteinte de leurs droits humains en plus d'accroître leur marginalisation, leur

vulnérabilité et la stigmatisation (OMS, 2013, 2022). Or, les droits humains concernent le droit à la vie, à la liberté, au respect, à l'égalité et englobent les droits sociaux, économiques et culturels en plus des droits civils et politiques (Organisation des Nations Unies [ONU], n. d.). L'OMS (2021a) reconnaît que les personnes vivant avec une problématique de santé mentale sont victimes de nombreuses atteintes et violations de leurs droits humains. Ce constat est également partagé par certains auteurs qui s'intéressent plus spécifiquement aux droits de la personne en santé mentale et psychiatrie (Kelly, 2016; Macgregor et al., 2019; Sugiura et al., 2020).

Violation des droits humains et pratiques coercitives

L'atteinte aux droits fondamentaux des personnes vivant avec une problématique de santé mentale ne s'explique pas seulement par un accès difficile aux soins et services ou par des enjeux socio-économiques. À l'échelle mondiale, le recours à des pratiques coercitives est grandissant (Sashidharan et al., 2019). Ces pratiques sont par ailleurs couramment acceptées par le personnel infirmier, employées au quotidien dans leur travail et fortement intriquées à la culture psychiatrique (Doedens et al., 2020; Pariseau-Legault et al., 2020; Szasz, 2007). Les diverses pratiques coercitives sont détaillées dans le cadre de référence du présent mémoire, mais celles qui sont principalement abordées sont l'hospitalisation et le traitement involontaire. Ces pratiques coercitives touchent particulièrement les personnes vivant avec une problématique de santé mentale et portent directement atteinte à leurs droits fondamentaux (Macgregor et al., 2019; Sashidharan et al., 2019; Sugiura et al., 2020). Ce phénomène préoccupe de nombreuses instances, dont

l'OMS (2021a) qui priorise la réduction des pratiques coercitives au bénéfice du respect des droits humains.

Le recours à ces pratiques coercitives soulève des questionnements sur le plan clinique, puisqu'elles ne démontrent pas d'effets thérapeutiques supérieurs comparativement à des soins offerts sur une base volontaire, auxquels les personnes premières concernées donnent leur consentement (Goulet et al., 2019; Kisely et al., 2017; Pariseau-Legault et al., 2019; Rugkåsa, 2016). La justification éthique de ces pratiques est également contestée, puisqu'elles n'apportent pas de bénéfices cliniques aux personnes premières concernées, en diminuant considérablement leur autonomie (Pariseau-Legault et al., 2019; Rugkåsa et Burns, 2017). Des émotions négatives telles que l'anxiété, la peur de revivre des expériences similaires et une perte de dignité se dégagent également du vécu des pratiques coercitives par les personnes premières concernées (Akther et al., 2019; Allison et Flemming, 2019; Goulet et al., 2019; Seed et al., 2016). Ces sentiments négatifs vécus poussent les personnes premières concernées à éviter de recourir aux services en santé mentale (Katsakou et al., 2012). Leur justification légale est aussi contestée puisque le personnel soignant doit utiliser la mesure la moins restrictive possible et que certaines interventions sont prolongées malgré leur inefficacité (Rugkåsa et Burns, 2017). Martin et Gurbai (2019) abordent aussi la justification légale de ces pratiques sous l'angle du respect des droits humains où deux perspectives sont confrontées : celle où les pratiques coercitives ne pourront jamais être justifiées considérant l'atteinte aux droits humains et celle où ces pratiques sont parfois nécessaires, mais doivent être proportionnelles aux

objectifs à atteindre tout en respectant certaines balises légales. Les pratiques coercitives tendent à être mieux comprises et acceptées par les personnes premières concernées lorsque la décision justifiant leur utilisation fait état d'une évaluation transparente de la situation et d'un processus réflexif qui considère à la fois les enjeux éthiques, la recherche de mesures alternatives et le respect des droits (Chieze et al., 2021).

En réponse à ces constats, l'OMS (2021a) a adopté une approche sensible au respect et à la reconnaissance des droits humains en santé mentale. Cette approche prône des valeurs humanistes, des interventions centrées sur le vécu des personnes et leur rétablissement ainsi que des pratiques visant à préserver leur autonomie, leur dignité et leurs capacités (OMS, 2021a). D'ailleurs, l'OMS (2021b) constate que les interventions de nature psychosociales sont peu développées à l'échelle mondiale, ce qui constitue un obstacle important dans la prise en charge des personnes vivant avec une problématique de santé mentale. Les interventions psychosociales ont pour but d'améliorer le fonctionnement quotidien des personnes vivant avec une problématique de santé mentale, leur qualité de vie et leur niveau de satisfaction et la sensation de bien-être (Forsman et al., 2011; OMS, 2021b). Elles contribuent notamment à l'amélioration de la condition mentale des personnes premières concernées et à leur inclusion dans le processus décisionnel (Asher et al., 2017; Burn et al., 2019). Ce sont des interventions non pharmacologiques qui sollicitent l'investissement du personnel soignant dans la relation interpersonnelle et thérapeutique qu'il entretient avec la personne première concernée, notamment par des rencontres d'accompagnement, des interventions de soutien ou de

l'éducation psychologique dans les différentes sphères de vie (Forsman et al., 2011; LégisQuébec, 2023g; OMS, 2021b). Les interventions psychosociales sont un outil important du personnel infirmier en santé mentale, directement impliqué dans les soins et l'accompagnement des personnes vivant avec une problématique de santé mentale (Cusack et al., 2017; Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ], 2016). Les études suggèrent qu'en raison d'un manque d'effectif, de formation et de l'influence de la psychiatrie biomédicale sur les pratiques d'intervention, les interventions psychosociales tardent à s'actualiser dans le rôle du personnel infirmier en santé mentale (Adam, 2017; Barker et Buchanan-Barker, 2011; Mathers, 2013; Mullen, 2009), alors que les compétences interpersonnelles, les habiletés relationnelles et la communication figurent comme des éléments essentiels (Cusack et al., 2017; Rydon, 2005). Pourtant, le personnel infirmier en santé mentale gagne à s'approprier davantage ces pratiques, notamment en augmentant leur crédibilité comme professionnel et en offrant un accompagnement qui favorise le rétablissement des personnes premières concernées (Butler et al., 2014; Mathers, 2013; Mullen, 2009). Le rétablissement est un processus dynamique prônant l'autodétermination, la dignité, l'espoir et la responsabilité personnelle où les personnes vivant avec une problématique de santé mentale établissent des objectifs pour construire une vie satisfaisante malgré les défis rencontrés (Commission de la santé mentale du Canada [CSMC], 2020). Enfin, les interventions psychosociales et sont cohérentes avec les assises philosophiques de la pratique infirmière en santé mentale qui prône aussi des valeurs humanistes, de primauté et du respect des droits fondamentaux des personnes (Cusack et al., 2017; OIIQ, 2016).

Maintenant que l'atteinte des droits fondamentaux des personnes vivant avec une problématique de santé mentale à l'échelle internationale est abordée, il est nécessaire de développer des interventions concrètes. Cette étude porte sur les pratiques de soutien à l'exercice des droits, des interventions accessibles au personnel infirmier et respectueuses des approches discutées précédemment. Certaines précisions sur les enjeux spécifiques au milieu de l'étude méritent d'être présentées afin de mieux contextualiser ce type d'intervention.

Enjeux de santé mentale au Canada

Au Canada, la responsabilité d'établir des plans d'action, de changer les politiques et d'assurer la qualité des services en santé mentale appartient principalement aux gouvernements provinciaux (CSMC, 2012). La dernière enquête disponible établit que 33,1 % des Canadiens éprouvent, à un moment de leur vie, des symptômes associés à un trouble mental ou un trouble lié à l'utilisation de substance (Pearson et al., 2013). Toutefois, la population canadienne vivant avec une problématique de santé mentale ne bénéficie pas d'un accès aux soins et d'un soutien social approprié, ce qui entraîne une augmentation de la judiciarisation (CSMC, 2012). La judiciarisation est un concept référant aux contacts accrus des personnes vivant avec une problématique de santé mentale avec le système de justice, tant civil que criminel (Paradis-Gagné et al., 2020; Paradis-Gagné et Jacob, 2020). De surcroît, cette judiciarisation est considérée par le gouvernement comme un moyen de protection des droits en santé mentale (Bernheim,

2019), alors qu'elle semble être une réponse à une difficulté d'accéder à des soins de santé (Goulet et al., 2019; Lebenbaum et al., 2018). Le recours aux tribunaux pour résoudre des enjeux de soins de santé permet notamment d'hospitaliser ou de traiter contre son gré une personne vivant avec une problématique de santé mentale (Bernheim, 2019; Goulet et al., 2019).

Dans certaines provinces canadiennes, plus de 70 % des personnes hospitalisées en établissements psychiatriques sont désormais admises contre leur gré (Lebenbaum et al., 2018), ce qui les expose au phénomène de coercition en soins psychiatriques et entraîne une violation de leurs droits fondamentaux. Cette tendance à la hausse des hospitalisations involontaires est notamment constatée en Colombie-Britannique où elles ont augmentées de plus de 65 % en 10 ans (Loyal et al., 2023). Dans leur pratique au quotidien, les professionnels en santé mentale, dont le personnel infirmier, doivent composer avec la complexité des lois et des procédures autorisant les pratiques coercitives. La judiciarisation de plus en plus présente dans le domaine de la santé mentale dirige également le soin vers une discipline et un champ d'exercice spécialisé : la psychiatrie légale. Selon l'*American Academy of Psychiatry and the Law* (2014), la psychiatrie légale est une spécialité médicale où les problématiques de santé mentale sont en croisement avec la justice, créant ainsi un chevauchement entre le système de santé et le système judiciaire. Le nombre de lits en psychiatrie légale a augmenté de façon importante dans plusieurs pays depuis les années 1990 et le Canada ne fait pas exception (Jansman-Hart et al., 2011).

Enjeux de santé mentale au Québec

Le Québec n'échappe pas aux enjeux d'accessibilité aux soins en moment opportun ainsi qu'aux enjeux socio-économiques reliés à la santé mentale. D'ailleurs, d'après les données du tableau de bord du MSSS en novembre 2023, plus de 14 900 personnes sont en attente de services de première ligne en santé mentale, dont plus de la moitié attendent depuis plus de 30 jours (Gouvernement du Québec, 2023b). Dans son *Plan d'action en santé mentale 2015-2020* (PASM), le MSSS (2017) soulignait que les besoins des personnes vivant avec une problématique de santé mentale n'étaient pas comblés par l'offre de services et qu'elles peinaient à recevoir des services adéquats dans leur situation. Dans le nouveau *Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026* (PAISM), le MSSS (2022) ne fait pas de mise à jour concernant ces problématiques et l'atteinte des objectifs fixés dans le PASM (MSSS, 2017). Au regard de la situation mondiale exposée par l'OMS (2021a), le Québec n'est pas différent quant aux vulnérabilités, la marginalisation, la discrimination et la stigmatisation des personnes premières concernées (MSSS, 2017; 2022). Dans le PASM (MSSS, 2017), le respect et la protection des droits humains sont intégrés au concept de primauté de la personne et présentés dans les objectifs favorisant l'amélioration de la situation en santé mentale. Dans le PAISM (MSSS, 2022), la protection des droits humains et le soutien à leur exercice figurent parmi les valeurs principales du plan d'action, qui sont toutefois dissociées du concept de primauté de la personne. Pour le MSSS (2022), la primauté de la personne englobe notamment le respect des différences individuelles d'une personne, la prise en

compte de ses besoins en fonction de son point de vue et de ses capacités, ainsi que de sa participation active et celle de ses proches. En lien avec la judiciarisation croissante discutée précédemment, le MSSS (2017) fait le même constat au niveau provincial dans le PASM et dédie une section sur la psychiatrie légale et les soins de santé mentale en milieu carcéral en identifiant l'augmentation soutenue de l'utilisation des mesures judiciaires pour légalement autoriser l'hospitalisation et le traitement involontaire des personnes vivant avec une problématique de santé mentale. Dans le PAISM, le MSSS (2022) présente la psychiatrie légale de façon plus générale et l'évolution de l'utilisation des mesures légales n'est pas abordée.

L'hospitalisation involontaire au Québec prend différentes appellations selon la législation utilisée, dont la garde préventive, la garde provisoire, la garde en établissement (GE), l'ordonnance d'évaluation psychiatrique, l'ordonnance d'hébergement et l'ordonnance de la commission d'examen des troubles mentaux (LégisQuébec, 2023e; MSSS, 2017). Pour ce qui est du traitement involontaire, il réfère principalement à l'autorisation judiciaire de soins (AJS) et ses synonymes sont multiples : ordonnance de traitement, ordonnance de soins, autorisation de traitement et autorisation de soins (Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec [AGIDD-SMQ], 2014a). Le cadre juridique de ces deux types de pratiques coercitives légalement autorisées est présenté à la suite du cadre conceptuel.

Bien que le PASM et le PAISM (MSSS, 2017, 2022) parlent des pratiques coercitives et de l'atteinte aux droits humains en santé mentale, des statistiques du Ministère de la Justice du Québec (2020) concernant les demandes de GE et d'AJS entre 2008 et 2019 révèlent une augmentation considérable de ces deux formes de pratique coercitive. Les organismes communautaires en santé mentale dénoncent également le mésusage et la surutilisation de ces pratiques coercitives (AGIDD-SMQ, 2015). Au Québec, les demandes de GE présentées à la Cour du Québec ou la Cour supérieure se situaient à plus de 3890 en 2009, alors qu'en 2019 elles s'élevaient à plus de 6050 annuellement. En ce qui concerne les demandes d'AJS, elles sont passées de 1065 à plus de 2920 annuellement pour la même période. De surcroît, plus de la moitié des AJS ont une durée de trois ans selon une publication de l'AGIDD-SMQ (2014b) et aucun processus de réévaluation n'est disponible avant le terme, soulevant des questionnements sur les notions d'exception et de dernier recours de cette mesure (Bernheim et al., 2016). Selon Lebenbaum et al. (2018), ces hausses significatives s'expliqueraient notamment par les modifications législatives autorisant la mise en œuvre de courtes hospitalisations involontaires, par la réduction du nombre de lits en soins psychiatriques et l'occupation conséquente des lits disponibles par des personnes présentant un état aigu, ainsi que par l'augmentation des interactions entre les personnes premières concernées et les autorités policières.

En reconnaissant les pratiques coercitives croissantes, l'atteinte aux droits humains et en plaçant le soutien à l'exercice des droits des personnes vivant une problématique de

santé mentale au cœur des valeurs du plus récent plan d'action en santé mentale, le MSSS (2017, 2022) démontre sa volonté d'un changement dans le traitement des personnes en soins psychiatriques.

Le soutien à l'exercice des droits et la pratique infirmière

Dans la pratique infirmière au Québec, le recours grandissant à la judiciarisation additionné aux enjeux socio-économiques et d'accessibilité aux soins en santé mentale occasionnent le chevauchement des systèmes de santé et de justice. Les enjeux éthiques qui émanent de la violation des droits humains des personnes premières concernées générés par les pratiques coercitives engendrent des questionnements sur la façon dont les personnes hospitalisées ou traitées contre leur gré perçoivent cette expérience de coercition. De surcroît, les balises légales entourant ces pratiques coercitives sont peu connues des personnes vivant avec une problématique de santé mentale qui reçoivent peu d'informations à ce sujet, ce qui constitue un obstacle important à leur autonomie (Akther et al., 2019; Murphy, McGuinness, Bainbridge, Brosnan, Keys, et al., 2017; Sustere et Tarpey, 2019). Pourtant, le soutien aux droits et à l'autonomie des personnes vivant avec une problématique de santé mentale est depuis longtemps implanté comme une responsabilité infirmière (Duxbury, 1996; Mallik, 1997; OIIQ, 2014). La littérature réfère généralement au rôle d'*advocacy*, défini comme un rôle de défense des intérêts des personnes premières concernées et de leurs droits, particulièrement pour préserver leur sécurité lorsqu'ils ne peuvent le faire (Gerber, 2018). Dans la discipline infirmière,

l'*advocacy* permettrait de les impliquer dans les décisions et la représentation de leurs intérêts (Abbasinia et al., 2020; McKeown et al., 2014).

Le concept de soutien à l'exercice des droits apparaît dans le *Cadre de référence en matière d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* (MSSS, 2018) encadrant le processus de GE et reconnaît la vulnérabilité des personnes premières concernées contraintes par cette mesure coercitive, soulevant l'importance d'une vigilance de tous les instants quant au respect de leurs droits. Le soutien à l'exercice des droits incombe notamment au personnel infirmier, qui a la responsabilité de prodiguer de l'enseignement, de soutenir et de fournir l'accompagnement aux personnes premières concernées qui vivent de la coercition en soins psychiatriques comme stipulé au *Code de déontologie des infirmières et infirmiers* (LégisQuébec, 2023c). Qui plus est, cette responsabilité doit aussi s'appliquer pour assurer que les droits de ces personnes sont préservés (MSSS, 2018). Alors que ce document du MSSS (2018) traite seulement de soutien à l'exercice des droits pour la GE, il est primordial que ce principe soit appliqué dans toutes les situations où les droits humains en santé mentale sont atteints ou à risque de l'être. Les pratiques de soutien à l'exercice des droits sont souvent informelles et surtout très peu documentées dans la littérature scientifique.

Bien que le rôle du personnel infirmier dans le soutien à l'exercice des droits sera discuté plus en détail dans la recension des écrits, certains défis se dressent devant la mise

en œuvre de cette pratique. En effet, une revue systématique des écrits et métaethnographie sur le sujet réalisée par Pariseau-Legault et al. (2020) identifie des conflits de rôles et des enjeux éthiques dans le processus décisionnel puisque le personnel infirmier cherche l'équilibre entre l'application de mesures coercitives et la préservation d'une relation thérapeutique avec la personne. D'ailleurs, la qualité de la relation thérapeutique entretenue par le personnel infirmier en santé mentale et les personnes premières concernées apparaît déterminante, constitue un facteur positif dans l'épisode de soins et favorise leur rétablissement (Goulet et al., 2019; Pariseau-Legault et al., 2020; Staniszewska et al., 2019). Bien que les pratiques coercitives soient parfois considérées nécessaires pour protéger les personnes premières concernées, le personnel infirmier reconnaît généralement les conséquences négatives de la coercition et cherche à trouver des alternatives (Doedens et al., 2020). Les pratiques de soutien à l'exercice des droits figurent parmi les interventions alternatives à développer et pourraient améliorer la relation thérapeutique avec les personnes vivant une problématique de santé mentale.

Pertinence de l'étude

La violation des droits humains en santé mentale par l'intermédiaire de pratiques coercitives est préoccupante et demande des interventions concrètes de la part des professionnels impliqués dans l'accompagnement des personnes vivant avec une problématique de santé mentale, notamment le personnel infirmier. Cette étude s'inscrit dans la lignée des efforts menés au niveau provincial, national et international afin de mettre fin à la violation des droits humains en santé mentale, ou à tout le moins d'en

atténuer les effets délétères. Afin de développer des interventions sensibles au respect des droits humains en santé mentale, il apparaît pertinent de réaliser une étude qui s'intéresse aux pratiques de soutien à l'exercice des droits à partir de l'expérience qu'en font les personnes vivant avec une problématique de santé mentale lors d'hospitalisation ou de traitement involontaire en soins psychiatriques. À notre connaissance, il s'agit de la première étude canadienne utilisant un devis phénoménologique portant sur le soutien à l'exercice des droits en santé mentale. De plus, l'identification des enjeux et caractéristiques du soutien à l'exercice des droits peut contribuer à l'actualisation de la pratique infirmière. Il est souhaité que cette étude contribue au développement des pratiques de soutien à l'exercice des droits en sensibilisant le personnel infirmier à leur importance, qui favorisent l'autonomie et le pouvoir d'agir des personnes vivant avec une problématique de santé mentale. Enfin, cette étude met de l'avant les dimensions psychosociales de la pratique infirmière en santé mentale sous l'angle de la reconnaissance et du respect des droits humains. Elle encouragera une plus grande sensibilité de la pratique et des interventions infirmières aux savoirs expérientiels des personnes utilisatrices des services de santé mentale, lors de situations touchant leurs libertés et leurs droits fondamentaux.

But et objectifs de recherche

Le but de cette étude est de mieux comprendre les expériences de coercition et de soutien à l'exercice des droits vécues par les personnes vivant avec une problématique de santé mentale qui sont hospitalisées ou traitées contre leur gré en soins psychiatriques afin

de sensibiliser chacun des acteurs impliqués dans leur soutien et leur accompagnement. Le premier objectif est de décrire l'expérience d'atteinte aux droits telle qu'elle est vécue par des personnes vivant avec une problématique de santé mentale qui subissent de la coercition en soins psychiatriques. Le deuxième objectif est d'analyser l'expérience de soutien à l'exercice des droits en soins psychiatriques telle qu'elle est vécue par ces personnes premières concernées.

Questions de recherche

Les trois questions de recherches sont :

1. Quelles sont les expériences de coercition et d'atteinte aux droits humains, telles qu'elles sont vécues par des personnes hospitalisées ou traitées contre leur gré en soins psychiatriques ?
2. Comment le soutien à l'exercice des droits est-il vécu par les personnes hospitalisées ou traitées contre leur gré en soins psychiatriques ?
3. Quels sont les facteurs facilitants et contraignants le soutien à l'exercice des droits en soins psychiatriques ?

Cadre conceptuel et cadre juridique

Ce chapitre présente le cadre conceptuel relié à l'étude. Les concepts de coercition, d'*advocacy* et de soutien à l'exercice des droits sont détaillés, ce qui permet de les relier de façon cohérente et d'offrir un angle d'analyse pour la recension des écrits qui suivra. Ensuite, le cadre juridique entourant les concepts centraux de l'étude aborde différentes lois qui sont impliquées et qui doivent être considérées en présence de coercition pour mieux comprendre le processus de mise en œuvre des pratiques de soutien à l'exercice des droits. Les normes juridiques internationales sont exposées à partir des droits humains et des droits socio-économiques et culturels de façon générale. Le cadre légal en vigueur au Canada est également présenté, soit la *Charte canadienne des droits et libertés* et le *Code criminel canadien*. Enfin, le contexte juridique spécifique au Québec est expliqué avec la *Charte québécoise des droits et libertés*, le *Code civil du Québec*, la *Loi sur les services de santé et services sociaux (LSSSS)* et la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (LPPEM)*.

La coercition en soins psychiatriques

Pour Ewuoso (2018), la coercition se définit comme une pratique où une personne est forcée d'agir contre son gré, sans son consentement, voyant ainsi ce concept en opposition directe avec l'autonomie décisionnelle. La coercition implique aussi une relation de pouvoir où une personne fait pression sur une autre afin de restreindre sa liberté, de limiter ses actions ou ses choix (Anderson, 2017). Une analyse récente du

concept de coercition relève trois types : la coercition formelle, informelle et perçue (Paradis-Gagné et al., 2021). La coercition formelle (ou légalement autorisée) est la plus documentée et implique les mesures légales, protocoles et lignes directrices utilisés pour restreindre l'autonomie et la liberté des personnes vivant avec une problématique de santé mentale (Paradis-Gagné et al., 2021). Parmi les termes utilisés pour décrire la coercition formelle, Paradis-Gagné et al. (2021) mentionnent l'importance de différencier les pratiques coercitives en réponse à une situation de crise ou de violence (mesures de contrôle, telles que l'isolement et les contentions) de celles utilisées pour réduire le risque d'une personne envers elle-même ou autrui à court ou moyen terme (hospitalisation et traitement involontaires). La coercition informelle est quant à elle plus subtile et moins visible dans les milieux de soins. Contrairement à la coercition formelle, elle ne répond d'aucune loi et s'applique parfois même lorsque la personne consent aux soins (Paradis-Gagné et al., 2021). La persuasion, l'influence, les discours directifs, les règles d'unité de soins et l'observation de la clientèle sont certains des exemples relevés par Paradis-Gagné et al. (2021) pour illustrer la coercition informelle. La coercition perçue réfère à la manière subjective dont une personne ressent vivre de la coercition (Hem et al., 2018). Une personne peut avoir la perception de vivre de la coercition en l'absence d'une réelle mesure coercitive formelle ou informelle. L'étude quantitative de Horvath et al. (2018) indique que des personnes qui n'étaient pas légalement contraintes à prendre un traitement avaient le sentiment de devoir prendre la médication psychiatrique prescrite. Certaines études rapportent également que certaines personnes perçoivent vivre de la coercition alors qu'elles sont volontaires à l'hospitalisation en soins psychiatriques, notamment

parce qu'elles croient être contraintes de rester hospitalisée si elles formulent le souhait de quitter (Bindman et al., 2005; Opsal et al., 2016). Paradis-Gagné et al. (2021) expliquent également que la coercition perçue est variable puisque les perceptions de la coercition par les personnes vivant avec une problématique de santé mentale sont différentes de celles du personnel infirmier.

Davantage de recherches à ce sujet sont nécessaires afin de bien documenter la coercition perçue des personnes vivant avec une problématique de santé mentale (Paradis-Gagné et al., 2021) et le présent projet de maîtrise a permis d'explorer ce type de coercition. Dans le cadre de cette recherche, bien que nous nous intéressions au vécu expérientiel suivant un ou des épisodes de coercition formelle en soins psychiatriques, il est entendu que la démarche de collecte et d'analyse des données est restée ouverte et sensible à l'ensemble des expériences de coercition, allant de la coercition formelle à la coercition informelle et perçue.

La coercition en soins psychiatriques réfère à l'utilisation de la force ou de pressions pour imposer une hospitalisation ou un traitement à une personne vivant avec une problématique de santé mentale contre sa volonté (Bindman, 2004). L'hospitalisation involontaire n'est qu'une des pratiques coercitives auxquelles les personnes premières concernées sont confrontées, notamment lorsqu'elles représentent un danger pour elles-mêmes (automutilation, risque suicidaire) ou pour autrui (comportement violent) (Ewuoso, 2018). Le traitement involontaire figure également parmi les pratiques

coercitives utilisées afin d'offrir un traitement pharmacologique requis par l'état de santé d'une personne première concernée qui le refuse (Sugiura et al., 2020). Les mesures d'isolements et de contentions mécaniques, physiques et chimiques sont d'autres exemples de coercition en soins psychiatriques (Ewuoso, 2018). C'est d'ailleurs lorsque les personnes premières concernées vivent de la coercition en soins psychiatrique que leurs droits fondamentaux sont brimés, notamment le droit à l'égalité, le droit à la liberté et l'autonomie décisionnelle (Sugiura et al., 2020).

L'advocacy

L'origine de l'*advocacy* est rattachée aux sciences juridiques et réfère à un rôle de représentant des droits tel qu'exercé par un avocat (Jugessur et Iles, 2009). L'*advocacy* est associée à l'action d'offrir un plaidoyer en faveur d'une personne pour assurer la défense de ses droits (Jugessur et Iles, 2009). Ce concept a toutefois fait l'objet d'une intégration interdisciplinaire, participant à la professionnalisation de plusieurs intervenants, dont le personnel infirmier et les travailleurs sociaux (Jugessur et Iles, 2009). Trois formes d'*advocacy* ont été répertoriées par Jugessur et Iles (2009) dont l'*advocacy* citoyenne, qui requiert l'implication d'une personne indépendante pour offrir un soutien à une personne vulnérable ou qui éprouve des difficultés, l'*advocacy* professionnelle et légale, qui réfère au rôle joué par les avocats et les différents professionnels de la santé, et la *self-advocacy* où la personne est en mesure de s'exprimer et de faire valoir ses droits par elle-même. Dans leur analyse du concept appliquée à la pratique infirmière, Abbasinia et al. (2020) suggèrent que l'*advocacy* est un concept dynamique qui a évolué au fil des

années. La protection des personnes premières concernées face aux erreurs du personnel soignant, fournir de l'information sur leur situation, valoriser l'autodétermination et la liberté de choix, être le représentant de leurs intérêts et appliquer les principes de la justice sociale dans les soins sont les cinq caractéristiques de l'*advocacy* exposés par Abbasinia et al. (2020). L'*advocacy* sert aussi à promouvoir les intérêts des personnes vulnérables et à leur offrir des moyens pour faire respecter leurs droits, qu'elle soit utilisée dans le cadre de soins de santé ou par un soutien indépendant des établissements de santé, notamment des organismes communautaires en santé mentale (Newbigging et al., 2015).

Le rôle d'*advocacy* figure parmi les responsabilités infirmières depuis plusieurs décennies, particulièrement pour le personnel infirmier en santé mentale (Duxbury, 1996; Gerber, 2018) et requiert des connaissances légales, professionnelles et des connaissances spécifiques aux besoins des personnes vivant avec une problématique de santé mentale (Abbasinia et al., 2020). Dans la pratique clinique, le rôle d'*advocacy* du personnel infirmier est mal défini, encourageant des pratiques potentiellement paternalistes, notamment en prenant des décisions pour les personnes premières concernées sous prétexte de défendre leurs intérêts (Cole et al., 2014).

Le soutien à l'exercice des droits

Le soutien à l'exercice des droits s'inspire des fondements de l'*advocacy* et vise à réduire les répercussions de la coercition vécues par les personnes vivant avec une problématique de santé mentale en favorisant la mise en place de mesures adaptées qui

favoriseront l'exercice de leurs droits et recours ou qui en diminueront les obstacles à leur exercice (MSSS, 2018, 2022). Toutefois, le soutien à l'exercice des droits est un concept qui se distingue de l'*advocacy* puisqu'il implique de soutenir les personnes premières concernées, plutôt que d'offrir un plaidoyer en leur faveur. Le soutien nécessite une proximité avec ces personnes, un lien de confiance afin d'offrir un accompagnement dans les difficultés rencontrées durant l'épisode de soins, notamment par le dialogue et le soutien émotionnel, ce qui diffère du rôle d'*advocacy* (Abbasinia et al., 2020). À l'international, ce concept ne trouve pas d'équivalent dans la littérature, mais s'inscrit dans une approche axée sur la reconnaissance et le respect des droits humains qui valorise les préférences des personnes vivant avec une problématique de santé mentale notamment en favorisant leur autonomie, leur participation dans les décisions et les alternatives à la coercition en soins psychiatriques tout en respectant leurs capacités (Mahomed et al., 2020; OMS, 2021a).

Au Québec, le concept de soutien à l'exercice des droits est relativement nouveau et méconnu, apparaissant pour la première fois, à notre connaissance, dans le *Cadre de référence en matière d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* (MSSS, 2018). Repris dans les valeurs du *Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026* (PAISM), le concept de soutien à l'exercice des droits sollicite la participation de tout le personnel soignant impliqué auprès des personnes premières concernées dans la prestation de soins et de services en santé mentale afin de diminuer les contraintes à l'exercice de leurs droits

et recours (MSSS, 2022). Ultimement, le MSSS (2022) souhaite favoriser des alternatives à la coercition en soins psychiatriques et promouvoir l'utilisation de mesures de remplacement, notamment par la mise en œuvre de soutien à l'exercice de droits (MSSS, 2022). L'accès à une information pertinente et adaptée à la situation et aux besoins, offerte dans un moment opportun, figure parmi les moyens qui favorisent le soutien à l'exercice des droits, tout comme l'accompagnement des personnes premières concernées (MSSS, 2018). De plus, en énonçant le rôle du personnel infirmier dans la mise en œuvre de soutien à l'exercice des droits et recours, le MSSS (2018) favorise aussi l'implication d'un proche ou d'un représentant légal, de même que l'accès à un organisme communautaire en santé mentale et au bureau d'aide juridique. Bien que le soutien à l'exercice des droits s'inscrive principalement dans la reconnaissance des droits fondamentaux en présence de coercition en soins psychiatriques, sa mise en œuvre n'est pas limitée à ce contexte et mérite d'être déployée à d'autres situations dans le système de santé actuel où les droits des personnes utilisatrices de services et soins de santé sont touchés.

Les pratiques de soutien à l'exercice des droits se distinguent des pratiques de défense des droits, qui sont déployées notamment par les professions juridiques et par les organismes communautaires en santé mentale (Pariseau-Legault et Ouimet-Comtois, 2022). L'avocat est un exemple de professionnel juridique qui a pour rôle la représentation et la défense des droits des personnes premières concernées devant les tribunaux en s'assurant le respect des lois autorisant la coercition en soins psychiatriques (Barreau du Québec, 2023). Également complémentaire au soutien à l'exercice des droits, la promotion

et la défense des droits en santé mentale est une approche issue du milieu communautaire et reconnue depuis plusieurs années au Québec (MSSS, 2006; Pariseau-Legault et Ouimet-Comtois, 2022). Les principes directeurs prônés par les organismes communautaires en santé mentale sont axés sur l'autonomie, l'unicité, l'appropriation du pouvoir et le préjugé favorable des personnes vivant avec une problématique de santé mentale (MSSS, 2006). Cette approche favorise également le *self-advocacy* en offrant la possibilité aux personnes premières concernées de faire reconnaître et faire valoir elles-mêmes leurs intérêts (Abbasinia et al., 2020; MSSS, 2006; Plouffe, 2017). Le rôle des organismes communautaires en santé mentale s'articule autour de la transmission d'informations sur les droits et recours, l'aide et l'accompagnement des personnes premières concernées, l'intervention proactive, l'action collective et systémique ainsi que la sensibilisation et la promotion des droits en santé mentale (MSSS, 2006; Pariseau-Legault et Ouimet-Comtois, 2022; Plouffe, 2017). Des formations sont aussi offertes dans divers milieux, incluant aux professionnels de la santé, afin de favoriser l'exercice des droits des personnes premières concernées (MSSS, 2006; Plouffe, 2017). Le soutien à l'exercice des droits, tel que défini par le MSSS (2018) prévoit que le personnel infirmier agisse comme partenaire à ces approches complémentaires de défense des droits.

En terminant, le soutien à l'exercice des droits des personnes vivant avec une problématique de santé mentale est une pratique qui se développe à un niveau théorique, mais qui tarde à s'actualiser dans les pratiques en santé mentale et psychiatrie, particulièrement dans le contexte de pratiques coercitives. Cette étude vise à donner une

voix aux personnes qui font l'expérience de coercition en soins psychiatriques et de leur offrir la possibilité d'exprimer leur vécu de soutien à l'exercice des droits afin d'adapter les pratiques de soins.

Les normes juridiques internationales

Les normes juridiques à l'international permettent de baliser les droits généraux à respecter pour tout être humain en ayant comme fondement les principes de liberté et d'égalité. La *Charte internationale des droits de l'homme* (HCDH, 1997) comprend des documents importants concernant les droits humains ainsi que les droits économiques, sociaux et culturels. Constituant la première partie de cette charte, la *Déclaration universelle des droits de l'homme* (DUDH) a vu le jour en 1948 et son application est prévue dans tous les pays membres de l'Organisation des Nations Unies (ONU, n. d.). Ce document prévoit que ces droits sont universels puisqu'ils doivent s'appliquer également à tous les humains dans le monde et qu'ils sont inaliénables (HCDH, 2014). La première partie de la DUDH introduit les droits humains, dont le droit à la vie, à la liberté et la sûreté de la personne, qui sont essentielles dans la jouissance des autres droits (HCDH, 2014). La seconde partie de la DUDH énonce les droits économiques, sociaux et culturels tels que le droit à la sécurité sociale, au travail, à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé et son bien-être, à l'éducation et le droit au loisir et à l'accès à la vie culturelle de la communauté (HCDH, 2014). La DUDH constitue le rassemblement de valeurs morales universelles plutôt que d'un réel fondement juridique applicable par les tribunaux des pays, mais en acceptant ces valeurs, les gouvernements doivent mettre en place une

législation compatible avec la DUDH en plus de prendre des mesures pour faciliter l'exercice des droits humains qui y sont énoncés (HCDH, 2014).

Le cadre juridique au Canada

Comme la DUDH n'a pas de valeur contraignante devant les tribunaux au Canada, le gouvernement canadien a adopté la *Charte canadienne des droits et libertés* (Gouvernement du Canada, 2021b, ci-après Charte canadienne), permettant une application juridique valide des principes internationaux susmentionnés. La Charte canadienne (2021b) adoptée en 1982 énonce les libertés et droits fondamentaux qui s'appliquent à tout être humain au Canada, dont la liberté de conscience, d'expression et d'opinion, le droit à la vie, la liberté, l'intégrité et la sécurité ainsi que le droit à l'égalité, la dignité et la non-discrimination.

Bien que les droits et libertés doivent être respectés de manière égale pour toute personne physiquement au Canada, le *Code criminel canadien* (Gouvernement du Canada, 2021a) prévoit la restriction de la liberté d'une personne qui a commis un acte criminel au Canada. En lien avec la présente étude, il prévoit aussi des types d'hospitalisations involontaires appelés « ordonnance d'évaluation de l'état mental » (art. 672.11) et « ordonnance de la commission d'examen des troubles mentaux (OCETM) » (art. 672.54) qui s'appliquent aux personnes vivant avec une problématique de santé mentale reconnues incapables à subir leur procès ou non criminellement responsables pour cause de troubles mentaux. De surcroît, l'article 678.58 du *Code criminel canadien*

(Gouvernement du Canada, 2021a, art. 672.58) prévoit aussi d'ordonner le traitement involontaire d'une personne inapte à subir son procès, dans le but de la rendre apte, pour une durée maximale de 60 jours. Lorsque cette ordonnance de traitement prend fin et que la personne demeure inapte à subir son procès, elle est référée à la Commission d'examen des troubles mentaux (CETM) qui se résume parfois en une hospitalisation involontaire en vertu de l'OCETM.

La CETM est une sous-division du Tribunal administratif du Québec (TAQ) composé de trois membres, dont un avocat, un psychiatre et un professionnel avec une formation et de l'expérience en santé mentale (Bernheim et al., 2020; TAQ, 2021). Son mandat relève de la gestion du risque pour la sécurité du public des personnes reconnues inaptes à subir leur procès ou non criminellement responsables (Bernheim et al., 2020; TAQ, 2021). En fonction du risque qu'elles représentent pour la société, de la condition mentale, du cheminement de réinsertion sociale et des besoins, la CETM décide et ordonne les conditions de détention ou de libération des personnes premières concernées, en plus des modalités ou des conditions à respecter (Bernheim et al., 2020; TAQ, 2021). L'application et le suivi des décisions relèvent des établissements hospitaliers désignés (TAQ, 2021). Une personne reconnue non criminellement responsable peut donc se voir imposer une hospitalisation par la CETM avec une détention stricte dans un établissement hospitalier désigné, mais la CETM n'a pas la juridiction pour ordonner le traitement involontaire des personnes (TAQ, 2021). Elle peut toutefois restreindre les conditions de détention ou de libération si elle juge qu'un traitement serait nécessaire et que les

personnes premières concernées le refusent (TAQ, 2021). Bernheim (2019) suggère que même en l'absence d'une législation autorisant le traitement involontaire, la CETM accorde une place importante à la médication psychiatrique. La CETM tient une audience annuelle pour réviser les décisions jusqu'à ce que les personnes premières concernées soient libérées inconditionnellement ou jugées aptes à subir leur procès (Bernheim et al., 2020; TAQ, 2021). Toutefois, la première audience suivant le verdict d'inaptitude à subir son procès ou de non-responsabilité criminelle doit se tenir dans les 45 à 90 premiers jours (TAQ, 2021).

Le cadre juridique au Québec

Au Québec, le respect des droits et libertés est assuré à la fois par la Charte canadienne et la *Charte des droits et libertés de la personne* (LégisQuébec, 2023a, ci-après la Charte québécoise). Le gouvernement du Québec a adopté la Charte québécoise qui énonce les libertés et droits fondamentaux : le droit à la vie et à l'intégrité, le droit au secours, le droit à l'invulnérabilité et à l'autonomie de la personne, le droit au respect et à la dignité, le droit au respect de la vie privée et au respect du secret professionnel, le droit à la liberté, la liberté de conscience, de religion, d'opinion, d'expression et le droit à l'égalité (Commissaire à la santé et au bien-être, 2010). Concernant l'hospitalisation et le traitement involontaire au Québec, les principes exposés provenant du *Code criminel canadien* (Gouvernement du Canada, 2021a) sont aussi applicables dans la province, en plus du processus de garde en établissement (GE) et de l'autorisation judiciaire de soins (AJS). Ces dispositions législatives sont décrites dans les prochaines pages.

Le processus de garde en établissement

Le processus de GE est encadré par la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* (LPPEM), également connue sous le diminutif de « Loi P-38 » (LégisQuébec, 2023e) ainsi que le *Code civil du Québec* (LégisQuébec, 2023b). Il inclut trois types de gardes : la garde préventive, la garde provisoire et la garde en établissement autorisée. Le *Cadre de référence en matière d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* (MSSS, 2018) balise davantage l'utilisation de la LPPEM après que le Protecteur du citoyen (2011) ait constaté des divergences majeures entre ce qui était prévu par la loi prévoit et son application dans les établissements de santé. La LPPEM permet à un policier d'amener à l'hôpital une personne qui représente un « danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui » en raison de son état mental, sans son consentement ni l'autorisation préalable d'un tribunal (LégisQuébec, 2023e, art. 7). La LPPEM autorise l'hospitalisation involontaire d'une personne, mais elle ne permet pas le traitement involontaire et n'outrepasse pas le consentement aux soins. Il s'agit d'une disposition légale qui permet de priver temporairement une personne de sa liberté en l'obligeant à rester dans un établissement de santé pendant une période qui varie selon le type de garde en vigueur. Bien que la LPPEM soit utilisée pour protéger la personne première concernée ou son entourage, cette contrainte se doit d'être exceptionnelle et de derniers recours dans le but de limiter l'atteinte aux droits et libertés de la personne (MSSS, 2018). Il apparaît également important de préciser que malgré la

perte de liberté, la personne première concernée préserve ces droits tout au long du processus de GE, dont celui de pouvoir consentir à ses soins et de communiquer (oralement ou par écrit) de façon confidentielle avec ses proches et un avocat immédiatement après sa prise en charge par l'établissement hospitalier (MSSS, 2018). Dans l'intérêt de la personne sous garde, un médecin peut toutefois limiter temporairement les communications avec des proches en informant la personne première concernée par écrit et en précisant les motifs de la décision (MSSS, 2018). La personne première concernée doit aussi être informée du lieu où elle sera gardée et des motifs de la garde par les policiers ou le personnel soignant dès sa prise en charge ou lorsqu'elle est en mesure de comprendre ces informations (LégisQuébec, 2023e; MSSS, 2018).

La garde préventive

La garde préventive est une disposition de la loi qui permet de garder une personne dans un établissement de santé pour une durée maximale de 72 heures sans son consentement (LégisQuébec, 2023e; MSSS, 2018). Comme décrit précédemment, la garde préventive peut s'appliquer seulement si la personne première concernée présente un « danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui » en raison de son état mental (LégisQuébec, 2023e, art. 7). La garde préventive peut être initiée par n'importe quel médecin ou une infirmière praticienne spécialisée en santé mentale (IPSSM) et ne nécessite aucune évaluation psychiatrique ni l'autorisation d'un tribunal (LégisQuébec, 2023e; MSSS, 2018). Ce type de garde peut notamment survenir à la suite de l'utilisation de la LPPEM par un policier ou lorsqu'une personne se présente sur une base volontaire

à l'hôpital et qu'elle refuse d'y être hospitalisée. Les policiers peuvent également amener la personne première concernée à l'hôpital à la demande de ses proches, du personnel soignant ou d'intervenants en centre de crise (LégisQuébec, 2023e). Durant cette brève période, la personne première concernée peut refuser les soins et services offerts et elle peut refuser de se soumettre à une évaluation psychiatrique. Lorsque le délai de 72 heures est écoulé, la personne première concernée doit pouvoir quitter l'hôpital, à moins d'avoir consenti à l'hospitalisation ou qu'une ordonnance de garde provisoire a été obtenue (LégisQuébec, 2023e; MSSS, 2018).

La garde provisoire

La garde provisoire nécessite l'ordonnance d'un juge de la Cour du Québec qui autorisera un établissement de santé qui dispose des aménagements nécessaires à garder une personne sans son consentement à l'hôpital pour une période d'au plus 144 heures après sa prise en charge initiale (LégisQuébec, 2023e; MSSS, 2018). Cette ordonnance oblige la personne première concernée à se soumettre à une évaluation psychiatrique effectuée par un médecin psychiatre (LégisQuébec, 2023e; MSSS, 2018). La garde provisoire peut être demandée par un médecin et par les proches d'une personne première concernée, elle peut survenir avec ou sans la présence préalable d'une garde préventive (LégisQuébec, 2023e; MSSS, 2018). La garde provisoire peut être ordonnée lorsqu'il y a « des motifs sérieux de croire qu'une personne représente un danger pour elle-même ou pour autrui en raison de son état mental » (LégisQuébec, 2023b, art. 27). La dangerosité demeure essentielle à l'utilisation de la garde provisoire, mais la gravité et l'immédiateté

du danger ne sont plus considérées (LégisQuébec, 2023b). Lorsque la garde provisoire est demandée en l'absence de garde préventive, une première évaluation psychiatrique doit être effectuée dans les 24 heures suivant la prise en charge de la personne par un établissement hospitalier (LégisQuébec, 2023e; MSSS, 2018). Lorsque la personne est sous garde préventive, cette première évaluation psychiatrique doit être effectuée dans les 24 heures suivant l'ordonnance de garde provisoire (LégisQuébec, 2023e; MSSS, 2018). Si la première évaluation psychiatrique détermine que la personne présente une dangerosité, une deuxième évaluation psychiatrique doit être effectuée par un second médecin psychiatre pour confirmer la nécessité d'une GE autorisée (LégisQuébec, 2023b, 2023e; MSSS, 2018). Cette deuxième évaluation doit être effectuée dans les 48 heures suivant l'obtention de l'ordonnance si la personne est sous garde préventive et dans les 96 heures suivant la prise en charge de la personne en l'absence de garde préventive (LégisQuébec, 2023e; MSSS, 2018). De plus, le MSSS (2018) souligne que la deuxième évaluation psychiatrique doit être effectuée un jour différent de la première par souci d'équité puisque l'état mental d'une personne peut changer rapidement. Dans les deux cas, les dispositions de la loi permettent 48 heures d'hospitalisation involontaire supplémentaire pour signifier la personne de la démarche de GE autorisée (MSSS, 2018). Si les deux évaluations psychiatriques estiment que la personne première concernée représente un danger en raison de l'état mental et que la GE est nécessaire, une demande de GE autorisée doit être acheminée au tribunal afin de garder la personne pour une période plus longue (LégisQuébec, 2023e; MSSS, 2018).

La garde en établissement autorisée

L'ordonnance de GE autorise un établissement hospitalier à garder contre son gré une personne qui présente une dangerosité en raison de son état mental pour une période fixée par le juge (LégisQuébec, 2023b, 2023e; MSSS, 2018). Sa durée est donc variable et peut s'échelonner sur plus de 21 jours (MSSS, 2018). Elle fait suite à la garde provisoire et aux deux évaluations psychiatriques décrites précédemment. La personne première concernée doit se soumettre à des évaluations psychiatriques périodiques pour vérifier la nécessité de la GE, notamment 21 jours après l'ordonnance de GE et aux trois mois par la suite (LégisQuébec, 2023e). Si la dangerosité de la personne première concernée est toujours présente au terme de la période fixée, une demande doit être faite au tribunal pour prolonger la durée de la GE et nécessite deux nouvelles évaluations psychiatriques (LégisQuébec, 2023b; MSSS, 2018). De plus, si la dangerosité de la personne première concernée n'est plus présente avant le terme fixé par l'ordonnance, elle doit être libérée.

L'autorisation judiciaire de soins

Le traitement involontaire au Québec réfère principalement à l'AJS, qui est utilisée pour donner les soins requis par l'état de santé d'une personne inapte à consentir à ses soins et qui les refuse de façon catégorique (LégisQuébec, 2023b). Cette forme de coercition légalement autorisée figure à l'article 16 du *Code civil du Québec* (LégisQuébec, 2023b, art. 16) et permet à la fois le traitement involontaire (médication, prélèvements, examens, thérapie, etc.) et l'hébergement involontaire dans un établissement de santé ou une ressource d'hébergement (AGIDD-SMQ, 2014a; Bernheim

et al., 2016). Selon une analyse récente de la jurisprudence en matière d'AJS, la durée des ordonnances varie d'un à cinq ans et elle tend à s'allonger (Bernheim et al., 2016). En 2005, la majorité des AJS avait un terme d'un ou deux ans alors qu'en 2012 la durée de la majorité des AJS était de trois ans (Bernheim et al., 2016).

L'AJS est principalement mise en œuvre par les professionnels des établissements de santé du Québec qui sont encadrés par la *Loi sur les services de santé et services sociaux* (LSSSS) (LégisQuébec, 2023b, 2023f). Inspirée de la Charte québécoise et de la Charte canadienne, la LSSSS précise d'ailleurs comment les droits fondamentaux des personnes premières concernées doivent être respectés lorsqu'elles se font offrir des soins et services de santé, notamment le droit à l'information, le droit à l'accompagnement, le droit de recevoir des soins de qualité, le droit à la confidentialité et d'être représenté dans l'exercice de ses droits (Commissaire à la santé et au bien-être, 2010). Les droits fondamentaux sont les mêmes chez une personne qui sollicite volontairement les soins et services de santé qu'une personne qui se les fait imposer.

En terminant sur les différents cadres juridiques applicables dans la pratique infirmière au Québec, les lois existantes prévoient à la fois la privation des droits et libertés et le soutien à l'exercice des droits. Devant la complexité de ces lois, les personnes vivant avec une problématique de santé mentale doivent être soutenues dans l'exercice de leurs droits et recours lorsqu'ils subissent de la coercition en soins psychiatriques afin de favoriser leur autonomie et l'atteinte minimale de leurs droits. La connaissance de ces

dispositions légales par le personnel infirmier apparaît primordiale afin de favoriser le soutien à l'exercice des droits de ces personnes.

Recension des écrits

Ce chapitre présente l'état des connaissances sur le vécu des personnes vivant avec une problématique de santé mentale lorsqu'elles font l'expérience de coercition en soins psychiatriques. La stratégie de recherche documentaire utilisée pour réaliser cette recension des écrits est d'abord exposée. Ensuite, les résultats de la recherche documentaire sont détaillés. Enfin, les connaissances sur le vécu de coercition, notamment lors d'hospitalisation et de traitement involontaire, les connaissances sur le vécu d'atteinte aux droits humains et les connaissances sur le vécu de soutien à l'exercice des droits sont énoncées.

Stratégie de recherche documentaire

Une recherche systématique des écrits scientifiques a initialement été réalisée en mai 2021 sur cinq bases de données, soit *CINAHL*, *Érudit*, *MEDLINE*, *PsycInfo* et *Scopus*. Depuis, des mises à jour de cette recension ont été effectuées en mars 2022 et en juillet 2023. La méthode PICo adaptée à la recherche qualitative a été utilisée pour élaborer l'algorithme de recherche et systématiser les mots clés autour de la population (P), du phénomène d'intérêt (I) et du contexte de l'étude (Co) (Joanna Briggs Institute [JBI], 2011; Stern et al., 2014). Cette stratégie de recherche est sensible aux écrits portant sur l'expérience vécue d'un phénomène social précis et elle s'avère efficace pour recenser des articles qualitatifs, quantitatifs et mixtes, ce qui est adapté à la présente étude (JBI, 2011; Methley et al., 2014; Stern et al., 2014). De ce fait, la population regroupe les mots

clés représentant à la fois les personnes et leur expérience vécue. Le phénomène d'intérêt est constitué de dérivés conceptuels des phénomènes de coercition ou d'atteinte aux droits humains ainsi que du rôle d'*advocacy* et de soutien du personnel infirmier. Le concept de santé mentale conclut l'algorithme en spécifiant le contexte de l'étude. Les mots clés utilisés ont été identifiés à partir des éléments de la problématique et des objectifs de recherche, ainsi que par une recherche préalable de la littérature sur le sujet et des mots clés apparentés. L'algorithme de recherche a ensuite fait l'objet d'une validation externe par le directeur de recherche et par une bibliothécaire de l'UQO. Les concepts centraux exposés dans le cadre conceptuel ont permis l'élaboration de l'algorithme de recherche présenté au Tableau 1 de la page suivante.

Tableau 1

Algorithme de recherche selon la méthode PICO (JBI, 2011; Stern et al., 2014)

PICO	Mots clés
Population	<i>(Patient* [OR] user* [OR] client* [OR] consumer*) [AND] (Experience* [OR] perspective* [OR] view* [OR] attitude* [OR] perception* [OR] opinion*)</i>
Phénomène d'intérêt	<i>(Coerc* [OR] involuntary admission* [OR] involuntary treatment* [OR] involuntary hospitalisation* [OR] involuntary commitment* [OR] involuntary care* [OR] involuntary intervention* [OR] community treatment order* [OR] CTO* [OR] compulsory treatment* [OR] compulsory admission* [OR] compulsory hospitalisation* [OR] compulsory commitment* [OR] compulsory care* [OR] compulsory intervention* [OR] forced treatment* [OR] forced admission* [OR] forced hospitalisation* [OR] forced commitment* [OR] forced care* [OR] forced intervention* [OR] restrain* [OR] seclusion* [OR] isolation*) [OR] (right* [OR] human right [OR] patient right [OR] advocacy [OR] support* [OR] legal* [OR] law*)</i>
Contexte	<i>(Mental health [OR] mental illness [OR] mental disorder [OR] psychiat* [OR] forensic* [OR] psychiatric disorder)</i>

Suivant l'approche PICO, les critères d'inclusion étaient les suivants : écrits scientifiques référant à une population adulte (18 ans et plus), utilisatrice de services en santé mentale et traitant de la coercition en soins psychiatriques. Ainsi, les articles empiriques ne portant pas sur l'expérience vécue de la coercition par une personne vivant avec une problématique de santé mentale ont été exclus. Les articles empiriques portant

sur la pédopsychiatrie et la gérontopsychiatrie ont également été exclus. Les articles empiriques qualitatifs, quantitatifs et mixtes, ont été inclus. Les articles théoriques, dont ceux portant sur les droits humains en santé mentale, ont été inclus. Les écrits recensés devaient être disponibles en texte intégral, écrit en anglais ou en français et publié depuis 2011. Cet intervalle a été retenu parce qu'il correspond à l'année de publication du rapport *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* publié par le Protecteur du citoyen (2011), qui a encouragé l'ouverture à de nombreux changements dans les procédures et les pratiques d'interventions en santé mentale au Québec. En plus de la recherche dans les bases de données énumérées, la recension a été complétée à l'aide de recherches sur *Google Scholar*, les références des articles sélectionnés ont été consultées et des recherches ont été effectuées sur des sites internet dans le domaine des soins psychiatriques. Enfin, la littérature grise telle que les publications de l'Organisation mondiale de la Santé, du Gouvernement du Québec, du Gouvernement du Canada, incluant les lois applicables, ont été consultées.

Résultat de la recherche documentaire

La recherche documentaire a permis de recenser 2276 articles de janvier 2011 à juillet 2023. À la suite de la lecture des titres, des résumés et du retrait des doublons, 142 articles ont été identifiés. Après une lecture plus approfondie de ces articles, 70 répondaient aux critères et ont été retenus. Des recherches supplémentaires ont été nécessaires afin de bonifier les articles retenus, tel qu'énoncé dans la stratégie de

recherche. La lecture des références et des recherches sur *Google Scholar* a permis d'ajouter 18 articles. La Figure 1 représente le diagramme de flux qui schématise le travail de recension effectué (voir Appendice A). En somme, la recherche documentaire totalise 88 articles scientifiques de devis hétérogènes qui permettent de dresser l'état des connaissances actuelles sur les expériences vécues de coercition en santé mentale, d'atteinte aux droits humains et de soutien à l'exercice des droits. De ces articles, 40 ont un devis qualitatif, 19 un devis quantitatif et trois un devis mixte. À ce nombre, s'ajoutent 18 revues systématiques et huit revues de la littérature avec divers devis (intégrative, métaethnographie, métasynthèse et *scoping review*). La consultation de la littérature grise a bonifié la recension avec 20 documents pertinents à la contextualisation des droits humains en santé mentale au niveau provincial, national et international. Le Tableau 4 expose la synthèse des articles scientifiques recensés (voir Appendice B).

Malgré un intervalle de recherche restreint dans le temps, le nombre d'articles sur le vécu de la coercition en soins psychiatriques suggère un état des connaissances riche et diversifié sur le sujet. D'ailleurs, parmi les 26 articles de revue de littérature recensés, 20 ont été publiés depuis 2018 et attestent du dynamisme de la recherche s'intéressant aux expériences de coercition ou d'atteinte aux droits humains en soins psychiatriques. Une thématisation des principaux domaines explorés par la recherche à ce sujet est présentée dans les prochaines pages.

Les enjeux éthiques et cliniques associés à l'hospitalisation et aux traitements involontaires en soins psychiatriques : de la coercition formelle à la coercition perçue

Comme identifié dans la problématique, la violation des droits humains et des libertés des personnes vivant avec une problématique de santé mentale est dénoncée par les organismes communautaires en santé mentale (AGIDD-SMQ, 2015), tout comme elle est reconnue par le Gouvernement du Québec (MSSS, 2017, 2022) et par les organisations mondiales (OMS, 2018). Bien que l'abolition des pratiques coercitives soit au cœur des débats en santé mentale, c'est davantage le mésusage de ces pratiques coercitives qui est dénoncé afin de mettre à l'avant-plan le respect et l'exercice des droits des personnes premières concernées (AGIDD-SMQ, 2015; OMS, 2021a; Protecteur du citoyen, 2011). Les pratiques coercitives, dont l'hospitalisation et le traitement involontaire, sont prévues par les lois en vigueur et sont parfois considérées nécessaires pour fournir des soins requis par l'état de santé d'une personne qui seraient autrement refusés (Sugiura et al., 2020). Dans leur analyse sous l'angle des justifications légales des pratiques coercitives, Martin et Gurbai (2019) apportent aussi une nuance à l'approche abolitionniste puisque celle-ci priverait la personne du droit à recevoir les soins et les services requis par son état de santé, dans la mesure où celle-ci les refuse tout en étant potentiellement inapte à y consentir. Ces auteurs ajoutent qu'il est primordial que des balises légales permettant la mise en œuvre des pratiques coercitives soient mises en place correctement et respectées afin de permettre la protection des droits des personnes premières concernées. Les organismes qui dénoncent ces pratiques coercitives questionnent aussi les façons de faire

et la mise en œuvre de celles-ci. Les atteintes aux droits humains, dont le droit à l'autonomie décisionnelle, à l'implication dans les soins, à l'intégrité et à la liberté, sont critiquées alors que les pratiques intégrant les notions d'atteinte minimale aux droits, d'exceptionnalité et de dernier recours sont remises en question (AGIDD-SMQ, 2014b; Bernheim et al., 2016; Pariseau-Legault et al., 2020).

Afin d'améliorer la situation, il est souhaité de développer une approche respectueuse des droits humains et la mise en place de mesures de remplacement aux pratiques coercitives en impliquant davantage les personnes premières concernées (Mahdanian et al., 2022; OMS, 2021a; Sugiura et al., 2020). L'OMS (2022) souhaite l'implication de tous les acteurs, incluant les décideurs, afin d'apporter des changements aux lois et politiques sociales en vigueur à l'échelle mondiale pour que ces dernières visent la recherche d'alternatives à la coercition et, de ce fait, soient plus respectueuses des droits humains. La réduction des pratiques coercitives dépasse toutefois l'ajustement des lois et politiques, elle nécessite aussi un changement de culture d'intervention et la mise en place de pratiques sensibles au respect des droits humains (Mahdanian et al., 2022; Sashidharan et al., 2019). Au Québec, le gouvernement a récemment mandaté l'Institut québécois de réforme du droit et de la justice (IQRDJ) afin de revoir l'application de la LPPEM pour s'assurer d'un plus grand respect aux droits des personnes premières concernées (Gouvernement du Québec, 2023a).

Afin de mieux appréhender ces enjeux éthiques et cliniques, la littérature scientifique accorde une importance grandissante à la voix des personnes qui vivent de la coercition en soins psychiatriques. Les personnes premières concernées peuvent alors exprimer leurs préoccupations face à l'atteinte de leurs droits et aux abus fréquemment vécus (Goulet et al., 2019; Norvoll et Pedersen, 2018; Tingleff et al., 2017). La littérature nous informe sur l'expérience vécue de la coercition par les personnes vivant avec une problématique de santé mentale de façon générale (Staniszewska et al., 2019; Tingleff et al., 2017) et plus spécifiquement lorsqu'elles subissent des hospitalisations involontaires (Akther et al., 2019; Iudici et al., 2022; Seed et al., 2016; Wynn, 2018) et des traitements involontaires (Corring et al., 2017; de Waardt et al., 2022; Goulet et al., 2019; Plahouras et al., 2020). L'expérience vécue des mesures de contrôles, notamment l'isolement et la contention, est aussi bien documentée (Butterworth et al., 2022; Hawsawi et al., 2020).

Par ailleurs, la relation entre les concepts de coercition et de droits humains est complexe et variable. En effet, les enjeux éthiques et cliniques reliés à la pratique infirmière en santé mentale en contexte de coercition sont inévitables puisque la capacité décisionnelle des personnes premières concernées peut, dans certains cas, être diminuée (Hem et al., 2018; Norvoll et Pedersen, 2018). Par voie de conséquence, il apparaît difficile de concevoir des soins centrés sur la personne et le respect de ses droits en contexte de coercition. Malgré tout, des études démontrent qu'une bonne communication, le soutien à l'autonomie et la qualité de la relation entre le personnel infirmier et les personnes premières concernées sont primordiales et favorables au respect de la dignité et

à l'intégrité même lors d'épisodes coercitifs (Duffy et al., 2023; McKay et al., 2020). De surcroît, une étude visant à explorer les perspectives des acteurs impliqués dans le processus d'hospitalisation involontaire révèle que le personnel infirmier qui accompagne les personnes premières concernées est conscient des répercussions de cette pratique coercitive sur leurs droits et libertés (Smyth et al., 2016).

À cette complexité de la relation entre la coercition et les droits humains s'ajoute la variabilité des perspectives, qui réfère au concept de coercition perçue. En d'autres mots, le personnel infirmier, qui applique une mesure coercitive, peut avoir une vision différente de son indication et de ses effets comparativement aux personnes premières concernées qui vivent cette mesure (Paradis-Gagné et al., 2021). D'une part, les personnes qui vivent la coercition ont leurs propres perceptions de ses formes, de son intensité et de ses conséquences. D'autre part, le personnel infirmier qui accompagne la personne première concernée dans cette expérience peut avoir une perspective différente de la coercition lorsqu'elle est approchée comme un outil thérapeutique (Chieze et al., 2021; Hem et al., 2018; Lawn et al., 2015). En outre, bien que les personnes qui vivent des expériences de coercition formelle perçoivent davantage leur expérience comme négative plutôt que thérapeutique, il est utile de préciser que la coercition perçue est aussi observée chez les personnes qui sont volontaires à l'hospitalisation (Iudici et al., 2022; Wynn, 2018). Enfin, la revue systématique de Aguilera-Serrano et al. (2018) révèle que peu d'études s'intéressent à l'expérience de la coercition. Ces auteurs estiment que le personnel infirmier joue un rôle déterminant par sa présence, son soutien et la qualité de

sa communication. De plus, lorsque les soins offerts sont considérés par les personnes premières concernées comme empreints d'empathie, humains et respectueux de la dignité, la coercition perçue est moindre (Aguilera-Serrano et al., 2018).

Bien que plus d'études soient nécessaires pour documenter la coercition perçue, la justice procédurale est un concept pertinent à considérer. Les principes de la justice procédurale précisent que les décisions cliniques et légales gagnent à adhérer à un processus juste, transparent et respectueux des personnes vivant avec une problématique de santé mentale, ce qui contribue à réduire la coercition perçue (Paradis-Gagné et al., 2021; Simpson et al., 2020; van den Hooff et Goossensen, 2014). Des interventions respectant les principes de la justice procédurale permettraient aux personnes premières concernées d'être plus impliquées et de pouvoir faire une différence dans le processus décisionnel avant de recourir à des pratiques coercitives (van den Hooff et Goossensen, 2014). Simpson et al. (2020) ont publié leur protocole de recherche d'une étude canadienne à devis mixte pour explorer la perception de justice procédurale et de coercition perçue chez des personnes hospitalisées ou suivies en psychiatrie légale. Au moment d'écrire ce mémoire, les résultats de cette étude ne sont pas accessibles.

Peu d'études se penchent explicitement sur les enjeux éthiques liés à la mise en œuvre des pratiques coercitives par le personnel infirmier, ce qui ne permet pas de préciser cette relation davantage et crée un écart de connaissances entre la dimension éthique des soins coercitifs et la dimension légale des pratiques centrées sur le respect des droits

humains (Hem et al., 2018; Norvoll et Pedersen, 2018). Effectivement, les écrits retenus n'explorent pas de façon spécifique l'expérience vécue de la coercition sous l'angle de l'atteinte ou de soutien aux droits et libertés des personnes premières concernées. Toutefois, une littérature abondante traite de l'expérience générale de la coercition, telle qu'elle est vécue par ces derniers.

La coercition en soins psychiatriques telle qu'elle est vécue par les personnes premières concernées

Comme exposé précédemment, les expériences vécues de pratiques coercitives par les personnes vivant avec une problématique de santé mentale sont bien documentées. Cette section présentera les expériences générales et spécifiques en contexte d'hospitalisation involontaire, de traitement involontaire et en présence de mesures de contrôles.

D'abord, la littérature scientifique permet d'identifier des expériences positives reliées à la coercition. Les émotions positives reliées à la coercition apparaissent généralement à postériori, après une prise de distance quant à l'épisode vécu. Certaines personnes vivant avec une problématique de santé mentale éprouvent un sentiment de sécurité et ont l'impression d'être à l'abri des difficultés de la vie quotidienne qui entravent leur rétablissement, notamment lorsque les symptômes prennent une place prépondérante dans leur quotidien (Seed et al., 2016; Tingleff et al., 2017). Ce sentiment de sécurité permet aux personnes premières concernées d'avoir un espace de réflexion

afin de comprendre leur situation et de s'impliquer dans leur rétablissement (Wyder et al., 2016). Ce constat est soutenu par d'autres revues de littérature précisant que les personnes premières concernées ont l'impression de bénéficier d'une meilleure prise en charge par les services en santé mentale et de recevoir des soins adaptés à leur condition, ce qui contribue à la perception d'être protégées d'un danger pour elles-mêmes et pour autrui (Akther et al., 2019; de Waardt et al., 2022; Iudici et al., 2022). Ces expériences de coercition sont également vécues comme un filet de sécurité permettant une amélioration de la condition mentale de la personne première concernée, soit par la diminution des symptômes ou par la diminution de sa consommation de substances (Corring et al., 2017; de Waardt et al., 2022; Goulet et al., 2019; Stroud et al., 2015). Des études rapportent aussi que les personnes premières concernées qui vivent des pratiques coercitives bénéficient d'un meilleur accès aux services en santé mentale (Edan et al., 2019; Goulet et al., 2019). Jones et al. (2021) soutiennent ce constat en mentionnant des expériences positives indirectes de la coercition. En effet, les personnes premières concernées ressentent le besoin d'améliorer leur situation en utilisant les services disponibles en santé mentale. De plus, ces personnes sentent que leurs proches sont plus impliqués et comprennent mieux leur situation (Jones et al., 2021). La relation thérapeutique avec le personnel infirmier est parfois perçue positivement lorsque les personnes se sentent prises au sérieux et écoutées (Verbeke et al., 2019). D'ailleurs, la qualité de la relation thérapeutique avec le personnel infirmier est déterminante dans la satisfaction des personnes par rapport aux soins reçus (O'Donoghue et al., 2017; Staniszewska et al.,

2019). Enfin, l'étude de Hunt et al. (2021) rapporte une diminution du risque de suicide en contexte de coercition.

Les opinions, les perceptions et les émotions des personnes vivant avec une problématique de santé mentale sont décrites comme fluctuantes selon leur trajectoire de soins (Askola et al., 2018; Seed et al., 2016). Les sentiments négatifs sont fréquents et vécus par la majorité des personnes premières concernées qui font l'expérience de coercition (Butterworth et al., 2022; Goulet et al., 2019; Iudici et al., 2022; Staniszewska et al., 2019). Ces personnes ont le sentiment de perdre le contrôle sur leur vie et sur leur capacité à prendre une décision de façon autonome et indépendante (Seed et al., 2016; Tingleff et al., 2017). La détresse psychologique est importante et des émotions négatives telles que l'anxiété et la peur de revivre une expérience similaire sont fréquentes, ce qui amplifie leur sentiment de vulnérabilité (Akther et al., 2019; Butterworth et al., 2022; Krieger et al., 2018; Seed et al., 2016). Ces personnes vivent également l'expérience de la coercition comme stigmatisante puisqu'elles perçoivent le jugement d'autrui, incluant leurs proches et le personnel infirmier (Dawson et al., 2016; de Waardt et al., 2022). De plus, elles se sentent considérées comme des criminels et des personnes dangereuses (Akther et al., 2019; Goulet et al., 2019; Jones et al., 2021). Elles qualifient également l'expérience de la coercition comme déshumanisante, humiliante et punitive (Akther et al., 2019; Allison et Flemming, 2019; Butterworth et al., 2022; Hawsawi et al., 2020; Iudici et al., 2022; Seed et al., 2016). Les expériences négatives de la coercition incitent les personnes premières concernées à refuser de chercher de l'aide et d'éviter de recourir

à des soins et services en santé mentale (Iudici et al., 2022; Katsakou et al., 2012; Staniszewska et al., 2019). Elles vont même jusqu'à mettre en garde leur entourage des conséquences perçues pour les décourager à recourir aux services en santé mentale (Jones et al., 2021).

En outre, les études recensées dans le cadre de ce projet suggèrent que les personnes premières concernées sentent que les soins psychiatriques nuisent à leur rétablissement en apportant davantage d'adversité et de conséquences négatives sur leur vie (Mielau et al., 2018). Elles vivent aussi des questionnements sur leur identité soit par autostigmatisation ou parce qu'elles ont l'impression de perdre l'opportunité de s'accomplir dans la vie (Allison et Flemming, 2019; Schoppmann et al., 2021; Sibitz et al., 2011). Les personnes premières concernées décrivent également leur expérience de la coercition comme traumatique, notamment parce qu'elles doivent subir des traitements ou des interventions considérés inhumains ou parce qu'elles sont témoins de violence et de traitements infligés à d'autres personnes (Brophy et al., 2016b; Murphy, McGuinness, Bainbridge, Brosnan, Felzmann, et al., 2017; Wu et al., 2020). Certaines personnes revivent aussi des traumatismes antérieurs en contexte de coercition, notamment lors d'antécédent d'agression physique ou sexuelle (Butterworth et al., 2022; Duffy et al., 2023). D'ailleurs, plusieurs études rapportent que la coercition entraîne aussi des répercussions négatives sur la relation thérapeutique entre le personnel infirmier et les personnes premières concernées (Allison et Flemming, 2019; Duffy et al., 2023; Iudici et

al., 2022; Staniszewska et al., 2019). Enfin, l'étude de Jordan et McNiel (2019) suggère une augmentation du risque de suicide chez les personnes qui vivent de la coercition.

L'expérience d'hospitalisations involontaires

La littérature recensée rapporte que les sentiments liés au vécu d'hospitalisations involontaires par les personnes vivant avec une problématique de santé mentale dépendent de facteurs personnels et interpersonnels. Les expériences sont majoritairement négatives lorsque ces personnes ont une expérience antérieure difficile d'hospitalisation involontaire alors qu'elles sont davantage positives lorsque ces personnes vivent une amélioration de leur état de santé ou des expériences positives durant l'hospitalisation (Bradbury et al., 2016; Iudici et al., 2022). La perception des bénéfices directs et indirects de l'hospitalisation involontaire par les personnes premières concernées favorise aussi une expérience plus positive (Jones et al., 2021). L'hospitalisation involontaire implique parfois l'escorte à l'établissement de santé par les policiers ou par ambulance. Les personnes premières concernées préfèrent être amenées par ambulance puisque la police est perçue comme plus coercitive et inappropriée pour leurs besoins (Bradbury et al., 2016). Parfois, l'intervention de la police est jugée disproportionnée, certaines personnes ont vécu une intervention policière pour les escorter à l'hôpital en pleine rue, devant leurs voisins, contribuant à la stigmatisation décrite précédemment (Bradbury et al., 2016). D'ailleurs, ces personnes rapportent un effet de surprise désagréable puisque l'intervention policière est souvent rapide, inattendue et implique parfois la force, contribuant à l'humiliation décrite plus tôt (Bradbury et al., 2016). De ce fait, les

personnes amenées contre leur gré à l'hôpital vivent des sentiments opposés, variant entre la gratitude, l'injustice et l'humiliation (Bradbury et al., 2016).

L'expérience de traitements involontaires

Lorsque les personnes vivant avec une problématique de santé mentale font l'expérience de traitements involontaires, le recours quasi systématique à la médication psychiatrique est un aspect omniprésent dans la littérature recensée. En effet, la majorité des personnes premières concernées considèrent que la médication psychiatrique est la seule option de traitement qui leur est offerte (de Waardt et al., 2022; Lacasse et al., 2016). De plus, ces personnes vivent les autorisations judiciaires de soins ou les mécanismes similaires à travers le monde comme une façon d'assurer leur adhérence et leur compliance à un traitement pharmacologique, ce qui est perçu négativement (Brophy et al., 2019; Corring et al., 2017; Goulet et al., 2019). De plus, l'attention portée à la prise de médication psychiatrique pousse les personnes à accepter les autorisations judiciaires de soins afin de réduire le risque de vivre des pratiques coercitives dans le futur, telles qu'une hospitalisation involontaire ou la prolongation des traitements involontaires (Goulet et al., 2019). Les études recensées s'intéressant au à leur vécu suggèrent que certaines d'entre elles préfèrent vivre sous autorisation judiciaire de soins dans la communauté plutôt que de vivre une hospitalisation involontaire (Corring et al., 2017; de Waardt et al., 2022; Goulet et al., 2019). Certaines études rapportent cependant que les personnes qualifient les traitements involontaires de bénéfiques et justifiés (Corring et al., 2017; Plahouras et al., 2020). Toutefois, la revue systématique de Kisely (2016) soutient

que les effets thérapeutiques des traitements involontaires ne sont pas démontrés lorsque comparés à des soins offerts sur une base volontaire, tout comme d'autres études sur le sujet (Rugkåsa et Burns, 2017; Rugkåsa et al., 2017).

L'expérience des mesures de contrôles

Les personnes vivant avec une problématique de santé mentale qui font l'expérience de mesures de contrôles durant une hospitalisation décrivent les difficultés émotionnelles vécues alors qu'elles perçoivent peu de soutien du personnel infirmier (Duffy et al., 2023). Les personnes premières concernées ont l'impression de vivre des situations pour lesquelles l'usage de la force est disproportionné, voire des abus physiques de la part du personnel soignant qui se place en surnombre afin de les maîtriser et appliquer la mesure de contrôle (Hawsawi et al., 2020). Ces expériences entraînent également une détresse émotionnelle importante et un sentiment d'impuissance lorsque de telles mesures sont appliquées puisque les personnes premières concernées croient qu'elles devraient être davantage impliquées dans la recherche de solutions alternatives et que leurs stratégies d'adaptation personnelles soient davantage valorisées (Butterworth et al., 2022; Duffy et al., 2023).

De plus, les études recensées s'étant intéressées au vécu des mesures de contrôle suggèrent que les personnes premières concernées ont la perception de vivre une augmentation du recours aux mesures de contrôles lorsqu'elles expriment leur désaccord vis-à-vis certaines procédures ou règles d'unité et considèrent qu'une meilleure

communication avec le personnel infirmier serait déterminante dans la réduction et la prévention de telles mesures (Butterworth et al., 2022; Duffy et al., 2023; Hawsawi et al., 2020). Les personnes premières concernées qui vivent une mesure de contrôle réfléchissent également à la nécessité et l'acceptabilité de cette mesure. Certaines personnes évaluent que ces mesures sont parfois nécessaires si elles ont l'impression qu'elles sont utilisées en dernier recours pour réduire le risque de danger qu'elles présentent pour elle-même ou pour autrui (Duffy et al., 2023). Toutefois, devant de telles conséquences, les personnes premières concernées aimeraient que plus de solutions soient apportées pour réduire les conséquences négatives de ces mesures et pour trouver des alternatives plus humaines et respectueuses aux mesures de contrôles (Butterworth et al., 2022).

En terminant, les expériences de coercition telles que vécues par les personnes vivant avec une problématique de santé mentale sont bien documentées dans la littérature scientifique. Bien que certaines expériences positives se dégagent du vécu des personnes premières concernées, ce sont principalement les conséquences négatives de la coercition qui sont déterminantes et affectent leur quotidien. D'ailleurs, la littérature est unanime : le développement d'interventions et de stratégies visant à réduire les effets négatifs de la coercition est primordial afin de ramener les pratiques coercitives à leur caractère exceptionnel et être plus sensible au respect des droits des personnes vivant avec une problématique de santé mentale (Brophy et al., 2016a; Krieger et al., 2018; Pariseau-Legault et al., 2020; Sashidharan et al., 2019; Sugiura et al., 2020).

Les atteintes aux droits humains lors d'épisodes coercitifs en soins psychiatriques telles qu'elles sont vécues par les personnes premières concernées

Plusieurs des articles recensés s'intéressent au vécu de la coercition en soins psychiatriques, sans toutefois porter une attention particulière à la question des droits humains, dont la reconnaissance ou les atteintes participent à de telles expériences. Pourtant, certains des articles retenus soulignent que les personnes vivant avec une problématique de santé mentale manquent de connaissances et d'informations sur leur situation et sur leurs droits (Murphy et al., 2017; Staniszewska et al., 2019). Plusieurs de ces personnes vivent la coercition comme un manque d'implication, de pouvoir décisionnel, de respect et une violation de leurs droits et libertés (Macgregor et al., 2019; Murphy et al., 2017; Wyder et al., 2016). La prochaine section cherche à combler ce vide de connaissances et explore ces expériences d'atteinte aux droits humains lorsque les personnes premières concernées vivent de la coercition en santé mentale.

Les droits humains sont considérés comme universels, inaliénables et inhérents à toute personne, indépendamment de sa nationalité, de son genre, de son origine ethnique ou de sa langue (ONU, n. d.). Les droits humains sont fondés sur des valeurs universelles telles que la dignité, l'égalité, la liberté et la justice, mais ils n'ont pas de valeur juridique (HCDH, 2014). Les droits humains sont parfois confondus avec les droits fondamentaux qui sont les droits reconnus et protégés dans un pays spécifique et qui, pour la très grande majorité d'entre eux, découlent des droits humains (HCDH, 2014). Les droits

fondamentaux varient donc d'un pays à l'autre en fonction du système juridique et des valeurs de ce pays, mais ce sont ces droits qui sont reconnus par les différents tribunaux à travers le monde (HCDH, 2014). La présente recension des écrits ne permet pas de contextualiser les résultats à chaque pays, il n'est donc pas possible de référer aux droits fondamentaux applicables pour la population cible des articles retenus. C'est pourquoi les droits humains seront privilégiés aux droits fondamentaux. Plusieurs droits sont concernés lorsqu'il est question de coercition en soins psychiatriques, mais les droits humains abordés dans cette section représentent ceux qui sont les plus souvent évoqués par les personnes premières concernées. Cinq droits humains sont explorés davantage : (1) l'autonomie, (2) la dignité, (3) le droit à l'information, (4) le droit à l'égalité et à la participation aux décisions concernant les soins et (5) la représentation des personnes.

L'autonomie décisionnelle

Les droits humains mettent de l'avant le principe d'autonomie décisionnelle individuelle qui évoque l'importance de la participation des personnes vivant avec une problématique de santé mentale dans les décisions qui les concernent et de faire des choix libres et éclairés (Hem et al., 2018; Macgregor et al., 2019). Akther et al. (2019) constatent que les personnes premières concernées vivant de la coercition perçoivent cette expérience comme une perte de leur autonomie, une impression que les décisions sont prises à l'avance, sans consultation de leur part. De plus, Allison et Flemming (2019) affirment que ces personnes ont l'impression que leurs volontés ne sont pas respectées malgré les apparences. Par exemple, même si leur opinion est sollicitée, elle ne sera pas considérée

lorsqu'elle est différente de celle du personnel infirmier. Dans ces conditions et comme le rapporte l'étude qualitative d'Aluh et al. (2022), les personnes premières concernées se sentent ignorées et non impliquées.

De surcroît, la diminution de l'autonomie est vécue comme une perte de liberté de choix et de mouvement. Norvoll et Pedersen (2018) soutiennent que les personnes premières concernées vivent une restriction de leur liberté face à l'expérience de coercition. Selon la revue de littérature réalisée par Seed et al. (2016) l'hospitalisation involontaire est vécue comme une restriction à leur liberté puisque ces personnes sont contraintes à un lieu qui leur est imposé. Goulet et al. (2019) décrivent aussi que cette perte de liberté est vécue par une menace constamment ressentie et la peur de se voir imposer une hospitalisation lorsqu'elles font l'expérience de traitements involontaires légalement autorisés. L'expérience des mesures de contrôles affecte aussi la liberté de mouvement des personnes premières concernées, comme le révèlent les études de Butterworth et al. (2022) et Brophy et al. (2016b), notamment lorsqu'elles sont contraintes à une salle d'isolement ou que la force est utilisée pour les maîtriser physiquement.

La revue systématique de Plahouras et al. (2020) rapporte que les personnes sous ordonnance permettant le traitement involontaire sont restreintes dans les possibilités de choisir leur logement, leur travail ou leur réseau social. D'ailleurs, dans l'étude qualitative de Canvin et al. (2014), les personnes premières concernées ont le sentiment que ces restrictions à leur liberté les empêchent de vivre une vie normale en ayant le pouvoir de

faire des choix dans les décisions qui les concernent. Ces personnes vivent également une exclusion du processus de décision lorsqu'il est question de la médication psychiatrique qu'elles doivent prendre, comme le révèle l'étude qualitative de Jessell et Stanhope (2022). L'étude qualitative de Tomlin et al. (2020) établit un constat similaire lors d'hospitalisations involontaires où les personnes premières concernées sont restreintes dans les décisions qu'elles prennent ainsi que par les procédures et règles des unités de soins psychiatriques souvent jugées trop restrictives. Dans cette étude, les personnes décrivent que la routine quotidienne des soins psychiatriques représente une limite importante à leur autonomie, diminuant toute spontanéité et créativité (Tomlin et al., 2020), ce qui est un constat également partagé par Mahdanian et al. (2022). Les études de Norvoll et Pedersen (2018) et de Brophy et al. (2019) corroborent ce paternalisme dominant dans les soins psychiatriques qui est ressenti par les personnes premières concernées et qui limite leur autonomie décisionnelle. Plahouras et al. (2020) révèlent également qu'elles ont l'impression de perdre la possibilité de circuler comme elles le souhaitent, soit par restriction de voyager, de changer de ville pour voir leur famille ou de sortir à l'extérieur de l'établissement de santé. Ce constat est partagé par la revue systématique de Seed et al. (2016) qui établit que ces personnes sont restreintes dans la possibilité de circuler librement sur l'unité de soins psychiatriques.

Francombe Pridham et al. (2018) soulignent que les soins psychiatriques actuels tendent à donner le choix des mesures coercitives plutôt que de proposer des mesures alternatives. Par exemple, le personnel infirmier offrira aux personnes premières

concernées de prendre une médication contre leur gré, ce qui épargnera ou écourtera l'hospitalisation plutôt que d'explorer avec elles les différentes alternatives (Stroud et al., 2015). Bien que les personnes vivant avec une problématique de santé mentale doivent effectivement pouvoir choisir l'option la moins restrictive, comme l'identifient Macgregor et al. (2019), Newton-Howes et al. (2019) considèrent que le choix offert demeure trop coercitif et soulève des questionnements sur les notions de « mesures exceptionnelles » et de « derniers recours » auxquelles devraient se soumettre les pratiques coercitives.

La dignité

Le droit à la dignité reconnaît et protège la valeur intrinsèque de chaque être humain, notamment par le respect accordé à la personne, à son intégrité physique et psychologique (Franco et al., 2021; HCDH, 2014). Les pratiques coercitives sont souvent vécues comme une atteinte à la dignité puisque les personnes premières concernées sentent qu'elles ne sont pas respectées, comme le révèle l'étude de Mfoafo-M'Carthy et al. (2018). Ce constat est également formulé par Corring et al. (2017) alors que ces personnes doivent se conformer aux règles et directives des unités de soins ou aux traitements contre leur volonté. L'atteinte à la dignité se traduit par des sentiments de déshumanisation, d'humiliation et une perte d'identité (Allison et Flemming, 2019; Goulet et al., 2019). D'ailleurs, l'étude de Butterworth et al. (2022) révèle que les personnes vivant avec une problématique de santé mentale comparent les hospitalisations involontaires en soins psychiatriques à la prison pour parler de la déshumanisation vécue.

Ce constat est aussi partagé par Jones et al. (2021) où les personnes premières concernées perçoivent que les soins reçus sont plus punitifs que thérapeutiques.

Les personnes premières concernées ont l'impression que leur intégrité physique et psychologique sont violées, comme le révèle la revue systématique de Hem et al. (2018). Aluh et al. (2022) rapportent que des personnes ont été maîtrisées physiquement après un refus de prendre la médication proposée ou leur désobéissance à une règle de l'unité de soins. L'expérience de contentions ou d'isolement est également décrite comme déshumanisante par Butterworth et al. (2022) où certaines personnes avaient l'impression d'être traitées de façon inhumaine. Morán-Sánchez et al. (2020) décrivent aussi que les personnes premières concernées vivent une atteinte de leur intimité lorsqu'elles doivent se vêtir avec des vêtements qu'elles ne peuvent pas choisir, notamment des jaquettes ou des pyjamas. Aguilera-Serrano et al. (2018) relèvent que les personnes premières concernées vivent un sentiment d'abandon dans de telles conditions, ce qui est également partagé par Akther et al. (2019). Selon Katsakou et al. (2012), elles se sentent inutiles, impuissantes et en perte de contrôle sur leur vie. Quelques articles mentionnent des éléments positifs identifiés par les personnes premières concernées à posteriori de la coercition vécue. Wyder et al. (2016) constatent que ces personnes perçoivent l'épisode comme un temps d'arrêt leur permettant de réfléchir à leur expérience et ainsi reprendre le contrôle sur leur vie. Enfin, selon l'étude d'Aguilera-Serrano et al. (2018), lorsque ces personnes ont la perception de préserver une partie de leur autonomie durant les mesures coercitives, elles sentent recevoir un traitement plus humain et respectueux.

Le droit à l'information

Les droits humains prévoient que toute personne doit avoir accès à des services de santé, ce qui inclus également de recevoir les informations appropriées et complètes en moment opportun (HCDH, 2014). Plusieurs études exposent que les personnes vivant avec une problématique de santé mentale qui vivent de la coercition perçoivent une atteinte au droit à l'information et estiment recevoir peu d'informations sur leur situation et leurs droits. En effet, Akther et al. (2019) identifient que les personnes premières concernées rapportent avoir très peu d'informations sur leurs droits, notamment en ce qui concerne les raisons et les aspects légaux de leur hospitalisation involontaire. Ce constat est partagé par Iudici et al. (2022) qui soulignent que le manque d'information sur leurs droits fait sentir ces personnes comme inférieures par rapport au personnel soignant. La revue systématique de Macgregor et al. (2019) valide également ce constat en précisant que si les personnes premières concernées reçoivent de l'information sur leurs droits, peu d'efforts sont déployés par le personnel soignant pour qu'elles comprennent et retiennent les informations reçues. La majorité des écrits recensés soutiennent le manque d'information des personnes premières concernées sur leurs droits et sur les motifs justifiant l'application des mesures coercitives légalement autorisées. L'étude qualitative de Katsakou et al. (2012) révèle que ces personnes ont l'impression qu'elles n'avaient pas reçu suffisamment d'informations sur les raisons de leur hospitalisation involontaire, contribuant à un sentiment de perte de contrôle. Wyder et al. (2015) corroborent ce constat en précisant le sentiment d'incompréhension vécu par les personnes premières

concernées. Pour d'autres, le manque d'information a contribué à la détresse vécue suivant l'application de mesures coercitives, comme l'indiquent Akther et al. (2019). La revue systématique de Tingleff et al. (2017) souligne que le manque d'information est perçu comme une communication inadéquate avec le personnel soignant et contribue à des sentiments négatifs chez ces personnes, notamment la peur, l'anxiété et la colère. L'étude qualitative de Murphy, McGuinness, Bainbridge, Brosnan, Keys, et al. (2017) rapporte que certaines personnes ont bénéficié d'explications adaptées, facilitant une meilleure compréhension de leur situation. Ces auteurs concluent que le besoin d'information est bien présent chez les personnes premières concernées qui vivent de la coercition et qu'il est nécessaire pour le personnel soignant de fournir des informations adaptées sur une base régulière de manière accessible et vulgarisée (Murphy, McGuinness, Bainbridge, Brosnan, Keys, et al., 2017). Cette conclusion est également partagée par Akther et al. (2019) qui suggèrent que de fournir des informations individualisées de façon répétée contribue à un sentiment d'autonomie et de confiance chez les personnes premières concernées. Enfin, la littérature révèle qu'il existe un écart entre les informations reçues et comprises par les personnes vivant avec une problématique de santé mentale et celles qu'elles devraient recevoir.

Le droit à l'égalité et à la participation aux décisions concernant ses soins

Sugiura et al. (2020) soutiennent que toute personne a droit à une reconnaissance égale, incluant les personnes vivant avec une problématique de santé mentale. Ces auteurs avancent aussi que le droit à l'égalité est affecté par la coercition, tout comme le droit à

l'inclusion en communauté. Lawn et al. (2015) ont identifié que les personnes premières concernées vivent de la discrimination lors de pratiques coercitives. Ces personnes sont marginalisées puisqu'aux yeux d'autrui, elles ont l'impression de dévier des normes sociales et d'être perçues comme dérangeantes. Lawn et al. (2015) décrivent que ces personnes sentent qu'elles ne sont pas crédibles aux yeux du personnel soignant et perçoivent que ces derniers veulent corriger leurs défauts plutôt que de comprendre les comportements jugés déviants. Selon les mêmes auteurs, les personnes premières concernées se sentent également inférieures au personnel soignant, qui cherche à décider des meilleurs soins à offrir, sans se soucier si ces personnes considèrent qu'ils sont bons pour elles. La littérature recensée aborde aussi la stigmatisation pour illustrer cette discrimination et le processus de marginalisation des personnes vivant avec une problématique de santé mentale. En effet, selon l'étude qualitative de Stuen et al. (2015), ces personnes vivent de la stigmatisation en comparaison avec une personne n'ayant pas de problématique de santé mentale. Elles ont l'impression de vivre du contrôle social alors que le personnel soignant prend le contrôle sur leur vie, notamment en décidant pour elles. De plus, Hem et al. (2018) soutiennent que la stigmatisation des personnes vivant avec une problématique de santé mentale est inhérente aux soins psychiatriques puisqu'elles sont jugées sur leur personnalité, leur comportement, leur façon de communiquer et par leur relation avec les autres. Goulet et al. (2019) soutiennent cette affirmation en précisant que les personnes qui vivent des traitements involontaires ressentent davantage de stigmatisation alors qu'elles sont considérées dangereuses, violentes et perçues comme des criminelles. L'étude ethnographique de Dawson et al. (2021) illustre que le personnel

soignant présume que ces personnes ont une capacité moindre à prendre des décisions qu'elles en ont en réalité. D'ailleurs, Katsakou et al. (2012) révèlent que la stigmatisation et la marginalisation pousseraient les personnes premières concernées à fuir les services en santé mentale pour éviter de vivre des sentiments négatifs. Mfoafo-M'Carthy et al. (2018) parlent de l'étiquette posée sur les personnes premières concernées par leurs proches qui les considèrent comme des « malades mentaux », augmentant ce sentiment de stigmatisation et d'exclusion sociale.

L'autostigmatisation est également présente chez les personnes vivant avec une problématique de santé mentale qui vivent de la coercition. L'étude qualitative de Schoppmann et al. (2021) décrit que ces personnes ont peu de confiance en soi et d'estime d'elles-mêmes, qu'elles cherchent à plaire aux autres et s'excusent parfois d'être elles-mêmes. Ces auteurs concluent que les personnes premières concernées se sentent stigmatisées par le personnel soignant et que leurs besoins demeurent insatisfaits. Enfin, les résultats de la présente recension réitèrent que la stigmatisation, la marginalisation et la discrimination portent atteinte aux droits humains et caractérisent le vécu des personnes vivant avec une problématique de santé mentale lors d'épisodes coercitifs.

La représentation des personnes

Macgregor et al. (2019) ont identifié des divergences dans l'exercice des droits des personnes vivant avec une problématique de santé mentale, notamment par un accès difficile à un représentant légal. Les pratiques coercitives formellement autorisées

nécessitent généralement l'autorisation des tribunaux, mais selon Goulet et al. (2019), les personnes premières concernées ont une mauvaise compréhension du processus légal. De surcroît, Newbigging et al. (2015) soulignent que, devant le tribunal, les besoins en défense des droits sont importants pour les personnes vivant avec une problématique de santé mentale. Macgregor et al. (2019) estiment que cette défense est vécue difficilement par ces personnes, notamment parce que la contestation des preuves devant le tribunal est difficile et qu'elles éprouvent parfois une incompréhension des termes utilisés. Ces constats sont corroborés par une analyse statistique de la jurisprudence québécoise en matière d'autorisation judiciaire de soins de 1991 à 2012 réalisée par Bernheim et al. (2016). L'analyse de 906 décisions recensées du tribunal révèle que les personnes premières concernées sont peu préparées face au processus judiciaire et qu'elles éprouvent de la difficulté à comprendre le déroulement et le contenu des échanges durant l'audience. De plus, 48 % de ces personnes se présentent seules à l'audience et 51 % sont représentées par un avocat (Bernheim et al., 2016). La proportion de personnes vivant avec une problématique de santé mentale qui sont représentées devant le tribunal est également faible à travers le monde selon Macgregor et al. (2019). Enfin, malgré ces aspects négatifs vécus par les personnes vivant avec une problématique de santé mentale devant les tribunaux, certaines expériences positives sont identifiées dans les articles retenus. En effet, Macgregor et al. (2019) soutiennent que les personnes premières concernées identifient les tribunaux comme le seul mécanisme disponible pour faire entendre leur voix. De plus, l'étude de Smyth et al. (2016) souligne que les tribunaux sont perçus comme un aspect positif à la reconnaissance des droits par les personnes premières concernées.

Ce constat est également appuyé par Akther et al. (2019), ce qui représente un élément encourageant pour le futur.

L'expérience vécue de soutien à l'exercice des droits

Contrairement à l'expérience vécue de la coercition et de l'atteinte des droits en santé mentale, l'expérience de soutien à l'exercice des droits telle que vécue par une personne vivant avec une problématique de santé mentale qui vit de la coercition est très peu documentée. Pourtant, en contexte de soins psychiatriques, la violation des droits humains des personnes premières concernées est reconnue, notamment par une diminution de l'autonomie et une atteinte à la dignité (Akther et al., 2019; Corring et al., 2017; Mfoafo-M'Carthy et al., 2018; Newton-Howes et al., 2019).

Dans une revue de littérature portant sur le rôle d'*advocacy* du personnel infirmier, Mallik (1997) soulignait que ce rôle était considéré important pour protéger les droits fondamentaux des personnes qui reçoivent des soins de santé tout en soutenant leur autonomie. Aujourd'hui, cet aspect est également corroboré par l'analyse du concept d'*advocacy* dans la pratique infirmière réalisée par Abbasinia et al. (2020). Selon ces auteurs, le rôle d'*advocacy* du personnel infirmier comprend : (1) la protection des intérêts des personnes et la prévention des erreurs médicales, (2) la transmission d'informations en lien avec la situation de santé de la personne incluant la suggestion d'alternatives, (3) la valorisation des personnes par le respect de leur dignité et une approche humaine, (4) un rôle d'intermédiaire pour faire entendre la voix et les préférences des personnes auprès

du personnel soignant et des proches et, finalement, (5) une sensibilité au principe d'égalité sociale en questionnant les politiques et règles des unités de soins et en identifiant les inégalités dans les services de santé (Abbasinia et al., 2020). Selon Duxbury (1996), qui examinait les dilemmes existants en contexte de soins offerts lors d'hospitalisations involontaires, l'*advocacy* est indissociable du rôle du personnel infirmier en santé mentale : cette pratique est considérée essentielle en raison de l'importance que prend la relation avec les personnes vivant avec une problématique de santé mentale et considérant les implications éthiques que soulève le respect des droits humains. C'est également la conclusion de Jugessur et Iles (2009) qui ont réalisé une revue intégrative des écrits traitant de l'*advocacy* en santé mentale. Selon ces auteurs, l'approche éthique et humaniste du personnel infirmier contribue de façon importante à la valorisation de l'autonomie et la protection des droits humains des personnes vivant avec une problématique de santé mentale. À l'instar de plusieurs associations internationales d'infirmières et d'infirmiers qui ont intégré ce rôle à leur code d'éthique (Abbasinia et al., 2020), le personnel infirmier au Québec doit assurer ce rôle d'*advocacy* selon leur Code de déontologie (LégisQuébec, 2023c; OIIQ, 2014).

Abbasinia et al. (2020) soulignent que, pour les personnes premières concernées, l'*advocacy* apporte des éléments positifs tels que l'autodétermination, la valorisation de l'autonomie, l'amélioration de la qualité des soins et le développement d'un sentiment de sécurité. Le personnel infirmier qui remplit ce rôle perçoit également des effets positifs. Il se sent utile auprès de ces personnes, éprouve plus de motivation et de satisfaction au

travail et perçoit une amélioration de l'image de soi (Abbasinia et al., 2020). Le personnel infirmier doit cependant composer avec des conséquences négatives de l'*advocacy*, notamment la possibilité de conflit avec d'autres membres de l'équipe soignante, des sentiments de frustration et de solitude pouvant contribuer à une détresse morale ou le fait d'être réprimandé par un supérieur hiérarchique (Abbasinia et al., 2020). Une des forces de l'analyse de concept d'Abbasinia et al. (2020) est qu'elle intègre le peu de littérature existante sur le vécu de l'*advocacy* par les personnes qui reçoivent des services de santé. En contexte de soins psychiatriques, Jugessur et Iles (2009) identifient que le vécu des personnes vivant avec une problématique de santé mentale est peu documenté dans la littérature scientifique sous l'angle des pratiques d'*advocacy*. C'est d'ailleurs le constat de Newbigging et al. (2015) et la présente recension des écrits confirme cette tendance lorsqu'il est question de coercition en soins psychiatriques. Enfin, Jugessur et Iles (2009) mentionnent qu'il n'existait pas, au moment de leur publication, de guides pour encadrer les pratiques d'*advocacy* pour le personnel infirmier en santé mentale. À notre connaissance, outre les Codes de déontologie, les énoncés des diverses associations d'infirmières ou les guides élaborés par des instances internationales, telles que l'OMS, aucun guide ou outil clinique ne permet de décrire l'étendue, les caractéristiques et la qualité des pratiques d'*advocacy*.

Depuis 2007, au Royaume-Uni, certaines personnes appelées *independent mental health advocates* (IMHA) sont autorisées par la loi pour accompagner les personnes vivant avec une problématique de santé mentale qui vivent de la coercition, intégrant les

principes d'*advocacy* de façon autonome (Fleischmann, 2015). Le rôle des IMHA est de favoriser l'implication des personnes premières concernées dans la prise de décision, de défendre leurs droits et d'en promouvoir leur exercice (Fleischmann, 2015). Newbigging et al. (2015) ont réalisé une étude auprès de personnes vivant avec une problématique de santé mentale ayant reçu du soutien à l'exercice des droits, par le moyen d'IMHA. Ces auteurs rapportent que ce soutien n'a pas eu les résultats escomptés puisqu'elles sont demeurées sous contraintes légales. Toutefois, ces pratiques de soutien ont joué un rôle primordial dans l'amélioration de leur situation, notamment en augmentant la confiance et le sentiment d'être respecté et d'être traité humainement, parce qu'elles ont la perception que leur voix a été entendue. Selon les mêmes auteurs, les IMHA peuvent intervenir à condition que les personnes premières concernées connaissent leur existence. À cet égard, ils soutiennent que la majorité des participants à leur étude ne connaissaient pas ce service (Newbigging et al., 2015).

Cette approche indépendante est importante et sensible au respect des droits humains en santé mentale. Comme discuté précédemment, le rôle d'*advocacy* du personnel infirmier est également essentiel et complémentaire à ce type d'approche, mais les expériences des personnes vivant avec une problématique de santé mentale sont peu documentées à cet égard. L'OMS (2021a) souligne l'importance d'une approche axée sur le respect des droits humains en santé mentale, notamment en contexte de pratiques coercitives. Bien qu'il n'existe pas d'équivalent du terme à international, les pratiques de soutien à l'exercice des droits sont des interventions psychosociales sensibles au respect

des droits des personnes vivant avec une problématique de santé mentale. Selon le MSSS (2018), le soutien à l'exercice des droits constitue un rôle important du personnel infirmier. La littérature qui s'intéresse à ces pratiques est peu nombreuse, ce qui rend difficile l'identification des besoins des personnes premières concernées à cet égard.

En terminant, bien que les expériences de coercition et d'atteinte aux droits soient de plus en plus documentées selon la perspective des personnes vivant avec une problématique de santé mentale, la littérature recensée identifie un écart important entre le vécu des pratiques coercitives et le respect des droits de ces personnes. Le rôle d'*advocacy*, qui permet d'accompagner les personnes premières concernées en favorisant l'autonomie et le soutien de leurs droits, émerge de quelques articles seulement. Cette recension des écrits suggère que les pratiques de soutien à l'exercice des droits, qui s'inspirent de l'*advocacy*, sont au final très peu documentées. Afin de développer ces interventions et favoriser leur intégration dans la pratique infirmière, il apparaît important d'inclure les personnes premières concernées pour construire les connaissances autour de leur vécu, leurs préoccupations et leurs besoins. L'approche méthodologique de cette étude répond à ces enjeux et est présentée dans le prochain chapitre.

Approche méthodologique

L'approche méthodologique de cette étude a fait l'objet d'une publication scientifique par l'étudiant-chercheur en tant qu'auteur principal et par son directeur de maîtrise en tant que co-auteur dans la revue *Science infirmière et pratiques en santé* (Pelosse et Pariseau-Legault, 2022). Le protocole de recherche a été soumis en janvier 2022, il a été accepté en mars 2022 et il est publié depuis juin 2022 (voir Appendice C). Cette mention est importante puisque cette publication du protocole de recherche est une synthèse de ce chapitre, qui offre des précisions méthodologiques qui ne paraissent pas dans l'article scientifique.

Ce chapitre présente l'approche méthodologique retenue pour réaliser l'étude en débutant par la justification du devis de recherche, soit l'analyse phénoménologique interprétative. L'étudiant-chercheur apporte également des précisions importantes sur son positionnement philosophique et sa relation vis-à-vis l'objet de recherche, assurant une cohérence avec le devis choisi. Ensuite, la population cible et l'échantillon, le milieu et le recrutement, les considérations éthiques, les méthodes de collecte de données et le plan d'analyse des données sont présentés. Finalement, les stratégies prévues afin de respecter les critères de scientificité, les avantages et limites reliées au devis sont expliquées.

Devis de recherche : analyse phénoménologique interprétative

Un devis qualitatif phénoménologique a été retenu pour répondre aux questions de recherche puisqu'il permet de comprendre les phénomènes de coercition et de soutien à l'exercice des droits tel qu'il est vécu par les personnes vivant avec une problématique de santé mentale (Creswell et Poth, 2018; Gray et al., 2017). De plus, Holloway et Galvin (2017) mentionnent que l'approche humaniste et holistique des soins infirmiers convient tout à fait avec ce type de devis et justifie son application dans le domaine de la santé. Cette approche méthodologique peut également être utilisée à la fois en sciences infirmières et dans le domaine de la santé mentale (Mjøsund et al., 2017; Ribau et al., 2005).

La phénoménologie est issue du paradigme constructiviste qui, d'un point de vue ontologique, reconnaît une réalité multiple, construite à partir de l'expérience individuelle et des relations sociales de la personne qui évoluent avec le temps (Fortin et Gagnon, 2022; Lincoln et al., 2018). D'un point de vue épistémologique, la phénoménologie accorde une primauté à la relation dynamique et intersubjective entretenue entre le chercheur et le participant, ce qui permet de saisir la signification de l'expérience de la personne et de co-construire des savoirs sensibles au vécu des personnes premières concernées par un phénomène donné (Lincoln et al., 2018; McEwen, 2019; Ponterotto, 2005). Deux principaux courants se sont développés dans l'approche phénoménologique : un courant descriptif et un courant interprétatif, parfois nommé herméneutique (Gray et al., 2017; Lopez et Willis, 2004; Polit et Beck, 2017). Le premier, issu des travaux de

Edmund Husserl, vise à décrire la signification de l'expérience d'un phénomène tel qu'il est vécu par la personne (Fortin et Gagnon, 2022; Polit et Beck, 2017). Le second, développé par Martin Heidegger, vise davantage la compréhension et l'interprétation de cette expérience plutôt que sa simple description (Fortin et Gagnon, 2022; Gray et al., 2017). Cette étude s'inspire de la seconde approche, la phénoménologie interprétative, afin de comprendre l'expérience de soutien à l'exercice des droits telle que vécue par des personnes qui vivent de la coercition en soins psychiatriques.

L'approche méthodologique retenue est celle de l'analyse phénoménologique interprétative (API) développée par Smith et al. (2009) qui intègre à la fois la phénoménologie descriptive, interprétative et une démarche idiographique (Antoine et Smith, 2017; Creswell et Poth, 2018). Ce devis permet de comprendre les dynamiques psychosociales d'un phénomène à partir du sens que donne la personne à son expérience, ce qui est congruent avec le soutien à l'exercice des droits qui, rappelons-le, figure parmi les interventions psychosociales intégrées au rôle du personnel infirmier (MSSS, 2018; Restivo et al., 2018). L'API a été développée dans les années 1990 et est rapidement devenue une approche méthodologique de choix dans les études qualitatives des domaines de la psychologie et de la santé (Polit et Beck, 2017; Smith, 2011). De plus, l'API est fréquemment utilisée dans les recherches en sciences infirmières et particulièrement en santé mentale pour faire évoluer les savoirs infirmiers (Fatania et al., 2019; Mjøsund et al., 2017). Comme présenté dans le chapitre précédent, l'état des connaissances à ce sujet révèle que les expériences de soutien à l'exercice des droits par les personnes qui vivent

de la coercition en soins psychiatriques sont peu documentées et les pratiques à cet égard sont par voie de conséquence peu développées. De plus, les personnes vivant avec une problématique de santé mentale font fréquemment face à des injustices épistémiques qui mettent à l'écart leurs connaissances et leurs savoirs expérientiels alors que leurs propos sont considérés peu crédibles par le personnel soignant (Kurs et Grinshpoon, 2018; Okoroji et al., 2023). L'API est sensible à la réduction de ces injustices épistémiques en permettant aux personnes premières concernées d'être écoutées, entendues et impliquées dans la co-construction des connaissances via le partage de leurs expériences, leur procurant un rôle actif dans le développement des savoirs (Crichton et al., 2017). En s'intéressant à l'expérience vécue, le devis retenu permet de comprendre, découvrir et expliquer les phénomènes de coercition en soins psychiatriques et de soutien à l'exercice des droits à partir de l'expérience qu'en font les personnes qui vivent de la coercition, ce qui fournira des informations précieuses pour développer les connaissances et de nouvelles pratiques à ce sujet (Wilson, 2015). Les prochaines lignes présentent les assises méthodologiques de l'API.

Influence de la phénoménologie descriptive

L'API s'inspire de la phénoménologie descriptive puisque la démarche accorde une importance à l'expérience vécue d'une personne, telle qu'elle est exprimée. L'API permet ainsi de se rapprocher le plus possible de cette expérience et de sa compréhension subjective (Antoine et Smith, 2017; Smith, 2011). En utilisant l'API, l'étudiant-chercheur s'ouvre à l'expérience vécue telle qu'elle est présentée et racontée par le participant afin

de s'en rapprocher le plus possible et ainsi appréhender le sens intime que ce dernier donne à cette expérience (Antoine et Smith, 2017; Smith et al., 2009).

Influence de la phénoménologie interprétative

L'API s'inspire aussi de la phénoménologie interprétative, ou herméneutique, afin de mieux comprendre l'expérience du participant par son analyse intersubjective (Antoine et Smith, 2017). L'API implique par conséquent un processus de double herméneutique reconnaissant que le participant s'engage dans un processus de création de sens vis-à-vis son expérience, qui est ensuite interprétée par le chercheur à partir de son propre bagage expérientiel. Autrement dit, cette caractéristique de l'API se traduit par l'engagement de l'étudiant-chercheur dans l'interprétation de l'expérience vécue du participant, mais aussi par l'engagement du participant dans l'interprétation et la mise en discours de sa propre expérience du phénomène (Antoine et Smith, 2017; Smith, 2011). De plus, la phénoménologie interprétative s'appuie sur deux concepts développés par Martin Heidegger qui soutiennent l'attention portée au contexte de vie des personnes : le monde de la vie ou « *lifeworld* » et la liberté située ou « *situated freedom* » (Neubauer et al., 2019). D'une part, le « *lifeworld* » constitue le contexte de vie dans lequel les personnes évoluent et la relation qu'elles entretiennent avec ce contexte influence leurs expériences d'un phénomène (Neubauer et al., 2019). D'autre part, ce contexte influence également leurs choix puisque le concept de liberté située signifie qu'elles sont libres de faire leurs choix et de prendre des décisions, mais que cette liberté est aussi limitée par les nombreuses contraintes inhérentes au monde de la vie (Neubauer et al., 2019).

Démarche idiographique

L'API est dite idiographique puisqu'elle favorise une analyse détaillée et située de l'expérience d'un phénomène particulier, vécu par un participant en particulier, dans un contexte particulier (Antoine et Smith, 2017; Smith et al., 2009). De ce fait, l'étudiant-chercheur s'intéresse à l'expérience unique de chacun des participants plutôt que l'expérience générale qui se dégage de leur vécu (Smith et al., 2009). Afin d'accentuer la profondeur de l'analyse de chacun des cas, l'API utilise un échantillon restreint, misant sur son homogénéité pour faire ressortir les similarités et les différences entre les cas (Antoine et Smith, 2017; Smith et al., 2009). Ainsi, lors de son analyse d'un phénomène vécu, l'étudiant-chercheur doit rester sensible au contexte dans lequel les participants font l'expérience d'épisodes coercitifs, de la suspension, de la violation, de soutien ou de la reconnaissance de leurs droits.

À partir des constats de la recension des écrits, l'importance accordée au « monde de la vie » (*lifeworld*) des participants est une dimension importante et pourtant peu mise de l'avant au sein des études dotées d'un devis phénoménologique (Neubauer et al., 2019). Le caractère idiographique de l'API rappelle l'importance de s'intéresser à ce contexte expérientiel afin de mieux saisir le sens (individuel, interpersonnel, mais également social et politique) que les participants accordent à leur vécu (Neubauer et al., 2019). Fidèles à cette démarche idiographique, qui s'écarte d'une montée en généralisation de l'expérience vécue, une analyse médiatique concernant les personnes vivant une problématique de

santé mentale et une analyse de la jurisprudence québécoise sur l'implication du personnel infirmier dans les pratiques de soutien à l'exercice des droits contribuent à la contextualisation des résultats (Antoine et Smith, 2017; Smith et al., 2009). Ces analyses complémentaires sont présentées au début du prochain chapitre.

Positionnement de l'étudiant-chercheur

La réalisation d'une étude qui s'intéresse aux expériences vécues de soutien à l'exercice des droits en santé mentale requiert des positions philosophiques cohérentes avec l'approche méthodologique utilisée. L'étudiant-chercheur se positionne dans une philosophie constructiviste qui, comme présentée par Lincoln et al. (2018), est soutenue par une dimension ontologique relativiste, impliquant une réalité co-construite entre l'étudiant-chercheur et le participant, une dimension épistémologique subjective et transactionnelle permettant une co-création des savoirs ainsi qu'une méthodologie dialectique et herméneutique.

Appliquée dans ce projet de recherche où l'étudiant-chercheur s'intéresse à l'expérience vécue de soutien à l'exercice des droits par des personnes qui vivent de la coercition en soins psychiatriques, l'identification au constructivisme est congruente avec la recherche qualitative qui utilise une approche inductive et permet d'explorer l'expérience telle que vécue par la personne dans un contexte donné (McEwen, 2019; Polit et Beck, 2017). D'un point de vue ontologique, en s'ouvrant à l'expérience vécue de soutien à l'exercice des droits par le participant, l'étudiant-chercheur voit la réalité

multiple telle que construite par cette personne (Cuthbertson et al., 2020). D'un point de vue épistémologique, l'étudiant-chercheur conçoit la relation dynamique avec le participant comme centrale dans la saisie des significations en étant sensible à la subjectivité de l'expérience vécue, contribuant aussi à la réduction des injustices épistémiques parfois vécues par ce dernier (Crichton et al., 2017; Ponterotto, 2005). D'un point de vue méthodologique, l'étudiant-chercheur perçoit que les constructions individuelles des expériences ne peuvent être appréciées que par l'interaction avec le participant (Lincoln et Guba, 1994). Or, l'API constitue une démarche inductive et relativiste par son fondement phénoménologique, une démarche subjective et interprétative par son fondement herméneutique et une démarche transactionnelle et dialectique par son fondement idiographique. De ce fait, les convictions philosophiques de l'étudiant-chercheur sont cohérentes avec l'approche méthodologique utilisée (Antoine et Smith, 2017; Lincoln et Guba, 1994; Smith et al., 2009).

À ce positionnement philosophique, il est également essentiel de préciser le positionnement de l'étudiant-chercheur vis-à-vis son objet de recherche. Ce dernier possède une expérience clinique en psychiatrie légale de plus de 11 ans, ce qui lui confère des avantages et inconvénients à considérer. Dans le cadre de sa pratique clinique, l'étudiant-chercheur soigne des personnes vivant avec une problématique de santé mentale, notamment en contexte d'hospitalisation ou de traitement involontaire. Son expérience clinique contribuera à la mise en œuvre d'habiletés de relation d'aide qui ont favorisé l'approfondissement des échanges lors des entrevues. Cette pratique clinique

entourant l'application de mesures coercitives en soins psychiatriques peut aussi être perçue négativement par les participants, réduisant ainsi le partage et l'approfondissement des expériences. De surcroît, l'expérience préalable de l'étudiant-chercheur auprès de cette population et de ce terrain de recherche peut entraîner une meilleure sensibilité aux particularités du phénomène étudié, mais également des différents biais vis-à-vis la compréhension phénoménologique de la coercition en soins psychiatriques (Pariseau-Legault, 2018). Ces précisions sont importantes puisque l'étudiant-chercheur doit engager sa réflexivité tout au long du processus de collecte, d'analyse et d'interprétation des résultats de cette recherche (Darawsheh, 2014; Pariseau-Legault, 2018), comme présenté dans les critères de scientificité plus loin dans ce chapitre.

Population cible et échantillon

Cette étude vise une population constituée de personnes vivant avec une problématique de santé mentale qui ont eu une ou des expériences de coercition en soins psychiatriques. Afin de déterminer l'échantillon, les critères d'inclusions suivants ont été appliqués : personne de 18 ans et plus, qui vit ou vivait avec une problématique de santé mentale, qui a eu au moins une expérience de coercition en soins psychiatriques dans les dix dernières années et qui parle français ou anglais. L'épisode coercitif devait minimalement comprendre une expérience d'hospitalisation ou de traitement involontaire en soins psychiatriques. Les personnes qui étaient hospitalisées étaient exclues de cette recherche considérant les enjeux éthiques relatifs au recrutement des participants et à leur consentement libre et éclairé à la recherche.

Un échantillonnage de convenance par choix raisonné a été utilisé pour déterminer l'échantillon, car des caractéristiques précises sont recherchées (Fortin et Gagnon, 2022). Cette méthode d'échantillonnage est cohérente avec l'approche méthodologique retenue. En effet, l'API prévoit un échantillonnage non probabiliste considérant que les participants sont choisis pour donner accès à une perspective précise sur le phénomène à l'étude et que l'échantillon doit être le plus homogène possible (Smith et al., 2009). La taille de l'échantillon en recherche qualitative varie habituellement entre 4 et 40 participants et il est rarement de grande taille (Holloway et Galvin, 2017). De plus, dans une métasynthèse récente, Hawsawi et al. (2020) ont identifié des études phénoménologiques avec un échantillon variant de 8 à 21 participants. Bien qu'aucune des études n'utilisait l'API, comme le phénomène à l'étude et les questions de recherche de la présente étude sont précis, un petit échantillon est envisageable (Fortin et Gagnon, 2022), ce qui est aussi cohérent avec la méthodologie de Smith et al. (2009). De surcroît, une recension d'études utilisant l'API par Smith (2011) identifie des échantillons variant entre 1 et 14 participants. Contrairement à ce qui est couramment recherché dans les études qualitatives (Polit et al., 2007), la saturation des données n'est pas visée en API et parfois même inappropriée (Antoine et Smith, 2017). Comme décrit plus loin, le processus d'analyse implique un « aller-retour » sur les données, favorisant une compréhension en profondeur des expériences plutôt qu'une saturation des données (Antoine et Smith, 2017; Smith et al., 2009).

À la lumière de ces précisions, une personne avait d'abord donné son consentement à participer à l'étude, mais a choisi de se retirer parce qu'elle vivait des émotions difficiles à l'idée de raconter son expérience. L'échantillon final de cette étude est de onze participants ($N = 11$) qui vivent ou vivaient avec une problématique de santé mentale. Lors de l'élaboration du protocole de recherche, un échantillon approximatif de 10 personnes a été envisagé pour répondre aux questions de recherche de la présente étude, ce qui est congruent avec l'approche méthodologique employée (Smith et al., 2009). En effet, plus l'effectif est grand, plus l'analyse s'éloignera de l'aspect idiographique de l'API et requiert des compétences avancées (Smith et al., 2009), ce qui n'est pas le cas dans cette recherche où l'étudiant-chercheur est novice dans la démarche d'analyse. L'API tire des bénéfices d'un petit échantillon puisqu'un effectif de 11 participants facilitera la description riche et détaillée des expériences vécues associées à la coercition en soins psychiatriques et favorisera l'exploration de points de convergence et de divergences à travers l'expérience vécue des participants (Antoine et Smith, 2017; Smith et al., 2009).

Milieu de l'étude et recrutement

Cette étude s'est déroulée exclusivement au sein de la communauté puisque les participants sont des personnes qui vivent ou vivaient avec une problématique de santé mentale et qui n'étaient pas hospitalisées. Le recrutement des participants a été réalisé suivant deux stratégies. D'abord, il s'est fait en collaboration avec des organismes communautaires concernés par la question des droits humains en santé mentale. Des démarches ont été entreprises avec ces organismes dans diverses régions du Québec. Un

organisme d'un grand centre urbain ainsi que deux organismes situés en banlieue des grands centres urbains ont collaboré au recrutement. Ces précieux collaborateurs ont initié une première approche auprès des personnes premières concernées afin de présenter les grandes lignes du projet par des affiches dans leurs locaux (voir Appendice D). Les coordonnées de l'étudiant-chercheur ont été transmises aux personnes intéressées pour la suite du projet. Ensuite, le recrutement s'est poursuivi par l'envoi de courriels où des informations concernant le titre du projet, son but, la population cible, les critères d'inclusions et d'exclusions ainsi que les coordonnées de l'étudiant-chercheur étaient partagés. Ces courriels n'ont pas fait l'objet d'une diffusion sur les médias sociaux. Ils étaient envoyés à d'autres organismes communautaires ou personnes intéressées et ont permis la diffusion des informations reliées à la présente étude afin de fournir davantage de précisions sur les modalités de participation à la recherche. Ces stratégies de recrutements sont soutenues par Smith et al. (2009) puisqu'elles permettent la sélection de participants sur la base de l'expérience vécue des phénomènes de coercition et de soutien à l'exercice des droits.

Un premier contact téléphonique a été établi auprès de chacun des participants ayant manifesté leur intérêt afin de confirmer leur éligibilité au projet de recherche, leur consentement et répondre à leurs questions (Fortin et Gagnon, 2022). Ensuite, le lieu de l'entrevue était déterminé par le participant afin de privilégier l'endroit qui le rend le plus confortable, en respect du caractère confidentiel des entrevues réalisées. Une date et une heure de rencontre étaient finalement convenues entre l'étudiant-chercheur et le

participant afin de réaliser la collecte des données. Comme la pandémie de COVID-19 était une réalité lors du recrutement, les mesures sanitaires strictes régies par les différents paliers gouvernementaux ont été respectées. De ce fait, six rencontres ($n = 6$) se sont déroulées avec l'aide de logiciels de visioconférence.

Collecte de données

Quatre stratégies de recherche ont été utilisées pour faire la collecte des données. D'abord, un questionnaire visant à recueillir des données descriptives, sociodémographiques et cliniques était remis aux participants (voir Appendice E). Les données recueillies à partir de cet outil étaient : l'âge, le genre, la région, la profession, le niveau de scolarité, le statut social, le diagnostic, les services de santé reçus actuellement et le moment du premier contact avec les services de santé mentale. Les informations sur la coercition vécue figuraient également sur ce document, en plus du niveau de connaissance perçu des lois et des droits des personnes utilisatrices de services en santé mentale, la satisfaction perçue quant à l'efficacité thérapeutique de la coercition, sa justification, le soutien professionnel et l'implication des proches lors de l'épisode coercitif. Les participants ont conservé leur anonymat suivant les considérations éthiques de l'étude qui seront présentées plus loin.

Ensuite, l'entrevue semi-dirigée a été la méthode de collecte privilégiée dans cette étude (Fortin et Gagnon, 2022; Smith et al., 2009). Cette méthode respecte aussi les fondements et principes de l'API en favorisant le développement d'une discussion plus

personnelle et en profondeur entre l'étudiant-chercheur et le participant, permettant d'accéder à son vécu en lui accordant le temps nécessaire pour penser, s'exprimer sur son expérience et être écouté (Smith et al., 2009). Des entrevues semi-dirigées d'une durée variant de 45 à 120 minutes ont été menées avec chacun des participants. L'étudiant-chercheur a utilisé un schéma d'entrevue semi-dirigée (voir Appendice F) comprenant des questions ouvertes basées sur les principes reliés à l'API, notamment afin de permettre au participant de raconter son histoire dans ses propres mots (Smith et al., 2009). L'élaboration d'un tel schéma d'entrevue permet d'ailleurs de faciliter l'interaction avec le participant et ainsi stimuler sa réflexivité dans l'exploration et l'interprétation de son expérience vécue (Antoine et Smith, 2017). De surcroît, la préparation d'un schéma d'entrevue est fortement suggérée, car elle permet à l'étudiant-chercheur novice de débiter une réflexion en lien avec les entrevues et amener plus de fluidité dans ses interactions avec les participants (Smith et al., 2009).

Comme exposé plus tôt, les mesures sanitaires reliées à la pandémie de COVID-19 ont été respectées durant tout le processus de collecte de données. Les entrevues étaient réalisées en face à face et enregistrées au moyen d'un enregistreur vocal numérique lorsque les règles de la santé publique le permettaient. Dans les cas où ce type de rencontre n'était autorisé, l'utilisation de logiciels permettant la visioconférence était privilégiée. Les entrevues réalisées à l'aide de cette approche étaient aussi enregistrées sous forme audionumérique et permettaient un contact visuel et vocal entre le participant et l'étudiant-chercheur. La pandémie de COVID-19 a forcé les chercheurs à revoir leurs stratégies de

collecte de données, particulièrement lorsque des entrevues sont prévues (Sah et al., 2020). Indépendamment de la méthode choisie, les enregistrements ont permis d'avoir la représentation la plus juste des mots utilisés par les participants durant les entrevues (Holloway et Galvin, 2017).

Parallèlement aux entrevues, une analyse du corpus médiatique et jurisprudentiel québécois des dix dernières années concernant la santé mentale (médias), ainsi que l'hospitalisation et le traitement involontaire (jurisprudence) a été réalisée afin de contextualiser l'analyse des données issues des expériences des participants. L'analyse de la jurisprudence a aussi permis de faire ressortir l'implication du personnel infirmier dans les pratiques de soutien à l'exercice des droits. Plusieurs de ces jugements contiennent une description détaillée de ce qui a mené à l'hospitalisation ou au traitement involontaire d'une personne et de ce qui a été fait afin d'éviter le recours à ces mesures d'exception. Il est également possible de retrouver des témoignages, des notes ou une description d'interventions infirmières dans les éléments présentés en preuve. L'intervalle de dix ans a été retenu puisqu'il concorde avec la publication du rapport *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* (Protecteur du citoyen, 2011), ayant donné ouverture à de nombreux changements dans les procédures et les pratiques d'interventions en soins psychiatriques.

Des notes de terrain ont finalement été consignées sous forme de journal de bord par l'étudiant-chercheur tout au long du processus de collecte de données, permettant de

recueillir ses pensées, ses réflexions, favorisant ainsi un processus d'analyse et d'interprétation créateur de sens à l'égard des observations émergent du terrain de recherche (Polit et al., 2007). Des rapports post-entrevues ont été rédigés après chacune des entrevues identifiant notamment les points saillants du discours et de certains éléments de communication non verbale des participants.

Plan d'analyse des données

Maintenant que les méthodes et stratégies de collecte des données ont été décrites, les prochaines pages présentent le processus d'analyse suivant les étapes d'analyse de l'API selon Smith et al. (2009). Les caractéristiques de l'échantillon ont été décrites à l'aide des données recueillies dans le questionnaire sociodémographique. Les données d'entrevues ont été transcrites sous forme de verbatim et les notes de terrain ont été transcrites sous forme de texte. Les données transcrites ont été analysées à l'aide de la suite Microsoft Office et du gratuitiel *Diagrams*.

L'analyse phénoménologique interprétative développée par Smith et al. (2009) a été sélectionnée comme processus d'analyse puisqu'elle implique une double herméneutique, soit la mise en discours de l'expérience vécue telle que perçue par les participants et l'interprétation du sens que donnent les participants à leur expérience par l'étudiant-chercheur dans le but d'en améliorer la compréhension (Creswell et Poth, 2018). La démarche favorise la réflexivité du participant autant que celle de l'étudiant-chercheur, ce qui permet d'apprécier davantage la signification de l'expérience vécue du

phénomène à l'étude et de construire une conception se rapprochant le plus possible de la réalité perçue du participant (Antoine et Smith, 2017). L'API offre une démarche flexible ne visant pas la saturation des données ni la généralisation, l'analyse des entrevues est plutôt axée sur la mise en évidence des convergences et divergences du vécu des participants (Smith et al., 2009), ce qui est tout à fait pertinent au présent sujet puisqu'il permettra d'avoir une vision contextualisée des expériences de coercition en soins psychiatriques et de soutien à l'exercice des droits telles que vécues par les participants.

Le cercle herméneutique et le *bracketing*

Avant d'entrer dans la description des étapes d'analyse, quelques spécificités appartenant au processus d'analyse de l'API doivent être considérées : le cercle herméneutique et le *bracketing*. L'API utilise un processus d'analyse qualifié de « cercle herméneutique » puisqu'il considère l'expérience comme un tout afin de mieux comprendre ses caractéristiques spécifiques et considère chacune des caractéristiques spécifiques pour comprendre l'expérience globale (Smith et al., 2009). Ce processus itératif survient à plusieurs étapes de l'analyse, permettant un « aller-retour » sur les données afin de clarifier leur interprétation et leur sens plutôt que de parcourir les données de façon linéaire (Smith et al., 2009).

Cette implication du chercheur dans l'interprétation des données requiert aussi l'utilisation du *bracketing* soit par la prise de conscience de ses idées, de ses présuppositions et de ses réflexions pour être en mesure de s'en dissocier momentanément

afin de s'ouvrir aux expériences externes, telles qu'elles sont exprimées (Smith et al., 2009). Le fait de mettre à l'écart les idées préconçues, jugements ou connaissances n'implique pas que l'étudiant-chercheur doit les oublier, il doit se servir de ces conceptions lors de l'analyse tout en étant capable de s'y soustraire lors de la collecte des données et des contacts avec les participants (Smith et al., 2009).

Il est utile de préciser que l'API s'éloigne du concept de *bracketing* initialement décrit par Husserl, qui suppose une suspension des *a priori* du chercheur, puisque Antoine et Smith (2017) reconnaissent l'apport essentiel de ses connaissances et présuppositions dans l'analyse des données. Cette spécificité est aussi critiquée par Gyollai (2020), qui argumente en faveur d'un apport théorique au processus d'analyse et d'interprétation. Le processus d'analyse des données a été ajusté afin de répondre à ces critiques formulées à l'égard de l'API. L'étudiant-chercheur est resté sensible à l'influence de son expérience clinique préalable, ainsi qu'à l'émergence des concepts sensibilisateurs susceptibles d'informer leur interprétation (Bowen, 2019).

Les étapes d'analyse des données

Bien que l'API soit une stratégie d'analyse flexible, elle est également systématisée puisque Smith et al. (2009) proposent une démarche en six étapes pour sa réalisation. Les prochaines lignes décrivent et expliquent ces étapes afin d'illustrer la démarche d'analyse qui a été utilisée par l'étudiant-chercheur au cours de cette étude.

À la première étape d'analyse, l'étudiant-chercheur a effectué une lecture et une relecture des transcriptions et des données (Smith et al., 2009). Cette étape permet une immersion dans les données recueillies afin d'entrer dans le monde du participant et de s'assurer qu'il devient le centre de l'analyse (Restivo et al., 2018). Les enregistrements audios des entrevues ont été écoutés durant la lecture des transcriptions afin d'être en mesure d'apprécier les tonalités de la voix du participant qui pouvait parfois indiquer l'emphase sur certains éléments de ce qu'il exprimait (Smith et al., 2009).

La deuxième étape proposée par Smith et al. (2009) est celle du codage initial qui consiste à annoter les transcriptions. D'ailleurs, cette étape a débuté simultanément dès la première lecture des verbatim puisque des idées, pistes d'interprétations ou questionnements peuvent s'en dégager (Antoine et Smith, 2017; Restivo et al., 2018). Pour faciliter le travail d'analyse, les transcriptions ont été imprimées en version papier avec des marges élargies permettant d'effectuer des annotations en marge des textes et d'identifier les points importants (Antoine et Smith, 2017). Trois types d'annotations sont proposées par Smith et al. (2009) : descriptives, linguistiques et conceptuelles. L'annotation descriptive vise à décrire ce que le participant dit, l'annotation linguistique explore de façon plus spécifique les mots et le langage utilisé par le participant alors que l'annotation conceptuelle implique une plus grande interprétation par l'étudiant-chercheur et se situe dans un engagement réflexif avec les données.

La troisième étape proposée par Smith et al. (2009) est le développement de catégories à travers les transcriptions, les codes et les annotations de l'étape précédente. Le processus herméneutique, ou cercle herméneutique, prend tout son sens à cette étape puisque l'étudiant-chercheur a procédé à la réduction des données tout en conservant leur complexité, c'est-à-dire qu'il a développé des catégories qui reflètent à la fois les expressions du participant, mais également l'interprétation qu'il en fait (Smith et al., 2009).

Lors de la quatrième étape d'analyse, qui constitue la recherche de liens entre les catégories émergentes, Smith et al. (2009) proposent de produire une organisation, de structurer les catégories afin d'avoir un portrait global de l'expérience du participant. Deux méthodes sont proposées par les auteurs afin de réaliser cette étape d'analyse. Celle retenue par l'étudiant-chercheur est l'utilisation du logiciel *Diagrams* qui permet d'inscrire les catégories émergentes et de les regrouper sur une interface numérique afin de pouvoir les bouger et créer une représentation imagée de l'expérience du participant. De ce fait, ces catégories peuvent être regroupées et organisées afin de comprendre les liens entre elles et de former des thèmes qui englobent plusieurs catégories. Certaines stratégies sont identifiées par Smith et al. (2009) afin de faciliter cette recherche de liens, dont l'abstraction, la polarisation, la contextualisation et la numérotation des thèmes. L'abstraction fait référence à l'utilisation de similarités entre les catégories pour constituer un thème représentatif qui les unit (Smith et al., 2009). La polarisation, telle que proposée par Smith et al. (2009), se centre sur les divergences entre les thèmes et les catégories afin

de comprendre les liens d'opposition qui existent dans l'expérience du participant. La contextualisation permet d'identifier et d'organiser les thèmes et les catégories en considérant le contexte expérientiel du participant, notamment en fonction d'un évènement de vie marquant ou de moments charnières qui ressortent du verbatim ou de ses expressions (Smith et al., 2009). Enfin, la numérotation des thèmes et des catégories est également proposée par Smith et al. (2009) afin de considérer la fréquence de leur apparition et d'analyser leur importance dans l'expérience du participant.

La cinquième étape proposée par Smith et al. (2009) est celle du passage à l'analyse de l'entrevue suivante. Cette étape nécessite de refaire les quatre étapes précédentes pour une nouvelle transcription. À cette étape, le cercle herméneutique demeure important, tout comme le *bracketing*. En effet, à la fin de chacune des entrevues analysées, l'étudiant-chercheur est resté conscient des thèmes identifiés et devait se centrer sur la démarche idiographique de l'API en laissant de côté les réflexions émergentes de l'analyse précédente afin d'analyser une nouvelle entrevue et ainsi se rapprocher de l'expérience vécue d'un nouveau participant (Smith et al., 2009).

La sixième et dernière étape proposée par Smith et al. (2009) consiste à rechercher des liens entre les différentes entrevues et le regroupement des thèmes qui ont émergé. Tout comme à la quatrième étape, l'étudiant-chercheur a utilisé le logiciel *Diagrams* et les stratégies proposées par Smith et al. (2009) afin d'avoir une vision globale des thèmes émergents de l'analyse expérientielle de chaque participant. Un schéma expérientiel

regroupant les thèmes et catégories de chacune des analyses individuelles a été créé. Ensuite, le processus expliqué à la quatrième étape a été réalisé afin d'établir les convergences et les divergences entre les expériences individuelles et former une thématisation expérientielle globale qui figure dans les résultats de cette étude.

En terminant concernant le processus d'analyse des données, l'étudiant-chercheur a consulté son directeur de maîtrise à chacune des étapes du processus afin de valider sa démarche et ses interprétations. Un retour aux participants ($n = 4$) a également été effectué auprès de ceux qui ont consenti à la fin de l'analyse, après l'élaboration du schéma expérientiel, en présentant les thèmes émergents afin de valider les résultats. Cette stratégie est souvent utilisée en recherche qualitative, notamment pour les études à devis phénoménologique (Bradbury-Jones et al., 2010; Liu et al., 2022). Les participants étaient libres d'accepter ou non un tel retour. Lors de ces retours, les thèmes et catégories étaient présentés aux participants afin de recueillir leurs impressions et commentaires. Bien que certains participants aient indiqué des points de divergence vis-à-vis certaines catégories, tous ont estimé que l'analyse était représentative de leurs expériences. Aucune modification n'a été demandée. Les éléments abordés par les participants lors de ces retours ont été pris en considération afin de finaliser l'analyse des données.

Considérations éthiques

Préalablement au recrutement des participants, cette étude a reçu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche (CER) de l'Université du Québec en Outaouais (UQO)

le 9 septembre 2021 (certificat #2022-1604, voir Appendice G). Au Canada, les critères éthiques à considérer lors d'une recherche avec des êtres humains sont présentés dans l'*EPTC2 : Énoncé de politique des trois conseils* (Conseil de recherches en sciences humaines et al., 2018). Cette section expose comment cette étude respecte les principes directeurs de l'EPTC2 (2018) : le respect des personnes, la préoccupation pour le bien-être et la justice.

D'abord, pour honorer le principe de respect des personnes, un formulaire de consentement (voir Appendice H) a été développé permettant de remettre aux participants potentiels toutes les informations nécessaires par écrit en plus de leur donner des explications verbales, afin d'assurer que leur participation soit et reste volontaire et qu'elle fasse en tout temps l'objet d'un consentement libre et éclairé (EPTC2, 2018). L'étudiant-chercheur a révisé l'ensemble des informations auprès des participants, il a répondu aux interrogations de ces derniers et il a offert sa disponibilité à cet égard. Afin d'assurer le bien-être des participants, l'ensemble des informations concernant le projet, son but et les risques ont été communiquées lors de la validation téléphonique initiale et répétées au début de l'entrevue au besoin. L'autonomie des participants a été encouragée et préservée, les laissant libres de participer à l'étude et de retirer son consentement à tout moment, sans aucune conséquence sur eux-mêmes ou sur les services qu'ils reçoivent. Les participants ont été préalablement informés qu'après la publication des résultats de l'étude, le retrait de leur consentement n'entraînera pas de modifications aux publications déjà émises. Le

formulaire de consentement a été acheminé par courriel ou par la poste après la validation téléphonique auprès des participants.

Ensuite, le respect de la vie privée et la confidentialité a également fait l'objet de précautions particulières (Fortin et Gagnon, 2022). La confidentialité des participants a été préservée par l'utilisation de pseudonymes et par l'anonymisation des données recueillies, de sorte qu'il est impossible de mener à leur identification. Les données recueillies sur des documents papier ont été numérisées. Les données enregistrées de façon numérique (documents, enregistrements audios) sont conservées dans un ordinateur protégé par un mot de passe et sont consultées seulement par l'étudiant-chercheur ainsi que son directeur de maîtrise à l'UQO. Les données seront détruites dix ans après la fin du projet de recherche de façon confidentielle et sécuritaire. Les documents papier seront déchiquetés et les données numériques (documents numérisés et enregistrements audios) seront effacées par un processus de formatage empêchant l'accès de façon définitive.

Puis, le principe de justice a été respecté tout au long du processus de collecte des données. Une sélection juste et équitable des participants a été assurée par des critères d'inclusions précis, ainsi que les efforts supplémentaires consacrés à l'inclusion des participants sous régime de protection, tels que les participants sous curatelle (EPTC2, 2018). De plus, l'étudiant-chercheur a été attentif aux émotions des participants dans l'expression de leur vécu et s'est assuré de prendre les moyens nécessaires afin de réduire les inconvénients, notamment en prenant des pauses durant l'entrevue et en utilisant des

habiletés de relation d'aide. Si l'inconfort persistait, le participant était informé à nouveau qu'il pouvait arrêter l'entrevue et se retirer de l'étude. Avec l'accord du participant, l'étudiant-chercheur avait aussi la possibilité de lui offrir de contacter son intervenant de proximité ou le référer, au besoin, à de l'aide psychologique. D'ailleurs, une liste de ressources d'aide et d'écoute a été remise aux participants avant chacune des entrevues. Toutefois, après les entrevues et les retours aux participants, aucun n'a exprimé le besoin d'être dirigé vers des services en santé mentale ou de recevoir de l'aide psychologique.

Critères de scientificité

Afin d'assurer la rigueur méthodologique de cette étude, des stratégies ont été identifiées pour répondre aux critères de scientificité de la recherche qualitative tels que développés par Lincoln et Guba (1985) : la crédibilité, la fiabilité, la transférabilité et la confirmabilité. De plus, la réflexivité a été ajoutée à ces critères afin d'augmenter la rigueur de cette recherche en considérant l'expérience clinique de l'étudiant-chercheur. (Darawsheh, 2014).

D'abord, la crédibilité sert à assurer que le l'interprétation du vécu des participants reflète leurs expériences (Fortin et Gagnon, 2022). Elle est soutenue par l'engagement de l'étudiant-chercheur envers les participants et de son empathie face au sujet (Anadón, 2006). La tenue d'un journal de bord en association avec les transcriptions des entrevues et une analyse de la jurisprudence québécoise permet une triangulation des données, stratégie supportée par Savoie-Zajc (2019) et Noble et Smith (2015). Enfin, l'utilisation

de trames narratives dans la présentation des résultats contribue également à assurer la crédibilité de cette étude (Noble et Smith, 2015).

Ensuite, la fiabilité, qui réfère à la stabilité des données dans le temps et entre différentes personnes (Fortin et Gagnon, 2022), a été assurée par une écoute répétée des enregistrements ainsi qu'une relecture des transcriptions et du journal de bord. Ce sont deux stratégies proposées par Sylvain (2008) pour répondre à ce critère. D'ailleurs, la conservation des enregistrements audios et des fichiers numérisés permet le maintien de l'exactitude des données tout au long du projet. Un débriefage à l'aide d'une validation externe par consensus a été réalisé auprès d'une personne expérimentée avec l'approche méthodologique choisie, soit le directeur de maîtrise de l'étudiant-chercheur, ce qui assure également la fiabilité de la démarche de recherche (Fortin et Gagnon, 2022).

Pour la transférabilité, qui consiste à appliquer les résultats de l'étude dans des contextes similaires (Fortin et Gagnon, 2022), une description riche et exhaustive de la démarche de recherche, de la population à l'étude, de l'analyse des expériences vécues, de leurs contextes et l'utilisation de trames narratives serviront à assurer la transférabilité de cette recherche (Noble et Smith, 2015; Sylvain, 2008).

Comme le proposent Fortin et Gagnon (2022), la confirmabilité consiste à établir que les résultats inférés et présentés reflètent le corpus de données. Elle peut être assurée au moyen d'audits qui permettent une vérification des interprétations de l'étudiant-

chercheur par un expert pour confirmer la qualité des résultats. Or, la démarche et les résultats de ce projet ont été vérifiés par le directeur de maîtrise de l'étudiant-chercheur. De plus, un retour aux participants ($n = 4$), comme processus de validation, a été réalisé après l'interprétation des données et la formation du schéma expérientiel, ce qui constitue un moyen de confirmation efficace des résultats (Sylvain, 2008).

Enfin, la réflexivité du chercheur apparaît comme critère de scientificité afin d'assurer la rigueur de l'étude. Darawsheh (2014) établit la réflexivité comme un processus autoréflexif de l'étudiant-chercheur dans le but de prendre conscience de ses émotions, de ses présupposés et de ses actions durant le déroulement de sa recherche. Cette stratégie est soutenue par Anadón (2006) et permet de situer le positionnement paradigmatique de l'étudiant-chercheur vis-à-vis sa recherche, tout comme dans ses relations entretenues auprès des participants durant les entrevues (Darawsheh, 2014). La réflexivité permet de reconnaître la place accordée à la subjectivité dans la recherche, ce qui est pertinent dans le cadre d'un devis qualitatif phénoménologique (Anadón, 2006). Elle vise également à démontrer la transparence de l'étudiant-chercheur dans sa démarche auprès des participants et l'importance qu'il accorde aux savoirs expérientiels (Darawsheh, 2014).

Avantages et limites méthodologiques

Un des principaux avantages de cette approche méthodologique est de donner une voix aux personnes vivant avec une problématique de santé mentale et d'accorder une

crédibilité à leur expérience vécue de soutien à l'exercice de leurs droits lors d'épisodes coercitifs, ce qui contribue à la réduction des injustices épistémiques (Crichton et al., 2017). Les dernières lignes directrices de l'OMS (2021a) soutiennent que les savoirs expérientiels doivent être mis de l'avant afin d'améliorer le respect des droits des personnes premières concernées. C'est aussi ce que soutient la recherche en sciences infirmières au Québec (Jacques et Morin, 2019). L'OMS (2021a) ajoute que des changements importants doivent être apportés aux politiques et aux pratiques mondiales en matière de coercition en soins psychiatriques et que l'implication des personnes premières concernées pourrait contribuer à des changements durables.

Un autre avantage de l'API est de contribuer à l'avancement des connaissances et de la compréhension du soutien à l'exercice des droits en contexte de coercition en soins psychiatriques. En effet, en misant sur les expériences de coercition et de soutien à l'exercice des droits telles qu'exprimées par la personne qui vit une hospitalisation ou des traitements involontaires en soins psychiatriques, il sera possible de documenter les répercussions des lois et de la coercition sur la trajectoire de vie des personnes ainsi que sur leur rétablissement. Il sera également possible de documenter la complexité du soutien à l'exercice des droits, désormais reconnu comme une responsabilité du personnel infirmier (MSSS, 2018), en plus d'identifier les éléments qui facilitent ou nuisent sa mise en œuvre afin de contribuer à l'évolution des pratiques d'*advocacy* et combler les écarts dans les pratiques actuelles.

L'approche méthodologique retenue comporte cependant certaines limites qui doivent être considérées. Celle-ci exige que les participants soient en mesure de verbaliser clairement leurs expériences reliées aux phénomènes étudiés et que l'étudiant-chercheur accueille celles-ci en ayant conscience de ses *a priori* (Gray et al., 2017; Gyollai, 2020; Smith et al., 2009). De plus, le fait de revivre des émotions reliées au phénomène à l'étude peut influencer les réponses des participants (Fortin et Gagnon, 2022), ce qui était considéré lors du déroulement de la collecte des données. Certains biais, notamment les biais de rappel et de désirabilité sociale, peuvent également être présents lors des entrevues. Afin de considérer ces limites, l'étudiant-chercheur se présentait de façon formelle et tentait d'établir un lien de confiance dès le contact initial avec les participants. Durant les entrevues, l'écoute, le respect des silences et du temps de réflexion a favorisé l'ouverture des participants. La stratégie de recrutement employé peut également favoriser la documentation d'expériences essentiellement négatives en comparaison d'un contexte exempt de coercition et donc, d'atteinte aux droits humains. Le processus d'analyse a donc été sensible à cet aspect en tentant de dégager autant les expériences positives que négatives. Enfin, l'étude s'inscrit dans le contexte du cadre légal québécois et canadien, qui peut être différent dans d'autres pays.

Résultats

Ce chapitre présente les résultats de l'étude, dont le but est de mieux comprendre les expériences de coercition et de soutien à l'exercice des droits vécues par les personnes vivant avec une problématique de santé mentale qui sont hospitalisées ou traitées contre leur gré en soins psychiatriques. Suivant la teneur idiographique de l'analyse phénoménologique interprétative, une analyse des contenus médiatiques et jurisprudentiels fournira une brève description du contexte général dans lequel ces expériences prennent place. Les caractéristiques des participants sont ensuite synthétisées à l'aide des données sociodémographiques recueillies. Les thèmes qui ont émergé de l'analyse des entrevues sont finalement présentés.

Contextualisation de la coercition en soins psychiatriques au Québec

Comme expliqué dans le chapitre précédent, l'API cherche à comprendre comment une personne donne sens à son expérience d'un phénomène en considérant que cette expérience est indissociable du contexte de vie de la personne (Smith et al., 2009). En respect à la démarche idiographique de l'API, une description du contexte dans lequel les participants vivent le phénomène apparaît essentielle. Rappelons également l'influence de la phénoménologie interprétative, s'appuyant sur les concepts du monde de la vie et de liberté située, qui indiquent que l'expérience des personnes vivant avec une problématique de santé mentale se situe dans un contexte précis qui doit inévitablement être considéré par l'étudiant-chercheur pour comprendre la signification accordée par chacun des

participants à l'expérience unique du phénomène étudié (Neubauer et al., 2019). Afin de contextualiser les résultats de cette étude et du schéma expérientiel, les prochains paragraphes présentent une description du contexte composé d'éléments issus d'une analyse médiatique portant sur la coercition en soins psychiatriques et d'une revue de la jurisprudence québécoise portant sur les hospitalisations et les traitements involontaires.

Analyse d'articles parus dans les médias québécois

Les médias transmettent des informations sur une base quotidienne en rapportant des évènements marquants de la vie collective. Selon une récente synthèse des connaissances sur la consultation des médias au Québec réalisée par Giroux (2019), la population québécoise reçoit ces informations de différentes manières, notamment par la lecture de quotidiens en format papier ou électronique, par les nouvelles télévisées et par l'utilisation de moteurs de recherche et des réseaux sociaux. D'ailleurs, plus de la moitié des personnes qui consultent les nouvelles en ligne sont portées à les partager ou les commenter (Giroux, 2019).

Afin de comprendre le contexte dans lequel les participants à cette étude ont vécu leurs expériences, il est apparu intéressant de réaliser une veille médiatique concernant la santé mentale au Québec et de scruter les manchettes qui portent plus particulièrement sur la coercition en soins psychiatrique. Au moyen de la base de données Eureka, qui permet de chercher parmi les articles parus dans les journaux locaux, régionaux et provinciaux,

22 articles publiés depuis 2011 ont été retenus. L'intervalle chronologique a été établi suivant la même démarche que celle de la recension des écrits présentée précédemment.

Lorsque les médias transmettent des informations au sujet de personnes qui reçoivent des services en santé mentale, le terme « psychiatrie » est celui qui apparaît dans le vocabulaire utilisé. De plus, lorsque les manchettes concernent les mesures coercitives légalement autorisées en soins psychiatriques, dont l'hospitalisation et le traitement involontaire, certains sujets sont davantage exposés. En effet, cette veille médiatique permet de constater que les répercussions de ces pratiques coercitives sont peu présentes dans les nouvelles quotidiennes. La couverture médiatique portant sur la coercition en soins psychiatrique s'inscrit davantage autour de trois principaux sujets, soit la dangerosité, la gestion du risque que représentent les personnes vivant avec une problématique de santé mentale et l'accès aux services en santé mentale.

D'abord, une lettre d'opinion rédigée par Lessard-Deschênes et al. (2022) remet en question l'utilisation de la coercition légalement autorisée pour assurer que les personnes vivant avec une problématique de santé mentale reçoivent des soins et services. Ces auteurs proposent également un changement de perspective alors que dans les médias, les personnes vivant avec une problématique de santé mentale sont dépeintes comme des personnes dangereuses (Lessard-Deschênes et al., 2022). Les articles de journaux exposent souvent un lien entre la dangerosité et une personne vivant avec une problématique de santé mentale, notamment en présence de violence et d'agressions

(Fleury, 2020; Giguère et Lacroix, 2023). Pourtant, des experts prennent la parole dans les médias pour mettre en garde la population face à la stigmatisation de ce lien de causalité trop facilement établi alors qu'il n'est pas démontré par la littérature (Crocker et al., 2023; Radio-Canada, 2020). Rédigé par Giguère et Lacroix (2023), l'article portant sur la mort d'une policière tuée par une personne vivant avec une problématique de santé mentale utilise le terme « bombe à retardement » pour qualifier le risque que représentait cette personne et rapporte des renseignements sur son état de santé et ses audiences antérieures à la CETM. Dans l'article de Ebacher (2021), qui décrit également un meurtre, il est aussi question de la gestion du risque que représente le « tueur schizophrène et paranoïaque » pour la société. Les manchettes rapportent également les actes de violence qui surviennent dans les unités de soins psychiatriques. Un article de Larouche (2018) fait état d'une augmentation des agressions contre le personnel en soins psychiatriques à l'Hôpital Cité-de-la-Santé de Laval. Enfin, portant sur une personne hospitalisée qui a agressé une infirmière sur l'unité de soins psychiatrique à Sherbrooke, l'article de Quirion (2019) est plus nuancé en précisant que l'agression n'est pas en lien avec la problématique de santé mentale vécue par la personne hospitalisée.

En réponse à ce souci de gestion de risque et de dangerosité, les médias publient également des articles sur la difficulté d'accès à des soins et services en santé mentale en moment opportun. Comme le rapporte Saint-Arnaud (2022), le Gouvernement du Québec est conscient des problématiques d'accès aux services en santé mentale et s'engage à investir davantage pour combler ce manque. Il y a plus de 10 ans, l'article de Roy (2012)

identifiait que 6000 personnes attendaient des services spécialisés en santé mentale pour plus de 60 jours, ce qui figurait déjà en dehors des délais fixés par les normes ministérielles. Ce nombre a grimpé à plus de 20 000 personnes dans les dernières données disponibles de 2023 (Gouvernement du Québec, 2023b). En 2014, un article paru dans le *Journal de Québec* rapporte qu'un père de famille peinait à trouver les services nécessaires pour sa fille qui vivait avec une problématique de santé mentale, notamment après de multiples refus de prises en charge par l'hôpital de son secteur (Bouchard, 2014). Ce même article raconte que le centre d'appel d'urgence du 9-1-1 lui suggérait de laisser sa fille commettre un délit et qu'ensuite les policiers pourraient l'amener à l'hôpital (Bouchard, 2014). Plus récemment, l'article de Bouchard (2021) fait également état d'un allongement des délais d'accès pour les services de première ligne en santé mentale dans la région de l'Estrie durant la pandémie de COVID-19. Des ambulanciers de la région de Québec dénoncent aussi le manque de ressources alternatives à l'hôpital pour des situations de soins qui ne requièrent pas de se présenter à l'urgence (Fleury, 2019). Le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ) partage cet avis alors qu'il souhaite un meilleur accès aux ressources communautaires en santé mentale, un service complémentaire au système de santé québécois prônant une approche psychosociale, comme le rapporte l'article de Descurnings (2022) paru dans le *Quotidien*. L'article de Couturier (2021) fait état de l'accès difficile aux services de psychologues en mentionnant l'augmentation des demandes de suivi psychologiques et précisant que le temps d'attente pour ce type de service varie entre six mois et deux ans. Enfin, l'utilisation inégale et parfois jugée inadéquate de la LPPEM pour hospitaliser une

personne vivant avec une problématique de santé mentale contre son gré est également dénoncée par les organismes communautaires en santé mentale (Fleury, 2016). Dans ce contexte, il est utile de rappeler que le Gouvernement du Québec (2023a) procédera à la révision de la LPPEM prochainement.

En résumé, l'analyse médiatique concernant la coercition en soins psychiatriques a permis de faire ressortir les principaux sujets discutés dans l'espace public et qui concernent les personnes vivant avec une problématique de santé mentale. Les notions de gestion de risque et de dangerosité en lien avec la possibilité d'actes violents sont à l'avant-plan alors que ces personnes sont décrites comme dangereuses. L'accès difficile aux services en santé mentale est également à considérer, notamment lorsqu'il est question d'utiliser la coercition légalement autorisée pour fournir des soins requis par l'état de santé d'une personne vivant avec une problématique de santé mentale.

Revue de la jurisprudence québécoise

L'Institut canadien d'information juridique (CanLII) offre une base de données qui contient les jugements rendus par les divers tribunaux à l'échelle canadienne. Ces jugements sont publics et permettent notamment d'accéder à une description détaillée sur le contexte, les éléments présentés en preuve et l'analyse de situations impliquant une demande d'hospitalisation ou de traitement involontaire d'une personne vivant avec une problématique de santé mentale. Ces jugements contiennent parfois des informations sur le témoignage du personnel infirmier à l'audience, les notes évolutives infirmières ou une

description des interventions infirmières réalisées dans les éléments déposés en preuve. Les jugements qui rapportaient une intervention du personnel infirmier ont été inclus. Ceux qui rapportaient les obligations du personnel infirmier afin d'administrer ou faire des surveillances en lien avec un traitement pharmacologique ont été exclus. Cette revue de la jurisprudence québécoise a permis de sélectionner 54 ordonnances de GE et 72 jugements d'AJS. L'analyse de ces jugements se concentrait sur l'implication du personnel infirmier dans l'application de ces mesures légales. À la lumière des informations contenues dans ces jugements, le rôle du personnel infirmier se décrit davantage comme un rôle clérical, procédural et technique. Les principaux éléments impliquant le personnel infirmier dans les jugements retenus concernent sa participation à la mise en œuvre des procédures légales, qui est souvent relevée dans les éléments déposés en preuve devant le tribunal. Le nom complet des professionnels en soins apparaît dans les jugements disponibles. Toutefois, par respect pour ces personnes et malgré le caractère public de ces informations, leurs noms ont été retirés et toutes les modifications apportées aux citations sont identifiées aux moyens de crochets.

La participation du personnel infirmier dans les éléments déposés en preuve apparaît sous forme testimoniale ou documentaire. Certains jugements montrent que le témoignage du personnel infirmier lors d'une audience est admissible en preuve. L'ordonnance de garde provisoire du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) du Bas-Saint-Laurent c. J.C. (2021) rapporte que « [l]a preuve du défendeur est constituée d'une déclaration assermentée de la psychiatre de la défenderesse [...] [et que]

[...], infirmière clinicienne de la défenderesse, témoigne à l'audience » (Jugement no. 9948, 6). L'ordonnance de GE du CISSS de la Montérégie-Ouest c. A.N. (2019) précise qu'il est possible pour le personnel infirmier d'effectuer un témoignage téléphonique puisque « [l]e témoignage de l'infirmier a été entendu par téléphone lors de l'audition [...] » (Jugement no. 5694, 46). Le témoignage du personnel infirmier est aussi admissible en preuve lors de demandes d'AJS. Celle du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke c. C.T. (2011) établit que « [l]a preuve présentée au tribunal consiste [...] [notamment] dans le témoignage [...] d'une infirmière [...] » (Jugement no. 232, 2).

Outre le témoignage du personnel infirmier, les jugements révèlent que les notes infirmières sont acceptées comme preuves documentaires lors de l'audience. L'ordonnance de GE du CISSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec c. J.L. (2016) révèle que « [l]a partie demanderesse dépose également en preuve [...] un extrait des observations des soins infirmiers dispensés [...] » (Jugement no. 17461, 8). De plus, la demande d'AJS du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue (Établissement d'Amos) c. N.B. (2019) est plus explicite et détaille le contenu d'une note infirmière.

L'infirmière [...] fait le suivi mensuel à domicile de la défenderesse [...]. Celle-ci indique dans ses notes de suivi qu'au cours de ces rencontres, la défenderesse parle de complot, de piratage et d'argent qu'elle doit recevoir. [...] [L'infirmière] note que la défenderesse ne prend plus la médication prescrite [...]. (Jugement no. 5777, 10-11)

De plus, les éléments d'évaluation de la condition mentale de la personne première concernée, effectuée par le personnel infirmier, sont souvent repris dans les rapports d'évaluation psychiatriques présentés en preuve. En effet, l'ordonnance de GE du CISSS

de Sept-Îles c. D.M. (2012) indique que « [p]endant son hospitalisation, le personnel infirmier a constaté que le défendeur tenait des propos délirants, fixait le plafond, répétait le mot « démon », était imprévisible, verbalisait qu'il fait des cours de masturbateur et refusait sa médication » (Jugement no. 10422, 12). La documentation de la condition mentale par le personnel infirmier est également notée dans le jugement d'AJS du CISSS de Chaudière-Appalaches c. C.P. (2021) où le rapport d'évaluation psychiatrique révèle que « [s]elon les observations du personnel infirmier, monsieur est capable de se laver et s'habiller seul, mais il refuse de s'alimenter une fois par jour [...] [et] [i]l peut devenir irritable et tonique envers le personnel [...] » (Jugement no. 2464, 6).

Le personnel infirmier occupe également un rôle central dans la transmission des informations entre l'établissement de santé et la Cour. Comme stipulé dans l'ordonnance de GE du CISSS du Bas-Saint-Laurent c. A.B. (2016), l'infirmière fait un travail de liaison en acheminant au tribunal des informations sur la mise en œuvre des procédures légalement prescrites auprès de la personne première concernée.

[...] [U]ne lettre datée de ce jour provenant de [...], infirmière clinicienne de liaison, fait état de ce qui suit : « [...] [l']infirmière soignante de madame B..., a expliqué à sa cliente la démarche légale entreprise par le psychiatre. Elle lui a offert son aide pour communiquer avec un avocat afin de faire valoir ses droits. Elle a souligné à la cliente qu'elle pourrait être gardée à l'hôpital pour une période pouvant aller jusqu'à 60 jours si elle ne contestait pas ce matin la présente démarche. Suite à cette discussion, madame B... a verbalisé à l'infirmière qu'elle ne veut pas se présenter à la Cour et qu'elle ne souhaite pas communiquer avec un avocat. » (Jugement no. 863, 21)

Comme l'indique le jugement précédent, le personnel infirmier est notamment impliqué dans la transmission des informations reliées au consentement de la personne

première concernée lorsqu'elle est absente à l'audience. Ces mentions figurent dans les jugements de GE, comme énoncé dans l'ordonnance de GE du CISSS du Bas-Saint-Laurent (Centre hospitalier du Grand-Portage) c. B.T. (2018) : « VU le refus du défendeur de se présenter à l'audition ainsi que d'être représenté par procureur, tel qu'en fait foi le document signé [...] par [...], infirmière, en présence de [...], infirmière » (Jugement no. 2497, 3). Les informations sur le consentement de la personne première concernée sur son désir d'être présente à l'audience figurent aussi dans les demandes d'AJS, comme celle du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale c. A.G. (2019).

Lors de la présente audience, la défenderesse est absente. À cet effet, l'infirmière traitante, [...], est entendue et confirme au Tribunal avoir invité la défenderesse à se présenter à plusieurs reprises, mais que cette dernière refuse d'assister à la présente audition, remettant du même coup une note manuscrite rédigée par la défenderesse visant la contestation légale de la présente demande. (Jugement no. 1739, 10)

L'analyse des jugements retenus suggère également que le personnel infirmier est, plus souvent qu'autrement, mobilisé lorsqu'il est question de justifier l'absence d'une personne à son audience, bien que « le majeur [...] apte à témoigner doit, s'il est concerné par une demande qui porte sur son intégrité, son état ou sa capacité, être entendu personnellement » (LégisQuébec, 2023d, art. 391). En outre, l'absence d'une personne à son audience devrait constituer une exception plutôt que la règle, « s'il est impossible d'y procéder ou s'il est manifestement inutile d'exiger les observations, l'avis ou le témoignage du majeur [...] l'urgence ou de son état de santé ou s'il est démontré au tribunal que cela pourrait être nuisible à la santé ou à la sécurité de la personne concernée ou d'autrui d'exiger son témoignage » (LégisQuébec, 2023d, art. 391).

En résumé, l'analyse de la jurisprudence concernant les hospitalisations et les traitements involontaires en soins psychiatriques permet de constater une certaine implication du personnel infirmier dans la mise en œuvre de mesures coercitives. Ce dernier peut être appelé à témoigner lors des audiences au tribunal. Il effectue également un travail de liaison en transmettant des informations sur les personnes premières concernées, notamment sur leur consentement ou leur refus à se présenter lors de l'audience. Cette analyse ne permet pas de mettre en lumière l'apport relationnel et psychosocial du personnel infirmier puisque de telles interventions infirmières sont absentes des jugements. De ce fait, cette analyse permet de mieux contextualiser les résultats de la présente étude sans toutefois décrire de manière approfondie l'implication du personnel infirmier dans le soutien à l'exercice des droits au Québec.

Description des participants

Onze ($N = 11$) personnes ont accepté de participer à cette étude. À la page suivante, le Tableau 2 présente une synthèse des caractéristiques sociodémographiques et expose l'hétérogénéité des participants tant par leur âge, l'identité de genre et le type de coercition vécue.

Tableau 2*Caractéristiques sociodémographiques des participants (N = 11)*

Participant	Groupe d'âge	Genre	Type de coercition vécue
Harper	< 40 ans	Non binaire	Escorte, Garde préventive
Skylar	40-49 ans	Femme	Escorte, Garde préventive, AJS
North	60-69 ans	Femme	Garde préventive et provisoire
Chandler	60-69 ans	Femme	AJS
Cameron	40-49 ans	Homme	Garde provisoire, CETM
Glenn	40-49 ans	Homme	Escorte, Garde préventive, provisoire et autorisée
Robin	50-59 ans	Homme	Escorte, Garde préventive, CETM
Charlie	60-69 ans	Homme	Escorte, Garde provisoire et autorisée
Micah	50-59 ans	Femme	Escorte, Garde préventive, provisoire et autorisée
Axel	50-59 ans	Homme	Escorte, Garde préventive
River	40-49 ans	Femme	Escorte, Garde préventive, AJS

Note. Escorte = Escorte en établissement hospitalier par les policiers; CETM = Hospitalisation sous le mandat de la Commission d'examen des troubles mentaux; AJS = Autorisation judiciaire de soins.

L'âge moyen des participants est de 51 ans. La majorité ($n = 10$) des participants est âgée de 40 ans et plus. L'ensemble des participants ont vécu une ou des expériences associées à leur escorte en établissement hospitalier par les policiers ($n = 8$), à la garde préventive ($n = 8$), à la garde provisoire ($n = 5$), à la garde autorisée en établissement ($n = 3$), à l'autorisation judiciaire de soins ($n = 4$) et à une hospitalisation imposée par la CETM ($n = 2$). Le Tableau 5 et le Tableau 6 présentent respectivement le portrait sociodémographique détaillé et les perceptions relatives des participants vis-à-vis la coercition en soins psychiatriques (voir Appendice J).

Schéma expérientiel

L'analyse qualitative des expériences de coercition et de soutien à l'exercice des droits telles que vécues par les participants a été réalisée en respect avec la démarche proposée par l'API. Cette analyse a permis de se rapprocher le plus fidèlement possible de la signification de l'expérience telle qu'exprimée et vécue par chacun des participants. Quatre thèmes ont émergé du vécu des participants et constituent le schéma expérientiel. L'explication détaillée de ces thèmes est appuyée par des extraits de verbatim qui reflètent les propos exprimés par les participants. L'utilisation des crochets indique les modifications apportées aux extraits lorsque nécessaire, par exemple, pour améliorer la compréhension du verbatim en précisant des éléments du contexte ou pour simplifier certaines phrases. Les quatre thèmes et leurs catégories sont présentés à la page suivante au Tableau 3.

Tableau 3*Thèmes et catégories*

1. Perdre ses repères
1.1. <i>Confusion identitaire amplifiée par la coercition</i>
1.2. <i>Perdre confiance envers soi-même et envers autrui</i>
1.3. <i>Sentiment d'abandon et d'incompréhension</i>
1.4. <i>Tension entre la perte et la reprise de contrôle</i>
2. Vivre un sentiment d'injustice
2.1. <i>(Im)possibilité d'exercer ses droits et recours</i>
2.2. <i>Être seul face à l'adversité</i>
3. Subir les conséquences négatives de la coercition en soins psychiatriques
3.1. <i>Avoir l'impression de ne recevoir aucune aide</i>
3.2. <i>Avoir le sentiment d'être traité de façon inhumaine</i>
3.3. <i>Vivre des expériences traumatiques</i>
3.4. <i>La médication comme seule option</i>
4. Idéal et réalité vécue du soutien à l'exercice des droits
4.1. <i>Absence de soutien à l'exercice des droits</i>
4.2. <i>L'importance d'un accompagnement égalitaire</i>
4.3. <i>La valorisation de l'autonomie et de l'expérience vécue</i>
4.4. <i>La présence active de l'entourage comme moyen de protection</i>

Thème 1 : Perdre ses repères

Ce premier thème a émergé du vécu des participants puisque l'expérience d'hospitalisation ou de traitement involontaire les amène à faire sens avec une réalité étrangère qu'ils sont contraints d'habiter. Cette réalité imposée les expose à une solitude profonde qui ne leur laisse d'autre choix que de se questionner sur eux-mêmes afin de trouver une signification à des situations inhabituelles et qui sortent de la norme. Cette réflexion individuelle, intérieure et exprimée comme désagréable, contribue à la perte des

repères qu'une personne éprouve envers elle-même, son entourage et le personnel soignant en soins psychiatriques.

Catégorie 1.1. : Confusion identitaire amplifiée par la coercition

Lorsqu'ils décrivent leur vécu, certains participants remettent en question les perceptions qu'ils ont d'eux-mêmes. Ils expriment que leur identité est remise en question au point où ils ne se reconnaissent plus comme personne, où ils doutent de leurs choix, de leurs valeurs et de leurs capacités. C'est ce qu'exprime Harper face aux soins imposés et à l'atteinte de certains de ses droits fondamentaux.

Parce que ce n'était pas moi qui avais décidé finalement. Tu sais, ça aussi ça joue sur ta perception de toi-même. Tranquillement pas vite, tu te mets à même plus savoir, à douter de, est-ce que j'ai faim ou pas ? Est-ce que c'est ça que j'ai le goût de manger ou pas ? Est-ce que c'est ça que j'aime ou pas ? (Harper, 449-453)

Lorsqu'elle est interrogée sur ce qui peut être à l'origine de la modification de sa perception d'elle-même, Harper explique que l'attitude du personnel soignant contribue au sentiment de mortification identitaire. L'identité étant grandement influencée par les interactions sociales (Harcourt, 2020), il s'agit du sentiment qu'ont les participants à changer ou modifier certaines facettes de leur identité sociale pour mieux paraître aux yeux des autres tout en ayant un questionnement intérieur omniprésent qui ronge leur quotidien. Le non-respect des droits, les préjugés et le recours à la coercition contribuent pour elle à une baisse de l'estime de soi et à l'autostigmatisation.

Pour moi clairement, [...], [le personnel soignant] est en position d'autorité sur ses patients. Le fait qu'ils ne prennent pas du tout en considération nos

droits, constamment, jour après jour, d'aucune façon, avec autant de facilité. [On] finit par se dire qu'on n'en mérite peut-être pas. (Harper, 592-595)

D'autres participants expriment aussi vivre ce sentiment de mortification à la suite d'une expérience d'hospitalisation ou de traitement involontaire, comme si cette expérience fragmentait leur identité et les poussait à s'en forger une nouvelle. Dans le prochain extrait, Micah perçoit qu'elle est une toute nouvelle personne aux yeux d'autrui alors qu'intérieurement, elle ressent que son identité n'a pas changé.

La [garde préventive] m'a emmené beaucoup de négatifs, à être isolée. J'ai de la famille, des amis, ils se sentent impuissants. J'ai été coupé de ma réalité, je veux dire de ma vie normale, quand je parle de ma réalité. J'ai été coupée de qui je suis, moi je n'ai pas changé entre temps, mais c'est hyper troublant de vivre tout ça. (Micah, 258-262)

Ces changements identitaires s'expriment aussi par le vécu de changements dans le quotidien des participants qui sont contraignants et lourds à porter. Ces derniers effectuent un bilan comparatif de leur situation après avoir vécu ces expériences et sont conscients des répercussions dans leur vie. Par exemple, il est difficile pour eux de vivre avec le regard stigmatisant d'autrui, comme il en sera question dans la prochaine catégorie. De plus, les participants estiment être parfois contraints de changer de travail, d'abandonner une carrière ou se réorienter pour s'accomplir dans une vie jugée satisfaisante. Glenn éprouve une grande difficulté à accepter l'abandon de sa carrière. C'est ce qu'il évoque en parlant de « cicatrices à vie » (915) et de destruction de sa vie à la suite du processus de garde en établissement.

C'est vraiment de prendre la [garde préventive] à la légère, comme si c'était une loi qui n'entraînait aucune conséquence pour la personne qui était visée par ça. On s'en fout. Oh ! Ce n'est pas grave ! Parce que [les gens qui

appliquent cette loi] pensent que le monde qui sont visés par la [garde préventive], c'est vraiment du monde [...] qui a vraiment besoin d'aide psychologique, psychiatrique et que ça va les aider. C'est faux. Oui, pour certaines personnes ça va les aider, mais pour certaines personnes, ça va les détruire pour longtemps. Moi c'est fini, à vie, j'ai des cicatrices à vie. Je n'ai plus mon travail. C'est fini, je ne pourrais plus jamais faire ce travail de ma vie. [...] Toutes les économies que j'ai mises de côté, je les ai perdues. J'ai perdu toutes mes économies. Quand on dit que la [garde préventive], il n'y a pas de conséquences, que c'est pour aider le monde. Non ! C'est là pour détruire certaines personnes ! Moi ça m'a détruit totalement. (Glenn, 908-920)

L'expérience de changements identitaires s'exprime aussi par un état d'esprit où les participants présentent des difficultés à se reconnaître et ne peuvent réagir comme ils le feraient normalement dans une situation. Certains participants expriment des difficultés à décrire leur état d'esprit ou certains événements survenus au moment de l'hospitalisation, ce qui ajoute au sentiment de confusion. Pour ces derniers, plusieurs questions demeurent donc sans réponse. Dans l'extrait suivant, North se dit « dépossédée » (875) d'elle-même pour exprimer cet écart entre la personne qu'elle est dans la vie courante et celle qu'elle était lors de l'expérience d'une garde préventive et provisoire. Elle explique que ce sentiment de dépossession est confirmé, voire amplifié, à la lecture de son dossier médical a posteriori.

Mais j'ai la réputation d'être [très forte], puis j'en fais la preuve à tous les jours de ma vie, tu sais ? Je peux comprendre. À la décharge de mes enfants, je suis très autonome, je ne veux pas les déranger. Je rajoute à ça la honte que nous portons, on porte une honte que je porte encore aujourd'hui. Moi un delirium, je ne le prends pas. Moi, avoir été dépossédée de moi ? Ah ! Je ne le prends pas non plus. C'est honteux, c'est pénible, tu sais... perdre ses moyens. C'est vraiment ça, la maladie psychiatrique. Tu perds tous tes moyens. Tu n'es pas là du tout, pour personne. C'est dur à expliquer, la honte. (North, 871-878)

Certains participants expriment leur difficulté à accorder une signification identitaire à leurs expériences même s'ils étaient conscients de leur état au moment où des mesures coercitives ont été imposées. C'est ce que mentionne Chandler alors que ses expériences d'hospitalisations forcées en vertu d'une autorisation judiciaire de soins sont difficiles à appréhender parce qu'elles sont en opposition avec son rapport au réel.

C'est tellement gros que... Je ne sais pas si vous avez déjà lu Kafka là, mais on a l'impression d'être dans un monde absurde où des trucs absurdes ont force de loi. [...] Donc, il y a une perte de sens. [...] Ça tue tout ce qui a de vie en nous. Ça éteint la vérité, ça éteint ce qui fait du sens. Il n'y a même plus de bon sens qui prévaut. Alors quand il n'y a plus le sens commun qui prévaut, quand tout est absurde, il y a une perte de sens incroyable. (Chandler, 781-788)

En somme, l'analyse du vécu des participants suggère que l'expérience de la coercition en soins psychiatriques contribue et amplifie une confusion identitaire. Cette perte de repères vient teinter les rapports que les participants entretiennent envers eux-mêmes et envers les autres dans le vécu des soins psychiatriques, à la fois pendant et après un épisode coercitif. Les questions qui émanent de ces expériences demeurent souvent sans réponse et accentuent la perception d'un changement identitaire chez les participants à la suite de l'expérience d'hospitalisation ou de traitement involontaire. Afin de mieux comprendre ce qui caractérise cette perte de repères, les prochaines catégories exploreront les sentiments qui poussent les participants à chercher des réponses à leurs questions pour mieux comprendre leur expérience de la coercition en soins psychiatriques.

Catégorie 1.2. : Perdre confiance envers soi-même et envers autrui

La honte et l'infériorité sont des sentiments fréquemment vécus par les participants lors d'hospitalisation ou de traitement involontaire qui sont contributifs à la perte de leurs repères. La honte contraint les participants à vivre leur situation sans verbaliser et partager leur souffrance. La peur d'être jugés, tout comme la peur de ne pas recevoir l'écoute ou de ressentir une ouverture adéquate, semblent être à l'origine d'un tel sentiment. C'est ce qu'a vécu North lorsqu'elle exprime la difficulté éprouvée à parler de son expérience avec les autres.

Je le dis à personne, j'ai tellement honte. Sauf à mon amie qui me dit : « Tu as honte de quoi ? » J'ai honte, j'ai honte, j'ai honte ! [...] C'est un classique de la maladie mentale. On veut être à notre mieux dans la vie, non ? On ne veut pas se faire dire un jour : « Toi, tu as fait un délire. » (North, 882-889)

La honte se vit aussi par le regard d'autrui. Les participants expriment percevoir le jugement d'autrui, ce qui contribue au sentiment qui les accable et les encourage à réprimer leurs émotions plutôt qu'à les extérioriser. C'est ce que Harper identifie lors de services de santé reçus dans un autre contexte que des soins psychiatriques.

Puis, je veux dire ces étiquettes-là, je vais les avoir toute ma vie. C'est écrit dans mon dossier, ça ne disparaîtra jamais. Quand tu vois la face des gens changer, quand tu vas chez l'ophtalmologiste, puis qu'il ouvre ton dossier médical et qu'il voit les diagnostics. [Il est] un peu moins confortable, tout à coup. Tu sais, on s'en rend compte. On n'est pas... Ça va toujours me suivre. (Harper, 204-208)

C'est aussi ce qu'a vécu Robin devant le regard de son neveu qui était alors enfant. Bien que les mots utilisés n'aient pas affecté les liens familiaux, Robin a pris conscience

de la lourdeur des mots utilisés par son neveu et de la honte qu'ils pouvaient produire chez lui.

Tu sais mon neveu me regarde de toute sa grandeur, il me dit [en me pointant du doigt et en riant] : « mon oncle Robin, schizophrène. » Oh, j'ai pogné de quoi. Je ne l'ai pas mal pris, c'était mon neveu et je l'aimais mon neveu. Je lui ai reparlé [de cette conversation] plus tard, mais il ne s'en souvient pas qu'il ait fait ça. C'est là que j'ai commencé à l'accepter [de vivre avec la schizophrénie]. (Robin, 81-90)

À la fin de cet extrait, Robin laisse aussi entendre qu'il serait possible de surmonter cette honte et d'accepter sa problématique de santé mentale. C'est aussi ce que suggère le vécu de Charlie qui parle de ses expériences de soins psychiatriques volontaires avant qu'il vive sa première hospitalisation involontaire. Ce constat se dégage toutefois d'une minorité des participants.

J'ai toujours été volontaire quand j'allais en psychiatrie. C'était pour protéger mon emploi, puis c'était stratégique et ça marchait. Tu ne peux pas congédier quelqu'un en maladie au Québec. [...] Je suis bipolaire, je ne le nie pas, je ne le cacherai pas. (Charlie, 61-64)

Le sentiment de honte vécu par les participants les amène donc à se renfermer sur eux-mêmes, plutôt qu'à tenter d'exprimer leurs émotions et leur vécu. Les participants éprouvent aussi une difficulté à s'exprimer par peur des conséquences de se confier à quelqu'un. Dans le prochain extrait, Harper éprouve de la difficulté à verbaliser son ressenti à ses parents et son désir de diminuer sa médication, parce qu'elle n'a pas confiance en eux et craint une hospitalisation involontaire. Pour cette participante, la peur de subir à nouveau des mesures coercitives semble être à l'origine de démarches réalisées

de manière autonome et secrète, sans recourir à ses systèmes de soutien ou à son équipe traitante.

Je faisais ça en cachette, j'effectuais des recherches de mon côté parce que je ne pouvais pas parler [que je voulais diminuer ma médication]. Mes parents m'auraient amené [à l'hôpital], ils auraient appelé mon psychiatre. (Harper, 679-681)

La perte de confiance envers les proches est vécue par plusieurs participants. Cela occasionne parfois une rupture des liens avec l'entourage, comme le rapporte Charlie. Durant une période où il était hospitalisé sur une unité de soins psychiatriques, il a l'impression que son frère a utilisé cet épisode pour reprendre un bien familial, ce qui a affecté le lien de confiance à partir de ce moment.

Ma famille, il reste juste ma sœur [...]. Mon frère c'est fini, il m'a volé, il m'a dépossédé à cause de mon problème de dépression, pendant que j'étais en dépression. Il m'a visité avec un notaire, c'est inacceptable. C'est inacceptable, je ne l'accepterai jamais, je ne lui parle même plus. (Charlie, 174-178)

Pour plusieurs participants, cette perte de confiance envers les autres est aussi associée au sentiment d'infériorité face au personnel soignant. Lorsque Skylar raconte son vécu de traitement involontaire, elle mentionne son impuissance face au personnel soignant alors qu'elle n'avait pas le choix de recevoir un traitement.

Ben c'est comme si je n'avais pas le contrôle de sur mon corps. On fait pénétrer dans mon corps des substances sans mon consentement. Mon corps m'appartient et je ne suis même pas capable de contrôler ce qui entre dans mon corps. C'est vraiment un viol de mes droits fondamentaux. [...] Non, il n'y'a rien à faire, je ne veux pas être rassurée, je veux juste être respectée dans mes droits fondamentaux. [...] De toute façon, même s'ils me disaient des trucs pour me rassurer, [les membres de l'équipe de suivi intensif] ou à l'hôpital, ça ne me rassurerait pas, je ne leur fais pas confiance. (Skylar, 753-765)

Le sentiment d'infériorité envers le personnel soignant entraîne aussi de l'impuissance pour Chandler. Cette dernière exprime de la difficulté à pouvoir nommer ses choix et ses décisions sans qu'on lui impose le contraire.

Même la travailleuse sociale me dit : « si vous n'êtes pas d'accord avec moi, je vais recommander qu'on fasse ça de force. » [...] C'est comme ça qu'elle nous parle. [...] Il n'y a aucun membre du personnel qui te parle d'égal à égal. Ils se pensent tous en position de supériorité par rapport à toi. (Chandler, 347-352)

Ce sentiment d'impuissance habite également Micah lorsqu'elle explique son vécu de l'application du jugement de garde provisoire par les policiers, précisant à la suite de son expérience qu'on « a le droit de venir me chercher chez moi, de me priver de tous mes droits sans que j'aie le droit de parler de comment je me sens » (66-67). Elle se retrouve devant l'application de cette mesure légale sans pouvoir donner des explications ni même réagir.

Ils se sont présentés devant l'autre juge prétextant que j'étais dangereuse pour moi-même et dangereuse pour les enfants, [...] que le père avait peur que je l'attaque, puis qu'il avait peur de mourir, de subir de la violence et que je les tue. Ce n'est pas vrai, je n'ai jamais pensé ça même encore aujourd'hui et malgré les difficultés que j'ai eues. Dans le fond, je ne suis pas invitée à voir le juge. Le juge a ordonné de m'aviser de me rendre deux jours plus tard pour une évaluation. (Micah, 25-35)

Outre la perte de confiance envers l'entourage et le personnel, les participants vivent aussi une perte de confiance en eux-mêmes qui accentue les sentiments d'impuissance sur leur situation et d'infériorité envers le personnel soignant. Plus ils se retrouvent dans des situations où leur opinion, leur décision ou leur choix ne sont pas

considérés, plus les participants indiquent vivre de l'impuissance et doutent d'être en mesure de faire les bons choix pour leur situation. Devant de telles situations, certains participants, comme Chandler, expriment qu'ils ont dû apprendre à faire confiance aux organismes communautaires en santé mentale, leur permettant ainsi de regagner de la confiance.

Ils validaient mon aptitude, parce que c'est beaucoup une question d'aptitude. À la Cour, pour gagner, les médecins ils font valoir qu'on n'est pas apte et le juge les croit parce que ce sont des médecins. [...] L'empowerment [que les organismes communautaires en santé mentale] m'ont donné a beaucoup validé mon aptitude que je commençais à mettre en doute à force d'être mise sous autorisation [de soins] pour être médicamentée. Aussi, la médication affecte notre jugement, elle affecte la cognition, elle affecte la concentration. [...] On finit par douter de nous-mêmes, puis on se sent très isolé. On souffre beaucoup. Le rôle des organismes [communautaires en santé mentale] a été déterminant. C'est eux qui m'ont donné... il faut de la force, on est très seul là-dedans et c'est eux qui m'ont donné le boost-là dont j'avais besoin pour traverser [cette expérience difficile]. (Chandler, 692-703)

Ce n'est toutefois pas le cas de Harper qui vit cette perte de confiance en soi comme un engrenage, une roue sans fin où seule l'opinion des membres de son entourage est considérée crédible.

Ça a mélangé ma perception, je me suis mise à croire que je ne le savais pas ce qui était bon pour moi. [...] Tu ne sais même plus, parce que les gens autour de toi croient tellement que tu n'es pas capable de décider pour toi-même que tu rentres dans cette roue-là un peu. (Harper, 377-378; 453-455)

L'expérience d'hospitalisation et de traitement involontaires vécue par les participants entraîne une honte vis-à-vis leur situation sans qu'ils puissent être en mesure d'extérioriser les émotions vécues. Les participants rencontrés dans le cadre de cette étude vivent aussi une grande impuissance et un sentiment d'infériorité face aux soignants. Une

perte de confiance envers eux-mêmes, envers leur entourage et envers les soignants accompagne ces sentiments de honte et d'infériorité. À la honte et l'infériorité s'ajoutent d'autres sentiments explicatifs de l'expérience de la perte de repères, soit l'abandon et l'incompréhension, qui seront analysés dans la prochaine catégorie.

Catégorie 1.3. : Sentiment d'abandon et d'incompréhension

Les participants à cette étude ont verbalisé se sentir laissé à eux-mêmes lors des épisodes d'hospitalisation et de traitement involontaires. Plusieurs se sentaient abandonnés par le personnel soignant puisqu'ils ne percevaient aucun soutien de leur part. Les propos de plusieurs participants suggèrent qu'ils étaient hospitalisés sans avoir le soutien nécessaire du personnel soignant pour améliorer leur situation malgré le caractère anxiogène de la coercition en soins psychiatriques. Paradoxalement, ce sentiment d'abandon est parfois vécu alors que les participants cherchent volontairement de l'aide auprès des établissements de santé. C'est le cas de Micah qui croyait que l'hôpital était l'endroit désigné pour recevoir les soins requis par sa condition. Cette recherche d'aide amorcée volontairement s'est transformée en hospitalisation involontaire sans que la participante n'ait l'impression de recevoir le soutien recherché.

Je n'avais pas d'affaire là, donc on aurait dû m'aider à sortir. J'aurais eu besoin de parler, d'être entendue, qu'on vérifie mes dires pour voir si c'est vrai ou si c'est faux, qu'on accepte [de m'écouter]. Je parlais avec les psychologues [de pratique privée] pendant que j'étais là, vu qu'ils ont été témoin, j'étais [seule], j'avais zéro aide de l'hôpital. C'était même le contraire. (Micah, 210-214)

D'autres se sentaient laissés à eux-mêmes malgré les relations entretenues avec le personnel soignant, relations souvent décrites par leur absence. Bien que les soins psychiatriques soient, en principe, basés sur les contacts humains et la compréhension des difficultés vécues, les participants ont vécu des expériences diamétralement opposées. Ce sont des sentiments de solitude et d'isolement qui sont plutôt exprimés par les participants, comme l'indique River : « On se sent seul avec une ordonnance de soins. On se sent énormément seul » (444-449). Dans le prochain extrait, Chandler précise également que l'absence de confiance, de respect et d'écoute caractérise son vécu.

Il y a de la non-écoute. Aucune, aucune, aucune écoute. Aucun respect pour les effets secondaires [de la médication]. [...] Je ne dis pas ce que je vis. Je me sens seule, très isolée. Je ne peux pas parler à personne. Parfois j'ai envie de parler à une infirmière, mais elle est trop occupée. Le médecin, je ne lui fais pas confiance. Il le sait et puis il reste indifférent. Puis voilà. (Chandler, 92-94; 191-194)

Un sentiment d'être laissé à soi-même se dégage du vécu des participants, bien que certains perçoivent avoir reçu de l'aide dans leur situation. Pour plusieurs participants l'aide offerte est unidirectionnelle et omet de considérer les besoins réels des personnes. Les participants qui expriment recevoir de l'aide n'ont pas l'impression que cette aide est bénéfique pour leur situation. C'est ce que vit Axel lorsqu'il parle de l'aide reçue, qualifiée de conditionnelle à son adhésion aux soins et aux services proposés.

Je l'ai perçu comme [...] l'aide du désespoir. L'aide du dernier recours. On t'aide, mais c'est la dernière fois. Tu es mieux de la prendre notre aide, mais de bien l'utiliser. Utilise-la parcimonieusement. On va t'en donner de l'aide, mais abuses-en pas. (Axel, 316-319)

Ce sentiment d'abandon est également exprimé par Charlie à propos d'une expérience d'hospitalisation involontaire. Il mentionne avoir un bon lien avec la travailleuse sociale de l'équipe de soins, mais s'être senti abandonné lorsque cette dernière n'a pas témoigné en sa faveur lors d'une audience pour une garde en établissement. Le prochain extrait fait écho à ce sentiment d'abandon et à l'incompréhension qui en découle.

C'était aberrant. Je lui ai dit: « pourquoi tu ne m'as pas soutenu ? » Elle m'a dit « je ne voulais pas contrarier ma psychiatre associée. » Je lui disais : « tu as le droit à ton autonomie, tu me connais. Tu pouvais dire la même chose que tu as dite aux policiers, puis c'est tout. Je ne te demandais pas une plaidoirie à n'en plus finir. Dix minutes et tu serais partie, j'aurais pu sortir [de l'hôpital]. » Ils m'auraient sorti [de l'hôpital], les juges. Ils auraient vu que le témoignage n'était pas crédible. Elle ne l'a pas fait.
[...] Non, je me sentais rejeté. Rejeté par ma travailleuse sociale, rejeté par l'éducatrice. Avant, j'étais bien entouré. Maintenant, il me reste une psychiatre qui n'a pas confiance en moi, qui m'a trahi. C'est une trahison totale que j'ai eue de ma psychiatre. Vraiment. (Charlie, 295-319)

L'incompréhension se dégage du vécu de plusieurs participants. Certains d'entre eux ont vécu de l'abandon sans comprendre leur situation et les raisons de ce rejet. Parfois, ce sont les relations avec les membres de l'entourage qui se dégradent et les participants cherchent à savoir pourquoi. Dans le prochain extrait, c'est ce qu'a vécu Glenn alors que la relation avec son supérieur au travail s'est détériorée. Il expose à la fois les limites de l'entourage à fournir une aide adéquate, mais aussi la vulnérabilité qu'une personne peut avoir face aux décisions des autres perçues comme arbitraires et aux dynamiques de contrôle, de surveillance et de suspicion qui peuvent être instaurées.

Moi, je ne comprenais pas comment ça se faisait que la relation avec mon employeur s'était désagrégée, totalement détériorée. Un moment donné, j'ai demandé une autorisation pour aller en voyage puisque j'étais en arrêt de travail. Mon employeur a dit : « moi cette journée-là, celle où tu as demandé une autorisation pour voyager, j'ai failli te retourner en psychiatrie parce

que j'avais peur que tu représentes un danger et que tu veuilles te suicider. » J'ai dit : « wow, je demande une autorisation pour aller en voyage pour me reposer de tout ce que je vis puis toi tu veux m'envoyer en psychiatrie. C'est n'importe quoi. » [...] Il dit : « Tu sais..., avec ta tentative de suicide que tu as fait [il y a quelques années], moi j'en ai plus de confiance en toi. Puis tout ce que tu peux dire, ça peut être mal interprété et oui, tu peux te retrouver en psychiatrie en tout temps. » (Glenn, 472-492)

L'incompréhension vécue par les participants se dégage aussi du vécu de Micah lorsqu'elle se questionne sur ce qui a provoqué son hospitalisation involontaire.

[Je souhaitais] qu'on m'explique ce qui arrivait parce que je ne comprenais pas ce que je faisais là. C'est arrivé soudainement. Je n'ai pas d'idée méchante, j'arrive là et c'est la fin du monde. Qu'est-ce que j'ai fait de mal pour être là ? C'est de l'incompréhension totale. (Micah, 207-210)

D'autres participants ont aussi vécu leur expérience comme un choc entre ce qu'ils s'attendaient des services de santé et ce qu'ils ont vécu à l'hôpital. Ce sentiment d'incompréhension s'accroît au contact de pratiques d'interventions qui accentuent la perte de repère vécue. C'est ce qu'exprime Harper lorsqu'elle a été forcée de se déshabiller à son admission à l'hôpital en garde préventive avant d'être transférée d'unité de soins à quelques reprises sans être informée de sa situation.

Je suis rentré dans la salle de bain un peu sous [le choc], je ne comprenais pas trop ce qui se passait. Je suis ressorti, puis c'est un agent de sécurité qui m'a dit : « va falloir que vous enleviez tous vos vêtements, que vous mettiez votre jaquette pis que vous me donniez tous vos effets personnels ». Donc j'ai été amené [à l'urgence], je ne savais toujours pas en fait que j'étais en [garde préventive]. J'ai téléphoné à ma sœur dans la salle de bain en disant : « je suis à l'hôpital, ils ne me laissent pas partir, je ne comprends pas ce qu'il se passe. » On m'a amené à l'endroit dans l'urgence où ils mettent les personnes qui sont là pour la psychiatrie. (Harper, 22-29)

Les situations de traitement involontaire sont aussi une source d'incompréhension des participants qui font état d'un manque d'explication quant à la mise en œuvre de cette mesure de derniers recours et de ses conséquences. Alors qu'ils cherchent à trouver des réponses et à mieux comprendre leur situation, ils doivent parfois faire leur démarche eux-mêmes et se heurtent à des portes closes, ce qui accentue le sentiment de solitude décrit précédemment. C'est ce que River exprime dans l'extrait suivant.

J'ai appris ce qu'était une ordonnance de soins, parce que je ne comprenais pas qu'on ne pouvait rien faire avec une ordonnance de soins. Tout le monde me raccrochait au nez et personne ne pouvait m'aider. Personne ne m'ouvrait la porte. Personne ! Pourtant, j'ai appelé à plusieurs endroits. J'ai tellement fait de démarches. J'ai tellement fait de démarches. (River, 337-341)

De façon générale, cette incompréhension persiste au-delà de l'expérience de soins. Les participants mentionnent qu'en sortant de l'hôpital, ils n'ont pas trouvé réponse à leurs questions. Encore aujourd'hui, certains participants ne peuvent expliquer leur situation. D'ailleurs, lors des entrevues, plusieurs participants dévoilaient une méconnaissance des mesures légales qui expliquaient leur hospitalisation involontaire. Ceux qui exprimaient une telle connaissance ont fait les démarches pour obtenir du soutien à l'exercice et à la défense de leurs droits, accéder à leur dossier médical ou ont conservé les documents légaux relatifs à l'épisode de soins. C'est le cas de North qui, lors de l'entrevue, examine le contenu du dossier médical et de l'évaluation psychiatrique pour tenter de comprendre sa situation.

Puis je vois bien que c'est l'expertise psychiatrique, puis là les [éléments d'évaluation cochés], personne ne m'a jamais parlé de ça là. Désorganisation mentale et comportementale. Adhésion difficile au plan de

traitement. Capacité cognitive affectée. Jugement et autocritique faible. Risque de fugue. (North, 324-332)

Ce sentiment d'incompréhension peut aussi être provoqué lorsque les participants reçoivent des explications, mais que celles-ci ne tiennent pas compte de leur situation. Dans le cas de Harper, le personnel soignant lui mentionnait qu'elle ne comprenait pas sa situation sans qu'elle ait le sentiment que les motifs de son refus étaient explorés.

Si je refuse un traitement, une hospitalisation, une médication, c'est parce que je ne comprends pas bien à quel point c'est important pour moi. Donc c'est ça, ça brouille complètement notre perception de nous-mêmes et notre capacité à savoir ce qu'on veut. Après ça on te dit : « Eh bien ! Tu aurais pu le dire que tu ne voulais pas ça. » Mais non, je ne pouvais plus le dire. (Harper, 390-393)

C'est aussi ce qu'a vécu Cameron lorsqu'il exprime que le personnel soignant ne considère pas que les personnes ayant une expérience vécue en soins psychiatriques aient la capacité de consentir à leurs propres soins.

J'avoue que moi, avant de [vivre avec une problématique de santé mentale], j'aurais eu de la misère à croire qu'une personne handicapée puisse garder ses acquis éducationnels et d'expérience de travail passé, mais c'est le cas. Si tu ne [vis pas avec une problématique de santé mentale], tu ne peux pas avoir [cette compréhension]. On a la conception que quand tu tombes handicapé, tu perds tout, même tes connaissances, alors que c'est complètement faux. (Cameron, 1020-1028)

Ainsi, chez les participants à cette étude, l'expérience de la perte de repère s'exprime par un sentiment d'abandon de la part du personnel soignant et de l'entourage. L'analyse de leur vécu suggère que l'aide proposée ou reçue est caractérisée par un contrôle de l'information transmise et par des relations de pouvoir empreintes de

paternalisme, amplifiant leur sentiment d'isolement. Cette situation semble induire une dynamique de perte et de reprise de contrôle, qui sera analysée dans la prochaine catégorie.

Catégorie 1.4. : Tension entre la perte et la reprise de contrôle

La perte de repère initialement décrite évoque aussi une tension importante, un certain déchirement entre deux pôles intimement reliés au vécu des participants lors d'expérience d'hospitalisation ou de traitement involontaire. D'une part, les participants expriment vivre une perte de contrôle importante sur leur vie qui se manifeste de plusieurs façons. D'autre part, cette situation implique la nécessité pour les participants de reprendre un tel contrôle sur leur vie. Les prochains paragraphes présentent comment les participants vivent cette reprise de contrôle et comment ils expriment s'être mobilisés pour le récupérer.

Plusieurs participants identifient qu'ils ont perdu le contrôle sur leur vie à la suite d'une hospitalisation ou d'un traitement involontaire. Pour certains d'entre eux, cette perte de contrôle est notamment associée au processus de stigmatisation vécu par les personnes vivant avec une problématique de santé mentale. C'est le cas de Cameron qui exprime que « si tu dépasses ce qui est marqué sur l'étiquette, [les personnes de ton entourage] ne seront pas contents, ils vont essayer de te ramener à l'étiquette qu'ils ont décidé de te donner » (833-842).

Cette impression d'avoir perdu le contrôle sur sa vie semble aussi amplifiée par l'expérience de la coercition en soins psychiatriques, impliquant pour plusieurs participants qu'ils aient été amenés à l'hôpital par les policiers. Ils se sentent alors coupés du monde extérieur sans avoir le contrôle sur les aspects de leur situation qu'ils estiment particulièrement importants. Dans l'extrait suivant, Glenn décrit comment les règles des unités de soins psychiatriques viennent lui enlever tout le pouvoir sur sa situation de vie après avoir été amené par les policiers à l'hôpital.

Encore une fois, aucun droit à un avocat, aucune possibilité d'appeler un avocat, surtout qu'à l'hôpital, la règle elle est claire : tu n'as pas le droit d'avoir un cellulaire avec toi là-bas. C'est mis dans un casier, donc je n'ai aucune possibilité d'appeler un avocat. (Glenn, 364-367)

La perte de contrôle vécue par les participants se manifeste aussi par un fort sentiment d'être sous l'emprise du personnel soignant. Les participants ressentent que leurs propos sont censurés lorsqu'ils sont à l'hôpital et qu'ils ne peuvent pas parler de sujets importants pour eux. C'est le cas de Robin qui se voyait contraint de respecter le cadre de discussion imposé par le psychiatre.

La psychiatre. [...] Je ne pouvais pas parler de ce que je voulais parler. Elle ne voulait rien savoir de moi. Elle voulait que je sois un bon petit patient, bien traité, qui fonctionne. Elle s'en foutait de moi elle. Elle n'écoutait pas ce que je disais. Elle ne comprenait pas. Ça ne donnait rien de lui faire un dessin. « Ah, on parle de physique ? Ok, on arrête de parler ». C'est quoi le problème ? On est bâillonné, parce qu'on a un petit peu plus de jugeote qu'un autre ? (Robin, 434-447)

Ce sentiment d'être sous l'emprise du personnel soignant est aussi vécu par Harper comme une impression d'être réduite au silence, de vivre une répression de ses émotions qui était davantage néfaste pour son bien-être.

Quand [je m'exprimais], on me disait que la façon dont je le disais n'était pas correcte. [...] C'était juste que je ne devais plus dire ce que je disais. Moi, ce que j'étais en train d'essayer de dire c'est que je n'allais pas bien. Donc si tu me dis « ne dis plus ça » ... ce que je comprends, c'est que tu ne veux plus que je te le dise quand je ne vais pas bien. Donc je vais arrêter de te le dire. Puis je vais m'automutiler et tu vas me dire que ça non plus ce n'est pas correct. Et puis là, si je refais ça, tu vas m'attacher... Donc on ne peut pas parler, on ne peut pas agir. Donc tu implores. Si tu ne peux pas parler, tu ne peux pas agir, [...] évidemment, tu implores. (Harper, 315-325)

Plusieurs participants ont également eu le sentiment d'être obligés d'obtempérer à une demande ou à une règle sous peine d'aggraver leur situation à l'hôpital. Indépendamment de son degré d'autonomie, Micah a vécu cette obligation de collaborer à un transfert d'unité de soins qui ne respectait pas son autonomie ni sa dignité. Elle n'osait pas exprimer ses émotions et ses préférences, notamment expliquées par un passé traumatique, par peur de vivre des conséquences néfastes pour la suite de son hospitalisation involontaire.

J'ai été obligé d'être sur une chaise roulante et c'est très dégradant, parce que je ne comprends rien, on ne m'explique pas. Puis on m'a monté à l'étage où il y a des personnes en difficulté. On m'a obligé à enlever mes bas, mes sous-vêtements, puis j'étais très troublée. Je fonctionnais devant eux, c'était correct, mais moi ça m'a traumatisé aussi. Mon ex-conjoint m'a déjà violé. (Micah, 87-91)

Ce sentiment d'être obligé de collaborer et de répondre aux demandes des équipes de soins est aussi partagé par River. Dans l'extrait suivant, aucun levier légal ne contraignait la participante à prendre de la médication. Pourtant, elle se sentait obligée de la prendre sous l'effet de la menace ou pour négocier certains avantages.

Avant l'ordonnance de soins, c'est marqué dans leur propre rapport... C'est marqué que j'avais pris l'injection pour une sortie de l'hôpital, comme

levier. Dans le même rapport, c'est marqué que j'allais avoir une ordonnance de soins si je ne respectais pas l'entente. [...] [Être] libre, c'est parce qu'on ne se sent pas forcé de le faire, mais moi je me sentais forcée [de prendre la médication]. Ils n'arrêtaient pas de me faire des menaces que j'allais avoir une ordonnance de soins si je ne respectais pas leur entente. Donc, j'ai essayé leur médication, mais ça ne me faisait pas. (River, 51-79)

Le sentiment de vivre sous la menace lors d'une hospitalisation a aussi été partagé par d'autres participants. Dans le prochain extrait, Harper exprime cette menace vécue lors d'une hospitalisation involontaire lorsqu'on lui a demandé de prendre une médication qu'elle pouvait légalement refuser.

Parfois j'ai l'impression, quand je le raconte, que les gens ne réalisent pas que, t'arrive [à l'hôpital], on te dit de mettre une jaquette. Je veux dire que tout le monde peut dire : « non, je ne veux pas en mettre. » On est sensé pouvoir choisir pour soi-même, je suis une adulte. [À l'hôpital], on te dit : « non, il faut que tu en mettes une. » Ben c'est parce que je ne vais pas en mettre une. À ce moment, c'est un agent de sécurité qui vient te... Et qui se place en position menaçante pour dire : « tu n'auras pas le choix. » Ensuite, il y a des adultes en situation d'autorité sur toi qui te disent : « non, tu ne pourras pas décider si tu quittes ou pas. Non, tu ne pourras pas décider à quelle heure tu manges. Non, tu ne pourras pas. [...] Non, je n'avais pas d'ordonnance de traitement, mais j'ai des souvenirs de tellement de fois où j'ai eu des menaces [pour prendre ma médication]. [Parfois], je ne refusais même pas la médication. Je demandais une question tout à fait légitime, puis on me menaçait. [...] Je faisais juste demander : c'est quoi la pilule bleue ? [Le personnel soignant me répondait :] « on te l'a dit, si tu ne veux pas les prendre tes médicaments, on va te retourner chez vous et tu t'arrangeras toute seule. » (Harper, 370-473)

Cette perte de contrôle s'accompagne, pour plusieurs participants, d'un besoin de reprendre du pouvoir sur leur vie. Certains vivent ce besoin comme un combat, un devoir de se battre afin de retrouver leur autonomie. Pour d'autres, il s'agit de prendre les actions nécessaires pour éviter d'être contrôlé à nouveau, comme l'indique Robin : « il faut que tu t'organises, sinon c'est toi qui te fais organiser » (425-426). Aujourd'hui, il est

conscient de l'importance de s'exprimer dans les situations qui ne lui conviennent pas : « je ne me laisse plus manipuler. Je n'embarque plus. Quand j'ai envie de dire non, je dis non, même si parfois ça ne passe pas » (Robin, 559-561).

Ce désir de se mettre en action permet aussi aux personnes d'identifier ce qu'elles veulent de mieux pour elles et de contraster le tout aux objectifs poursuivis par le personnel soignant. Ces objectifs sont parfois très différents et, comme le relate Cameron, agir par lui-même permet de garder des objectifs qui sont réalistes et satisfaisants.

Je ne veux pas le faire en obligation avec eux, parce que je vais me ramasser dans un CHSLD ou dans une maison des aînés et ce n'est pas agréable. Je n'en veux pas de ça. J'ai toujours fait ma sélection des ressources et puis je ne veux pas que ça soit l'aide sociale ou un truc comme ça qui vienne décider c'est quoi ma ressource et puis d'être obligé à une seule ressource. (Cameron, 539-544)

D'autres participants voient aussi l'importance de mettre à profit ce qu'ils ont appris de leurs expériences d'hospitalisation et traitement involontaires afin d'aider les autres à diminuer les conséquences négatives. Cette réappropriation du pouvoir les aide à diminuer le risque que ces conséquences surviennent et que d'autres personnes vivent des expériences négatives. Dans l'extrait suivant, la mission personnelle de Harper lui permet à la fois de reprendre le contrôle sur sa vie, mais aussi de transmettre des connaissances qu'elle aurait aimé avoir lors de sa propre expérience d'hospitalisation involontaire.

Pour diminuer les possibilités que ça arrive de nouveau, assurément. Pour réparer quelque chose un peu tu sais. Aussi beaucoup pour pouvoir partager. C'est vraiment important pour moi de partager cette info-là, le plus possible. J'en suis probablement vraiment éreintante parfois. Je me fais un devoir, maintenant, d'informer le plus possible les gens. Surtout ceux qui ont été ou qui vont ou qui sont dans le système psychiatrique, qui vivent des

difficultés en général au niveau de leur santé mentale. C'est ça... je me fais un devoir maintenant. Moi, de tout le temps trouver plus d'infos pour pouvoir leur en partager le plus possible. (Harper, 883-890)

Malgré l'importance soulignée par les participants de se réapproprier ce contrôle sur leur situation, plusieurs nomment qu'il est particulièrement difficile d'exercer un tel pouvoir pendant une hospitalisation. Les participants se décrivent comme fragilisés et vulnérables, le personnel soignant ayant aussi, parfois, de la difficulté à rendre leurs intentions et leurs objectifs légitimes. C'est ce que North raconte lorsqu'elle a dû se montrer résiliente pour combattre les allégations de risque de fugue portées contre elle alors qu'elle voulait se vêtir et reprendre son autonomie pour améliorer sa condition physique.

J'ai parlé à l'infirmière en chef en lui disant : « madame, moi, il faut que je me mobilise. J'ai un corset qui me donne de la misère, parce que j'ai une jaquette. Là, je vais avoir des couches, je veux des vêtements ordinaires qui vont me permettre de marcher fréquemment, puis de sortir d'ici, parce que je vais vous faire la démonstration que je suis mobile. » Alors elle me regarde en disant : « j'hésite beaucoup là. J'hésite beaucoup. » De ma démarche personnelle, j'ai dit : « écoutez, je vais mettre très en évidence que j'ai un bracelet opiacé. Je ne veux pas fuguer, je veux marcher. » (North, 482-491)

Plusieurs participants vivent avec la détermination de livrer une bataille pour améliorer leur situation et défendre leur autonomie lors d'hospitalisations ou de traitements involontaires. S'ils ne s'investissent pas personnellement dans ce combat pour le respect de leur personne et de leurs droits, ils ont l'impression que ces expériences de perte de contrôle perdureront. C'est pourquoi Chandler a choisi de s'impliquer afin de faire contrepoids à l'usage persistant des autorisations judiciaires de soins.

Comme je l'ai dit, à force de passer en Cour, j'ai comme réalisé que, si ça continuait comme ça, je serais sur autorisation [de soins] pour le reste de ma vie. Donc, il fallait que je trouve... Là j'ai commencé à faire beaucoup, beaucoup, beaucoup de recherches sur internet, à demander partout, à faire des téléphones. (Chandler, 594-598)

C'est aussi ce qu'exprime River lorsqu'elle souligne l'importance de dénoncer les expériences négatives vécues par les personnes vivant avec une problématique de santé mentale pour que les choses changent. Comparant la coercition formelle à un « crime » (409), elle identifie aussi l'importance de s'informer sur les recours possibles et de connaître sa situation pour en reprendre le contrôle.

Je ne savais pas qu'une ordonnance de soins impliquait ces lois-là. [...] J'ai été forcée, contre mon gré, à prendre des [médicaments] que je ne voulais pas prendre. [...] Je ne savais pas qu'une affaire de même pouvait exister, mais je veux dénoncer ce crime. Je veux dénoncer ça, parce que c'est un crime contre la personne et je vais me battre. Je vais me battre. Je vais me battre ! Je vais dénoncer ce crime-là, parce que ça ne se fait pas ! [...] Dénoncez. Dénoncez ! Parlez-en. Parlez-en ! Parlez-en ! Dénoncez ça ! Affirmez-vous ! Étudiez vos lois et étudiez votre dossier, mais dénoncez. Si personne ne parle, ça va toujours continuer. Le monde a peur de parler. Qu'est-ce qu'ils nous font [à l'hôpital], c'est tellement de la torture. Psychologiquement, ils nous affectent tellement que le monde, ils sont terrorisés de parler. (River, 409-458)

En lien avec ce dernier extrait, plusieurs participants ont aussi identifié l'importance de se mettre en action en s'informant de leur situation, en prenant connaissance de leur dossier et en entamant des démarches pour défendre leurs droits et exercer leurs recours. Toutefois, les participants sont aussi conscients que de telles démarches sont souvent difficiles. L'expérience de Cameron, bien qu'il encourage cette mise en action, montre aussi que ce ne sont pas toutes les personnes qui sont prêtes à faire de telles démarches par elles-mêmes pour améliorer leur situation.

On est pris dans un engrenage où qu'est-ce que je voudrais dire aux autres usagers ? Occupez-vous de vos affaires et de vos dossiers [...] La plupart ne vont pas s'en occuper. Combien de personnes que j'ai rencontrées depuis 4-5 ans : « ah, fais mon dossier. Tu as l'air bon là-dedans ». Non, c'est à toi de le faire. Je vais te donner un guide, suit-le. Il ne le fera pas. Il ne [passe] pas à l'action. C'est pour ça qu'ils sont en autorisation [judiciaire] de soins. (Cameron, 1386-1394)

Aucun participant n'estime avoir pleinement repris le contrôle sur sa vie malgré l'importance des efforts déployés. Il s'agit d'un facteur important dans leur perte de repères puisqu'ils expriment à la fois que deux dimensions, soit la perte et la reprise de pouvoir, échappent encore partiellement à leur compréhension. Plusieurs ne comprennent pas pourquoi ils sont soumis à cette perte de contrôle et ne comprennent pas comment faire pour le retrouver. Bien que le fait de connaître ses droits et d'exercer ses recours soit rattaché à l'exercice d'un pouvoir sur sa situation, le prochain thème exposera de manière plus approfondie la difficulté des participants à réaliser un tel exercice lors d'expériences d'hospitalisations ou de traitements involontaires.

Thème 2 : Vivre un sentiment d'injustice

Un sentiment d'injustice est présent chez la majorité des participants, qui ont vécu une atteinte à leurs droits fondamentaux lors d'expériences d'hospitalisations ou de traitements involontaires. Toutefois, c'est avant tout le sentiment de ne pouvoir se défendre adéquatement devant ces mesures légales qui constitue la dimension prédominante de ces expériences. Celles-ci se caractérisent par le sentiment que l'exercice de leurs droits et recours est impossible tout comme la défense de leurs droits est un combat perdu d'avance.

Catégorie 2.1. : (Im)possibilité d'exercer ses droits et recours

La possibilité d'exercer ses droits et recours figure comme un moyen important pour les participants à cette étude afin de reprendre du pouvoir sur leur vie. Pourtant, ces derniers vivent d'importantes difficultés à réaliser un tel exercice. Ils expriment que la mise en œuvre des recours est particulièrement ardue en raison des dispositions prévues à la loi. Axel raconte son vécu de gardes préventives répétées où il a reçu son congé médical au terme des 72 h prévues par la loi, sans se présenter devant un juge. Malgré qu'elle soit légalement autorisée, cette perte de liberté est perçue comme abusive compte tenu de l'impossibilité de la contester.

C'est pour ça qu'ils ne m'ont jamais amené devant un juge, parce que c'était de l'abus pur et simple. [Les policiers] ne t'amènent jamais devant un juge, parce que c'est de l'abus. Ils t'amènent [à l'hôpital] pendant une petite période de temps à chaque fois pour te brouiller. [Les policiers] ne t'amènent pas devant un juge, parce qu'ils savent que s'ils t'amènent devant un juge, le juge va dire : « qu'est-ce que vous faites ? » C'est ça de la coercition. C'est de ne jamais t'amener devant un juge, mais de t'amener quand même [à l'hôpital]. (Axel, 342-348)

Les participants expriment aussi une difficulté à exercer leurs recours face à l'autorisation judiciaire de soins où les délais de contestation sont courts, compte tenu du fardeau que représente une préparation adéquate. Cameron exprime qu'il est difficile, avec un aussi court délai, de bien comprendre sa situation et de prendre des mesures pour contester une décision devant le tribunal.

Il faudrait modifier la loi quant à l'option du délai [de contestation] tout simplement. En ce moment pour l'autorisation judiciaire de soins, une fois par année, le psychiatre fait un rapport [...]. Puis le jugement, [...] tu as 5 jours pour le contester puis après c'est fini. (Cameron, 1049-1054)

Les participants mentionnent aussi que l'accès à un représentant légal, bien que le service leur soit majoritairement offert, ne vient pas améliorer leurs possibilités d'exercer un recours. Certains participants expriment avoir de la difficulté à communiquer avec un avocat. Pour Glenn, les services juridiques en santé mentale ont été interrompus la fin de semaine alors qu'il souhaitait obtenir des informations sur ses recours au début d'une hospitalisation involontaire.

Je ne sais même pas ce qui était écrit dans la demande d'ordonnance [de garde provisoire]. Je n'ai toujours pas parlé à un avocat et nous sommes samedi. Il n'y a aucun moyen de parler à un avocat en santé mentale, le samedi. J'appelle la ligne d'urgence de l'aide juridique pour me faire répondre qu'il n'y a aucun avocat en santé mentale, [qu'il y a] seulement [des avocats] en droit criminel. Il n'y a aucun moyen d'avoir des conseils d'un avocat [la fin de semaine]. (Glenn, 183-188)

D'autres participants ont vécu une difficulté à se trouver un représentant légal malgré de multiples démarches. Il se sentent seuls et abandonnés dans la mise en œuvre de leurs droits et recours puisqu'ils n'ont pas l'impression d'être représentés comme le serait tout autre citoyen en temps normal. Dans le prochain extrait, Chandler a désespérément cherché un représentant légal qui croirait en sa cause.

C'est très difficile, parce qu'en [santé mentale], il n'y a pas d'avocats qui nous soutiennent. [...] Les avocats qui acceptent ces causes-là, [...] ce sont des avocats juniors. Souvent, ce sont des causes qu'aucun autre avocat d'expérience ne veut défendre, parce qu'il y a très peu de chances de gagner. Très souvent aussi, les avocats ne croient pas la personne. Ils croient que le médecin a raison. [...] Donc, c'est très difficile de se battre et trouver un avocat [...] » (Chandler, 603-618)

Le coût relié aux services juridiques est aussi un enjeu vécu pour l'accès à un représentant légal. Plusieurs participants ont le sentiment que de bons services et une bonne représentation légale sont onéreux et ils n'ont pas les moyens financiers pour payer des sommes importantes, ce qui diminue de façon considérable la possibilité d'exercer leurs recours. Dans le prochain extrait, Micah se considère chanceuse d'avoir eu accès à un représentant légal parce que sa situation financière le permettait au début de ses expériences d'hospitalisations involontaires.

Mon avocate à ce moment-là, parce que j'avais de l'argent, j'avais des avocats au début. [Plus tard,] je n'avais plus d'argent, donc j'avais de la difficulté à trouver des avocats. [...] Parfois, j'avais de l'argent, mais les avocats ne voulaient pas prendre la cause. Dans les années qui ont suivi, je n'avais plus d'argent, donc je n'avais pas d'avocat. (Micah, 17-22)

Les participants ont aussi l'impression qu'ils ne sont pas entendus lorsqu'il est question d'exercer leurs droits. Ils sentent que leur parole n'est pas considérée, ce qui limite la possibilité de recours. Leur version des faits est impossible à communiquer, comme l'a vécu Micah qui exprime le besoin « qu'on me soutienne et qu'on accepte de m'entendre, [...] je n'avais même pas le droit de donner ma version » (217-219). C'est aussi ce qui se dégage du vécu de River qui a l'impression que ses gestes ou que ses paroles sont ignorées face à l'autorisation judiciaire de soins. Pour cette participante, les effets de cette impression d'être ignorée vont au-delà de la reconnaissance de la voix des personnes premières concernées lorsqu'elles exercent leurs droits et leurs recours : cette ignorance en vient également à affecter les systèmes de croyances des personnes.

On ne peut pas rien faire. On ne peut pas se défendre. On ne peut pas rien dire. On ne peut pas. On est complètement pogné. C'est notre corps, ce sont

nos croyances. C'est toute notre liberté, notre intégrité. C'est une horreur.
(River, 154-157)

Devant l'absence de résultats satisfaisants, plusieurs participants ont l'impression que les instances qui doivent protéger leurs droits ne remplissent pas leur mandat, comme l'exprime Harper : « je ne crois pas que les systèmes sont en place pour le bien des individus. Je pense que les systèmes sont en place pour le bien des systèmes » (858-859). De plus, cette impression entraîne un profond découragement face au respect de leurs droits et recours. Ce découragement se dégage du vécu de Glenn.

N'essaie pas d'avoir réparation, n'essaie pas de t'exprimer. Tu ne gagneras pas [contre le système]. Tu vas perdre ton temps. Tu vas perdre des années de ta vie à essayer de prouver que tu as vécu une injustice. Ça ne sert à rien, le système n'est pas fait pour ça, le système est fait pour se protéger intégralement. [...] Le système est fait que pour le patient ne puisse pas se défendre face à la [garde préventive]. (Glenn, 1416-1423)

Les expériences présentées jusqu'à maintenant montrent la difficulté pour les participants d'exercer un recours et le sentiment d'injustice généralisé qui émerge de ces expériences particulièrement difficiles. Toutefois, certains éléments positifs vécus par Axel méritent d'être abordés. En effet, sa démarche pour obtenir justice à l'égard de certains éléments entourant sa première hospitalisation involontaire s'est conclue en sa faveur. Ce gain ne répare pas entièrement l'atteinte à ses droits, mais lui permet de regagner une certaine fierté et de montrer les difficultés d'exercer ses recours en étant seul. Il raconte que d'exercer un recours est un travail complexe, ardu et très long.

J'ai fait des demandes d'accès à l'information au poste de police, à l'hôpital, partout. J'ai fait venir tous les documents. [...] [Lors de l'analyse des

documents,] j'ai vu qu'il y avait des contradictions. J'ai tout amené [ce que j'avais identifié] à la cour et j'ai assigné des témoins. (Axel, 366-369)

En somme, le vécu des participants suggère qu'ils ont l'impression qu'exercer un recours est difficile afin de contester l'atteinte à leurs droits en contexte d'hospitalisation ou de traitement involontaire. En plus de vivre un découragement face à la mise en œuvre de recours et d'avoir l'impression que leur parole est ignorée, les dispositions actuelles de la loi, les délais de contestation et la difficulté de trouver un représentant légal figurent parmi les éléments importants de leurs expériences. La prochaine catégorie expose comment ce sentiment d'injustice se transpose également alors qu'ils se battent pour défendre leurs droits.

Catégorie 2.2. : Être seul face à l'adversité

Comme l'expose la catégorie précédente, l'impression qu'il est impossible d'exercer des recours est vécue par les participants comme une difficulté importante dans la reconnaissance de leurs droits fondamentaux et, plus particulièrement, leurs expériences de justice et d'injustices en soins psychiatriques. Les participants vivent aussi « l'illusion » de pouvoir défendre leurs droits (Chandler, 200). Ils ont l'impression que leurs droits peuvent être suspendus de plusieurs façons, dans plusieurs contextes, comme Harper l'exprime : « en psychiatrie, c'est comme si un coup que tu rentres là, tes droits sont malléables » (511-513). De plus, comme présenté dans le premier thème, la recherche d'informations spécifiques aux droits et recours est un élément important dans l'expérience des participants afin d'assurer leur respect et leur mise en œuvre. Pourtant,

les participants qui estiment avoir les connaissances nécessaires pour défendre leurs droits expriment qu'il n'y a pas d'amélioration du respect accordé à ceux-ci et qu'ils vivent davantage d'inconvénients. C'est ce que Chandler mentionne dans le prochain extrait.

Les droits, c'est une illusion [...]. [Pourtant], dans les 10 dernières années, j'appelais régulièrement un organisme communautaire [en santé mentale] qui me donnait de l'information sur mes droits. C'était très frustrant, parce que ça augmentait ma souffrance. Plus j'étais au courant de mes droits, plus [je sentais qu'] ils étaient violés. (Chandler, 200-205)

C'est également ce qu'a vécu Harper qui verbalise sa peur de défendre ses droits alors qu'elle croit avoir les connaissances pour le faire. Cette peur de vivre davantage de coercition l'empêche d'aller de l'avant.

Quand tu défends tes droits, j'ai l'impression, [...] mieux tu le fais et plus ardemment tu le fais, plus on va voir ça comme un signe de ta maladie. Donc, ça va confirmer [à l'équipe de soins] qu'il faut te donner plus de pilules, qu'il faut t'attacher plus souvent. [...] Si demain matin, avec les connaissances que j'ai maintenant, je retournais en psychiatrie, je ne défendrais pas mes droits. [Je n'en parlerais même pas]. J'attendrais que ça passe, [parce que] ça ne sert à rien. Défendre ses droits en psychiatrie, tu es comme dans des sables mouvants. Plus tu vas essayer de te débattre, plus la situation va s'empirer. (Harper, 620-627)

Cette peur de vivre plus de coercition lorsque les participants veulent défendre leurs droits est aussi exprimée par Micah.

[Mes droits] étaient plus que bafoués, parce que [le personnel soignant] ne nous laissait pas porter plainte, il ne nous laissait pas faire des demandes. Ça se tournait toujours contre nous [...]. On était puni quand on faisait une demande. [Le personnel soignant] attachait les personnes [hospitalisées] et ils [leur] donnaient une piqure [...]. Ceux qui essaient de faire des demandes [adéquates] et qui avaient une réaction face aux refus, ils se faisaient continger par la médication. [Certains] étaient attachés plutôt que d'avoir un plan d'intervention aidant à leur développement [...]. C'était très coercitif. (Micah, 403-423)

D'autres participants vivent les démarches pour défendre leurs droits comme un rapport d'inégalité considérable face au pouvoir médical. Ils ont l'impression que les juges considèrent seulement les rapports d'évaluation rédigés par les psychiatres. Cette inégalité émerge des expériences de Chandler et River face à une demande d'autorisation judiciaire de soins.

Les avocats [...] ont des causes où ils savent qu'ils n'ont aucune chance de gagner, parce que c'est le médecin qui va l'emporter. De plus, [...] je pense qu'ils sont payés un montant forfaitaire, qui [ne les rémunère] pas pour le travail qui doit être fait [pour] se battre pour une cause comme [la mienne]. Donc, il n'y a rien pour nous, en quelque part. Il n'y a rien pour nous. (Chandler, 758-765)

J'ai fait des démarches [pour me défendre], vous n'avez pas idée. Si vous aviez vu toutes les réponses [décourageantes] qu'on m'a données [...] Ça n'a pas de bon sens ! Je me suis rendu compte que pour une ordonnance de soins, [il n'y a rien à faire]. Le psychiatre me l'a déjà dit. Il était assis et il s'est avancé vers moi en souriant en disant : « il n'en a pas de porte de sortie. » [...] (River, 173-178)

Les participants qui ont vécu le processus de garde en établissement vivent aussi cette inégalité. Ils ont l'impression que les évaluations ne leur rendent pas justice. L'impression que les évaluations sont partiales explique le sentiment d'injustice vécu par Micah.

La deuxième psychiatre [...] qui a fait en sorte que je sois hospitalisée, elle avait une idée préconçue à la première rencontre [...]. À la première rencontre que j'ai eue avec elle une fois [à l'hôpital], elle me dit : « Je n'irai pas à l'encontre de [la première évaluation psychiatrique]. » (Micah, 223-227)

Pour Glenn, ce sentiment s'explique par l'impression d'un manque de crédibilité lors des évaluations psychiatriques et que ses propos ne sont pas validés auprès de tierces personnes.

Je raconte l'histoire à la psychiatre [...] et à la fin de l'entrevue, elle me dit : « je te garde 30 jours à l'hôpital. » Je lui demande [de m'expliquer les raisons]. Elle me répond : « je ne crois pas ta version. » Je lui demande pourquoi elle ne croit pas ma version. Elle me répond : « dans les papiers que j'ai sur ton affaire, ça me dit que tu étais en arrêt de travail deux fois cette année. » Je lui dis que j'étais en arrêt de travail [seulement] une fois. Elle dit : « c'est marqué deux et je ne te crois pas ». Je lui dis : « appelle mon boss, il va te le dire que j'étais en arrêt de travail juste une fois ». Elle me dit : « non, je ne le ferais pas ». (Glenn, 127-135)

Micah aussi aurait préféré que l'évaluation psychiatrique tienne compte des évaluations psychologiques antérieures et de l'expertise de psychologues qu'elle consultait.

Quand j'ai [vécu la garde en établissement], ça ne faisait pas de sens, parce qu'une des psychologues [que je consultais] me connaissait depuis [quelques années]. Donc, si j'avais eu des propos dangereux ou menaçant pour quelqu'un [...] elle m'aurait dénoncé [...]. J'ai aussi été évaluée par [un autre] psychologue [dans le passé]. [...] Comme je n'avais pas de psychiatre qui était disponible pour m'évaluer et que je n'avais pas l'argent [pour défrayer les coûts importants], j'avais fait faire une évaluation par un psychologue [...]. Donc, j'avais [été évalué par] trois psychologues, qui sont des professionnels de la santé. La psychiatre de l'hôpital a omis de mettre ces informations dans le dossier. Une chance que j'avais une formation professionnelle, pas en psychiatrie [...], mais devant le juge j'étais capable de nommer les suivis que j'avais. J'avais des attestations, mais le juge s'en est remis à la décision de la psychiatre [...]. (Micah, 157-176)

Plusieurs participants vivent la défense de leurs droits comme une cause perdue d'avance. Ils se sentent condamnés avant même de se présenter au tribunal pour se défendre face à une mesure légale, comme Charlie qui a « compris que dans le système,

dès que tu es accusé, tu es perdant » (506-507). Bien qu'il se soit impliqué dans la préparation de sa défense, il se sentait ridiculisé par l'équipe de soins et ignoré lors de son audience.

Je pensais que [de me défendre] aurait des résultats, mais j'ai bien vu que [les juges] n'écoutaient pas le patient. [Le personnel à l'hôpital] disait que je perdais mon temps à vouloir me défendre. Je préparais ma défense et ils trouvaient ça un peu [absurde], [...] que je prenais tout mon temps à vouloir argumenter puis me défendre. (Charlie, 364-372)

Pour d'autres participants, le sentiment d'être « condamné » (Charlie, 578) avant même son passage au tribunal s'explique par des évaluations psychiatriques brèves où, comme dans la situation de Glenn, l'issue de la mesure légale est déterminée avant la rencontre avec le psychiatre.

Un psychiatre me rencontre dans le corridor, il me dit : « bonjour monsieur, je suis le psychiatre, [...] je vais vous rencontrer bientôt. J'ai déjà fait mon idée, je vais dans la même optique que ma collègue et je vais vous garder à l'hôpital. » Je lui dis : « vous ne m'avez même pas rencontré et vous avez déjà décidé que vous me gardez en psychiatrie ? » Il dit : « Oui, d'après ce que j'ai lu dans le rapport de ma collègue, [il y a assez d'éléments] pour vous garder en psychiatrie. » Je lui dis : « [...] Ça ne vaut pas la peine dans la [garde provisoire] d'avoir deux évaluations [si] tu te fies à la première évaluation [...]. Tu ne m'as même pas rencontré et tu as déjà ton idée. » La rencontre [...] a duré moins de cinq minutes. Sur son rapport, on [comprend] très bien que [la rencontre] n'a pas duré longtemps, il y a environ 10 lignes dans son rapport. (Glenn, 169-180)

Certains participants ont le sentiment qu'ils ne pourront pas avoir réparation pour pallier les injustices vécues. Ils estiment que le processus légal pour tenter d'obtenir justice n'en vaut pas la peine, à la lumière des conséquences collatérales subies à l'égard de leurs soins et à l'asymétrie des relations de pouvoir. C'est ce qu'estime North dans le prochain extrait.

Pour le reste, j'ai des pertes irréversibles, mais je compose bien [avec ces pertes]. Je fais de la physiothérapie depuis [que je suis sortie de l'hôpital] et tout va bien [...]. Quelles sont mes chances de poursuite ? Aucune chance de poursuite. (North, 673-676)

Comme l'illustre l'analyse du vécu des participants en contexte d'hospitalisation ou de traitement involontaire, le sentiment d'injustice s'explique ainsi par la reconnaissance et l'exercice particulièrement difficile de leurs droits et recours. Plusieurs participants ont exprimé ces difficultés par « l'illusion » de pouvoir défendre leurs droits (Chandler, 200), l'inégalité des rapports de pouvoir lors des audiences ou des évaluations, le sentiment d'être « condamné d'avance » (Charlie, 578) et l'impression qu'une réparation de ces injustices est impossible. Ces sentiments figurent comme des éléments importants dans le vécu des participants et concluent ce deuxième thème. Le prochain thème approfondit les expériences de soins vécues par les participants en contexte d'hospitalisation ou de traitement involontaire.

Thème 3 : Subir les conséquences négatives de la coercition en soins psychiatriques

Ce troisième thème s'intéresse plus particulièrement à la signification apportée par les participants à l'égard des soins psychiatriques lors d'épisodes coercitifs. Dans ce contexte, la majorité des participants ont l'impression que les services reçus ne leur ont pas apporté de bénéfices. Plusieurs participants qualifient cette expérience comme difficile et marquante pour le reste de leur vie.

Catégorie 3.1. : Avoir l'impression de ne recevoir aucune aide

Lorsque les participants à cette étude ont vécu une hospitalisation involontaire, ils ont aussi eu l'impression qu'il n'y avait aucune différence dans leur situation avant et après cette hospitalisation. Les services et les soins qui sont offerts durant l'hospitalisation involontaire ne sont pas perçus comme aidants. C'est ce que Charlie verbalise lorsqu'il parle de son expérience de garde en établissement comme une attente où le temps écoulé est un facteur plus important que les soins reçus : « Je devais [rester à l'hôpital] pour le mois. Lorsque le mois était fini, j'étais guéri. C'est tout, j'étais guéri » (534-535). Cette attente avec l'impression de ne recevoir aucune aide durant une hospitalisation est aussi exprimée par Glenn qui associe son expérience à un purgatoire.

Ce que j'ai réalisé en étant le patient, c'est que la psychiatrie est juste une salle d'attente en espérant qu'une crise parte. On fait juste observer en disant : « bon finalement, sa crise est partie, on le laisse partir. » Sans donner aucun soin. (Glenn, 1195-1198)

Pour d'autres participants, ce sentiment se dégage de leur expérience alors qu'ils cherchent de l'aide à l'hôpital de façon volontaire. Pour Micah, cette recherche d'aide volontaire s'est transformée en garde préventive brève sans qu'elle ait l'impression que les soins reçus ont répondu à ses besoins durant sa brève hospitalisation.

[...] Je suis allée à l'hôpital pour demander une médication contre la douleur. Je n'ai pas tout raconté ma vie. [...] La dame a décidé de m'envoyer en psychiatrie, mais j'ai refusé. Ils m'ont dit que je devais aller en psychiatrie. [...] [Je ne croyais pas] qu'on m'envoie en psychiatrie. [...] Finalement, j'ai passé la nuit [à l'urgence]. C'est atroce, vraiment atroce. [...] Je n'avais rien à faire de la soirée. [J'étais] sur une civière [avec une douzaine] de personnes cordées les unes à côté des autres. [...] En rien, [le personnel soignant] n'observe quelque chose. Ce n'est pas possible de parler avec quelqu'un. C'est comme un aquarium. Il n'y a pas de fenêtre, mais on

est observé [...]. Le lendemain, j'ai rencontré le psychiatre et [j'ai reçu mon congé de l'hôpital]. (Micah, 727-752)

L'absence d'alternative à la mesure légale figure aussi comme un facteur qui se dégage du vécu des participants. Dans le prochain extrait, Skylar aurait préféré rencontrer l'équipe de suivi intensif dans le milieu (SIM) avant l'application de l'autorisation judiciaire de soins pour l'amener à l'hôpital contre son gré.

J'avais arrêté de prendre mes médicaments et j'aurais pu aller au [Centre local de services communautaires] pour recommencer à [les] prendre. [Toutefois, les policiers] ont décidé de m'emmener à l'hôpital. Il est possible qu'ils m'aient emmené à l'hôpital parce que j'ai arrêté de prendre mes médicaments. [...] Je ne le sais pas. (Skylar, 100-106)

Après avoir quitté l'hôpital, plusieurs participants mentionnent que l'absence de suivi figure parmi les incompréhensions vécues et accentue ce sentiment de ne recevoir aucune aide. Le retrait du soutien psychosocial dans la communauté est incompréhensible du point de vue de Charlie qui estimait ce soutien nécessaire dans sa situation.

J'avais une éducatrice du soutien communautaire. Comme pour les interventions en psychiatrie, j'ai eu [le service] seulement un an et elle a débarqué de mon dossier. Étrange pour un homme [considéré] si dangereux de lui enlever tout son soutien. Elle n'a pas voulu [m'expliquer les raisons]. Moi je lui ai [demandé des explications]. [...] [Elle m'a répondu] que je suis capable de me débrouiller tout seul. [...] (Charlie, 301-313)

Ce besoin de recevoir une aide à l'hôpital est partagé par plusieurs participants malgré l'expérience opposée alors qu'ils estiment que l'accompagnement et le soutien du personnel soignant ne sont pas adéquats lorsqu'ils sont sur une unité de soins psychiatriques. Harper a l'impression qu'elle n'a pas reçu l'accompagnement nécessaire

en mentionnant « clairement que j'avais besoin d'aide » (297) lorsqu'elle évalue son expérience décrite dans le prochain extrait.

Quand j'ai commencé à être hospitalisée, [le personnel soignant] me disait que je n'agissais pas comme il le fallait, que je n'avais pas les bonnes réactions, les bons choix de vie, les bons choix de comportement et que je ne devais plus [m'automutiler]. [Ils ne me demandaient] pas : « qu'est-ce qui fait que [tu t'automutiles] ? » [Ils me disaient] : « tu pleures trop, tu pleures tout le temps, il faut que tu arrêtes de pleurer. » Personne [ne m'a] demandé pourquoi je pleurais, qu'est-ce qui me faisait pleurer ou pourquoi j'avais de la peine. [...] On ne me demandait pas pourquoi je le faisais. On ne me soutenait pas ou on ne me proposait pas qu'est-ce que je pouvais faire d'autre. [...] Je ne devais pas me sentir comme je me sentais. (Harper, 255-265)

Bien que la majorité des participants vivent avec l'impression de ne recevoir aucune aide en soins psychiatriques, certains vivent aussi avec l'espoir que les services peuvent être améliorés. Micah exprime une expérience qui lui donne espoir dans l'amélioration de l'aide apportée par le personnel soignant.

Il ne faut pas mettre tout le monde dans le même bateau. Si j'avais eu un autre psychiatre, je suis certaine que ça aurait été différent. Dans la pratique privée, je connaissais quelques psychiatres et ce ne sont pas [tous les psychiatres] qui fonctionnaient comme celle que j'ai rencontrée. (Micah, 214-217)

L'absence d'aide vécue par la majorité des participants avant, pendant et après une hospitalisation involontaire contribue au vécu d'expériences négatives et à la perception que les soins psychiatriques font plus de mal que de bien. Ils vivent une perte de liberté alors qu'ils n'ont pas d'options alternatives et qu'ils ont l'impression d'être privés de recevoir l'aide requise pour améliorer leur situation de vie.

Catégorie 3.2. : Avoir le sentiment d’être traité de façon inhumaine

Le sentiment que les soins psychiatriques apportent davantage de conséquences négatives que de bénéfiques est aussi vécu par le sentiment d’être traité de façon inhumaine à l’hôpital. Plusieurs participants mentionnent avoir subi des soins qui, après les faits, ne leur venaient pas en aide. C’est le cas de Chandler qui remet en question l’accompagnement offert par une travailleuse sociale lors d’une hospitalisation involontaire.

J’aurais eu le droit de sortir [de l’hôpital], mais avec une travailleuse sociale. [Faire une sortie avec] la travailleuse sociale, [...] c’était exactement comme si on te disait : « tu peux sortir [de l’hôpital] avec le psychiatre. » Elle rapportait tout [au psychiatre]. Elle dramatisait [...]. Elle n’était tellement pas humaine et elle n’était pas professionnelle [...]. Par exemple, je disais que je voulais aller dans une ressource. [...] Soit elle me disait : « débrouille-toi et trouve-la. » Soit elle me disait : « je peux t’accompagner. » Ensuite elle m’amenait dans son bureau et elle appelait la ressource. [...] Elle ne se présentait même pas. Elle disait juste son prénom. [...] Elle ne disait pas qu’elle était travailleuse sociale ni qu’elle appelait de l’hôpital. [...] Alors la personne à l’autre bout du fil ne comprenait jamais ce qu’elle voulait dire. J’étais toujours obligée de couper et de dire : « madame, je m’appelle unetelle, je suis accompagnée par une travailleuse sociale. » J’étais obligée de faire son travail. (Chandler, 813-831)

Pour North, qui pose un regard à posteriori sur son expérience, l’évaluation de sa condition mentale est un facteur important dans l’impression que son hospitalisation a été prolongée indument.

[...] Si une psychiatre de l’hôpital était venue me voir au troisième jour du délire où je vois des photos sur les immeubles. [...] Je n’étais pas encore complètement confuse. Elle se serait présentée en disant : « je suis psychiatre, je suis un peu inquiète, on me rapporte que vous voyez [des photos sur les immeubles en face]. Est-ce qu’on peut parler un peu ? » J’aurais participé, j’aurais complètement collaboré. Je pense que j’aurais ouvert davantage avec elle qu’avec n’importe qui d’autre, [parce que cette personne] parle mon langage. Je vois des affaires que je ne suis pas

supposée de voir. Si je me rappelle, je l'ai dit à plein de monde [que je voyais des photos]. [...] S'il y avait eu un psychiatre, il me semble que c'est un début de solution. [...] Quand je dis à la première [personne soignante] que je vois [la photo de] Félix Leclerc ou René Lévesque, il aurait dû y avoir quelque chose [qui soit fait]. Je donne des signes qu'il y a quelque chose qui ne marche pas. Je ne sais pas quel est son devoir. J'ignore ce qu'elle devait faire, mais au moins si elle m'avait dit : « Oh, on va regarder ça, voulez-vous qu'on regarde ça ? » Pourquoi pas ! Fait venir un médecin, fait venir quelqu'un, [fait quelque chose]. (North, 1399-1425)

La majorité des participants ont vécu la déshumanisation de leurs soins en exprimant que leurs sentiments étaient ignorés par le personnel soignant. L'absence d'humanisme dans les soins psychiatriques reçus se dégage de l'expérience d'hospitalisation involontaire vécue par Harper.

C'est comme si je vais voir un médecin parce que j'ai un bras cassé et qu'il me casse l'autre bras : « oui, mais j'ai réparé ce bras-là pendant que je te cassais l'autre. » Ok, mais j'ai encore un bras cassé. [...] Si tu es admis en psychiatrie, [...] c'est qu'assurément tu as vécu des traumatismes. [En psychiatrie], on t'en crée, c'est un peu contre-productif. Je ne comprends pas trop. Je pense que ça ne devrait jamais arriver. C'est inhumain, on ne peut pas traiter les gens comme ça. C'est déshumanisant, c'est violent. Ce n'est absolument pas une option dans ma tête, jamais, dans aucun cas. (Harper, 345-351)

Pour d'autres participants, la détresse qui se dégage de leur expérience était considérée par le personnel soignant. Toutefois, les interventions pour apaiser cette détresse n'étaient pas celles qui étaient souhaitées. Certains participants ont vécu des interventions physiques qualifiées de déshumanisantes. Dans le prochain extrait, River parle d'interventions marquantes vécues comme une atteinte à sa dignité et à son intégrité alors que la peur et la douleur qu'elle éprouvait n'ont pas été considérées comme elle le souhaitait.

[...] Comment peut-on faire ça à un être humain ? Une fois j'avais peur, avant l'ordonnance de soins. J'étais accroupie en petit bonhomme au sol. [Le personnel soignant] était six pour me déshabiller, m'arracher le linge sur le dos, m'attacher et [m'injecter]. [...] Ça ne se fait pas ! C'est traumatisant ! À un autre moment, je hurlais de douleur. J'avais tellement mal à cause de ma [fibromyalgie]. [...] Je me roulais par terre de douleur. Ils m'ont attaché [...] et ils m'ont injecté avec des seringues [...] aux 15 minutes, jusqu'à temps que je [perde conscience]. [...] Tu appelles de l'aide, parce que tu as mal et que tu as peur. [Le personnel soignant] t'attache. Ça ne se fait pas. Après ça, ils disent que c'est dans ma tête. [...] Ce n'est pas dans ma tête, c'est réel ce que vous me faites là. C'est traumatisant pour une personne. On est traumatisé. Je suis traumatisée pour le reste de ma vie avec ça. (River, 205-227)

Certains participants expriment que cette déshumanisation des soins psychiatriques est vécue par l'impression de vivre plusieurs contraintes lors d'une hospitalisation involontaire, qui ajoutent à la perte de liberté. Ils vivent aussi avec la peur d'être maîtrisés physiquement. Pour Charlie, ce sentiment d'être traité de façon inhumaine est comparé à une expérience « pire » (428) que la prison.

J'ai perdu tous mes droits [...]. Je n'avais même pas le droit d'aller prendre un café en bas quand j'étais en [psychiatrie]. [Je n'avais] pas le droit d'avoir d'autres vêtements, ni le droit d'aller en chercher. Pire qu'un prisonnier, parce que les prisonniers ont le droit de sortir à l'extérieur. Moi, [je n'avais] pas le droit. [...] Si je sortais un pied en dehors de l'unité, ça aurait été branle-bas de combat. Une dizaine de [personnes soignantes] m'aurait sauté dessus. J'étais conscient de ça. (Charlie, 426-432)

Cette impression d'être moins bien traité qu'en prison est aussi exprimée par Glenn lorsqu'il parle des restrictions imposées lors de l'hospitalisation involontaire, notamment de l'absence d'activités favorables au rétablissement.

Lorsque tu te ramasses à l'hôpital [...], tu n'as aucune sortie. Quelqu'un qui irait dehors pour fumer, il pourrait se sauver. Quand j'étais à l'hôpital, je ne suis sorti aucune fois. J'ai [eu des symptômes de] sevrage de cigarettes. Ils t'offrent des timbres si tu veux, c'est tout. [Pourtant,] dans un autre hôpital,

ils te laissent sortir, parce que le terrain est grand. Si tu te sauves, ils vont te courir après et ils vont te rattraper. Si j'avais fait un vol à main armée et que j'avais été envoyé en prison, j'aurais eu le droit d'accéder à une salle de gym, j'aurais eu accès à la cour extérieure plus longtemps que dans un hôpital psychiatrique. En psychiatrie, j'avais le droit à deux sorties de 15 minutes. Si j'étais en prison [...], j'aurais eu le droit à pas mal plus d'heures de sortie dans la cour extérieure et j'aurais eu le droit à des activités organisées. J'aurais eu accès à une bibliothèque, j'aurais eu accès à plusieurs choses pour que ton cerveau, il roule à autre chose que de penser que tu es en prison. (Glenn, 1151-1165)

Les participants ont le sentiment d'être traités de façon inhumaine puisque les soins reçus sont questionnables et n'améliorent pas leur situation. Certains estiment également que l'hospitalisation involontaire s'accompagne d'une absence de soins et d'interventions thérapeutiques. Leurs sentiments sont mal perçus par le personnel soignant occasionnant une ignorance ou des interventions déshumanisantes. Vivre les soins reçus lors d'une hospitalisation involontaire comme étant inférieurs à ceux reçus en milieu carcéral contribue aussi à ce sentiment de recevoir des soins inhumains.

Catégorie 3.3. : Vivre des expériences traumatiques

Les expériences analysées jusqu'à maintenant suggèrent que la coercition en soins psychiatriques représente un potentiel traumatique pour plusieurs participants. Cette catégorie explore davantage cette dimension de leur vécu. Pour certains d'entre eux, comme Charlie, l'humiliation vécue lors de l'intervention des policiers pour l'escorter à l'hôpital est un traumatisme qui reste en mémoire.

[Quand les policiers arrivent chez toi à] 5 h du matin, c'est brusquant surtout. [...] Je me sentais brusqué, je me sentais humilié, parce qu'ils étaient brusques : « Aller, dépêche-toi, on n'a pas rien que ça à faire ». Ils me traitaient comme un homme dangereux. Ils parlaient aussi que je voulais

m'attaquer à des enfants. [...] [Les policiers] ne font pas de recherches pour voir si c'est vrai ou pas. Ils prennent le mandat du juge tel quel. (Charlie, 38-47)

La majorité des participants expriment que les dommages psychologiques associés à leur expérience en soins psychiatriques resteront dans leur mémoire toute leur vie. C'est ce qu'exprime Chandler par les « viols » (92) de son corps ressentis par le vécu d'hospitalisations et de traitements involontaires.

Ce sont des traumatismes à plusieurs niveaux qui perdurent. [...] [L'hospitalisation involontaire et l'autorisation judiciaire de soins laissent] des séquelles [...], approfondissent les traumatismes [déjà présents] et ils en ajoutent une [grande quantité]. Tout ce qui est avec le système de santé, les autorisations [judiciaires de soins], ça crée des traumatismes infinis. Ce sont des viols, des viols du corps, des intrusions. C'est très, très, très traumatisant. (Chandler, 77-94)

Les participants mentionnent également qu'ils doivent apprendre à vivre avec ces traumatismes. En effet, comme le mentionne Harper, en plus des traumatismes qui seront présents toute sa vie, les dommages causés sont irréparables.

[...] C'est grave [ce qui se passe en psychiatrie], parce qu'on détruit des gens. On détruit des vies. On nuit à des personnes. On les blesse à vie. On crée des traumatismes qui ne disparaîtront pas demain matin. Même si je voulais faire une thérapie cognitivo-comportementale ou [chercher de l'aide] par rapport à ce que j'ai vécu en psychiatrie, je ne vois pas le jour où je vais trouver une psychologue ou [un autre professionnel de la santé] qui [pourra m'aider]. (Harper, 835-841)

Les traumatismes vécus par certains participants les empêchent aussi de s'exprimer sur leurs expériences auprès de leur équipe soignante par crainte de les revivre. Skylar exprime que sa présence dans certains lieux occasionne une peur incontrôlable

qu'elle n'est pas en mesure d'exprimer par crainte de subir des interventions désagréables des intervenants.

[...] Il y a des endroits où je ne me sens pas bien, où je suis incapable d'aller pour une raison quelconque. [...] Je voulais en parler à mon médecin, mais j'avais peur de représailles. [...] J'avais l'impression que c'était inutile d'en parler, qu'il n'accéderait pas à ma demande [...] de changer le local où aurait lieu l'audience ou de s'organiser pour que l'audience soit faite à distance. J'avais peur de parler, parce que les médecins, quand on leur parle, ils peuvent augmenter la dose des médicaments. Quand on leur parle de choses comme ça, ils peuvent penser que c'est du délire. [...] Si j'avais parlé de [mes craintes à certains endroits], [le personnel soignant et les médecins] auraient considéré que c'était du délire et je sentais une menace [...]. J'avais peur qu'on me prenne pour une folle et qu'on augmente la dose de mes médicaments. J'étais sûre qu'on refuserait ma demande de changer d'endroit [...] pour l'audience en Cour ou de la faire à distance. [...] (Skylar, 535-558)

Certains participants expriment aussi que les interventions reliées à leur hospitalisation involontaire réactivent des traumatismes vécus dans le passé et rendent leur situation plus difficile à vivre. Dans le prochain extrait, Axel discute d'agressions antérieures ayant été revécues lors d'une intervention physique à l'hôpital.

[Le personnel soignant] m'a sauté dessus, environ quatre ou cinq personnes. Ils m'ont amené dans une salle d'isolement. Je suis une victime d'actes criminels depuis plus de 20 ans et j'ai déjà subi une [invasion de domicile violente]. Il ne fallait pas qu'on m'embarre. [...] Je n'ai jamais fait de prison, je trouvais que ce n'était pas correct qu'on m'embarre. (Axel, 35-39)

Pour Micah, l'intervention de la police à son domicile, lieu où elle a également vécu de la violence conjugale, fait ressurgir des sentiments négatifs en lien avec cette expérience passée.

C'est la police qui vient me chercher chez moi, ce qui fait en sorte que j'ai été très traumatisée d'être emmenée en [garde provisoire], parce que j'ai

vécu de la violence conjugale [dans le passé]. [...] On vient me chercher [chez moi] pour une [garde provisoire] et les [policiers] se comportent autour de moi comme une équipe de football. Je n'étais pas bizarre, j'étais totalement normale. C'est apeurant et méprisant de se faire diriger comme ça. [...] Je me sentais sans aucun droit humain. Je me sentais traumatisée, parce que dans la maison, c'est là où [j'ai vécu la violence conjugale]. Donc, je revivais [cette violence] et je ne comprenais pas. [...] C'était gênant pour les voisins. Ils m'ont mis dans l'auto de police en arrière et ils m'ont demandé si je voulais embarquer dans une ambulance. [J'ai accepté], alors ils m'ont emmené comme dans la cour d'un cinéma pour me faire transférer dans l'ambulance. Dans l'ambulance, ils m'ont attaché sur la civière. Je n'étais pas très habituée à ça non plus. On s'est rendu à l'hôpital et je suis traumatisée de [cette expérience]. (Micah, 39-66)

D'autres participants expriment que des expériences de soins déstabilisantes, telles que l'utilisation de mesures de contrôle, figurent parmi les situations de soins ayant un potentiel traumatique. Même si l'autorisation judiciaire de soins permet légalement le traitement involontaire, les traumatismes vécus par les participants sont clairement exprimés. À la suite du refus de sa médication, River a vécu l'utilisation de contentions physiques comme de la « torture » (464) et elle est restée marquée par cette expérience.

[Le personnel soignant] nous torture à nous forcer de prendre des [médicaments] qu'on ne veut pas prendre et à nous attacher sans raison valable, sans que ce soit justifié. C'est de la torture et les gens ont peur. Ce n'est pas plaisant d'être attaché. (River, 462-464)

Robin est, lui aussi, traumatisé de son expérience de contentions physiques et il ne souhaite pas la revivre. Il garde même un souvenir négatif d'un infirmier qu'il percevait comme peu aidant dans la situation.

J'étais sur la défensive, [j'avais l'impression] qu'ils allaient me tuer. Il y avait un [infirmier] qui était malfaisant. Lui, il avait le tour [...] pour [appliquer] la contention. [...] [Je vivais] de l'angoisse, de l'amertume, de la frustration. [...] On m'a donné une grosse injection quand j'ai fait ma crise. [...] Quand je me suis réveillé, [...] je criais tellement fort pour pas

qu'ils m'attachent. Je n'étais pas violent, mais je criais, [je leur demandais de quitter la chambre]. [...] Ils étaient encore pour [m'injecter avec de la médication]. [...] [Je leur disais :] « vous n'êtes pas justes. Vous n'êtes pas corrects avec moi. » [...] J'ai souvent été en contention [à l'hôpital] et je te jure que c'est [très difficile]. [Je ne veux pas] revivre une contention. [Mourir] ou être en contention, attaché, j'aime mieux [mourir] je vais te dire. (Robin, 382-412)

Au quotidien, les participants à cette étude expriment leur difficulté à composer avec les expériences traumatiques associées aux soins psychiatriques lors d'hospitalisation et de traitement involontaire. Certains estiment qu'ils devront composer avec cette difficulté toute leur vie durant. Les dommages psychologiques provoqués par ces expériences alimentent les craintes des participants quant aux soins et services reçus et leur font parfois revivre des expériences traumatiques antérieures.

Catégorie 3.4. : La médication comme seule option

Dans cette dernière catégorie, les participants expriment que la médication est le seul traitement qui leur est offert en soins psychiatriques. Pourtant, comme exposé dans les catégories précédentes, la médication ne figure pas parmi leurs besoins prioritaires et n'est pas perçue, à elle seule, comme positive dans l'expérience de soins psychiatriques. Au contraire, comme le présentait la catégorie précédente, la médication est parfois perçue comme peu aidante. Dans le prochain extrait, Chandler mentionne que la médication prend toute la place en soins psychiatriques, au détriment des contacts humains qui seraient plus appréciés. Elle a l'impression que la médication sert à contrôler les symptômes sans se soucier de ses effets secondaires, ce qui rassure davantage le personnel soignant que la personne soignée.

En psychiatrie, ils n'ont pas [d'écoute] du tout. Ils ont juste des pilules et des injections. Ce sont les traitements. Il n'y a rien d'autre. On s'ennuie à mourir, il n'y a rien à faire. Tout est centré sur la médication. Il n'y a rien pour se rétablir. [Avec] la médication, [...] ce que [les médecins] veulent, c'est de tuer les symptômes, c'est d'étouffer les symptômes. Donc, ils augmentent [la médication] jusqu'à ce qu'ils aient l'impression que les symptômes sont étouffés. À ce moment, ils te donnent ton congé. Il n'a rien de thérapeutique là-dedans. (Chandler, 158-167)

Pour plusieurs des participants faisant usage de médication psychiatrique, celle-ci est perçue comme un moyen pour rassurer l'entourage et les proches, comme l'exprime Harper dans l'extrait suivant.

[...] Les proches croient tellement à [la médication]. [La médication] les rassure tellement [qu'ils pensent] que tu es stable. C'est ce qu'on me disait tout le temps. Ça rassure tellement [mes proches] que je sois stable, ils n'ont plus à s'inquiéter. En fait, ma médication gérait mes émotions, mais gérait aussi les émotions de mes proches. Comme je prenais de la médication, [mes proches] n'étaient plus inquiets, ils n'avaient plus peur pour moi, ils ne se sentaient plus impuissants. [...] Quand je critiquais [ma médication], oublie ça. [...] [On me disait que] c'était bon pour moi, que c'était un médecin qui m'avait dit de prendre [des médicaments]. [...] Si tu questionnes ta médication pendant que tu es dans le système [avec un suivi psychiatrique], on va voir ça comme un symptôme. Ça confirme que tu es malade. Donc, on va augmenter ta dose, on va te donner une petite pilule de plus. (Harper, 455-465)

Les participants qui parlent de leur médication mentionnent qu'il est difficile de vivre avec ses effets secondaires. Ils sentent que ces effets secondaires sont plus présents que les effets thérapeutiques de la médication, comme Skylar le mentionne dans le prochain extrait.

[...] Je ne me suis pas rétablie, j'allais très bien avant. [La médication] n'a rien changé [...] pour mon moral. [...] [Toutefois,] pour ma santé physique, le fait de recommencer à prendre des médicaments après huit ans, ça m'a beaucoup affaibli physiquement [...]. Je prends de la Clozapine et ça m'affaiblit beaucoup. [...] Au début, quand la dose était élevée, j'avais des

difficultés respiratoires. Pour mon moral, ça n'a rien changé, parce que mon moral était bon avant [...]. (Skylar, 302-311)

Les participants ont également l'impression que leur vécu à propos des effets secondaires ressentis reste souvent ignoré des équipes traitantes. Pour Robin, il était difficile de vivre avec les tremblements induits par la médication. Il était ouvert à changer celle-ci, plutôt que la cesser, mais ressent l'insensibilité de son médecin à l'égard de cette possibilité.

Parler seulement de médication, sans considérer effets secondaires [...] [Les psychiatres] ont tellement peur de changer de pilule, mais [les tremblements], c'est moi qui les a. [Le psychiatre] me voit trembler, mais [il ne fait rien]. [...] [Il ne semble pas affecté] que j'aie des tremblements. [...] Il y a tellement de sortes [de médicament] qu'il pourrait me donner un autre médicament qui n'a pas d'effets secondaires. (Robin, 802-818)

D'autres participants, comme River, sentent que la médication change le rapport qu'ils ont avec la réalité en diminuant l'opportunité de vivre et d'apprécier l'instant présent.

Les effets secondaires, c'est fou comme ça n'a pas de bon sens. Ça a changé mon état d'esprit. Je n'ai plus la même manière de penser. Avant, quand j'allais [marcher] dans le bois, je voyais [la beauté de la forêt]. Je voyais quelque chose de beau, quelque chose de féérique, quelque chose de vivant. Aujourd'hui, je vais [dans la forêt] et je ne vois plus cette magie-là. (River, 189-194)

La médication donnée en réponse à des intentions suicidaires est parfois offerte pour empêcher ou prévenir un passage à l'acte. Paradoxalement, Harper exprime que les effets de cette médication l'amènent à se sentir « morte-vivante » (430), ce qui contribue à sa détresse.

[...] Il y a quelque chose [...] qui me rendait très confuse. Si j'essaie de me suicider, [le personnel soignant va] me bourrer de pilule qui me fait être morte-vivante. Il y a quelque chose que je ne comprends pas là-dedans. Si c'est moi qui prends la décision de mourir, c'est la panique. [Le personnel soignant] est prêt à m'attacher, à faire tout ce qu'il faudra [pour m'en empêcher]. Quand c'est [le personnel soignant] qui me donne de la médication qui fait qu'aucun des traits de ma personnalité n'est encore en vie, c'est correct. C'est pour mon bien. (Harper, 428-435)

En somme, l'impression de ne recevoir aucune aide et d'être traité de façon inhumaine se dégage de l'expérience des soins psychiatriques vécus par les participants lorsqu'ils sont hospitalisés ou traités contre leur gré. Ils doivent apprendre à vivre avec les expériences traumatiques créées par les épisodes de soins ou gérer les sentiments émanant de traumatismes antérieurs. La médication est aussi perçue comme le seul traitement en soins psychiatriques alors que les participants estiment qu'il existe aussi d'autres interventions possibles. De ce fait, les participants expriment que les soins psychiatriques leur font vivre plus d'inconvénients que de bénéfices.

Thème 4 : Idéal et réalité vécue du soutien à l'exercice des droits

Ce dernier thème décrit les expériences de soutien à l'exercice des droits telles que vécues par les participants en contexte d'hospitalisation ou de traitement involontaire en soins psychiatriques. Bien qu'il soit avant tout caractérisé par l'absence de soutien à l'exercice des droits et recours par le personnel soignant, le vécu des participants suggère la possibilité d'améliorer les pratiques d'intervention à cet égard. Les propos des participants reflètent une rupture évidente entre la théorie et la pratique lorsqu'il est question de la reconnaissance des droits humains en santé mentale. Les prochaines

catégories présentent les zones de convergence et divergence entre ce qui serait souhaité comme soutien à l'exercice des droits et le vécu des participants.

Catégorie 4.1. : Absence de soutien à l'exercice des droits

La totalité des participants à cette étude exprime que le personnel soignant n'a pas su leur offrir de soutien à l'exercice des droits en contexte d'hospitalisation ou de traitement involontaire. Le contrôle et le manque d'information sont associés, pour la majorité des participants, à une contrainte importante de l'exercice de leurs droits. Ce contrôle et ce manque d'information de la part des équipes soignantes s'accompagnent d'un sentiment de frustration qui, à son tour, accentue la perte de repère décrite au premier thème.

[C'est un minimum] de savoir ce qui se passe. [...] Le médecin m'a dit : « non, tu ne peux pas partir. » Pourquoi je ne peux pas partir ? [Le médecin pouvait] m'expliquer : « tu ne peux pas partir pour l'instant [...] pour telle ou telle raison. On a décidé d'utiliser telle loi. [...] » Tu te fais seulement dire : « tu ne peux pas partir. » De quoi tu parles, je ne peux pas partir ? Tout le monde peut décider de partir de l'hôpital ! [On te dit :] « non, pas toi. » [On ne se fait] pas expliquer les raisons [de l'hospitalisation involontaire], ni ce qui se passe. (Harper, 767-771)

Certains participants, comme Cameron, ont reçu des explications sur leur situation. Toutefois, ils considèrent que l'information reçue est trop générale et défavorise l'exercice de leurs droits.

[Le personnel soignant] te donne des explications sommaires sur ce qui va se passer, mais pas plus que ça. C'est très sommaire, on ne viendra pas te donner d'outils pour te défendre. Ce n'est pas le mandat de l'équipe traitante. L'équipe traitante est là pour te guider à travers le processus pour que tu saches de quoi il en retourne. Donc oui, ils vont tous te donner toutes ces explications-là, mais plutôt comme guide. (Cameron, 914-920)

Certains participants ont reçu des dépliants informatifs lors d'une hospitalisation involontaire, notamment sur leurs droits et recours. Ils expriment toutefois que les renseignements qui figurent sur ces dépliants ne permettent pas, à eux seuls, d'améliorer l'exercice de leurs droits ni la mise en œuvre de leurs recours. Dans le prochain extrait, Axel estime que plusieurs informations sont manquantes, ce qui accentue sa détresse face à l'atteinte de ses droits.

J'ai demandé de l'information sur mes droits en [garde préventive]. [Le personnel soignant] n'a pas voulu m'en donner. [...] On m'a donné un dépliant du commissaire aux plaintes [...]. [Des informations sur mes] droits en lien avec la [garde préventive] et les recours possibles, [m'expliquer] comment fonctionne la garde préventive, [...] [me donner] les numéros à appeler en lien avec [mes droits et recours]. [...] Je n'ai rien reçu de tout ça. [Je me sentais] complètement lésé. Ce n'est pas assez de perdre sa liberté [...]. (Axel, 324-337)

L'absence de soutien à la compréhension des informations contenues sur ces dépliants figure comme un élément important de l'expérience des participants. Skylar considère qu'il est peu aidant de recevoir un dépliant si cette démarche ne lui permet pas de comprendre les informations.

Si le personnel [soignant] de l'hôpital aidait, par exemple, à comprendre [...] le document qu'ils m'ont remis à propos de mes droits et recours. Si [le personnel soignant] aidait les gens à mieux comprendre ce document-là, ça aiderait, ça contribuerait à augmenter le soutien à l'exercice des droits des personnes [hospitalisés en soins psychiatriques]. (Skylar, 814-822)

Pour d'autres participants, le manque d'information sur la possibilité de traitements involontaires a été marquant dans leur expérience. River aurait préféré être mieux informée avant l'application de l'autorisation judiciaire de soins.

Je ne savais pas ce que c'était une [autorisation judiciaire de soins]. Je n'étais pas préparée. Je ne connaissais rien là-dedans. Je ne savais même pas [...] à quoi ça servait. On n'est pas informé, [le personnel soignant] ne nous dit rien ! [...] [J'aurais aimé savoir] que j'ai des droits fondamentaux. [...] Je ne savais même pas ce qu'était un consentement libre et éclairé. (River, 48-75)

Les participants à cette étude mentionnent que le manque d'implication dans le processus décisionnel est aussi un élément qui contraint le soutien à l'exercice de leurs droits. Skylar déplore qu'elle n'ait pas été consultée avant une hospitalisation involontaire : « il y a eu une réunion d'équipe du [suivi intensif dans le milieu] pour décider si j'allais être hospitalisée ou non [...]. Je sais qu'ils ont appelé un médecin à [l'hôpital] et que c'est elle qui a pris la décision de m'hospitaliser » (180-182). L'implication dans les décisions est aussi déterminante pour Harper lorsqu'il est question de consentir à une médication en l'absence d'autorisation judiciaire de soins.

Si [le personnel soignant] avait eu de la considération pour moi, ça m'aurait aidé. Assurément, [me donner de] l'information, de m'expliquer les choses. De se rappeler que c'est de ma vie dont il est question. Donc, j'ai le droit de savoir. C'est comme si [on te dit] : « nous avons décidé que tu avais besoin de prendre cette pilule-là, tu la prends et c'est tout. » Excusez-moi, mais justement c'est moi qui la prends. Donc, ce serait à moi de décider si je la prends ou pas. (Harper, 504-509)

Pour certains participants, le manque de personnel et les tâches axées sur le contrôle de l'environnement diminuent la possibilité de soutien à l'exercice des droits. Glenn a le sentiment que les tâches banales et superficielles réalisées par le personnel soignant étaient investies davantage au détriment des pratiques d'accompagnement et de soutien.

Il y a trois ou quatre infirmiers pour 30 patients. Comment peuvent-ils nous soutenir ? [Le personnel soignant] est tellement débordé, je ne sais pas comment ils pourraient. [...] Les infirmiers passent la moitié de leur journée à donner du savon et à ouvrir la porte des toilettes. Ils font ce qu'ils peuvent [...], mais ils ne peuvent pas m'aider ni me soutenir. À part me donner mes pilules, me prendre la pression, m'ouvrir la porte de la salle de bain, ils ne peuvent pas faire bien plus que ça. (Glenn, 1286-1312)

Les participants à ces études ont le sentiment que leurs droits sont méconnus du personnel soignant et, par conséquent, entrave le soutien à l'exercice de ceux-ci. Dans le prochain extrait, Harper a l'impression que le personnel soignant réalise des tâches banales tout en étant inconscient de l'atteinte à ses droits. Elle considère qu'il est difficile pour le personnel soignant de soutenir l'exercice des droits des personnes premières concernées s'ils sont méconnus.

Il faudrait déjà que le [personnel soignant] connaisse nos droits, parce qu'ils ne les connaissent pas. Ça serait une bonne base. Je pense qu'ils ne sont même conscients ou conscientes à quel point ils briment nos droits, parce qu'ils ne les connaissent pas. Déjà, s'ils en prenaient conscience de [l'atteinte de nos droits]. [...] [En soins psychiatriques], il y a seulement des infirmières et des préposées. Il n'y a pas d'éducatrice. [...] Il y a des gens pour donner des pilules et des gens pour changer des lits. C'est tout. (Harper, 921-930)

Malgré l'absence de soutien à l'exercice de leurs droits par le personnel soignant, certains participants ont reçu le soutien d'organismes communautaires en santé mentale. Bien que ces expériences n'aient pas nécessairement eu d'incidence sur le retrait des mesures légales, les participants ont apprécié l'accompagnement reçu. Charlie s'est senti rassuré puisque le soutien de l'organisme lui a permis d'être représenté au tribunal. En plus d'être confronté à une situation inconnue, il ne se sentait pas à son meilleur pour traverser cette épreuve sans accompagnement.

J'ai reçu de l'accompagnement d'une personne membre d'un organisme [communautaire] en santé mentale. Elle m'a dit : « tu ferais mieux de prendre un avocat. » Elle m'a référé à un avocat. Le lendemain, l'avocat m'a rencontré. C'est sûr que j'étais volubile, je n'étais pas dans mes meilleures conditions. De plus, je n'avais jamais vécu ça, avoir à me défendre avec un avocat face à une [garde en établissement]. C'était la première fois de ma vie. Les autres fois, j'étais toujours volontaire. (Charlie, 86-92)

Pour Chandler, le lien de confiance développé avec l'intervenant d'un organisme communautaire en santé mentale a été marquant et a permis d'améliorer son estime d'elle-même.

[J'avais confiance] envers un intervenant d'un organisme communautaire [en santé mentale]. [...] J'avais droit à un suivi aux semaines. [L'intervenant] trouvait que j'étais trop articulée et trop bien pour qu'il m'accompagne. Il comprenait, il me demandait tout le temps : « je ne comprends pas ce que je t'apporte » [...] Il m'a trouvé probablement trop lucide et trop apte comparativement à ce que l'hôpital disait [de moi]. Il ne soupçonnait pas comment il m'aidait, parce que c'était la seule personne avec qui je pouvais parler. Il n'a jamais su ça [...] même s'il m'a accompagné pendant quelques années. [...] L'écoute qu'il avait m'aidait beaucoup. [...] Il m'écoutait, [...] il croyait ce que je lui disais. J'avais une relation normale avec lui que je n'avais même pas avec des amis. [...] Je sentais pour la première fois que [quelqu'un] prenait [parti] pour moi [...]. Ça veut dire qu'il me croyait. (Chandler, 283-320)

Les expériences positives de soutien par des organismes communautaires en santé mentale donnent espoir à plusieurs participants en l'amélioration du soutien à l'exercice de leurs droits. Axel croit qu'« un beau petit kiosque d'un organisme [communautaire] en santé mentale [à l'hôpital] [...] aiderait peut-être [le soutien à l'exercice des droits] ou des mesures alternatives comme ça » (412-414). Ce sentiment est partagé par Micah qui croit que le respect de ses droits et des procédures légales serait amélioré.

[Il devrait y avoir] une obligation de recherche d'informations. C'est trop laissé à la discrétion du psychiatre [...], ce qui laisse justement beaucoup de possibilités à des sévices psychologiques traumatiques. [...] Autrement, de permettre à des organismes [communautaires en santé mentale] d'être présent. Quand on est déstabilisé, on a besoin d'être soutenu. Donc, d'avoir à même l'hôpital des gens de l'extérieur qui sont bienveillants et qui peuvent faire équipe avec l'hôpital. Ça ne veut pas dire qu'ils seraient contre l'hôpital ou contre les gens qui travaillent à l'hôpital. C'est important que les organismes [communautaires en santé mentale] soient intégrés dans le processus et que [la personne et sa famille] en soient informés. [...] (Micah, 657-679)

L'expérience des participants en contexte d'hospitalisation et de traitement involontaires est caractérisée par l'absence de soutien à l'exercice des droits au sein des établissements de santé. Devant l'atteinte à leurs droits fondamentaux, le manque d'information et d'implication dans le processus de décision figure comme des contraintes importantes. Le sentiment d'être peu accompagné par personnel soignant contribue également à l'absence d'interventions tangibles visant à faciliter l'exercice des droits. Enfin, l'espoir dans l'amélioration de ce type de soutien est alimenté par les expériences positives vécues auprès d'organismes communautaires en santé mentale fournissant, entre autres, un service d'accompagnement à l'exercice des droits et recours.

Catégorie 4.2. : L'importance d'un accompagnement égalitaire

En l'absence de soutien à l'exercice de leurs droits au sein des établissements de santé, les participants estiment inadéquats les soins reçus lorsqu'ils vivent des hospitalisations et des traitements involontaires. La majorité des participants souhaite cependant que l'accompagnement offert en soins psychiatriques tende vers une plus

grande équité. Dans sa conception du soutien, Harper identifie que l'empathie et la considération du personnel soignant seraient favorables.

[Le personnel soignant pourrait] s'asseoir avec moi et m'expliquer. À la limite me dire : « je ne sais pas pourquoi ton médecin a changé [ta médication]. » [...] « Ce que je comprends, c'est que tu n'as pas compris que ton médecin [changeait ta médication]. Je peux demander que tu aies une rencontre le plus vite possible pour qu'il te l'explique. » [Le personnel soignant pourrait] me parler comme à un [être] humain, avec plus de considération. (Harper, 478-485)

La qualité de l'écoute offerte par personnel soignant fait aussi partie des éléments d'amélioration souhaités par les participants, dont Chandler.

À l'hôpital, [...] les infirmières étaient gentilles avec moi. [...] À la plupart des hospitalisations, il y avait au moins une infirmière qui m'écoutait, qui m'accordait un peu de temps. [...] Le problème, c'est qu'elles ont peu de temps à consacrer, parce que la majorité de leur temps est [consacré] à rédiger des rapports, à donner des injections et à donner des médicaments. [...] J'ai l'impression qu'elles n'ont pas, dans la description de leurs tâches, du temps à accorder pour l'écoute et passer du temps [avec nous]. Je trouve que c'est ce qui manque le plus dans les hospitalisations. [...] [Pourtant,] le premier médicament, c'est l'écoute. [...] (Chandler, 133-158)

Dans certaines situations, l'écoute n'est toutefois pas suffisante pour que les participants se sentent accompagnés. Les participants souhaiteraient que le personnel soignant parle en leur faveur, pour défendre leurs intérêts. Glenn aurait souhaité que les personnes qui l'accompagnaient parlent en sa faveur et se mettent en action pour le soutenir dans son « combat » (795) face au processus de garde en établissement.

J'ai contacté un organisme [communautaire en santé mentale]. [...] Toutes les semaines, j'avais une rencontre d'une heure [...] où je racontais ma semaine. Ça ne m'apportait aucune ressource, c'était juste pour parler. Ce n'est pas ce dont j'avais besoin. J'avais besoin de ressources juridiques pour m'en sortir. Avoir quelqu'un qui [...] va [se battre] pour moi, qui va m'assister dans mon combat, qui va défoncer des portes pour dire [au

personnel soignant et au juge] : « vous ne vous apercevez pas [...] qu'il y a une [personne] qui s'acharne sur lui et vous embarquez tous là-dedans ». Ça n'a rien donné. (Glenn, 788-797)

Chandler apprécie aussi que le personnel soignant se mobilise pour représenter ses intérêts auprès du médecin qui décide du congé de l'hôpital.

[...] Ce qui m'a aidé, à deux ou trois reprises, ce sont les infirmières qui disaient [au médecin] : « on la trouve bien ». [...] J'expliquais que ça ne me faisait plus de bien de rester [à l'hôpital] et elles m'écoutaient. [...] C'était aidant que les infirmières me [soutiennent] dans ma demande de congé. (Chandler, 859-896)

Ces caractéristiques se dégagent du vécu d'expériences positives, mais néanmoins marginales, qui restent à la mémoire des participants. Ils ont le sentiment que l'accompagnement offert est variable en fonction des personnes soignantes en présence durant l'épisode de soins. C'est le sentiment qu'a eu North qui se sentait peu accompagnée par la majorité du personnel soignant.

Je me rappelle [de cette journée], parce que je rencontre le nouveau physiothérapeute. Je suis ravie, je veux sortir. Je veux m'en aller [à la maison]. La première affaire qu'il me dit en me voyant, c'est : « mais qui vous a prescrit ce corset ? C'est un corset qui date de la Deuxième Guerre mondiale ». Ça n'aide pas ma confiance. Donc, je lui dis : « oui, je suis contente de vous entendre, parce que moi je m'en allais chez moi toute seule. J'aimerais le mettre seule et [le personnel soignant] me dit que je ne pourrai pas le mettre seule. » [Il me répond :] « je vais vous montrer comment le mettre seule. » Je suis surprise. [Ce physiothérapeute] m'a vraiment aidé. Il m'a écouté et j'avais [totalement] confiance [en lui]. [...] Donc, il me rassure. [...] Lui et sa collègue physiothérapeute sont les seuls qui m'aient rassuré. [...] (North, 243-264)

Sans le sentiment de recevoir un accompagnement équitable et sensible à leurs besoins, les participants sont peu optimistes dans l'amélioration du soutien à l'exercice

des droits. Ils considèrent que cet élément est un prérequis pour favoriser la reconnaissance de leurs droits.

Catégorie 4.3. : La valorisation de l'autonomie et de l'expérience vécue

Les participants à cette étude ont l'impression que leur voix n'est pas entendue, comme exposé dans le premier thème décrivant des sentiments de honte et d'abandon. Afin d'améliorer le soutien à l'exercice des droits, ils expriment à l'unanimité que leur autonomie et leur vécu doivent être valorisés. Toutefois, ce n'est pas ce qui se dégage du vécu de Chandler lors de ses hospitalisations.

C'est une autre chose que j'ai apprise avec [un organisme communautaire en santé mentale]. Ils nous demandent : « qu'est-ce qui t'aiderait en ce moment ? Qu'est-ce que je peux faire qui peut t'aider ? Qu'est-ce qui t'aide ? » Alors qu'en psychiatrie, on n'entend jamais ça et [venant] des avocats, on n'entend jamais ça. (Chandler, 632-636)

Cette reconnaissance de l'importance du vécu expérientiel doit également provenir de l'entourage qui, selon plusieurs participants, ne comprend pas ce qu'ils vivent. Ces derniers ont l'impression que leurs expériences sont minimisées et dévalorisées. Ainsi, North exprime « de la honte à [mon entourage], mais [...] ils banalisent [...] en disant : « voyons donc, la honte. » Ce n'est pas de la bonne écoute, mais je vois bien qu'ils ne comprennent pas et je comprends » (897-903). Le vécu de certains participants vis-à-vis la coercition est ainsi ignoré, ou à tout le moins contesté, par l'entourage. Ainsi, North se sentait pressée par son entourage pour entamer les procédures de plainte à la suite de son expérience d'hospitalisation involontaire. Pourtant, elle avait l'impression qu'elle ne possédait pas les souvenirs nécessaires pour effectuer de telles démarches.

[Mon fils] a été insistant [pour les démarches légales], [...] parce qu'il m'a dit : « je ne comprends pas que tu ne fasses rien. » [...] [J'ai eu] très certainement un malaise avec [lui]. Est-il encore convaincu que je devrais faire [une plainte] ou pas ? Sur le plan juridique, je l'ai convaincu. [...] Sur le plan du commissaire aux plaintes, j'ai un argument massue, c'est lui qui devrait faire ce qu'il a à faire. [...] Tu es persuadé que tu as raison, alors fait la plainte. Tu es le témoin principal. S'il faut que j'aille témoigner, j'irai. Mais qu'est-ce que je peux dire ? [...] J'ai perdu cinq jours de ma vie [dont je n'ai aucun souvenir] et je ne sais pas où j'étais. [...] (North, 1031-1045)

L'importance pour les participants de valoriser leur autonomie et leur expérience se transpose également dans les choix qu'ils peuvent faire. Pour Robin, le choix d'un milieu de vie qui répond à ses besoins était important et il a apprécié pouvoir valider certaines règles.

[Avant d'intégrer la ressource,] j'ai demandé : « si j'entre ici, je veux avoir mon téléphone. Si je peux apporter une guitare, j'en apporte une. Vous verrez, je ne jouerai pas fort. Si c'est trop fort, je la serrerai. » Je ne joue pas fort et j'aime jouer de la guitare. [...] (Robin, 275-280)

Charlie a l'impression que son vécu est peu valorisé alors que sa démarche pour changer de psychiatre est ignorée. Sa démarche est motivée par l'absence de lien de confiance avec sa psychiatre actuelle. Il estime que sa demande est raisonnable et qu'il gagnerait à pouvoir faire changement.

J'ai fait des démarches auprès du psychiatre en charge à l'hôpital pour changer de psychiatre. Je n'ai reçu aucun accusé de réception. J'ai insisté, mais je n'ai jamais eu de réponse. Donc, je dois [demeurer sous les soins] de la psychiatre en qui je n'ai pas confiance. Ça n'a pas de sens. Il faut avoir un lien de confiance. Je sais ce que c'est, j'étais intervenant. Que faire avec une psychiatre en qui tu n'as pas confiance ? [...] Ça n'a pas d'allure que tu n'aies pas le recours de changer. [...] Il faut que je l'accepte, mais ce n'est pas thérapeutique, il n'y a rien de thérapeutique. Mon lien thérapeutique n'est plus là. Il n'est pas comme dans le temps de mon ancien psychiatre en qui j'avais confiance. [...] (Charlie, 549-566)

La valorisation de l'autonomie et du savoir expérientiel des participants semble bénéfique d'un point de vue individuel. Pourtant, cette valorisation pourrait aussi servir à d'autres personnes, comme l'exprime Axel qui se sent fier de mettre à profit ses démarches dans le but d'aider les autres.

J'étais devant trois juges puis j'ai ouvert la porte aux autres pour avoir des rétroactifs à l'aide sociale pour des raisons de santé mentale. C'était juste une question de principe, mais ça a pris cinq ans pour aboutir à [un gain]. [...] Depuis ce temps-là, je ne démords pas, je ne me fais plus avoir. [...] L'avocate de l'hôpital, je ne pense pas qu'elle croyait qu'un usager puisse se défendre comme ça. [...] Je me sentais accompli. Je me disais : « enfin, quelqu'un fait quelque chose de concret pour les personnes vulnérables ». (Axel, 386-401)

Catégorie 4.4. : La présence active de l'entourage comme moyen de protection

Plusieurs participants s'estiment chanceux d'avoir bénéficié de la présence et du soutien de leurs proches, d'amis ou de collègues. Ils ont le sentiment que ces personnes ont fait une énorme différence dans leur parcours de vie. Malgré la difficulté à accepter sa situation, North est reconnaissante de la présence active de son entourage. Elle a le sentiment d'avoir été protégée par leurs actions initiées pour améliorer sa situation.

[Mon entourage] était mes héros, je les trouve héroïques. Sur le coup, tu prends [la garde provisoire] comme un choc, mais après tu dis : « mon Dieu, que d'héroïsme. » [...] Je les ai félicités [à plusieurs reprises] d'avoir été si bien accompagnée, parce que l'hôpital [et le personnel soignant] ne faisaient rien. Si [mon entourage] n'était pas intervenu, [je me demande] ce qu'il me serait arrivé. (North, 1253-1259)

Ce sentiment de protection se dégage aussi du vécu de Micah puisqu'elle attribue le maintien de sa vie au soutien de son entourage. Elle perçoit l'impuissance de son entourage et elle est reconnaissante de tous les petits gestes posés à son endroit.

Mes proches et mes amis sont découragés. Ils ne savent pas comment je fais pour passer à travers [l'expérience de garde provisoire]. [...] Je suis une personne franche et d'authentique et j'ai des amis qui me ressemblent. [...] Ils étaient découragés et ils comprenaient [les difficultés] que je vivais. [...] Ce sont les yeux des gens [de mon entourage] [...] qui font que je ne me suis pas suicidée. [...] C'est grâce à l'entourage. Le respect qu'ils avaient de tout ce que je vivais. J'ai reçu beaucoup de soutien [de mon entourage]. [...] La réaction des gens [autour de moi], c'était touchant. [...] Les gens m'offraient à manger. Ils m'invitaient, mais ils ne savaient pas quoi faire dans leur impuissance, alors ils me donnaient à manger. C'était gentil. Je n'avais pas faim, mais je mangeais quand même. C'était une façon [de les remercier]. Les gens [autour de moi] voulaient m'aider. (Micah, 281-327)

Pour Glenn, l'implication des proches lors du processus de garde en établissement permettrait de fournir des informations supplémentaires potentiellement utiles à la prise de décision. Dans le prochain extrait, il exprime aussi percevoir la détresse vécue par sa mère, accentuant son désir de la voir à ses côtés.

Ma mère est venue me voir tous les jours à l'hôpital, mais [la garde en établissement] a détruit sa santé. [C'était très difficile pour] ma mère de me voir [à l'hôpital], sans justification. On s'entend qu'elle aurait dû être consultée par les psychiatres. [...] Elle a un souci pour moi. [...] [Le personnel soignant] aurait dû [...] l'appeler et lui dire : « madame, vous vivez avec monsieur, est-ce que vous pensez que monsieur pourrait faire une seconde tentative de suicide ? Est-ce que vous pensez qu'il [est dangereux] ? ». Ma mère aurait dit : « non, ça n'a pas d'allure [...] » [...] (Glenn, 1204-1220)

Le sentiment de protection associé à la présence de l'entourage durant l'expérience de soins fait aussi réfléchir les participants sur la nécessité de la présence des proches.

C'est ce que North exprime dans le prochain extrait où elle conseille maintenant les personnes qui vont à l'hôpital de se faire accompagner.

[...] Dès qu'une personne va à l'hôpital, je lui dis : « vas-y accompagné ! » Il faut aussi que la personne soit vigilante dans son accompagnement. Si elle considère que tu dis des choses [inhabituelles], elle doit activer la clochette [et en parler au personnel soignant]. [...] C'est plus de vigilance, je ne tolérerais pas que quelqu'un aille à l'hôpital tout seul, je m'offrirais pour l'accompagner. Tu ne peux pas y aller toute seule dans les circonstances, particulièrement les personnes [plus âgées]. Je trouve que l'âge fait une différence. Je suis certaine qu'un délire chez une personne de 20 ans sera diagnostiqué plus rapidement, parce que ce n'est pas dans l'ordre des choses. (North, 1335-1345)

L'absence de soutien à l'exercice des droits caractérise l'expérience de la totalité des participants. Toutefois, ils estiment qu'un accompagnement équitable, tout comme la valorisation de leur savoir expérientiel et de leur autonomie, favoriseraient la mise en œuvre de soutien à l'exercice de leurs droits. Le constat est similaire en ce qui concerne la présence de l'entourage, agissant à la fois comme un filet de sécurité et comme une source de soutien importante permettant aux personnes de surmonter les difficultés inhérentes à l'expérience d'une hospitalisation ou de traitements involontaires.

En somme, ce chapitre explique comment la coercition et le soutien à l'exercice des droits sont vécus par les participants qui ont fait l'expérience d'hospitalisations ou de traitements involontaires en soins psychiatriques. La perte de repères figure comme un élément important de leur vécu puisque les participants éprouvent une profonde confusion identitaire. Les participants vivent avec le sentiment de perdre confiance en soi et envers autrui alors que plusieurs cherchent, encore à ce jour, à comprendre leur expérience.

Devant l'adversité rencontrée lors d'épisodes coercitifs, les participants ont l'impression que la reconnaissance de leurs droits et la mise en œuvre de leurs recours sont illusoire. La totalité des participants ont vécu des conséquences négatives lors d'une hospitalisation ou d'un traitement involontaire, estimant que les soins et services en santé mentale ont peu contribué à leur rétablissement dans ce contexte. Enfin, bien que l'absence de soutien à l'exercice des droits caractérise l'expérience des participants, les résultats illustrent des facteurs facilitants et contraignants la mise en œuvre de ces pratiques.

Discussion

Cette étude phénoménologique avait pour but de mieux comprendre les expériences de coercition et de soutien à l'exercice des droits vécues par les personnes vivant avec une problématique de santé mentale qui sont hospitalisées ou traitées contre leur gré en soins psychiatriques. Le premier objectif était d'examiner l'expérience d'atteinte aux droits humains telle qu'elle est vécue par les personnes premières concernées lors d'épisodes coercitifs en soins psychiatriques. Le deuxième objectif visait à décrire l'expérience de soutien à l'exercice des droits telle qu'elle est vécue par ces personnes, dans ce même contexte. Quatre thèmes ont émergé de l'analyse et de l'interprétation des expériences des participants à cette étude soit : (1) perdre ses repères, (2) vivre un sentiment d'injustice, (3) subir les conséquences négatives de la coercition en soins psychiatriques et (4) le contraste entre l'idéal perçu et le vécu du soutien à l'exercice des droits. D'abord, ce chapitre discute de ces résultats avec un regard approfondi en les reliant aux écrits recensés et au cadre conceptuel présentés précédemment. Ensuite, les forces et limites de cette étude sont abordées. Enfin, les retombées de ces résultats sont exposées suivant les cinq axes de la discipline infirmière.

À notre connaissance, il s'agit de la première étude canadienne visant à documenter, selon une perspective phénoménologique, les pratiques de soutien à l'exercice des droits auprès des personnes vivant avec une problématique de santé mentale lors d'épisodes coercitifs en soins psychiatriques. Les résultats présentés dans ce mémoire

suggèrent une absence quasi totale de soutien à l'exercice des droits dans l'expérience des participants, ce qui constitue un élément essentiel à considérer. Bien qu'une littérature abondante soit disponible en ce qui concerne la coercition en soins psychiatriques, l'absence de littérature portant spécifiquement sur un tel soutien corrobore ce constat. Dans ce contexte, il apparaît nécessaire de discuter plus attentivement de la signification expérientielle des atteintes aux droits humains, de leur reconnaissance et de soutien à l'exercice de ces mêmes droits puisque de telles expériences sont susceptibles de mieux informer les pratiques de soins infirmiers.

La perte de repères et les conséquences perçues de la coercition en soins psychiatriques

Au regard des résultats de la présente étude, la perte de repères émerge comme élément central des expériences des participants, ce qui souligne les répercussions profondes de la coercition en soins psychiatriques sur leur vécu. Bien que la littérature scientifique ne rapporte pas cette perte de repères, certains liens peuvent être faits avec les écrits recensés. Cette perte de repères vécue par les participants semble s'expliquer par le croisement de plusieurs événements, soit l'expérience d'une problématique de santé mentale, l'effet stigmatisant d'hospitalisations, de soins ou de traitements involontaires, ainsi que l'absence de soutien offert afin de comprendre leur situation. Elle se manifeste aussi sous plusieurs formes qui seront discutées dans les prochains paragraphes, dont une confusion identitaire, de la stigmatisation et une situation de non-recours aux services en santé mentale.

Confusion identitaire

Les résultats de cette étude corroborent l'expérience déroutante et négative d'une problématique de santé mentale vécue par les personnes premières concernées, notamment en raison des difficultés d'acceptation (Askola et al., 2018), des répercussions des symptômes dans leur fonctionnement quotidien (Seed et al., 2016; Tingleff et al., 2017) et de la détresse psychologique vécue selon la sévérité des symptômes (Light et al., 2014). Comme cela est identifié dans la littérature, les participants à cette étude ont partagé de nombreuses expériences négatives (Butterworth et al., 2022; Goulet et al., 2019; Iudici et al., 2022; Staniszewska et al., 2019). Ces expériences vont toutefois au-delà du vécu symptomatologique, en ce sens qu'elles sont également décrites comme déshumanisantes (Akther et al., 2019) et traumatiques (Wu et al., 2020).

Les résultats de cette étude suggèrent qu'une compréhension de l'expérience vécue de la coercition en soins psychiatriques échappe, encore à ce jour, à certains participants. Cette perte de repères encourage l'émergence d'un processus réflexif afin de mieux comprendre et surtout faire sens avec leurs expériences. Le sentiment d'incompréhension des personnes premières concernées est exposé dans la littérature, mais se réfère majoritairement aux incompréhensions liées à un manque d'information (Wyder et al., 2015) ou un manque de connaissance (Corring et al., 2017) face aux processus légaux et la justification des mesures coercitives. Les questionnements qui émanent des expériences d'hospitalisations ou de traitements involontaires des participants sont cohérents avec de

tels constats. Toutefois, les participants vivent une confusion identitaire importante qui, à notre connaissance, n'est pas exposée dans la littérature existante. L'expérience des participants rejoint toutefois la littérature qui souligne que les personnes premières concernées vivent d'importantes remises en question suivant l'expérience d'une mesure coercitive. Ces remises en question participent également à l'expérience des participants à cette recherche qui doivent se resituer dans leur vie en raison de nombreux changements à leur quotidien, notamment en ce qui concerne le travail ou le cheminement académique (Allison et Flemming, 2019). D'autres études rapportent que les personnes premières concernées ont l'impression de vivre une altération de leur identité (Verbeke et al., 2019) et de cacher leur véritable personnalité (Sibitz et al., 2011), ce qui explique aussi, en partie, la confusion identitaire vécue par les participants.

Stigmatisation et autostigmatisation

La confusion identitaire amène également les participants à vivre de la stigmatisation et de l'autostigmatisation lors d'épisodes coercitifs puisqu'ils sont tentés d'adapter leurs comportements pour mieux paraître auprès d'autrui (Schoppmann et al., 2021). La stigmatisation survient en présence d'étiquettes données aux personnes vivant avec une problématique de santé mentale, de stéréotypes, de discrimination et implique une relation de pouvoir où la personne stigmatisée se sent inférieure aux personnes qui la stigmatisent (Link et Phelan, 2001). Cette relation de pouvoir sera discutée dans la section abordant l'approche biomédicale. La stigmatisation provenant des proches (Mfoafo-M'Carthy et al., 2018) et du personnel soignant (Dawson et al., 2021) est une réalité des

personnes premières concernées alors qu'elles vivent de la discrimination (Lawn et al., 2015) et qu'elles sont souvent considérées comme dangereuses (Goulet et al., 2019), portant notamment atteinte au droit à la dignité, à l'égalité et à l'inclusion sociale (Sugiura et al., 2020). L'autostigmatisation survient lorsque la personne vivant avec une problématique de santé mentale perçoit et accepte les étiquettes qui lui sont attribuées en se dévalorisant elle-même et en modifiant son identité sociale (Corrigan et al., 2012; Dubreucq et al., 2020). L'autostigmatisation est aussi présente chez les personnes premières concernées alors qu'elles évitent de parler de leur problématique de santé mentale (Bradbury et al., 2016; Rüschi et al., 2014) ou elles cherchent à plaire à autrui en modifiant certains comportements tout en ayant une confiance en soi diminuée (Schoppmann et al., 2021). L'autostigmatisation semble également émerger du sentiment de honte ressenti par plusieurs des participants, ce qui renforce l'idée de garder cette expérience pour eux-mêmes, contribuant à nier leur existence sociale et donc à la perte de repères. Ce sentiment de honte est vécu dans différents contextes par les personnes premières concernées, notamment après une escorte en établissement hospitalier par les policiers (Bradbury et al., 2016), à la suite d'une expérience de mesure coercitive en soins psychiatriques (Aguilera-Serrano et al., 2018; Tingleff et al., 2017) ou lorsqu'elles doivent comparaitre devant les tribunaux (Knack et al., 2020).

Les résultats de la présente étude permettent de fournir des précisions sur cette confusion identitaire et ses conséquences sur les relations interpersonnelles entre les personnes premières concernées et leurs systèmes de soutien. Plusieurs participants

tentent de camoufler leur vécu d'un épisode coercitif en choisissant de dévoiler aux autres une infime partie de l'expérience ou de la cacher complètement, ce qui nous réfère à la notion de « *passing* » chez Goffman. En effet, pour Goffman (1963) et plusieurs auteurs s'intéressant à la stigmatisation (Anderson et Snow, 2001; Winder, 2023), cette notion réfère au contrôle de l'information que les personnes exercent à l'égard du dévoilement d'informations qui pourraient les discréditer. Certains participants vont se forger une nouvelle identité en modifiant leur relation avec autrui pour extérioriser seulement le meilleur d'eux-mêmes, dissimulant la détresse et les sentiments négatifs ressentis. Les participants poursuivent leur vie avec le sentiment qu'ils devront à jamais cacher cet épisode de leur passé, notamment en raison de la confiance envers autrui qui est ébranlée. Ces résultats corroborent la perte de confiance vécue par les personnes premières concernées envers le personnel soignant (Askola et al., 2018; Dawson et al., 2021; Duffy et al., 2023; Hem et al., 2018) et même envers les services en santé mentale (Hawsawi et al., 2020; Lawrence et al., 2019; Norvoll et Pedersen, 2018). Certains des participants éprouvent aussi une perte de confiance envers leurs proches qui est alimentée par la crainte de revivre un épisode coercitif après s'être confiés auprès d'eux.

Situations de non-recours

L'absence de soutien vécu par les participants de cette étude contribue également à la perte de repères, notamment en raison de l'effet expérientiel cumulatif des expériences négatives associées à la coercition en soins psychiatriques et de la stigmatisation associée à une problématique de santé mentale. Les résultats suggèrent que le manque de

connaissance et d'information des participants contribue à l'incompréhension de leur situation, mais également à la perception d'absence de soutien par le personnel soignant. Dans ce contexte, les participants vivent un sentiment d'abandon et ont la perception d'être laissés à eux-mêmes. L'absence de soutien entraîne un réflexe de non-recours à ces services pour les participants, qui cherchent à trouver des alternatives afin d'éviter les services en santé mentale. Le concept de non-recours réfère aux personnes qui ne bénéficient pas d'un service public auquel elles ont droit (Warin, 2010). Le non-recours aux services par non-demande précise que les personnes éligibles aux services, qui leur sont pourtant spécifiquement destinés, décident d'éviter d'en faire la demande en raison de différentes causes (non-adhésion aux services, perte d'estime de soi, recherche d'alternatives) ou de contraintes (difficulté d'accès, crainte de stigmatisation, discrimination) (Warin, 2010). Les résultats de cette étude corroborent une situation de non-recours par non-demande et suggèrent que les participants se soustraient des services en santé mentale, plutôt que d'y recourir. Ces derniers connaissent l'existence des services en santé mentale, mais n'adhèrent pas à l'approche biomédicale, aux mesures coercitives très souvent imposées ainsi qu'aux soins qui leur sont offerts. Ils vivent également des sentiments négatifs reliés aux expériences de coercition en soins psychiatriques, notamment de la stigmatisation, de la discrimination et une perte conséquente de confiance en soi. Le non-recours aux services en santé mentale est également soutenu par la littérature puisque les personnes premières concernées peuvent éviter d'accéder aux services de santé mentale afin d'éviter de vivre davantage de stigmatisation (Katsakou et al., 2012) en raison d'expériences antérieures de coercition (Lawrence et al., 2019). Ce

réflexe de non-recours aux services par les participants est paradoxal puisque ces derniers vivent aussi un sentiment d'abandon qui contribue à la perte de repères. La littérature corrobore ce sentiment d'abandon dans le contexte où les personnes premières concernées vivent une atteinte à leur dignité (Aguilera-Serrano et al., 2018; Akther et al., 2019). Toutefois, les résultats de cette étude suggèrent que ce sentiment d'abandon est plus spécifiquement vécu en raison du manque de soutien reçu par le personnel soignant, de l'absence perçue d'une relation humaine lors de l'épisode de soins et d'une dynamique de pouvoir où ils se sentent dépendants des décisions du personnel soignant. Les participants se sentent aussi abandonnés par leur entourage en raison de la détérioration et, parfois, du bris de la relation, tout en ne comprenant pas les raisons qui expliquent ces changements.

L'approche biomédicale et ses répercussions expérientielles

La perte de repère décrite précédemment semble également s'amplifier en raison de l'approche biomédicale actuellement prédominante en soins psychiatriques (Timander, 2020). À l'instar de Allison et Flemming (2019) et Verbeke et al. (2019), les participants à cette étude estiment que les services reçus s'inscrivent davantage dans une dynamique de pouvoir impliquant la gestion symptomatique de la maladie et des risques, plutôt que dans un accompagnement s'appuyant sur les principes du rétablissement. Les prochains paragraphes discutent des répercussions de cette approche et des relations de pouvoirs existantes à la lumière des expériences d'hospitalisations et de traitements involontaires par les participants.

Le soin comme pratique technique plutôt que relationnelle

Les résultats de cette étude soulignent, à l'instar de Mielau et al. (2018), que les soins psychiatriques, plus particulièrement ceux offerts lors d'épisodes coercitifs, apportent bon nombre de conséquences négatives pour le rétablissement des personnes premières concernées. L'expérience des mesures coercitives est perçue par les participants comme un moyen pour contrôler leurs symptômes et le risque qu'ils représentent pour eux-mêmes ou autrui, plutôt que d'améliorer leur condition mentale ou leur situation de vie au quotidien. L'approche biomédicale se centre notamment sur le diagnostic, la gestion des symptômes et les traitements pharmacologiques associés, laissant peu d'espace et de valorisation pour la mise en œuvre d'interventions psychosociales qui favorisent l'inclusion du contexte social, culturel et économique dans l'expérience des personnes premières concernées (Mahdanian et al., 2022; Mahomed et al., 2020). Les résultats suggèrent que la médication psychiatrique est souvent la seule option offerte aux participants, ce qui est également rapporté par Canvin et al. (2014) et de Waardt et al. (2022). Ce modèle unique est promu au détriment de la relation thérapeutique et d'interventions psychosociales prônées par la littérature scientifique (Duffy et al., 2023; Duxbury, 1996; Mahomed et al., 2020; OIIQ, 2016; OMS, 2021b). D'ailleurs, les participants à cette étude comparent l'hospitalisation sur une unité de soins psychiatriques à une salle d'attente où ils ont le sentiment que très peu d'interventions sont offertes pour améliorer leur situation en raison des activités internes qui sont peu propices à leur rétablissement, lorsqu'elles sont proposées.

Pour Szasz (2007), la coercition légalement autorisée est fortement intriquée, voire indissociable, des pratiques issues de la psychiatrie biomédicale. L'analyse de la jurisprudence québécoise en matière d'hospitalisation et de traitement involontaire réalisée témoigne aussi de la prééminence de l'approche biomédicale dans la coercition formelle. Ce type de coercition est autorisée par les lois en vigueur, notamment par l'intermédiaire de la GE et de l'AJS (Paradis-Gagné et al., 2021). En ce qui concerne l'AJS plus précisément, la totalité de la jurisprudence recensée est orientée vers l'imposition de traitements pharmacologiques ou de sismothérapie, sans que des interventions psychosociales soient considérées.

En outre, les résultats de cette recherche suggèrent qu'en contexte québécois, les interventions du personnel infirmier qui apparaissent dans ces jugements relèvent davantage d'un rôle technique, plutôt que psychosocial et relationnel. Plus souvent qu'autrement, le personnel infirmier est mobilisé afin de transmettre des informations au tribunal sur la condition de santé des personnes premières concernées, notamment en justifiant leur absence à l'audience. Le personnel infirmier est également impliqué dans l'administration d'une médication psychiatrique prescrite par le médecin psychiatre et assure une surveillance de la condition physique et mentale des personnes premières concernées. Chiarella (2000) souligne que l'implication du personnel infirmier est souvent absente des jugements en raison de la présence prépondérante des médecins. Cette auteure prône un apport accru du personnel infirmier puisque leur responsabilité légale dans l'application des mesures coercitives est reconnue, sans toutefois apparaître dans la

jurisprudence (Chiarella, 2000; LégisQuébec, 2023c, 2023e, 2023f). Les constats de cette recherche permettent d’approfondir et de nuancer ceux de Chiarella (2000). En plus de soutenir le manque de reconnaissance de la participation du personnel infirmier dans la mise en œuvre de mesures coercitives, ils suggèrent que son rôle en est un de subordination vis-à-vis l’autorité médicale et judiciaire. Il semble également sous-représenté en présence de coercition légalement autorisée, alors qu’il apparaîtrait bénéfique de le considérer (Chiarella, 2000).

Le soin et ses dynamiques de pouvoir

Les résultats présentés dans le cadre de ce mémoire évoquent l’omniprésence du paternalisme des soignants, plutôt que d’interventions relevant de l’*advocacy*. Les participants sentent que leur liberté de choix est minée par le personnel soignant puisqu’ils sont exclus du processus de décisions qui les concerne et que leur opinion est peu considérée. Le paternalisme qui se dégage des expériences des participants entrave leur autonomie décisionnelle, ce qui corrobore la littérature suggérant que les personnes premières concernées déplorent cette approche qui occasionne des conséquences négatives sur la relation entretenue avec le personnel soignant (Brophy et al., 2019; Brophy et al., 2016b; Norvoll et Pedersen, 2018). Bien que les participants bénéficieraient de la mise en œuvre du rôle d’*advocacy* par le personnel infirmier, les résultats de cette étude suggèrent que ce rôle est peu présent dans leur expérience. Étant donné l’importance de l’*advocacy* dans le rôle du personnel infirmier (Abbasinia et al., 2020; Duxbury, 1996), des interrogations persistent sur les raisons expliquant ce constat. L’adhésion à l’approche

biomédicale par le personnel infirmier semble être un facteur à considérer, ce qui est à première vue défavorable à l'émergence de pratiques de soutien telles que l'*advocacy* (Abbasinia et al., 2020).

L'analyse des expériences des participants révèle l'existence d'une dynamique de pouvoir importante. Cette dynamique de pouvoir est ancrée dans l'approche biomédicale et nuit à la qualité de la relation entre les personnes premières concernées et le personnel soignant (Verbeke et al., 2019). Cette relation de pouvoir est inhérente en contexte de coercition alors que les participants estiment avoir vécu un accompagnement variable en fonction du personnel soignant en présence (Anderson, 2017). Les expériences positives liées à la relation thérapeutique sont, en somme, peu nombreuses. Pourtant, la littérature mentionne que la qualité de la relation thérapeutique augmente la satisfaction des personnes premières concernées face aux services reçus (O'Donoghue et al., 2017; Staniszewska et al., 2019). La dynamique de pouvoir s'explique aussi par le contrôle de l'information vécu par les participants, tout comme le manque d'information adaptée et spécifique à leur situation. Ces derniers mentionnent avoir peu de connaissances des aspects légaux de leur situation, ce qui constitue une entrave majeure à leur autonomie décisionnelle. De plus, ce manque d'information est accentué par la rareté des explications facilitant la compréhension de celles-ci, notamment lors de l'utilisation de documents écrits standardisés tels que des dépliants informatifs. Les résultats suggèrent que ces documents sont jugés inutiles par les participants s'ils ne sont pas spécifiques à leur situation et s'ils ne sont pas adjoints d'un soutien permettant la compréhension des

informations qui y sont inscrites. Ces constats sont conformes à la littérature existante en lien avec le droit à l'information, notamment sur le manque d'information (Staniszewska et al., 2019) et sur les efforts déployés par le personnel soignant jugés insuffisants pour favoriser la compréhension des informations (Macgregor et al., 2019). D'ailleurs, pour les participants, le fait de recevoir des informations adaptées à leur situation légale, de façon récurrente dans l'épisode de soins, favoriserait le soutien à l'exercice des droits et une expérience de soins plus positive. Il en est de même en ce qui concerne la validation de la compréhension de la personne première concernée de façon régulière par le personnel infirmier. Ce constat soutient les conclusions de Murphy, McGuinness, Bainbridge, Brosnan, Keys, et al. (2017) qui rapportent que les personnes premières concernées recevant des informations sur leur situation légale en sont reconnaissantes et les perçoivent positivement.

L'expérience d'adversité devant la reconnaissance des droits humains en santé mentale

Au sein de la littérature recensée, peu de recherches explorent la reconnaissance des droits en soins psychiatriques du point de vue des personnes premières concernées lors d'épisodes coercitifs. Les résultats de la présente étude apportent des éclaircissements à ce sujet. L'implication active des participants dans leurs démarches légales était, pour certains, vécue positivement. Toutefois, c'est davantage le sentiment d'injustice face à l'adversité rencontrée par les participants qui est à l'avant-plan lorsqu'ils souhaitent s'investir afin de faire reconnaître leurs droits et recours.

Les résultats de cette étude démontrent que l'implication active des participants pour retrouver leur autonomie et favoriser la reconnaissance de leurs droits figure parmi les éléments positifs de leur expérience. Que ce soit pour se mettre en action afin d'exercer leurs recours ou mettre à profit leurs connaissances sur la défense des droits afin d'aider autrui, le fait de s'impliquer personnellement dans leur démarche de rétablissement suivant un épisode coercitif en soins psychiatriques évoque des sentiments de fierté et d'accomplissement de soi chez les participants. Ce sentiment persiste même lorsque l'issue de ces démarches était en leur défaveur. Ces résultats rejoignent en partie les conclusions de Wyder et al. (2016), qui soulignent l'importance des stratégies d'intervention permettant aux personnes premières concernées de reprendre un certain contrôle sur leur vie. Les participants perçoivent peu de valorisation du personnel soignant lorsqu'ils s'impliquent dans leurs recours et vivent parfois avec des commentaires dénigrants leurs efforts. Malgré les sentiments majoritairement négatifs qui émergent de ces expériences, les résultats suggèrent que ces sentiments apportent une motivation supplémentaire aux participants pour éviter de revivre des situations où leurs droits sont atteints. En ce sens, le fait de pouvoir exercer un recours, qu'il soit entendu et pris en considération par le tribunal, semble avoir un effet protecteur auprès des participants, ce qui, à l'instar de l'étude de Smyth et al. (2016), est perçu positivement par les personnes premières concernées en ce qui concerne la reconnaissance de leurs droits.

En contrepartie, les résultats de la présente étude exposent l'adversité rencontrée par les participants en raison des nombreuses difficultés vécues afin de faire reconnaître leurs droits auprès des établissements de santé et devant les tribunaux. Contrairement à l'étude de Macgregor et al. (2019), où les tribunaux étaient reconnus comme la seule instance pour faire entendre leurs voix, les résultats de la présente étude indiquent le découragement des participants et la perte de confiance envers les tribunaux, notamment en raison d'un fort sentiment d'injustice. Les résultats de cette étude soutiennent la présence d'injustices épistémiques dans les soins psychiatriques (Kurs et Grinshpoon, 2018; Okoroji et al., 2023). Les participants se sentent peu écoutés, leur version des faits étant considérée non-crédible face aux rapports d'évaluations psychiatriques, ce qui ajoute aux difficultés d'exercer des recours visant à contester une mesure coercitive légalement autorisée et à la dynamique de pouvoir décrite précédemment. La littérature rapporte que les personnes premières concernées perdent leur crédibilité en tant qu'individus (Akther et al., 2019; Goulet et al., 2019) et leurs propos sont souvent discrédités, ce qui entrave la reprise de pouvoir sur leur vie (Gault et al., 2013; Lawn et al., 2015). Les participants vivent du découragement face à la reconnaissance de leurs droits alors qu'ils estiment avoir peu de chances d'un dénouement en leur faveur suivant leur démarche légale, ce qui contribue à l'adversité rencontrée et au sentiment d'injustice. D'ailleurs, même lorsqu'ils aspirent à avoir un dénouement en leur faveur, les participants estiment que le gain potentiel au tribunal sera insuffisant pour réparer les dommages causés par l'expérience d'une hospitalisation ou de traitement involontaire.

Ces difficultés vécues devant le tribunal apparaissent aussi dans l'étude de Bernheim et al. (2016) qui réitère, comme le signalent les résultats de la présente étude, les difficultés d'accès à un représentant légal. Les participants ont vécu des difficultés à accéder à des services juridiques en moment opportun, principalement les soirs et la fin de semaine, où discuter avec un avocat semble un défi. En général, ils avaient la possibilité de communiquer avec un représentant légal, mais devaient laisser un message vocal et attendre un retour d'appel. Ce constat est alarmant considérant la complexité des démarches pour exercer un recours et les délais de contestation jugés trop courts, ce qui empêche une préparation adéquate pour se défendre devant le tribunal (Bernheim et al., 2016).

Les résultats de cette étude suggèrent qu'il est difficile pour les participants de constater la banalisation et le déni de leurs droits par le personnel soignant, notamment lorsqu'ils possèdent certaines connaissances en lien avec l'exercice de ceux-ci. Malgré de telles connaissances, plusieurs participants hésitent à exprimer leur opinion auprès du personnel soignant par crainte de vivre davantage de coercition. Les personnes premières concernées apprennent à « jouer le jeu » auprès du personnel soignant pour éviter d'autres mesures coercitives et acceptent la coercition malgré qu'elle soit en opposition avec leurs convictions (Goulet et al., 2019). Cet aspect apparaît important à considérer puisqu'il suggère la présence de coercition informelle dans la dynamique entretenue entre le personnel soignant et les personnes premières concernées. La coercition informelle survient lorsqu'une personne se sent obligée d'obéir à une demande sous l'effet de

menaces ou de pressions exercées par un tiers parti (Paradis-Gagné et al., 2021). Or, les résultats suggèrent que les participants ont vécu ce type de coercition, notamment lorsque leurs propos sont censurés, qu'ils ne peuvent s'exprimer comme ils souhaiteraient le faire ou devant l'exigence de prendre la médication psychiatrique prescrite afin de négocier leur congé de l'hôpital, ce qui est également corroboré par Goulet et al. (2019). De ce fait, même si certaines connaissances sur les droits sont considérées acquises par les participants, ils estiment que ces connaissances ont une utilité limitée dans l'amélioration de leur situation lorsqu'ils sont à l'hôpital. Ils sentent également que le simple fait d'exercer leurs droits et recours peut mener à davantage de coercition.

Conceptions du soutien à l'exercice des droits : de son absence à sa mise en œuvre

Les participants à cette étude ont partagé de nombreuses expériences négatives qui soutiennent une méfiance et un non-recours, plutôt qu'une adhésion aux soins proposés (Katsakou et al., 2012; Lawrence et al., 2019; Warin, 2010). À l'instar des personnes premières concernées dans la littérature, ils ont vécu de la stigmatisation (Goulet et al., 2019; Stuen et al., 2015), une diminution de leur autonomie décisionnelle (Hem et al., 2018; Jessell et Stanhope, 2022; Tomlin et al., 2020), un manque d'information (Akther et al., 2019; Iudici et al., 2022) et de l'adversité dans la reconnaissance de leurs droits et recours (Bernheim et al., 2016; Macgregor et al., 2019). Dans ce contexte, les pratiques de soutien à l'exercice des droits méritent une attention particulière. Bien que les résultats de cette étude révèlent qu'une absence de soutien à l'exercice des droits contribue à la perte de repères des participants, ces derniers ont verbalisé la signification expérientielle

de ces pratiques en révélant des éléments favorables et défavorables à un tel soutien. Comme exposé dans la recension des écrits, la littérature scientifique à ce sujet est inexistante. Il s'agit d'une contribution majeure de la présente recherche aux pratiques favorables à la reconnaissance des droits humains en santé mentale. Les aspects cruciaux qui émergent des résultats de cette étude sont discutés dans les prochains paragraphes, dont les conceptions préexistantes des participants et les pistes de solution afin d'améliorer la mise en œuvre de ces pratiques.

Certains participants avaient reçu, préalablement à cette étude, des services de promotion et de défense des droits, ce qui semble avoir contribué à l'émergence d'une conceptualisation expérientielle des pratiques de soutien à l'exercice des droits. Les résultats suggèrent que le soutien à l'exercice des droits apparait, pour eux, comme un idéal à atteindre en soins psychiatriques, malgré le peu d'espairs entretenu à l'égard du développement éventuel de ces pratiques par le personnel infirmier. L'approche biomédicale caractérisant les soins psychiatriques et le contexte actuel en santé mentale au Québec contribuent à ce découragement des participants. Toutefois, à l'instar de la littérature portant sur la réduction de la violation des droits humains en soins psychiatriques, les participants à cette étude soutiennent l'importance que le personnel infirmier assure la mise en œuvre de certains éléments, notamment une approche centrée sur la personne (Duffy et al., 2023; McKay et al., 2020), une relation équitable (Mahdanian et al., 2022; Norvoll et Pedersen, 2018), la valorisation de l'autonomie décisionnelle (Hem et al., 2018; Mahomed et al., 2020; Sugiura et al., 2020) et la transmission d'informations

adaptées (Akther et al., 2019; Murphy, McGuinness, Bainbridge, Brosnan, Keys, et al., 2017). L'analyse des résultats suggère que les pratiques de soutien à l'exercice des droits permettraient de réduire les conséquences négatives associées aux épisodes coercitifs et d'atteinte aux droits humains, notamment le sentiment d'injustice et la perte de repères, comme discuté précédemment.

La conceptualisation du soutien à l'exercice des droits par les participants évoque qu'une relation empreinte d'écoute, d'empathie et de respect de la part du personnel soignant est primordiale et essentielle. Ces résultats appuient la littérature qui souligne qu'une relation thérapeutique de qualité avec le personnel infirmier est déterminante dans l'expérience des personnes premières concernées (Duffy et al., 2023; Pariseau-Legault et al., 2020; Verbeke et al., 2019). L'idéal des pratiques de soutien à l'exercice des droits semble donc s'inscrire davantage dans une relation d'équité entre le personnel infirmier et la personne vivant avec une problématique de santé mentale, ce qui est congruent avec le rôle du personnel infirmier en santé mentale et dans les stratégies à promouvoir afin de réduire les négatifs de la coercition (Duxbury, 1996; Hem et al., 2018; Mahdanian et al., 2022; Mahomed et al., 2020; Sugiura et al., 2020). Les résultats de cette étude suggèrent que le soutien à l'exercice des droits est davantage axé vers l'accompagnement, congruent avec le paradigme de la transformation, où le personnel infirmier « est avec » la personne première concernée dans son expérience, plutôt que de « faire pour » issu du paradigme de la catégorisation qui découle de l'approche biomédicale (Pepin et al., 2017). Cette orientation valorise ainsi l'approche humaniste et relationnelle des soins infirmiers, ce qui

semble également positionner le personnel infirmier dans un rôle de soutien et de promotion du *self-advocacy* des personnes premières concernées (Abbasinia et al., 2020; Mallik, 1997).

Les résultats de cette étude indiquent d'ailleurs que la valorisation de l'autonomie des personnes premières concernées figure comme un élément significatif et déterminant pour favoriser l'exercice de leurs droits, ce qui corrobore les écrits sur le rôle d'*advocacy* en santé mentale (Abbasinia et al., 2020; Jugessur et Iles, 2009) et sur ses bienfaits pour ces personnes (Hem et al., 2018; Macgregor et al., 2019). Cet aspect demeure toutefois peu présent dans les expériences des participants, notamment en raison du manque d'implication dans le processus décisionnel et du peu de reconnaissance face à leur vécu, leurs opinions et leurs choix. Ce résultat rejoint la littérature portant sur la violation des droits humains en soins psychiatriques qui rapporte que les personnes premières concernées vivent une diminution de leur autonomie décisionnelle (Akther et al., 2019), le sentiment d'être peu impliquées dans le processus de décision les concernant (Aluh et al., 2022) et le sentiment que leurs volontés sont peu considérées (Allison et Flemming, 2019).

Même si l'expérience des participants suggère l'absence, plutôt que la présence, de soutien à l'exercice des droits en soins psychiatriques, certaines pistes de solutions afin d'améliorer ces pratiques émergent de l'analyse des résultats. Cette conceptualisation du soutien à l'exercice des droits par les participants suggère que l'accès à de l'information

adaptée à leur situation est un élément important et au cœur de ces pratiques. Plusieurs participants ignoraient les motifs légaux autorisant l'hospitalisation ou le traitement involontaire et, de ce fait, ignoraient également les recours possibles pour faire respecter leurs droits. À l'instar de la littérature, les résultats sont donc en faveur d'une vulgarisation et d'un soutien plus important à la compréhension de l'information fournie aux personnes premières concernées par le personnel infirmier, notamment sur les motifs de la coercition légalement autorisée, le statut légal et les recours possibles (Akther et al., 2019; MSSS, 2018; Murphy, McGuinness, Bainbridge, Brosnan, Keys, et al., 2017).

Plusieurs participants ont également exprimé l'importance de prendre en considération leur système de soutien et favoriser son implication avant, pendant et après l'épisode de soins. L'accès à un intervenant externe aux établissements de santé durant l'épisode coercitif, généralement par l'intermédiaire d'un organisme communautaire en santé mentale, est perçu positivement par les participants pour l'exercice de leurs droits. Les participants qui ont bénéficié d'un accompagnement auprès d'un organisme communautaire en santé mentale ont développé un lien de confiance envers les intervenants et ont apprécié l'accompagnement reçu, même si cela n'avait pas d'incidence sur le retrait de la mesure légale. Or, un tel accompagnement était absent auprès du personnel infirmier dans leur expérience. Lorsque les participants avaient l'impression de recevoir l'aide d'une tierce personne indépendante de l'établissement de santé dans leur démarche, leur expérience était décrite plus positivement. Le fait de recevoir de l'information adaptée, de l'écoute et avoir le sentiment que leurs propos étaient crus par

les intervenants de ces organismes était très apprécié des participants. Ces résultats sont congruents avec ceux de Newbigging et al. (2015) où l'accompagnement reçu par des IMHA était déterminant pour les personnes premières concernées dans l'amélioration de leur confiance en soi et envers autrui, en plus de favoriser le sentiment d'être traité de façon plus humaine. En facilitant l'accès à des IMHA, le personnel infirmier peut donc favoriser le soutien à l'exercice des droits des personnes qui vivent de la coercition en soins psychiatriques (MSSS, 2018; Newbigging et al., 2015).

À l'instar de Canvin et al. (2014), les résultats suggèrent que les proches de certains participants étaient d'accord avec les mesures coercitives afin d'imposer des soins, ce qui était perçu négativement. Certains participants ont perdu confiance envers leurs proches qui adhéraient à l'approche biomédicale et à l'utilisation de la coercition, plutôt que de valoriser leur consentement ou leur refus des soins proposés. Ce résultat corrobore la littérature qui souligne que les proches perçoivent parfois l'hospitalisation et le traitement involontaire de manière positive, notamment en raison d'une crainte de détérioration de la condition mentale des personnes premières concernées (Jaeger et al., 2019) ou d'un soulagement face à leur prise en charge par les services en santé mentale (Goulet et al., 2019).

Contrairement à ce qui précède, la présence active des proches dans l'épisode de soins apparaît, pour plusieurs participants, comme un facteur positif qui favorise le respect de leurs droits. Les résultats de cette étude suggèrent que l'implication des proches dans

l'épisode de soins est vécue comme un filet de sécurité additionnel assurant la protection des intérêts et une source de soutien importante pour les participants. Jones et al. (2021) arrivent à un constat similaire, soulignant que les personnes premières concernées sentent que leurs proches comprennent mieux leur situation lorsqu'ils sont impliqués dans l'épisode coercitif. Ces résultats soutiennent également le rôle d'intermédiaire assuré par le personnel infirmier afin de parler en faveur des intérêts et des préférences des personnes premières concernées auprès des proches (Abbasinia et al., 2020). Il apparaît important de mentionner que l'implication des proches dans les soins fait face à des enjeux de confidentialité, notamment parce que le consentement des personnes premières concernées est requis pour que le personnel infirmier puisse transmettre certaines informations à de tierces personnes (Goulet et al., 2019; Mahdanian et al., 2022).

À travers leurs savoirs expérientiels, les participants de cette étude contribuent à la conceptualisation de pratiques de soutien à l'exercice des droits et recours. Cette démarche est congruente avec la sensibilité éthique de cette recherche en considérant les enjeux épistémiques vécus par les personnes premières concernées dans la construction des savoirs infirmiers, notamment leur crédibilité et leur implication active (Crichton et al., 2017). À l'égard des résultats de cette étude, la perte de repères, l'approche biomédicale en soins psychiatriques, l'adversité dans la reconnaissance de leurs droits et l'absence de soutien à l'exercice des droits sont des éléments importants issus de l'analyse du vécu des participants. Les résultats de cette étude mettent en lumière la nécessité pressante de repenser la culture d'intervention en soins psychiatriques.

Forces et limites de l'étude

Ce mémoire représente la première étude canadienne utilisant un devis phénoménologique afin de documenter les pratiques de soutien à l'exercice des droits en soins psychiatriques. Il donne une voix aux personnes vivant avec une problématique de santé mentale qui ont fait l'expérience de coercition. Le soutien à l'exercice de droits étant peu documenté dans la littérature scientifique, cette étude permet une meilleure compréhension des éléments favorables et défavorables à la mise en œuvre de ces pratiques du point de vue des personnes premières concernées. L'approche méthodologique retenue donne une crédibilité aux savoirs expérientiels des participants en explorant leur vécu, ce qui contribue à réduire les injustices épistémiques auxquels ils font souvent face en soins psychiatriques (Crichton et al., 2017; Kurs et Grinshpoon, 2018). De plus, l'analyse du corpus médiatique et jurisprudentiel québécois réalisée a permis de contextualiser la coercition en soins psychiatriques au Québec dans le « monde de la vie » des participants puisque la signification accordée aux expériences vécues est indissociable de ce contexte (Neubauer et al., 2019).

Le milieu de recherche et la stratégie de recrutement choisi pourraient toutefois entraîner des biais de sélection et de désirabilité sociale qui doivent être considérés. En effet, la contribution d'organismes communautaires en santé mentale a été précieuse afin de recruter une population cible traditionnellement difficile à rejoindre. Toutefois, les personnes qui font appel à ces organismes vivent majoritairement des expériences

négatives à l'égard de la reconnaissance de leurs droits. Il est utile de préciser que cette recherche explore un sujet sensible, soit la violation des droits humains en soins psychiatriques. Il était donc attendu que le recueil de données appréhende une majorité d'expériences négatives. Cependant, une attention était portée à l'émergence d'expériences positives lors du processus d'analyse des trames narratives et ces expériences positives, bien que minoritaires, ont été exposées dans les résultats. Ensuite, les personnes qui vivent de la coercition en soins psychiatriques ont parfois de la difficulté à exprimer leur vécu. Certaines personnes ont refusé de participer à l'étude puisqu'elles vivaient des émotions difficiles à l'idée de raconter leur expérience. Les participants pouvaient également embellir certaines expériences durant les entrevues afin de s'éloigner des expériences les plus difficiles et éviter de les revivre.

Un biais lié à l'effet du chercheur doit également être considéré. La difficulté pour ces personnes à exprimer leur vécu est possible en présence de professionnels de la santé. L'étudiant-chercheur œuvre à titre d'infirmier clinicien dans un établissement de santé mentale au Québec, son influence pouvait freiner les participants dans l'expression de leur vécu. De plus, l'étudiant-chercheur a déjà été impliqué dans l'application de mesures coercitives telles que définies dans la présente étude, ce qui pouvait faire réagir les participants. L'étudiant-chercheur a utilisé ses habiletés relationnelles afin de réduire les répercussions potentielles de ces éléments sur les participants, notamment son authenticité et son empathie. Il se présentait de façon formelle et transparente au premier contact avec les participants, ce qui contribuait à instaurer un lien de confiance. Ensuite, l'influence du

contexte sur l'étudiant-chercheur pouvait également faire en sorte que son analyse s'éloigne des expériences telles que vécues par les participants. En effet, sa socialisation professionnelle à titre d'infirmier clinicien, fortement influencée par le paradigme biomédical, aurait pu exercer une influence sur l'interprétation des données. La réflexivité de l'étudiant-chercheur dans tout le processus d'analyse en tenant compte de ses connaissances et expériences, une validation externe auprès de son directeur de maîtrise et un retour auprès de quatre participants après le processus d'analyse permettent de s'assurer que l'interprétation du vécu des participants s'approche le plus près possible de leurs expériences.

Retombés de l'étude

Les résultats de cette étude participent à la constitution du corpus de connaissances associées au soutien à l'exercice des droits en soins psychiatriques et aux facteurs expliquant la complexité de sa mise en œuvre. Les retombées sont présentées pour chacun des cinq axes de la discipline des sciences infirmières : la pratique, la recherche, la formation, la gestion et le politique.

Dans la pratique clinique du personnel infirmier, cette étude suggère la nécessité de changements dans le processus d'accompagnement et de soutien des personnes vivant avec une problématique de santé mentale lors d'épisodes coercitifs, notamment afin d'améliorer le soutien à l'exercice des droits qui figure comme absent dans l'expérience des participants. Les résultats informent les pratiques de soins du vécu des personnes

premières concernées lors d'expériences d'hospitalisation ou de traitement involontaire et, de ce fait, favorisent une sensibilité accrue aux difficultés de reconnaissance de leurs droits. La documentation du soutien à l'exercice des droits à partir des savoirs expérientiels des participants permet également de mettre de l'avant les dimensions psychosociales de la pratique infirmière, notamment par l'accompagnement et la valorisation de l'autonomie des personnes premières concernées (*self-advocacy*). De ce fait, les résultats rappellent que des interventions complémentaires et parfois considérées plus significatives que la médication existent et peuvent être mises en œuvre de manière autonome par le personnel infirmier. Les résultats de cette étude suggèrent aussi l'exigence d'un processus réflexif de la part du personnel infirmier afin de questionner leur pratique clinique et y intégrer l'expérience des personnes premières concernées dans une perspective de reconnaissance des droits humains en soins psychiatriques. Enfin, il est utile de rappeler que les pratiques de soutien à l'exercice des droits sont complémentaires à la défense des droits. Les résultats de cette étude pointent vers la nécessité de fournir des informations adaptées sur les droits et recours des personnes premières concernées, ainsi que sur les processus légaux autorisant la coercition en soins psychiatriques. Il apparaît également primordial de vérifier que ces informations sont comprises par ces personnes durant et après l'épisode de soins. De plus, il est possible que le contexte propre au travail du personnel infirmier soit défavorable à la mise en œuvre d'un tel soutien, notamment en raison d'attentes institutionnelles réaffirmant le rôle de subordination du personnel soignant. Afin de considérer ces aspects, les résultats soulignent que les pratiques de soutien à l'exercice des droits gagnent à s'inscrire dans

une relation de partenariat entre les organismes de promotion et de défense des droits en santé mentale et les établissements de santé. Ce partenariat peut être actualisé par l'intermédiaire de la pratique infirmière, qui assure désormais un rôle grandissant à l'égard de la coordination et l'organisation des soins et des services requis (Allen, 2015; OIIQ, 2016).

Pour la recherche, les résultats apportent de nouvelles connaissances sur les pratiques de soutien à l'exercice des droits, actuellement peu documentées au sein de la littérature scientifique. Ces connaissances sont issues de l'analyse des savoirs expérientiels de personnes vivant avec une problématique de santé mentale, bien qu'il serait pertinent de reproduire des études similaires auprès de leurs proches et du personnel infirmier. Cette étude a permis de documenter la complexité de soutien à l'exercice des droits en contexte de coercition en soins psychiatriques, notamment les éléments contribuant à la pertinence de ces pratiques sur la réduction des effets négatifs de mesures coercitives telles que l'hospitalisation et les traitements involontaires. De plus, les résultats identifient certains facteurs contributifs à la non-reconnaissance des droits en soins psychiatriques, notamment l'aspect relationnel des soins infirmiers, qui devraient être considérés à la fois dans la pratique et dans la formation du personnel infirmier. De plus amples études sont nécessaires pour comprendre comment le soutien à l'exercice des droits est réalisé par le personnel soignant. Enfin, les résultats de cette étude contribuent à la transmission de connaissances sensibles au respect et à la reconnaissance des droits humains en santé mentale.

Comme mentionné précédemment, les résultats de cette étude pourront être repris et adaptés pour bonifier les cursus de formation et de formation continue en sciences infirmières. Ils serviront de guide pour développer des formations spécifiques aux pratiques de soutien à l'exercice des droits. Cet apport à la formation favorisera une plus grande compétence juridique du personnel infirmier en soins psychiatriques, notamment en ce qui concerne le respect des droits humains, la mise en œuvre de procédures légales et le soutien offert à la transmission d'informations adaptées aux besoins des personnes premières concernées. De ce fait, les résultats encourageront la diminution de l'écart théorie-pratique en santé mentale. Il n'est pas exclu que ces résultats puissent être bénéfiques pour d'autres acteurs impliqués auprès des personnes vivant avec une problématique de santé mentale, notamment d'autres professionnels de la santé, les policiers et les ambulanciers. Des formations plus inclusives, ouvertes à d'autres professions et occupations, seraient pertinentes afin de sensibiliser tous les acteurs au vécu des personnes premières concernées et assurer une meilleure collaboration dans l'accompagnement de celles-ci.

Les résultats de cette étude ont également des retombées pour la gestion des soins infirmiers. En effet, ils sensibiliseront les gestionnaires aux facteurs organisationnels qui influencent et favorisent l'exercice des droits des personnes premières concernées, notamment l'accès à des intervenants qualifiés durant une hospitalisation, que cela concerne un organisme communautaire en santé mentale ou tout autre intervenant

susceptible d'informer la personne première concernée de ses droits et de ses recours, de la soutenir et de l'accompagner dans ses démarches. De plus, les gestionnaires pourront utiliser ces résultats afin d'encourager le leadership du personnel infirmier dans l'actualisation de leur rôle d'*advocacy* et dans la mise en œuvre de soutien à l'exercice des droits qui, faut-il le rappeler, diffère des pratiques de défense des droits et des professions juridiques. Enfin, comme les résultats suggèrent que les pratiques de soutien à l'exercice des droits se situent dans une approche humaniste, les gestionnaires pourront également soutenir le personnel infirmier dans l'appropriation et la valorisation de cette approche, plutôt que l'approche biomédicale actuellement prédominante.

Finalement, en ce qui concerne l'axe politique, les résultats de ces études contribuent aux efforts menés par de nombreux organismes afin de diminuer l'utilisation de mesures coercitives en soins psychiatriques et promouvoir une culture d'intervention plus respectueuse des droits humains. Ils contribueront également aux efforts déployés au niveau provincial, national et international pour mettre fin à la violation des droits humains en soins psychiatriques. Comme cette étude s'inscrit dans le contexte québécois et que le Gouvernement du Québec entame actuellement une révision de la LPPEM, la voix des personnes vivant avec une problématique de santé mentale informera les décideurs de leur réalité lors de l'application de cette loi. De ce fait, il est souhaité que cette étude soit consultée par les décideurs, contribuant ainsi à l'inclusion des savoirs expérientiels et à la consultation des personnes premières concernées dans l'ajustement de la LPPEM afin qu'elle favorise un meilleur respect des droits humains.

Conclusion

L'étude qualitative phénoménologique exposée dans ce mémoire avait pour but de mieux comprendre les expériences de coercition et de soutien à l'exercice des droits vécues par les personnes vivant avec une problématique de santé mentale qui sont hospitalisées ou traitées contre leur gré en soins psychiatriques. Cette étude montre l'importance de considérer davantage le savoir expérientiel des personnes vivant avec une problématique de santé mentale, notamment en contexte d'hospitalisation et de traitement involontaire. Les résultats mettent en lumière des expériences négatives et suggèrent un processus réflexif à instaurer chez tous les acteurs impliqués auprès des personnes premières concernées. Ils apportent des éléments positifs à considérer pour encourager le développement de pratiques de soutien à l'exercice des droits.

L'analyse phénoménologique interprétative du vécu de 11 participants qui ont fait l'expérience d'hospitalisations et de traitements involontaires en soins psychiatriques suggère l'absence de soutien à l'exercice des droits dans leurs expériences. Cette étude a également examiné les expériences d'atteinte aux droits telles qu'elles étaient vécues par les participants lors d'épisodes coercitifs. Les résultats exposent la complexité de la reconnaissance des droits et des recours des participants. Ces derniers rencontrent de l'adversité dans la mise en œuvre des démarches pour défendre leurs droits et vivent un important sentiment d'injustice. L'analyse du vécu des participants permet aussi de décrire

des éléments favorables et défavorables à la mise en œuvre de soutien à l'exercice des droits à partir d'un idéal souhaité qui tarde à se concrétiser.

La violation des droits humains est dénoncée à l'échelle internationale et la problématique présentée dans ce mémoire soutient l'importance de développer les pratiques de soutien à l'exercice des droits en contexte de coercition en soins psychiatriques. Cette problématique est appuyée par une recension des écrits sur le sujet qui établit que les personnes premières concernées vivent des expériences positives, mais aussi des expériences négatives caractérisées par la stigmatisation, un sentiment de discrimination de même qu'une importante perte de repères. Les atteintes aux droits humains sont également vécues par une perte d'autonomie, de dignité, un manque d'information et une représentation légale jugée inadéquate.

Ce mémoire expose que le soutien à l'exercice des droits figure parmi les interventions psychosociales qui peuvent être mises en œuvre par le personnel infirmier et qui permettent notamment d'atténuer les effets négatifs de la coercition et de la violation des droits humains en soins psychiatriques. S'inscrivant dans une approche humaniste, le soutien à l'exercice des droits est également sensible au respect des droits humains en valorisant l'autonomie des personnes premières concernées et en offrant un accompagnement qui valorise l'instauration d'une relation thérapeutique. De ce fait, le soutien à l'exercice des droits est susceptible de diminuer les rapports de pouvoirs caractéristiques de l'approche biomédicale, actuellement prédominante en soins

psychiatriques. Au Québec, les pratiques de soutien à l'exercice des droits font partie du rôle du personnel infirmier. Les résultats de l'étude suggèrent que leur mise en œuvre est une nécessité et contribuent à mieux identifier leurs contours, leurs caractéristiques idéales et leurs limites.

Alors que peu de chercheurs se sont intéressés au soutien à l'exercice des droits en soins psychiatriques, ce mémoire fait entendre la voix des personnes premières concernées et met à l'avant-plan leur expérience en contexte de coercition afin de favoriser l'évolution des pratiques de soins. Le développement de ces connaissances est également cohérent avec le respect des personnes vivant avec une problématique de santé mentale dans la réduction des injustices épistémiques trop souvent vécues en soins psychiatriques.

En terminant, cette étude fait évoluer les savoirs infirmiers à plusieurs niveaux. La reconnaissance des droits et la valorisation de l'autonomie des personnes premières concernées requièrent l'engagement d'un processus réflexif dans l'accompagnement offert par le personnel infirmier. Ce processus réflexif doit être véhiculé tant dans le cursus académique que dans la formation continue offerte, contribuant ainsi à un changement de culture d'intervention et un détachement du modèle biomédical au profit d'une approche plus humaniste et relationnelle, comme cela est établi dans les fondements de la pratique infirmière. La complexité de la mise en œuvre de soutien à l'exercice des droits documentée dans ce mémoire souligne aussi la pertinence de réaliser des recherches similaires auprès des proches et du personnel infirmier. D'un point de vue organisationnel,

les gestionnaires des établissements de santé bénéficieront des conclusions de cette étude afin d'offrir un plus large éventail de services et d'interventions psychosociales aux personnes premières concernées, notamment en incluant davantage les organismes communautaires en santé mentale. Cette étude informe finalement les instances provinciales, nationales et internationales des connaissances issues des savoirs expérientiels. Il serait pertinent que les décideurs considèrent l'apport essentiel du vécu des personnes premières concernées pour modifier les lois et politiques autorisant la coercition en soins psychiatriques.

Références

- Abbasinia, M., Ahmadi, F. et Kazemnejad, A. (2020). Patient advocacy in nursing: A concept analysis. *Nursing Ethics*, 27(1), 141-151. <https://doi.org/10.1177/0969733019832950>
- Adam, S. (2017). Crazy making: The institutional relations of undergraduate nursing in the reproduction of biomedical psychiatry. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 14(1). <https://doi.org/10.1515/ijnes-2017-0071>
- Aguilera-Serrano, C., Guzman-Parra, J., Garcia-Sanchez, J. A., Moreno-Küstner, B. et Mayoral-Cleries, F. (2018). Variables associated with the subjective experience of coercive measures in psychiatric inpatients: A systematic review. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue Canadienne de Psychiatrie*, 63(2), 129-144. <https://doi.org/10.1177/0706743717738491>
- Akther, S. F., Molyneaux, E., Stuart, R., Johnson, S., Simpson, A. et Oram, S. (2019). Patients' experiences of assessment and detention under mental health legislation: Systematic review and qualitative meta-synthesis. *BJPsych Open*, 5(3), Article e37. <https://doi.org/10.1192/bjo.2019.19>
- Allen, D. (2015). *The invisible work of nurses: Hospitals, organisation and healthcare*. Routledge.
- Allison, R. et Flemming, K. (2019). Mental health patients' experiences of softer coercion and its effects on their interactions with practitioners: A qualitative evidence synthesis. *Journal of Advanced Nursing*, 75(11), 2274-2284. <https://doi.org/10.1111/jan.14035>
- Aluh, D. O., Ayilara, O., Onu, J. U., Grigaitė, U., Pedrosa, B., Santos-Dias, M., Cardoso, G. et Caldas-de-Almeida, J. M. (2022). Experiences and perceptions of coercive practices in mental health care among service users in Nigeria: A qualitative study. *International Journal of Mental Health Systems*, 16, Article 54. <https://doi.org/10.1186/s13033-022-00565-4>
- American Academy of Psychiatry and the Law. (2014). *The Organization*. <https://www.aapl.org/organization>
- Anadón, M. (2006). La recherche dite « qualitative » : de la dynamique de son évolution aux acquis indéniables et aux questionnements présents. *Recherches qualitatives*, 26(1), 5-31. <https://doi.org/10.7202/1085396ar>

- Anderson, L. et Snow, D. A. (2001). L'exclusion sociale et le soi : une perspective d'interactionnisme symbolique*. *Sociologie et sociétés*, 33(2), 13-27. <https://doi.org/10.7202/008309ar>
- Anderson, S. A. (2017). The enforcement approach to coercion. *Journal of Ethics and Social Philosophy*, 5(1), 1-32. <https://doi.org/10.26556/jesp.v5i1.47>
- Antoine, P. et Smith, J. A. (2017). Saisir l'expérience : présentation de l'analyse phénoménologique interprétative comme méthodologie qualitative en psychologie. *Psychologie française*, 62(4), 373-385. <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2016.04.001>
- Asher, L., Patel, V. et De Silva, M. J. (2017). Community-based psychosocial interventions for people with schizophrenia in low and middle-income countries: Systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 17, Article 355. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1516-7>
- Askola, R., Nikkonen, M., Paavilainen, E., Soininen, P., Putkonen, H. et Louheranta, O. (2018). Forensic psychiatric patients' perspectives on their care: A narrative view. *Perspectives in Psychiatric Care*, 54(1), 64-73. <https://doi.org/10.1111/ppc.12201>
- Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec. (2014a). *L'ABC de l'autorisation judiciaire de soins : je me renseigne, je me prépare*. https://droitsetrecours.org/wp-content/uploads/GuideAJS-2014_web.pdf
- Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec. (2014b). *L'autorisation judiciaire de soins : le trou noir de la psychiatrie*. http://www.agidd.org/wp-content/uploads/2014/06/AJS_trou_noir_psychiatrie_web.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*. <https://www.agidd.org/wp-content/uploads/2015/10/Appropriation-d%C3%A9rive-mai-2015.pdf>
- Barker, P. et Buchanan-Barker, P. (2011). Myth of mental health nursing and the challenge of recovery. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20(5), 337-344. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2010.00734.x>
- Barreau du Québec. (2023). *Les rôles de l'avocat*. <https://www.barreau.qc.ca/fr/grand-public/faire-affaire-avec-un-avocat/roles-avocats/>

- Bernheim, E. (2019). Le refus de soins psychiatrique est-il possible au Québec? Instrumentalisation du droit et mission thérapeutique de la justice. *Aporia*, 11(1), 28-40. <https://doi.org/10.18192/aporia.v11i1.4495>
- Bernheim, E., Chalifour, G. et Laniel, R.-A. (2016). La santé mentale en justice - invisibilité et déni de droits : une étude statistique de la jurisprudence en autorisation de soins. *McGill Journal of Law and Health*, 9(2), 337-382.
- Bernheim, E., Gutierrez, M., Ouellet, G., Pariseau-Legault, P. et Sallée, N. (2020). Chantier 21 - Justice et santé mentale. Dans P. Noreau, E. Bernheim, C. Piché et J. F. Roberge (dir.), *22 chantiers sur l'accès au droit et à la justice* (p. 385-402). Éditions Yvon Blais.
- Bindman, J. (2004). Coercion and treatment pressures. *Psychiatry*, 3(3), 14-16. <https://doi.org/10.1383/psyt.3.3.14.30680>
- Bindman, J., Reid, Y., Szmukler, G., Tiller, J., Thornicroft, G. et Leese, M. (2005). Perceived coercion at admission to psychiatric hospital and engagement with follow-up: A cohort study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(2), 160-166. <https://doi.org/10.1007/s00127-005-0861-x>
- Bouchard, C. (2014, 13 janvier). Accès difficile aux soins en psychiatrie. *Le Journal de Québec*. <https://www.journaldequebec.com/2014/01/12/acces-difficile-aux-soins-en-psychiatrie>
- Bouchard, M.-C. (2021, 2 février). Les délais se sont allongés en santé mentale. *La Tribune*. <https://www.latribune.ca/2021/02/03/les-delais-se-sont-allonges-en-sante-mentale-3da90f605e6baa5540db51245044feb3/>
- Bowen, G. A. (2019). Sensitizing concepts. Dans P. Atkinson, S. Delamont, A. Cernat, J. W. Sakshaug et R. A. Williams (dir.), *SAGE Research Methods Foundations*. SAGE Publications. <https://doi.org/10.4135/9781526421036788357>
- Bradbury-Jones, C., Irvine, F. et Sambrook, S. (2010). Phenomenology and participant feedback: convention or contention? *Nurse Researcher*, 17(2), 25-33. <https://doi.org/10.7748/nr2010.01.17.2.25.c7459>
- Bradbury, J., Hutchinson, M., Hurley, J. et Stasa, H. (2016). Lived experience of involuntary transport under mental health legislation. *International Journal of Mental Health Nursing*, 26(6), 580-592. <https://doi.org/10.1111/inm.12284>
- Brophy, L., Kokanovic, R., Flore, J., McSherry, B. et Herrman, H. (2019). Community treatment orders and supported decision-making. *Frontiers in Psychiatry*, 10, Article 414. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00414>

- Brophy, L. M., Roper, C. E., Hamilton, B. E., Tellez, J. J. et McSherry, B. M. (2016a). Consumers' and their supporters' perspectives on barriers and strategies to reducing seclusion and restraint in mental health settings. *Australian Health Review*, 40(6), 599-604. <https://doi.org/10.1071/AH15128>
- Brophy, L. M., Roper, C. E., Hamilton, B. E., Tellez, J. J. et McSherry, B. M. (2016b). Consumers and carer perspectives on poor practice and the use of seclusion and restraint in mental health settings: Results from Australian focus groups. *International Journal of Mental Health Systems*, 10, Article 6. <https://doi.org/10.1186/s13033-016-0038-x>
- Burn, E., Conneely, M., Leverton, M. et Giacco, D. (2019). Giving patients choices during involuntary admission: A new intervention. *Frontiers in Psychiatry*, 10, Article 433. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00433>
- Butler, M. P., Begley, M., Parahoo, K. et Finn, S. (2014). Getting psychosocial interventions into mental health nursing practice: A survey of skill use and perceived benefits to service users. *Journal of Advanced Nursing*, 70(4), 866-877. <https://doi.org/10.1111/jan.12248>
- Butterworth, H., Wood, L. et Rowe, S. (2022). Patients' and staff members' experiences of restrictive practices in acute mental health in-patient settings: Systematic review and thematic synthesis. *BJPsych Open*, 8(6), Article e178. <https://doi.org/10.1192/bjo.2022.574>
- Canvin, K., Rugkåsa, J., Sinclair, J. et Burns, T. (2014). Patient, psychiatrist and family carer experiences of community treatment orders: Qualitative study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(12), 1873-1882. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0906-0>
- Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke c. C.T., 2011 QCCS 232 (CanLII), <https://canlii.ca/t/2fhfl>
- Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches c. C.P., 2021 QCCS 2464 (CanLII), <https://canlii.ca/t/jgggw>
- Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (Établissement d'Amos) c. N.B., 2019 QCCS 5777 (CanLII), <https://canlii.ca/t/j56dt>
- Centre intégré de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec c. J.L., 2016 QCCQ 17461 (CanLII), <https://canlii.ca/t/gxh1m>
- Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest c. A.N., 2019 QCCQ 5694 (CanLII), <https://canlii.ca/t/j2jbp>

- Centre intégré de santé et de services sociaux de Sept-Îles c. D.M., 2012 QCCQ 10422 (CanLII), <https://canlii.ca/t/ftqkc>
- Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent (Centre hospitalier régional du Grand-Portage) c. B.T., 2018 QCCQ 8497 (CanLII), <https://canlii.ca/t/hwh0g>
- Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent c. A.B., 2016 QCCQ 863 (CanLII), <https://canlii.ca/t/gnlpk>
- Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent c. J.C., 2021 QCCQ 9948 (CanLII), <https://canlii.ca/t/jjs2p>
- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale c. A.G., 2019 QCCS 1739 (CanLII), <https://canlii.ca/t/j06f2>
- Chiarella, M. (2000). Silence in court: the devaluation of the stories of nurses in the narratives of health law. *Nursing Inquiry*, 7(3), 191-199. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1800.2000.00068.x>
- Chieze, M., Clavien, C., Kaiser, S. et Hurst, S. (2021). Coercive Measures in Psychiatry: A Review of Ethical Arguments. *Frontiers in Psychiatry*, 12, Article 790886. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.790886>
- Cole, C., Wellard, S. et Mummery, J. (2014). Problematising autonomy and advocacy in nursing. *Nursing Ethics*, 21(5), 576-582. <https://doi.org/10.1177/0969733013511362>
- Commissaire à la santé et au bien-être. (2010). *Informé des droits et sensibiliser aux responsabilités en matière de santé – Synthèse et recommandations*. https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2010/DroitsResponsabilites/csbe_DroitsResponsabiliteSyntheseRecommandation.pdf
- Commission de la santé mentale du Canada. (2012). *Changer les orientations, changer des vies : stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*. https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2021-02/MHStrategy_Strategy_FRE.pdf
- Commission de la santé mentale du Canada. (2020). *Mettre le rétablissement en pratique. Une introduction au Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement*. <https://commissionsantementale.ca/wp-content/uploads/2021/09/Mettre-le-retablissement-en-pratique-Une-introduction-au-Guide-de-reference-pour-des-pratiques-axees-sur-le-retablissement.pdf>

- Conseil de recherches en sciences humaines, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada et Instituts de recherche en santé du Canada. (2018). *Énoncé de politique des trois conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains*. https://ethique.gc.ca/fra/policy-politique_tcps2-eptc2_2022.html
- Corrigan, P. W., Powell, K. J. et Rüsçh, N. (2012). How does stigma affect work in people with serious mental illnesses? *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35(5), 381-384. <https://doi.org/10.1037/h0094497>
- Corring, D., O'Reilly, R. et Sommerdyk, C. (2017). A systematic review of the views and experiences of subjects of community treatment orders. *International Journal of Law and Psychiatry*, 52, 74-80. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2017.03.002>
- Couturier, C. (2021, 13 février). Le trop difficile accès à un psychologue. *Le Devoir*. <https://www.ledevoir.com/societe/sante/594966/le-trop-difficile-acces-a-un-psychologue>
- Creswell, J. W. et Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry & research design: Choosing among five approaches* (4^e éd.). SAGE Publications.
- Crichton, P., Carel, H. et Kidd, I. J. (2017). Epistemic injustice in psychiatry. *BJPsych Bulletin*, 41(2), 65-70. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.115.050682>
- Crocker, A. G., Kahlaoui, K., Luigi, M. et Leclair, M. (2023). Les troubles mentaux et les comportements violents. Dans T. Lecomte (dir.), *Manuel de réadaptation psychiatrique* (3^e éd., p. 611-639). Presses de l'Université du Québec.
- Cusack, E., Killoury, F. et Nugent, L. E. (2017). The professional psychiatric/mental health nurse: Skills, competencies and supports required to adopt recovery-orientated policy in practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24(2-3), 93-104. <https://doi.org/10.1111/jpm.12347>
- Cuthbertson, L. M., Robb, Y. A. et Blair, S. (2020). Theory and application of research principles and philosophical underpinning for a study utilising interpretative phenomenological analysis. *Radiography*, 26(2), e94-e102. <https://doi.org/10.1016/j.radi.2019.11.092>
- Darawsheh, W. (2014). Reflexivity in research: Promoting rigour, reliability and validity in qualitative research. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 21(12), 560-568. <https://doi.org/10.12968/ijtr.2014.21.12.560>
- Dawson, S., Lawn, S., Simpson, A. et Muir-Cochrane, E. (2016). Care planning for consumers on community treatment orders: An integrative literature review. *BMC Psychiatry*, 16, Article 394. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1107-z>

- Dawson, S., Muir-Cochrane, E., Simpson, A. et Lawn, S. (2021). Community treatment orders and care planning: How is engagement and decision-making enacted? *Health Expectations*, 24(5), 1859-1867. <https://doi.org/10.1111/hex.13329>
- de Waardt, D. A., van Melle, A. L., Widdershoven, G. A. M., Bramer, W. M., van der Heijden, F. M. M. A., Rugkåsa, J. et Mulder, C. L. (2022). Use of compulsory community treatment in mental healthcare: An integrative review of stakeholders' opinions. *Frontiers in Psychiatry*, 13, Article 1011961. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.1011961>
- Descurninges, C. (2022, 10 octobre). Des organismes réclament un meilleur accès aux ressources en santé mentale. *Le Soleil*. <https://www.lesoleil.com/2022/10/10/des-organismes-reclament-un-meilleur-acces-aux-ressources-en-sante-mentale-ba37c3ca106bb8afc184b356dd8a911e/>
- Doedens, P., Vermeulen, J., Boyette, L.-L., Latour, C. et de Haan, L. (2020). Influence of nursing staff attitudes and characteristics on the use of coercive measures in acute mental health services - A systematic review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 27(4), 446-459. <https://doi.org/10.1111/jpm.12586>
- Dubreucq, J., Plasse, J., Gabayet, F., Faraldo, M., Blanc, O., Chereau, I., Cervello, S., Couhet, G., Demily, C., Guillard-Bouhet, N., Gouache, B., Jaafari, N., Legrand, G., Legros-Lafarge, E., Pommier, R., Quilès, C., Straub, D., Verdoux, H., Vignaga, F., Massoubre, C. et Franck, N. (2020). Self-stigma in serious mental illness and autism spectrum disorder: Results from the REHABase national psychiatric rehabilitation cohort. *European Psychiatry*, 63(1), Article e13. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2019.12>
- Duffy, M., Lawrence, D., Nicholas, S., Jenkins, R. et Samuel, V. (2023). An interpretative phenomenological analysis of the experience of the therapeutic relationship between service users and staff after physical restraint in a secure mental health service. *International Journal of Forensic Mental Health*, 1-15. <https://doi.org/10.1080/14999013.2023.2223178>
- Duxbury, J. (1996). The nurse's role as patient advocate for mentally ill people. *Nursing Standard*, 10(20), 36-39. <https://doi.org/10.7748/ns.10.20.36.s48>
- Ebacher, L.-D. (2021, 2 mars). Long séjour en psychiatrie pour un meurtrier qui se croyait « roi de la Lune ». *La Tribune*. <https://www.latribune.ca/2021/03/02/long-sejour-en-psychiatrie-pour-un-meurtrier-qui-se-croyait-roi-de-la-lune-dbc5b166d081d99a080a4aa95babe9b1/>
- Edan, V., Brophy, L., Weller, P. J., Fossey, E. et Meadows, G. (2019). The experience of the use of community treatment orders following recovery-oriented practice

- training. *International Journal of Law and Psychiatry*, 64, 178-183.
<https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2019.04.001>
- Ewuoso, C. O. (2018). Beneficial coercion in psychiatric care: Insights from African ethico-cultural system. *Developing World Bioethics*, 18(2), 91-97.
<https://doi.org/10.1111/dewb.12137>
- Fatania, V., De Boos, D., Tickle, A. et Connelly, D. (2019). How do inpatient psychiatric nurses make sense of and respond to behaviours in dementia? An interpretative phenomenological analysis. *Aging and Mental Health*, 23(9), 1156-1163.
<https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1479835>
- Fleischmann, P. (2015). Using independent mental health advocates. *Nursing Times*, 111(45), 22-24.
- Fleury, É. (2016, 26 janvier). Maladie mentale : l'application de la loi P-38 dénoncée. *Le Soleil*. <https://www.lesoleil.com/2016/01/27/maladie-mentale-lapplication-de-la-loi-p-38-denoncee-8fe99b5a0bbe534a06e253d3733e927c/>
- Fleury, É. (2019, 9 juillet). Au tour d'un ambulancier de dénoncer. *Le Soleil*.
<https://www.lesoleil.com/2019/07/10/au-tour-dun-ambulancier-de-denoncer-le-syndrome-des-portes-tournantes-en-psychiatrie-77accdb6967057d5a10b12315d325dfd/>
- Fleury, É. (2020, janvier). *Poursuite policière à Québec : le suspect avait été admis en psychiatrie*. Le Soleil. <https://www.lesoleil.com/2020/01/29/poursuite-policiere-a-quebec-le-suspect-avait-ete-admis-en-psychiatrie-51601156b40ca1b472342655ccb1e8a8/>
- Forsman, A. K., Nordmyr, J. et Wahlbeck, K. (2011). Psychosocial interventions for the promotion of mental health and the prevention of depression among older adults. *Health Promotion International*, 26(Suppl 1), i85-i107.
<https://doi.org/10.1093/heapro/dar074>
- Fortin, M.-F. et Gagnon, J. (2022). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (4^e éd.). Chenelière Éducation.
- Franco, H., Caldeira, S. et Nunes, L. (2021). Dignity in nursing: A synthesis review of concept analysis studies. *Nursing ethics*, 28(5), 734-749.
<https://doi.org/10.1177/0969733020961822>
- Francombe Pridham, K., Nakhost, A., Tugg, L., Etherington, N., Stergiopoulos, V. et Law, S. (2018). Exploring experiences with compulsory psychiatric community treatment: A qualitative multi-perspective pilot study in an urban Canadian

- context. *International Journal of Law and Psychiatry*, 57, 122-130. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2018.02.007>
- Gault, I., Gallagher, A. et Chambers, M. (2013). Perspectives on medicine adherence in service users and carers with experience of legally sanctioned detention and medication: a qualitative study. *Patient preference and adherence*, 7, 787-799. <https://doi.org/10.2147/PPA.S44894>
- Gerber, L. (2018). Understanding the nurse's role as a patient advocate. *Nursing*, 48(4), 55-58. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000531007.02224.65>
- Giguère, F. et Lacroix, A. (2023, mars). Policière tuée à Louiseville : l'accusé a été déclaré non criminellement responsable cinq fois. *Le Journal de Montréal*. <https://www.journaldemontreal.com/2023/03/28/drame-a-louiseville-le-suspect-a-souvent-ete-evalue-pour-des-problemes-de-sante-mentale>
- Giroux, D. (2019). *Les médias québécois d'information : état des lieux*. Centre d'études sur les médias. <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/3994190>
- Goffman, E. (1963). *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. Simon and Schuster.
- Goulet, M.-H., Pariseau-Legault, P., Côté, C., Klein, A. et Crocker, A. G. (2019). Multiple stakeholders' perspectives of involuntary treatment orders: A meta-synthesis of the qualitative evidence toward an exploratory model. *The International Journal of Forensic Mental Health*, 19(1), 18-32. <https://doi.org/10.1080/14999013.2019.1619000>
- Gouvernement du Canada. (2021a). *Code criminel, L.R.C. (1985), ch. C-46*. Ministre de la Justice. <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/C-46/>
- Gouvernement du Canada. (2021b). *Loi constitutionnelle de 1982, Annexe B de la Loi de 1982 sur le Canada (R-U), (1982), ch. 11*. Ministre de la Justice. <https://lois.justice.gc.ca/fra/Const/page-12.html#h-39>
- Gouvernement du Québec. (2023a). *Le ministre Lionel Carmant lance des travaux entourant l'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*. Cabinet du ministre responsable des Services sociaux. <https://www.quebec.ca/nouvelles/actualites/details/le-ministre-lionel-carmant-lance-des-travaux-entourant-lapplication-de-la-loi-sur-la-protection-des-personnes-dont-letat-mental-presente-un-danger-pour-elles-memes-ou-pour-autrui-47902>

- Gouvernement du Québec. (2023b). *Tableau de bord - performance du réseau de la santé et des services sociaux*. Gouvernement du Québec. <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiOTFmZjc4NzAtMTBkMS00OTE5LWE4YjQtZTlzOTc5NDZjNmZlIiwidCI6IjA2ZTFmZTI4LTVmOGItNDA3NSliZjZjLWFiMjRiZTFhNzk5MiJ9>
- Gray, J., Grove, S. K., Sutherland, S. et Burns, N. (2017). *Burns and Grove's the practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (8^e éd.). Elsevier.
- Gyollai, D. (2020). Getting into it in the wrong way: Interpretative phenomenological analysis and the hermeneutic circle. *Nursing Philosophy*, 21(2), Article e12294. <https://doi.org/10.1111/nup.12294>
- Harcourt, B. E. (2020). 8. La mortification de soi. Dans *La société d'exposition* (p. 185-199). Le Seuil. <https://www.cairn.info/la-societe-d-exposition--9782021372977-page-185.htm>
- Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme. (1997). *Fiche d'information No. 2 (Rev. 1) : La Charte internationale des droits de l'homme*. Nations Unies. https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/FactSheet2Rev_1fr.pdf
- Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme. (2009). *Fiche d'information sur les droits de l'homme No. 33 : questions fréquemment posées concernant les droits économiques, sociaux et culturels*. Nations Unies. <https://www.ohchr.org/Documents/Issues/ESCR/FS%20FAQ%20on%20ESCR-fra.pdf>
- Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme. (2014). *Principaux instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme*. Nations Unies. https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/CoreInternationalHumanRightsTreaties_fr.pdf
- Hawsawi, T., Power, T., Zugai, J. et Jackson, D. (2020). Nurses' and consumers' shared experiences of seclusion and restraint: A qualitative literature review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(5), 831-845. <https://doi.org/10.1111/inm.12716>
- Hem, M. H., Gjerberg, E., Husum, T. L. et 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>
- Holloway, I. et Galvin, K. M. (2017). *Qualitative research in nursing and healthcare* (4^e éd.). Wiley Blackwell.

- Horvath, J., Steinert, T. et Jaeger, S. (2018). Antipsychotic treatment of psychotic disorders in forensic psychiatry: Patients' perception of coercion and its predictors. *International Journal of Law and Psychiatry*, 57, 113-121. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2018.02.004>
- Hunt, I. M., Webb, R. T., Turnbull, P., Graney, J., Ibrahim, S., Shaw, J., Kapur, N. et Appleby, L. (2021). Suicide rates among patients subject to community treatment orders in England during 2009–2018. *BJPsych Open*, 7(6), Article e180. <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.1021>
- Iudici, A., Girolimetto, R., Bacioccola, E., Faccio, E. et Turchi, G. (2022). Implications of involuntary psychiatric admission: Health, social, and clinical effects on patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 210(4), 290-311. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001448>
- Jacques, M.-C. et Morin, P. (2019). *Accompagner la personne vivant avec la schizophrénie*. Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux. <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/3737936?docpos=3>
- Jaeger, S., Hüther, F. et Steinert, T. (2019). Refusing medication therapy in involuntary inpatient treatment—A multiperspective qualitative study. *Frontiers in Psychiatry*, 10, Article 295. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00295>
- Jansman-Hart, E. M., Seto, M. C., Crocker, A. G., Nicholls, T. L. et Côté, G. (2011). International trends in demand for forensic mental health services. *International Journal of Forensic Mental Health*, 10(4), 326-336. <https://doi.org/10.1080/14999013.2011.625591>
- Jessell, L. et Stanhope, V. (2022). "How do you try to have anyone comply or at least be pliable with you if that person's not even medicated?": Perspectives on the use of psychiatric medication within recovery-oriented practice. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 45(2), 153-159. <https://doi.org/10.1037/prj0000493>
- Joanna Briggs Institute. (2011). *Joanna Briggs Institute reviewer's manual: 2011 edition*. The Joanna Briggs Institute.
- Jones, N., Gius, B. K., Shields, M., Collings, S., Rosen, C. et Munson, M. (2021). Investigating the impact of involuntary psychiatric hospitalization on youth and young adult trust and help-seeking in pathways to care. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 56, 2017-2027. <https://doi.org/10.1007/s00127-021-02048-2>
- Jordan, J. T. et McNiel, D. E. (2019). Perceived coercion during admission into psychiatric hospitalization increases risk of suicide attempts after discharge. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 50(1), 180-188. <https://doi.org/10.1111/sltb.12560>

- Jugessur, T. et 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>
- Katsakou, C., Rose, D., Amos, T., Bowers, L., McCabe, R., Oliver, D., Wykes, T. et Priebe, S. (2012). Psychiatric patients' views on why their involuntary hospitalisation was right or wrong: A qualitative study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(7), 1169-1179. <https://doi.org/10.1007/s00127-011-0427-z>
- Kelly, B. D. (2016). Mental health, mental illness, and human rights in India and elsewhere: What are we aiming for? *Indian Journal of Psychiatry*, 58(Suppl 2), S168-S174. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.196822>
- Kisely, S. (2016). Canadian studies on the effectiveness of community treatment orders. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue Canadienne de Psychiatrie*, 61(1), 7-14. <https://doi.org/10.1177/0706743715620414>
- Kisely, S. R., Campbell, L. A. et O'Reilly, R. (2017). Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2017*, 3(3), Article CD004408. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004408.pub5>
- Knack, N., Chandler, J. A. et Fedoroff, J. P. (2020). A qualitative study of forensic patients' perceptions of quasi-coercive offers of biological treatment. *Behavioral Sciences & the Law*, 38(2), 135-151. <https://doi.org/10.1002/bsl.2449>
- Krieger, E., Moritz, S., Weil, R. et 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>
- Kurs, R. et Grinshpoon, A. (2018). Vulnerability of individuals with mental disorders to epistemic injustice in both clinical and social domains. *Ethics and Behavior*, 28(4), 336-346. <https://doi.org/10.1080/10508422.2017.1365302>
- Lacasse, J. R., Hayes Piel, M., Lietz, C. A., Rider, A. et Hess, J. Z. (2016). The client experience of psychiatric medication: A qualitative study. *Social Work in Mental Health*, 14(1), 61-81. <https://doi.org/10.1080/15332985.2015.1058312>
- Larouche, V. (2018, 10 avril). Danger : patients violents à la Cité-de-la-Santé de Laval. *La Presse*. <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/201804/10/01-5160442-danger-patients-violents-a-la-cite-de-la-sante-de-laval.php>
- Lawn, S., Delany, T., Pulvirenti, M., Smith, A. et McMillan, J. (2015). A qualitative study examining the presence and consequences of moral framings in patients' and

- mental health workers' experiences of community treatment orders. *BMC Psychiatry*, 15, Article 274. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0653-0>
- Lawrence, R. E., Perez-Coste, M. M., Bailey, J. L., DeSilva, R. B. et Dixon, L. B. (2019). Coercion and the inpatient treatment alliance. *Psychiatric Services*, 70(12), 1110-1115. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900132>
- Lebenbaum, M., Chiu, M., Vigod, S. et Kurdyak, P. (2018). Prevalence and predictors of involuntary psychiatric hospital admissions in Ontario, Canada: A population-based linked administrative database study. *BJPsych Open*, 4(2), 31-38. <https://doi.org/10.1192/bjo.2017.4>
- LégisQuébec. (2023a, août). *Charte des droits et libertés de la personne*, RLRQ c C-12. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/c-12>
- LégisQuébec. (2023b, août). *Code civil du Québec*, RLRQ c CCQ-1991. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/CCQ-1991>
- LégisQuébec. (2023c, mars). *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, RLRQ c I-8, r 9. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cr/I-8,%20r.%209>
- LégisQuébec. (2023d, août). *Code de procédure civile*, RLRQ c C-25.01. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/c-25.01>
- LégisQuébec. (2023e, août). *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, RLRQ , c P-38.001. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/p-38.001>
- LégisQuébec. (2023f, août). *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, c S-4.2. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/s-4.2>
- LégisQuébec. (2023g, mars). *Règlement sur le permis de psychothérapeute*, RLRQ c C-26, r 222.1. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/rc/C-26,%20r.%20222.1%20/>
- Lessard-Deschênes, C., Goulet, M.-H. et Pariseau-Legault, P. (2022, 3 décembre). Faut-il passer par les tribunaux pour avoir des soins ? *Le Devoir*. <https://www.ledevoir.com/opinion/idees/773220/sante-mentale-faut-il-passer-par-les-tribunaux-pour-avoir-des-soins>
- Light, E. M., Robertson, M. D., Boyce, P., Carney, T., Rosen, A., Cleary, M., Hunt, G. E., O'Connor, N., Ryan, C. et Kerridge, I. H. (2014). The lived experience of involuntary community treatment: A qualitative study of mental health consumers and carers. *Australasian Psychiatry*, 22(4), 345-351. <https://doi.org/10.1177/1039856214540759>

- Lincoln, Y. S. et Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. SAGE Publications.
- Lincoln, Y. S. et Guba, E. G. (1994). Competing paradigms in qualitative research. Dans N. K. Denzin et Y. S. Lincoln (dir.), *Handbook of qualitative research* (p. 105-117). SAGE Publications.
- Lincoln, Y. S., Lynham, S. A. et Guba, E. G. (2018). Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences, revisited. Dans N. K. Denzin et Y. S. Lincoln (dir.), *The SAGE handbook of qualitative research* (5^e éd., p. 213-263). SAGE Publications.
- Link, B. G. et Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- Liu, F., Chui, H. et Chung, M. C. (2022). Clients' experience of LGBTQ affirmative and nonaffirmative practice in China: An interpretative phenomenological analysis. *Psychotherapy*, 59(1), 1-12. <https://doi.org/10.1037/pst0000428>
- Lopez, K. A. et Willis, D. G. (2004). Descriptive versus interpretive phenomenology: Their contributions to nursing knowledge. *Qualitative Health Research*, 14(5), 726-735. <https://doi.org/10.1177/1049732304263638>
- Loyal, J. P., Lavergne, M. R., Shirmaleki, M., Fischer, B., Kaoser, R., Makolewski, J. et Small, W. (2023). Trends in involuntary psychiatric hospitalization in British Columbia: Descriptive analysis of population-based linked administrative data from 2008 to 2018. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue Canadienne de Psychiatrie*, 68(4), 257-268. <https://doi.org/10.1177/07067437221128477>
- Macgregor, A., Brown, M. et Stavert, J. (2019). Are mental health tribunals operating in accordance with international human rights standards? A systematic review of the international literature. *Health and Social Care in the Community*, 27(4), e494-e513. <https://doi.org/10.1111/hsc.12749>
- Mahdanian, A. A., Laporta, M., Drew Bold, N., Funk, M. et Puras, D. (2022). Human rights in mental healthcare; A review of current global situation. *International Review of Psychiatry*, 35(2), 150-162. <https://doi.org/10.1080/09540261.2022.2027348>
- Mahomed, F., Bhabha, J., Stein, M. A. et Puras, D. (2020). Establishing good practice for human rights-based approaches to mental health care and psychosocial support in Kenya. *Health and Human Rights*, 22(2), 139-153.
- Mallik, M. (1997). Advocacy in nursing — A review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 25(1), 130-138. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.1997025130.x>

- Martin, W. et Gurbai, S. (2019). Surveying the Geneva impasse: Coercive care and human rights. *International Journal of Law and Psychiatry*, 64, 117-128. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2019.03.001>
- Mathers, B. (2013). Acute mental health nurses as therapists: A survey of the opinions of trainee nurse therapists and their patients in acute mental health provision. *Journal of Nursing Education and Practice*, 3(10), 50-57. <https://doi.org/10.5430/jnep.v3n10p50>
- McEwen, M. (2019). Philosophy, science, and nursing. Dans M. McEwen et E. M. Wills (dir.), *Theoretical basis for nursing* (5^e éd., p. 32-48). Wolters Kluwer.
- McKay, K., Ariss, J. et Rudnick, A. (2020). Raise-ing awareness: Person-centred care in coercive mental health care environments—a scoping review and framework development. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(2), 251-260. <https://doi.org/10.1111/jpm.12671>
- McKeown, M., Ridley, J., Newbigging, K., Machin, K., Poursanidou, K. et Cruse, K. (2014). Conflict of roles: A conflict of ideas? The unsettled relations between care team staff and independent mental health advocates. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(5), 398-408. <https://doi.org/10.1111/inm.12069>
- Methley, A. M., Campbell, S., Chew-Graham, C., McNally, R. et Cheraghi-Sohi, S. (2014). PICO, PICOS and SPIDER: A comparison study of specificity and sensitivity in three search tools for qualitative systematic reviews. *BMC Health Services Research*, 14, Article 579. <https://doi.org/10.1186/s12913-014-0579-0>
- Mfoafo-M'Carthy, M., Grosset, C., Stalker, C., Dullaart, I. et McColl, L. (2018). Exploratory study of the use of community treatment orders with clients of an Ontario ACT team. *Social Work in Mental Health*, 16(6), 647-664. <https://doi.org/10.1080/15332985.2018.1476283>
- Mielau, J., Altunbay, J., Lehmann, A., Bempohl, F., Heinz, A. et Montag, C. (2018). The influence of coercive measures on patients' stances towards psychiatric institutions. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 22(2), 115-122. <https://doi.org/10.1080/13651501.2017.1383437>
- Ministère de la Justice du Québec. (2020). *Demande d'accès aux documents – Décision, V/Réf. : Garde en établissement et autorisation de soin – statistiques, N/Réf. : R-88707*. https://www.justice.gouv.qc.ca/fileadmin/user_upload/contenu/documents/Fr_francais/centredoc/rapports/ministere/acces_information/decisions-documents/2020/dai_no_88707.pdf

- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2006). *Cadre de référence pour la promotion, le respect et la défense des droits en santé mentale*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2006/06-914-01.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2017). *Faire ensemble et autrement - Plan d'action en santé mentale 2015-2020*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-914-17W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2018). *Cadre de référence en matière d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui - Garde en établissement de santé et de services sociaux*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002036/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2022). *S'unir pour un mieux-être collectif - Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-914-14W.pdf>
- Mjøsund, N. H., Eriksson, M., Espnes, G. A., Haaland-Øverby, M., Jensen, S. L., Norheim, I., Kjus, S. H., Portaasen, I. L. et Vinje, H. F. (2017). Service user involvement enhanced the research quality in a study using interpretative phenomenological analysis - the power of multiple perspectives. *Journal of Advanced Nursing*, 73(1), 265-278. <https://doi.org/10.1111/jan.13093>
- Morán-Sánchez, I., Bernal-López, M. A. et Pérez-Cárceles, M. D. (2020). Compulsory admissions and preferences in decision-making in patients with psychotic and bipolar disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55(5), 571-580. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01809-4>
- Mullen, A. (2009). Mental health nurses establishing psychosocial interventions within acute inpatient settings. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18(2), 83-90. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2008.00578.x>
- Murphy, R., McGuinness, D., Bainbridge, E., Brosnan, L., Felzmann, H., Keys, M., Murphy, K., Hallahan, B., McDonald, C. et Higgins, A. (2017). Service users' experiences of involuntary hospital admission under the Mental Health Act 2001 in the Republic of Ireland. *Psychiatric Services*, 68(11), 1127-1135. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201700008>
- Murphy, R., McGuinness, D., Bainbridge, E., Brosnan, L., Keys, M., Felzmann, H., Murphy, K., Hallahan, B., Higgins, A. et McDonald, C. (2017). Service users' experiences of mental health tribunals in Ireland: A qualitative analysis. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 34(4), 233-242. <https://doi.org/10.1017/ipm.2017.11>

- Neubauer, B. E., Witkop, C. T. et Varpio, L. (2019). How phenomenology can help us learn from the experiences of others. *Perspectives on Medical Education*, 8(2), 90-97. <https://doi.org/10.1007/s40037-019-0509-2>
- Newbigging, K., Ridley, J., McKeown, M., Machin, K. et Poursanidou, K. (2015). 'When you haven't got much of a voice': An evaluation of the quality of independent mental health advocate (IMHA) services in England. *Health and Social Care in the Community*, 23(3), 313-324. <https://doi.org/10.1111/hsc.12153>
- Newton-Howes, G., Cook-Deegan, R., Majumder, M. A. et McGuire, A. L. (2019). Do community treatment orders in psychiatry stand up to principlism: Considerations reflected through the prism of the convention on the rights of persons with disabilities. *Journal of Law, Medicine and Ethics*, 47, 126-133. <https://doi.org/10.1177/1073110519840492>
- Noble, H. et Smith, J. (2015). Issues of validity and reliability in qualitative research. *Evidence-Based Nursing*, 18(2), 34-35. <https://doi.org/10.1136/eb-2015-102054>
- Norvoll, R. et Pedersen, R. (2018). Patients' moral views on coercion in mental healthcare. *Nursing Ethics*, 25(6), 796-807. <https://doi.org/10.1177/0969733016674768>
- O'Donoghue, B., Roche, E., Lyne, J., Madigan, K. et Feeney, L. (2017). Service users' perspective of their admission: A report of study findings. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 34(4), 251-260. <https://doi.org/10.1017/ipm.2016.13>
- Okoroji, C., Mackay, T., Robotham, D., Beckford, D. et Pinfold, V. (2023). Epistemic injustice and mental health research: A pragmatic approach to working with lived experience expertise. *Frontiers in Psychiatry*, 14, Article 1114725. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1114725>
- Opsal, A., Kristensen, Ø., Vederhus, J. K. et Clausen, T. (2016). Perceived coercion to enter treatment among involuntarily and voluntarily admitted patients with substance use disorders. *BMC Health Services Research*, 16, Article 656. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1906-4>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2014). *Valeurs de la profession infirmière*. <https://www.oiiq.org/pratique-professionnelle/deontologie/valeurs-de-la-profession-infirmiere>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2016). *Standards de pratique de l'infirmière dans le domaine de la santé mentale*. https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/4462_doc.pdf
- Organisation des Nations Unies. (n. d.). *Droits de l'homme*. <https://www.un.org/fr/global-issues/human-rights>

- Organisation mondiale de la Santé. (2013). *Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020*.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89969/9789242506020_fre.pdf
- Organisation mondiale de la Santé. (2018). *Mental health atlas 2017*.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/272735>
- Organisation mondiale de la Santé. (2021a). *Guidance on community mental health services: Promoting person-centered and rights-based approaches*.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240025707>
- Organisation mondiale de la Santé. (2021b). *Mental health atlas 2020*.
<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1376861/retrieve>
- Organisation mondiale de la Santé. (2022). *Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2030*. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1460435/retrieve>
- Paradis-Gagné, E., Jacob, J.-D. et Pariseau-Legault, P. (2020). What lies at the intersection of law and psychiatric nursing? Exploring the process of judicialization in the context of mental health. *Witness: The Canadian Journal of Critical Nursing Discourse*, 2(2), 3-19. <https://doi.org/10.25071/2291-5796.72>
- Paradis-Gagné, E. et Jacob, J. D. (2020). Judicialization of people suffering from mental illness: A critical analysis of the psychiatric-judicial interface. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jpm.12667>
- Paradis-Gagné, E., Pariseau-Legault, P., Goulet, M. H., Jacob, J. D. et Lessard-Deschênes, C. (2021). Coercion in psychiatric and mental health nursing: A conceptual analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(3), 590-609. <https://doi.org/10.1111/inm.12855>
- Pariseau-Legault, P. (2018). De la clinique à la recherche : l'auto-ethnographie comme outil d'analyse des transitions identitaires du chercheur en sciences infirmières. *Recherche en soins infirmiers*, 135(4), 38-47. <https://doi.org/10.3917/rsi.135.0038>
- Pariseau-Legault, P., Goulet, M. H. et Crocker, A. G. (2019). Une analyse critique des effets de l'autorisation judiciaire de soins sur la dynamique relationnelle entre la personne visée et ses systèmes de soutien. *Aporia*, 11(1), 41-55. <https://doi.org/10.18192/aporia.v11i1.4496>
- Pariseau-Legault, P. et Ouimet-Comtois, A.-P. (2022). Les dimensions juridiques et éthiques. Dans M. C. Townsend, K. I. Morgan, P. Pariseau-Legault et M. H. Goulet (dir.), *Psychiatrie et santé mentale* (3^e éd., p. 67-90). ERPI.

- Pariseau-Legault, P., Vallée-Ouimet, S., Jacob, J. D. et 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(3), 53-76. <https://doi.org/10.3917/rsi.142.0053>
- Pearson, C., Janz, T. et Ali, J. (2013). Troubles mentaux et troubles liés à l'utilisation de substances au Canada. *Statistique Canada*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-624-x/2013001/article/11855-fra.pdf>
- Pelosse, D. et Pariseau-Legault, P. (2022). Le développement de pratiques de soutien à l'exercice des droits en soins psychiatriques à partir de l'expérience qu'en font les personnes vivant avec une problématique de santé mentale en contexte d'hospitalisation ou de traitement involontaire : protocole de recherche d'une analyse phénoménologique interprétative. *Science of Nursing and Health Practices / Science infirmière et pratiques en santé*, 5(1), 103-113. <https://doi.org/10.7202/1090532ar>
- Pepin, J., Ducharme, F. et Kérouac, S. (2017). *La pensée infirmière* (4^e éd.). Chenelière éducation.
- Plahouras, J. E., Mehta, S., Buchman, D. Z., Foussias, G., Daskalakis, Z. J. et Blumberger, D. M. (2020). Experiences with legally mandated treatment in patients with schizophrenia: A systematic review of qualitative studies. *European Psychiatry*, 63(1), Article e39. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.37>
- Plouffe, J.-F. (2017). Défense de droits en santé mentale : un organisme communautaire autonome en solidarité avec des personnes maintenues dans la dépendance. *Nouvelles pratiques sociales*, 29(1-2), 159-173. <https://doi.org/10.7202/1043398ar>
- Polit, D. F. et Beck, C. T. (2017). *Nursing research : Generating and assessing evidence for nursing practice* (10^e éd.). Wolters Kluwer.
- Polit, D. F., Beck, C. T., Loiselle, C. G. et Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières : approches quantitatives et qualitatives*. ERPI.
- Ponterotto, J. (2005). Qualitative research in counseling psychology: A primer on research paradigms and philosophy of science. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 126-136. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.2.126>
- 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). <https://protecteurducitoyen.qc.ca/fr/enquetes/rapports-speciaux/les-difficultes-d-application-de-la-loi-sur-la-protection-des-personnes->

[dont-l-etat-mental-presente-un-danger-pour-elles-memes-ou-pour-autrui-l-r-q-c-p-38-001-](#)

- Quirion, R.-C. (2019, 6 mai). Condamnée pour avoir frappé une infirmière en psychiatrie. *La Tribune*. <https://www.latribune.ca/2019/05/06/condamnee-pour-avoir-frappe-une-infirmiere-en-psychiatrie-1f70063343901e6c9ac30d4ecd56c92a/>
- Radio-Canada. (2020, 23 décembre). *La maladie mentale n'est pas synonyme de violence, selon un psychiatre*. <https://ici.radio-canada.ca/ohdio/premiere/emissions/bien-entendu/segments/chronique/337066/probleme-sante-mentale-mythe-lien-comportement-violent>
- Restivo, L., Julian-Reynier, C. et Apostolidis, T. (2018). Pratiquer l'analyse interprétative phénoménologique : intérêts et illustration dans le cadre de l'enquête psychosociale par entretiens de recherche. *Pratiques psychologiques*, 24(4), 427-449. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2017.12.001>
- Ribau, C., Lasry, J. C., Bouchard, L., Moutel, G., Hervé, C. et Marc-Vergnes, J. P. (2005). La phénoménologie : une approche scientifique des expériences vécues. *Recherche en soins infirmiers*, 81(2), 21-27. <https://doi.org/10.3917/rsi.081.0021>
- Roy, J. (2012, 3 décembre). L'accès aux soins de santé mentale toujours plus difficile. *Le Journal de Québec*. <https://www.journaldequebec.com/2012/12/03/laces-aux-soins-toujours-difficile>
- Rugkåsa, J. (2016). Effectiveness of community treatment orders: The international evidence. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue Canadienne de Psychiatrie*, 61(1), 15-24. <https://doi.org/10.1177/0706743715620415>
- Rugkåsa, J. et Burns, T. (2017). Community treatment orders: Are they useful? *BJPsych Advances*, 23(4), 222-230. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.115.015743>
- Rugkåsa, J., Yeeles, K., Koshiaris, C., Burns, T. et Rugkåsa, J. (2017). What does being on a community treatment orders entail? A 3-year follow-up of the OCTET CTO cohort. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(4), 465-472. <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1304-6>
- Rüsch, N., Abbruzzese, E., Hagedorn, E., Hartenhauer, D., Kaufmann, I., Curschellas, J., Ventling, S., Zuaboni, G., Bridler, R., Olschewski, M., Kawohl, W., Rössler, W., Kleim, B. et Corrigan, P. W. (2014). Efficacy of coming out proud to reduce stigma's impact among people with mental illness: Pilot randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 204(5), 391-397. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.135772>

- Rydon, S. E. (2005). The attitudes, knowledge and skills needed in mental health nurses: The perspective of users of mental health services. *International Journal of Mental Health Nursing*, 14(2), 78-87. <https://doi.org/10.1111/j.1440-0979.2005.00363.x>
- Sah, L. K., Singh, D. R. et Sah, R. K. (2020). Conducting qualitative interviews using virtual communication tools amid COVID-19 pandemic: A learning opportunity for future research. *Journal of the Nepal Medical Association*, 58(232), 1103-1106. <https://doi.org/10.31729%2Fjnma.5738>
- Saint-Arnaud, P. (2022, 25 janvier). Québec investit plus d'un milliard en santé mentale, dont 361 millions d'argent neuf. *Le Soleil*. <https://www.lesoleil.com/2022/01/25/quebec-investit-plus-dun-milliard-en-sante-mentale-dont-361-millions-dargent-neuf-548ea95582040083a5584f12405dc00/>
- Sashidharan, S. P., Mezzina, R. et Puras, D. (2019). Reducing coercion in mental healthcare. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28(6), 605-612. <https://doi.org/10.1017/S2045796019000350>
- Savoie-Zajc, L. (2019). Les pratiques des chercheurs liées au soutien de la rigueur dans leur recherche : une analyse d'articles de *Recherches qualitatives* parus entre 2010 et 2017. *Recherches qualitatives*, 38(1), 32-52. <https://doi.org/10.7202/1059646ar>
- Schoppmann, S., Balensiefen, J., Lau, S., Graf, M. et Hachtel, H. (2021). Patients' views with regard to personal recovery in forensic psychiatry in German-speaking Switzerland—An explorative study. *Frontiers in Psychiatry*, 12, Article 695096. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.695096>
- Seed, T., Fox, J. R. E. et Berry, K. (2016). The experience of involuntary detention in acute psychiatric care. A review and synthesis of qualitative studies. *International Journal of Nursing Studies*, 61, 82-94. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.05.014>
- Sibitz, I., Scheutz, A., Lakeman, R., Schrank, B., Schaffer, M. et Amering, M. (2011). Impact of coercive measures on life stories: Qualitative study. *The British Journal of Psychiatry*, 199(3), 239-244. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.087841>
- Simpson, A. I. F., Boldt, I., Penney, S., Jones, R., Kidd, S., Nakhost, A. et Wilkie, T. (2020). Perceptions of procedural justice and coercion among forensic psychiatric patients: A study protocol for a prospective, mixed-methods investigation. *BMC Psychiatry*, 20, Article 230. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02629-6>
- Smith, J. A. (2011). Evaluating the contribution of interpretative phenomenological analysis. *Health Psychology Review*, 5(1), 9-27. <https://doi.org/10.1080/17437199.2010.510659>

- Smith, J. A., Flowers, P. et Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research*. SAGE Publications.
- Smyth, S., Casey, D., Cooney, A., Higgins, A., McGuinness, D., Bainbridge, E., Keys, M., Georgieva, I., Brosnan, L., Beecher, C., Hallahan, B., McDonald, C. et Murphy, K. (2016). Qualitative exploration of stakeholders' perspectives of involuntary admission under the Mental Health Act 2001 in Ireland. *International Journal of Mental Health Nursing*, 26(6), 554-569. <https://doi.org/10.1111/inm.12270>
- Staniszewska, S., Mockford, C., Chadburn, G., Fenton, S.-J., Bhui, K., Larkin, M., Newton, E., Crepaz-Keay, D., Griffiths, F. et Weich, S. (2019). Experiences of inpatient mental health services: Systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 214(6), 329-338. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.22>
- Stern, C., Jordan, Z. et McArthur, A. (2014). Developing the review question and inclusion criteria. *American Journal of Nursing*, 114(4), 53-56. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000445689.67800.86>
- Stroud, J., Banks, L. et Doughty, K. (2015). Community treatment orders: learning from experiences of service users, practitioners and nearest relatives. *Journal of Mental Health*, 24(2), 88-92. <https://doi.org/10.3109/09638237.2014.998809>
- Stuen, H. K., Rugkåsa, J., Landheim, A. et Wynn, R. (2015). Increased influence and collaboration: A qualitative study of patients' experiences of community treatment orders within an assertive community treatment setting. *BMC Health Services Research*, 15, Article 409. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1083-x>
- Sugiura, K., Mahomed, F., Saxena, S. et Patel, V. (2020). An end to coercion: Rights and decision-making in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 98(1), 52-58. <https://doi.org/10.2471/BLT.19.234906>
- Sustere, E. et Tarpey, E. (2019). Least restrictive practice: Its role in patient independence and recovery. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 30(4), 614-629. <https://doi.org/10.1080/14789949.2019.1566489>
- Sylvain, H. (2008). Le devis constructiviste : une méthodologie de choix en sciences infirmières. *L'Infirmière clinicienne*, 5(1), 1-11. <https://revue-infirmiereclinicienne.uqar.ca/Parutions/pdf/InfirmiereClinicienne-vol5no1-Sylvain.pdf>
- Szasz, T. (2007). *Coercion as cure: A critical history of psychiatry*. Transaction Publishers.

- Timander, A.-C. (2020). Involuntary Care and Treatment in Psychiatric Settings - Manifestations of Power and Violence? *Scandinavian Journal of Disability Research*, 22(1), 351-359. <https://doi.org/10.16993/sjdr.684>
- Tingleff, E. B., Bradley, S. K., Gildberg, F. A., Munksgaard, G. et 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>
- Tomlin, J., Egan, V., Bartlett, P. et Völlm, B. (2020). What do patients find restrictive about forensic mental health services? A qualitative study. *The International Journal of Forensic Mental Health*, 19(1), 44-56. <https://doi.org/10.1080/14999013.2019.1623955>
- Tribunal administratif du Québec. (2021). *La Commission d'examen des troubles mentaux du Québec*. https://www.taq.gouv.qc.ca/documents/file/Guide%20CETM_Francais_2021.pdf
- van den Hooff, S. et Goossensen, A. (2014). How to increase quality of care during coercive admission? A review of literature. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(3), 425-434. <https://doi.org/10.1111/scs.12070>
- Verbeke, E., Vanheule, S., Cauwe, J., Truijens, F. et Froyen, B. (2019). Coercion and power in psychiatry: A qualitative study with ex-patients. *Social Science and Medicine*, 223, 89-96. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.01.031>
- Warin, P. (2010). *Le non-recours : définition et typologies*. Observatoire des non-recours aux droits et services. <https://www.aide-sociale.fr/wp-content/uploads/2019/02/typologies-non-recours-41.pdf>
- Wilson, A. (2015). A guide to phenomenological research. *Nursing Standard*, 29(34), 38-43. <https://doi.org/10.7748/ns.29.34.38.e8821>
- Winder, T. J. A. (2023). Unspoiling identity: An intersectional expansion of stigma response strategies. *Sociology of Race and Ethnicity*, 9(2), 195-207. <https://doi.org/10.1177/23326492221146737>
- Wu, K. K., Cheng, J. P., Leung, J., Chow, L. P. et Lee, C. C. (2020). Patients’ reports of traumatic experience and posttraumatic stress in psychiatric settings. *East Asian Archives of Psychiatry*, 30, 3-11. <https://doi.org/10.12809/eaap1880>
- Wyder, M., Bland, R. et Crompton, D. (2016). The importance of safety, agency and control during involuntary mental health admissions. *Journal of Mental Health*, 25(4), 338-342. <https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1124388>

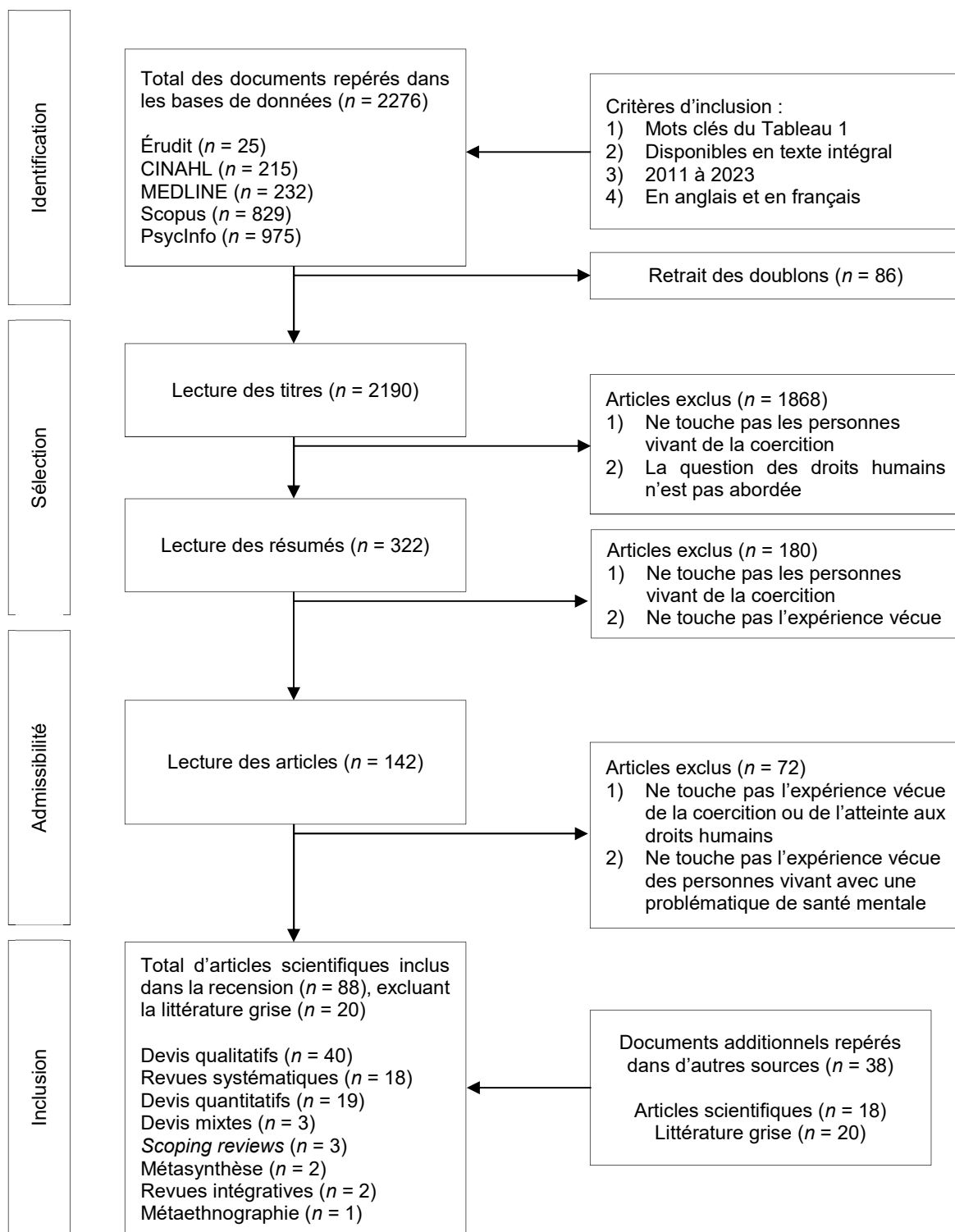
- Wyder, M., Bland, R., Herriot, A. et Crompton, D. (2015). The experiences of the legal processes of involuntary treatment orders: Tension between the legal and medical frameworks. *International Journal of Law and Psychiatry*, 38, 44-50. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2015.01.006>
- Wynn, R. (2018). Involuntary admission in Norwegian adult psychiatric hospitals: A systematic review. *International Journal of Mental Health Systems*, 12, Article 10. <https://doi.org/10.1186/s13033-018-0189-z>

Appendice A

Diagramme de flux de la recension des écrits

Figure 1

Diagramme de flux de la recension des écrits



Appendice B

Synthèse des articles scientifiques recensés

Tableau 4*Synthèse des articles scientifiques recensés (n = 88)*

Auteurs et année de publication	Pays	Devis de recherche	Concepts à l'étude	But de l'étude	Méthode de collecte
Aguilera-Serrano et al., 2018	Canada	Revue systématique	Hospitalisation involontaire Traitement involontaire Mesures de contrôle	Faire une revue systématique des facteurs qui influencent l'expérience des personnes premières concernées en relation avec l'application de mesures coercitives lors d'une hospitalisation. Examiner les résultats concernant les types d'expériences subjectives rapportées et comparer les différentes mesures coercitives en tenant compte de ces expériences.	34 articles Qualitatifs (n = 15) Quantitatifs (n = 13) Mixtes (n = 6)
Akther et al., 2019	Royaume-Uni	Métasynthèse qualitative	Hospitalisation involontaire	Synthétiser les résultats des études qualitatives sur l'expérience des personnes qui ont été évaluées et/ou détenues en vertu de la loi.	56 articles qualitatifs
Allison et Flemming, 2019	Royaume-Uni	Revue systématique qualitative	Coercition informelle et perçue	Explorer l'expérience des personnes premières concernées face à la coercition douce lors des soins et leurs effets sur les interactions avec le personnel soignant.	11 articles

Aluh et al., 2022	Nigeria	Qualitatif (analyse thématique)	Coercition formelle Hospitalisation involontaire Mesures de contrôle	Explorer les perceptions et expériences de la coercition formelle. Explorer les suggestions de stratégies pour diminuer la coercition en santé mentale.	Groupes de discussion (<i>n</i> = 30)
Askola et al., 2018	Finlande	Qualitatif (analyse narrative)	Hospitalisation involontaire Traitement psychiatrique	Décrire les expériences et perspectives des personnes premières concernées sur les traitements en psychiatrie légale.	Entrevues individuelles (<i>n</i> = 8)
Barbui et al., 2021	Italie	Métasynthèse quantitative	Interventions pour réduire la coercition	Évaluer la force et la crédibilité des études randomisées sur l'efficacité des interventions pour réduire la coercition en santé mentale.	23 articles quantitatifs
Bradbury et al., 2016	Australie	Qualitatif (analyse thématique)	Hospitalisation involontaire Transport involontaire	Comprendre l'expérience du transport involontaire en établissement hospitalier à partir du vécu de personnes premières concernées, de leurs proches, du personnel soignant, de policiers et d'ambulanciers.	Entrevues individuelles (<i>N</i> = 16) Personnes premières concernées (<i>n</i> = 6)
Brady et al., 2017	Australie	Quantitatif (étude descriptive)	Hospitalisation et traitement involontaire Mesures de contrôle	Explorer le type d'interventions restrictives subies par des Australiens vivant avec une psychose, les bénéfices de ces interventions et la relation entre les bénéfices et divers facteurs.	Échelle de mesure (<i>n</i> = 1825) <i>Survey of high impact psychosis</i> (SHIP)
Brophy et al., 2019	Australie	Qualitatif (analyse thématique)	Traitements involontaires	Examiner l'expérience et le point de vue des personnes premières concernées, de	Entrevues individuelles (<i>N</i> = 92)

			Interventions pour réduire la coercition	proches et de soignants sur les interventions de prise de décision partagée dans la réduction des traitements involontaires.	Personnes premières concernées ($n = 29$)
Brophy et al., 2016	Australie	Qualitatif (étude descriptive)	Mesures de contrôle	Analyser la perspective des personnes premières concernées et de leurs proches sur les barrières et stratégies pour réduire les mesures de contrôles	Groupes de discussion ($N = 66$) Personnes premières concernées ($n = 30$)
Burn et al., 2019	Royaume-Uni	Mixte (étude descriptive et analyse thématique)	Hospitalisation involontaire Interventions pour réduire la coercition	Explorer la faisabilité d'une intervention développée pour les personnes premières concernées hospitalisées contre leur gré.	Échelles de mesure Entrevues semi-dirigées Personnes premières concernées ($n = 14$)
Butterworth et al., 2022	Royaume-Uni	Revue systématique qualitative	Mesures de contrôle	Examiner les expériences de mesures restrictives par les personnes premières concernées et le personnel soignant en contexte de soins intensifs psychiatriques.	21 articles 12 articles (personnes premières concernées)
Canvin et al., 2014	Angleterre	Qualitatif (théorisation ancrée)	Traitement involontaire	Examiner les expériences de traitement involontaire des personnes premières concernées, de leurs proches et du personnel soignant.	Entrevues individuelles ($N = 75$) Personnes premières concernées ($n = 26$)
Corring et al., 2017	Canada	Revue systématique qualitative	Traitement involontaire	Examiner les perceptions et expériences des personnes premières concernées qui ont subi un traitement involontaire.	22 articles qualitatifs

Dawson et al., 2021	Australie	Qualitatif (étude ethnographique)	Traitement involontaire Interventions pour réduire la coercition	Examiner comment la planification quotidienne de discussions entre le personnel soignant et les personnes premières concernées influence le développement d'un lien de confiance.	Observation Groupes de discussion Entrevues individuelles ($N = 30$) Personnes premières concernées ($n = 8$)
de Waardt et al., 2022	Pays-Bas Norvège	Revue intégrative	Traitement involontaire	Examiner l'opinion des personnes premières concernées, leurs proches, du personnel soignant et de décideurs politiques sur l'utilisation du traitement involontaire.	55 articles 29 articles (personnes premières concernées) Qualitatifs ($n = 22$) Quantitatifs ($n = 7$)
Duffy et al., 2023	Royaume- Uni	Qualitatif (analyse phénoménologique interprétative)	Mesures de contrôle	Explorer les perspectives des personnes premières concernées et du personnel soignant sur la relation thérapeutique après des contentions physiques.	Entrevues semi- dirigées ($N = 10$) Personnes premières concernées ($n = 5$)
Dunn et al., 2016	Angleterre	Qualitatif (théorisation ancrée)	Éthique Traitement involontaire	Mettre en lumière les expériences de traitement involontaire des personnes premières concernées, de leurs proches et du personnel soignant. Informer une analyse éthique des traitements involontaires à la lumière de connaissances émergentes sur leur efficacité.	Entrevues individuelles ($N =$ 75) Personnes premières concernées ($n = 26$)

Edan et al., 2019	Australie	Qualitatif (analyse thématique)	Traitement involontaire Interventions pour réduire la coercition	Explorer la pertinence de pratiques axées sur le rétablissement pour les personnes premières concernées sous traitement involontaire et le personnel soignant qui les accompagne.	Entrevues individuelles ($N = 9$) Personnes premières concernées ($n = 6$)
Francombe Pridham et al., 2018	Canada	Qualitatif (théorisation ancrée)	Traitement involontaire	Explorer les expériences générales de traitement involontaire de perspectives de personnes premières concernées, leurs proches et le personnel soignant.	Entrevues semi-dirigées ($N = 27$) Personnes premières concernées ($n = 9$)
Gault et al., 2013	Angleterre	Qualitatif (théorisation ancrée)	Hospitalisation et traitement involontaire	Explorer et analyser les perceptions sur l'adhérence à la médication à partir de la perspective des personnes premières concernées et du personnel soignant.	Entrevues non dirigées Groupe de discussion ($N = 24$) Personnes premières concernées ($n = 18$)
Giacco et al., 2018	Angleterre	Qualitatif (analyse thématique)	Hospitalisation involontaire Interventions pour réduire la coercition	Générer des idées sur les barrières potentielles et les facteurs facilitant la prise de décision partagée en contexte d'hospitalisation involontaire à partir de la perspective des personnes premières concernées et du personnel soignant.	Entrevues individuelles ($n = 6$) Groupes de discussion ($n = 18$)
Golay et al., 2019	Suisse	Quantitatif (étude descriptive transversale)	Coercition perçue	Distinguer la contribution du statut juridique et du statut perçu de l'admission en établissement hospitalier dans la prédiction de la coercition perçue	Entrevues individuelles Questionnaires Échelles de mesure ($n = 152$)

				à l'admission et pendant l'hospitalisation.	
				Étudier dans quelle mesure la perception de l'utilité de l'hospitalisation affectait la coercition perçue.	
Goulet et al., 2019	Canada	Métasynthèse qualitative	Traitement involontaire	Intégrer la littérature qualitative et améliorer la compréhension de tous les acteurs impliqués dans les traitements involontaires.	44 articles Qualitatifs ($n = 36$) Mixtes ($n = 8$)
				Développer un modèle exploratoire de leur expérience et perspective.	
Gowda et al., 2017	Inde	Quantitatif (étude corrélationnelle descriptive)	Hospitalisation et traitement involontaire	Étudier les expériences de coercition chez les personnes qui vivent avec la schizophrénie qui ont été hospitalisées contre leur gré.	Entrevue individuelle Questionnaire Échelle de mesure ($n = 200$)
Hawsawi et al., 2020	Australie	Revue systématique qualitative	Mesures de contrôle	Explorer les expériences d'isolement et de contention du	14 articles

				personnel infirmier et des personnes premières concernées	
Hem et al., 2018	Norvège	Revue systématique	Éthique Coercition	Répondre à la question : quels sont les enjeux éthiques qui émergent de l'utilisation de la coercition en soins psychiatriques ?	22 articles Qualitatifs ($n = 14$) Quantitatifs ($n = 6$) Mixtes ($n = 1$) Revue systématique ($n = 1$)
Hirsch et al., 2021	Allemagne	Quantitatif (étude observationnelle transversale)	Coercition perçue Hospitalisation et traitement involontaire	Examiner la coercition perçue des personnes admises en psychiatrie générale qui ne sont pas sous traitement involontaire. Examiner s'il existe une différence entre la coercition perçue des personnes hospitalisées contre leur gré comparativement aux personnes admises sur une base volontaire.	Bases de données médicales Échelle de mesure Questionnaire ($n = 91$)
Horvath et al., 2018	Allemagne	Quantitatif (étude descriptive transversale)	Coercition perçue Traitement involontaire	Sonder les personnes premières concernées en psychiatrie légale par les changements législatifs encadrant le traitement involontaire.	Bases de données médicales Questionnaire Échelle de mesure ($n = 56$)
Hunt et al., 2021	Angleterre	Quantitatif (étude de cohorte rétrospective)	Traitement involontaire	Comparer le taux de suicide chez les personnes qui vivent un traitement involontaire avec toutes les personnes qui obtiennent congé d'une hospitalisation en soins psychiatriques et celles détenues pour traitement sans	Bases de données nécrologiques Questionnaire ($n = 5693$)

				fait l'objet d'un traitement involontaire au congé.	
Iudici et al., 2022	Italie	Revue de la portée	Hospitalisation involontaire	Mettre en lumière les répercussions des hospitalisations involontaires sur les soins et la santé des personnes premières concernées.	57 articles
Jaeger et al., 2019	Allemagne	Qualitatif (théorisation ancrée)	Traitement involontaire	Explorer comment les personnes premières concernées, leurs proches et le personnel soignant font l'expérience du refus de médication lorsque le traitement involontaire n'est plus possible.	Entrevues semi-dirigées ($N = 32$) Personnes premières concernées ($n = 11$)
Jessell et Stanhope, 2022	États-Unis	Qualitatif (analyse thématique)	Interventions pour réduire la coercition Traitement involontaire	Comprendre la tension entre la rhétorique et la réalité des pratiques axées sur le rétablissement en focalisant sur la médication psychiatrique. Comprendre l'expérience et la compréhension de la médication psychiatrique par des personnes premières concernées recevant un accompagnement axé sur le rétablissement.	Groupes de discussion ($N = 193$) Personnes premières concernées ($n = 89$)
Jones et al., 2021	États-Unis	Qualitatif (théorisation ancrée)	Hospitalisation involontaire	Explorer les répercussions d'une hospitalisation involontaire chez les adolescents et jeunes adultes dans la trajectoire de soins après l'hospitalisation.	Entrevues individuelles ($n = 40$)

Jordan et McNiel, 2019	États-Unis	Quantitatif (étude de cohorte rétrospective)	Coercition perçue Hospitalisation involontaire	Évaluer si la coercition perçue durant une hospitalisation involontaire peut être associée à un risque de suicide plus élevé.	Base de données publiques ($n = 905$)
Katsakou et al., 2012	Angleterre	Qualitatif (théorisation ancrée)	Hospitalisation involontaire	Explorer de façon rétrospective la perception des personnes premières concernées sur leur hospitalisation involontaire.	Entrevues semi-dirigées ($n = 59$)
Kisely, 2016	Canada	Revue systématique	Traitement involontaire	Résumer les données probantes des études canadiennes sur les traitements involontaires.	9 articles Qualitatifs ($n = 3$) Quantitatifs ($n = 6$)
Knack et al., 2020	Canada	Qualitatif (analyse thématique)	Coercition perçue Traitement involontaire	Comprendre les implications potentielles d'intégrer des traitements biologiques dans le système de justice criminel.	Entrevues semi-dirigées ($n = 15$)
Krieger et al., 2018	Allemagne	Quantitatif (étude quasi-expérimentale)	Coercition Hospitalisation et traitement involontaire Mesures de contrôle	Examiner si les personnes premières concernées qui subissent de la coercition diffèrent de celles qui séjournent volontairement dans une unité de soins fermée. Évaluer la charge émotionnelle des personnes premières concernées en réponse à la coercition à l'aide d'une échelle pour la dépression.	Entrevue individuelle Questionnaire Échelle de mesure Groupe intervention ($n = 213$) Groupe contrôle ($n = 51$)
Lacasse et al., 2016	États-Unis	Qualitative (analyse thématique)	Traitement involontaire	Examiner la perception de la médication psychiatrique par des personnes ayant reçu un diagnostic de trouble de santé	Entrevues semi-dirigées Échelles de mesure ($n = 16$)

				mentale sévère qui ont atteint un niveau fonctionnel.	
Lawn et al., 2015	Australie	Qualitatif (étude descriptive)	Éthique Traitement involontaire	Comprendre comment le traitement involontaire est conçu et vécu par les personnes premières concernées et le personnel soignant qui l'applique.	Entrevues semi-dirigées ($N = 18$) Personnes premières concernées ($n = 8$)
Lawn et al., 2016	Australie	Qualitatif (étude descriptive)	Traitement involontaire	Explorer comment les personnes premières concernées et le personnel soignant construisent leur expérience du traitement involontaire.	Entrevues semi-dirigées ($N = 18$) Personnes premières concernées ($n = 8$)
Lawrence et al., 2019	États-Unis	Qualitatif (théorisation ancrée)	Hospitalisation et traitement involontaire	Comprendre comment les expériences de coercition par les personnes premières concernées affectent l'alliance thérapeutique.	Entrevues individuelles ($n = 50$)
Lebenbaum et al., 2018	Canada	Quantitatif (étude de cohorte rétrospective)	Hospitalisation involontaire	Examiner la tendance dans la prévalence et les facteurs de risque des hospitalisations involontaires en Ontario.	Base de données médicale ($n = 115\ 515$)
Light et al., 2014	Australie	Qualitatif (théorisation ancrée)	Traitement involontaire	Décrire l'expérience vécue du personnel soignant et des personnes premières concernées par le traitement involontaire.	Entrevues semi-dirigées ($N = 11$) Personnes premières concernées ($n = 5$)
Macgregor et al., 2019	Royaume-Uni	Revue systématique	Droits humains Éthique	Synthétiser la littérature nationale et internationale pour répondre aux questions : 1. Quels sont les expériences et la vision des tribunaux en santé mentale des personnes premières concernées, leurs	32 articles

				proches et le personnel soignant ? 2. Dans quelle mesure les tribunaux en santé mentale accordent une importance aux principes législatifs nationaux et aux droits humains ?	
Mahdanian et al., 2022	États-Unis	Revue de littérature	Coercition Droits humains	Identifier des articles qui sont directement reliés aux problématiques entourant les droits humains en santé mentale.	26 articles
Mahomed et al., 2020	Kenya	Qualitatif (étude descriptive)	Droits humains Interventions pour réduire la coercition	Identifier, avec l'opinion des personnes premières concernées et du personnel soignant, ce qui constitue des éléments clés des services psychosociaux axés sur le respect des droits humains.	Entrevues semi-dirigées (N = 10) Personnes premières concernées (n = 6)
McGuinness et al., 2013	Irlande	Qualitatif (analyse phénoménologique interprétative)	Hospitalisation involontaire	Explorer les répercussions de l'hospitalisation involontaire chez des personnes premières concernées et mettre en lumière leur expérience vécue.	Entrevues semi-dirigées (n = 6)
McKay et al., 2020	Canada	Revue de la portée	Coercition Éthique	Identifier les recherches et les enjeux des soins centrés sur les personnes en contexte de coercition psychiatrique.	20 articles
Mfoafo-M'Carthy et al., 2018	Canada	Qualitatif (analyse thématique)	Traitement involontaire	Examiner les perspectives des personnes premières concernées par le traitement involontaire qui sont aussi suivies par une équipe de suivi communautaire intensif.	Entrevues individuelles Groupe de discussion (N = 17)

				Explorer les perspectives du personnel soignant de ces équipes de suivi sur l'utilisation du traitement involontaire auprès des personnes sous leur soin.	Personnes premières concernées ($n = 11$)
Mielau et al., 2018	Allemagne	Quantitatif (étude descriptive transversale)	Traitement involontaire Mesures de contrôle	Examiner les répercussions des mesures coercitives sur l'évaluation par personnes premières concernées des hôpitaux psychiatriques en tant qu'adversaires ou alliés.	Entrevues semi-dirigées Échelles de mesure ($n = 79$)
Morán-Sánchez et al., 2020	Espagne	Quantitatif (étude corrélacionnelle descriptive transversale)	Hospitalisation involontaire Interventions pour réduire la coercition	Analyser la relation entre l'hospitalisation involontaire et les préférences en matière de prise de décision en contexte de soins psychiatriques. Identifier les facteurs qui peuvent être modifiés pour prévenir les mesures coercitives.	Questionnaire Échelles de mesure ($n = 107$)
Murphy, McGuinness, Bainbridge, Brosnan, Felzmann, et al., 2017	Irlande	Qualitatif (étude descriptive)	Hospitalisation involontaire	Explorer l'expérience des personnes premières concernées dans la trajectoire de soins de leur hospitalisation involontaire, incluant les transferts et l'épisode après le congé.	Entrevues semi-dirigées ($n = 50$)
Murphy, McGuinness, Bainbridge,	Irlande	Qualitatif (étude descriptive)	Hospitalisation involontaire	Obtenir le point de vue des personnes premières concernées sur les points suivants : les informations reçues au sujet des	Entrevues semi-dirigées ($n = 23$)

Brosnan, Keys, et al., 2017			Défense des droits	tribunaux en santé mentale, la disponibilité d'un soutien avant et après l'audience et l'inclusivité des processus et pratiques de ces tribunaux.	
Nakhost et al., 2019	Canada	Quantitatif (étude expérimentale)	Traitement involontaire	Examiner la perception et les connaissances sur le traitement involontaire des personnes qui utilisent les services en santé mentale à Toronto.	Entrevue dirigée Questionnaire Échelles de mesure (<i>n</i> = 152)
Newbigging et al., 2015	Angleterre	Qualitatif (étude de cas)	<i>Advocacy</i> Droits	Examiner dans quelle mesure les services d'IMHA en Angleterre fournissent du soutien de façon accessible, efficace et appropriée. Examiner la qualité des services d'IMHA du point de vue des personnes premières concernées, leurs proches, des commissaires et des fournisseurs de services incluant le personnel soignant.	Groupes de discussion (<i>N</i> = 75) Personnes premières concernées (<i>n</i> = 18)
Norvoll et Pedersen, 2018	Norvège	Qualitatif (analyse thématique)	Coercition Éthique	Comprendre la perspective des personnes premières concernées sur leur expérience de coercition en Norvège.	(<i>N</i> = 24) Entrevues semi-dirigées (<i>n</i> = 5) Groupes de discussion (<i>n</i> = 19)
Nott et al., 2018	Écosse	Quantitatif (étude corrélative descriptive)	Interventions pour réduire la coercition	Évaluer la prise de décision partagée en psychiatrie à partir de la perspective des patients	Base de données Questionnaires Échelles de mesure (<i>n</i> = 109)

				Explorer la relation entre l'attitude envers la médication et la prise de décision partagée.	
O'Donoghue et al., 2017	Irlande	Quantitatif (étude de cohorte)	Coercition perçue Hospitalisation involontaire Justice procédurale	Déterminer la proportion de personnes qui font l'expérience de coercition physique (contention, isolement, médication forcée). Déterminer le niveau de coercition perçue, de la pression perçue et de justice procédurale des personnes admises de façon volontaire et involontaire	Entrevues individuelles Questionnaires Échelles de mesure (n = 171)
Pariseau-Legault et al., 2019	Canada	Métaethnographie	Droits humains Traitement involontaire	Explorer l'influence de l'autorisation judiciaire de soins sur les interactions courantes entre la personne visée par cette mesure et ses systèmes de soutien.	44 articles qualitatifs
Pariseau-Legault et al., 2020	Canada	Revue systématique qualitative	Coercition Droits humains	Produire une synthèse qualitative de la manière dont les droits humains sont intégrés dans la pratique du personnel infirmier psychiatrique en contexte de coercition.	46 articles qualitatifs
Paul et al., 2020	Canada	Qualitatif (analyse thématique)	Hospitalisation et traitement involontaire Justice procédurale	Explorer le point de vue sur la justice procédurale lors d'audiences du <i>Consent and Capacity Board</i> en Ontario par les personnes premières concernées, le personnel	Entrevues non dirigées Groupes de discussion (N = 44) Personnes premières concernées (n = 6)

				soignant, des professionnels et des membres du comité.	
Petersen et al., 2012	Danemark	Qualitatif (étude ethnographique)	Interventions pour réduire la coercition	Explorer l'implication des personnes premières concernées dans les programmes de soutien au logement telle qu'elle est vécue lors d'interaction avec les professionnels pendant la réadaptation.	Entrevues individuelles Groupes de discussion Observation participante (n = 12)
Plahouras et al., 2020	Canada	Revue systématique qualitative	Traitement involontaire	Décrire les expériences de personnes vivant avec la schizophrénie et troubles associés qui devaient se soumettre à un traitement involontaire.	18 articles
Rugkåsa, 2016	Norvège	Revue systématique	Traitement involontaire	Fournir une vue d'ensemble des données existantes sur l'efficacité clinique et sociale du traitement involontaire.	50 articles
Rugkåsa et Burns, 2017	Norvège	Éditorial Revue de la littérature	Traitement involontaire	Donner une vue d'ensemble accessible de l'étendue et de l'utilisation de la législation du traitement involontaire; les connaissances existantes sur leur efficacité; les arguments des débats sur leur utilisation; et les perspectives concernant le traitement involontaire.	Nombre d'articles non mentionné
Rugkåsa et al., 2014	Norvège	Revue de littérature	Traitement involontaire	Offrir une vue d'ensemble des connaissances sur la relation entre le traitement involontaire et les résultats cliniques.	Nombre d'articles non mentionné

Rugkåsa et al., 2017	Angleterre	Quantitatif (étude de cohorte prospective)	Traitement involontaire	Étudier le contenu et les conditions de traitement et le résultat des audiences de révision du tribunal en santé mentale et noter les changements au fil du temps. Établir le niveau de coercition pour les personnes premières concernées qui ont plus d'un épisode de traitement involontaire.	Base de données médicales Entrevues individuelles Questionnaire (n = 198)
Sashidharan et al., 2019	Écosse	Revue systématique	Coercition Droits humains Éthique	Examiner l'étendue et la nature des pratiques coercitives en santé mentale. Étudier les défis éthiques en matière de droits humains auxquels sont confrontées les pratiques actuelles dans ce domaine.	Nombre d'articles non mentionné
Seed et al., 2016	Royaume- Uni	Revue intégrative	Hospitalisation involontaire Traitement involontaire	Examiner les études entre 2006 et 2014 pour faire une mise à jour des connaissances. Répondre aux questions : (1) Comment les personnes vivent-elles l'hospitalisation et le traitement involontaire ? (2) Quels sont les facteurs qui influencent ces expériences ?	15 articles

				Développer un modèle conceptuel pour mieux comprendre ces expériences.	
Sibitz et al., 2011	Autriche	Qualitatif (théorisation ancrée)	Hospitalisation et traitement involontaire	Établir une typologie des perspectives de coercition et des styles d'intégration dans les récits de vie de personnes ayant fait l'expérience d'hospitalisation ou de traitement involontaire.	Entrevues semi-dirigées (n = 15)
Simpson et al., 2020	Canada	Protocole de recherche Mixte (corrélacionnelle et étude qualitative descriptive)	Coercition perçue Justice procédurale	Explorer les perceptions de justice procédurale et l'expérience de coercition chez des personnes hospitalisées en psychiatrie légale et de relier les perceptions aux résultats cliniques au niveau de l'adhésion au traitement, le risque d'adversité et le progrès dans le rétablissement.	Entrevues semi-structurées Base de données médicales Questionnaires Échelles de mesure (n = 120)
Smyth et al., 2016	Irlande	Qualitatif (étude descriptive)	Hospitalisation involontaire	Explorer les perspectives des acteurs impliqués dans l'hospitalisation involontaire et la détention de personnes en vertu du MHA 2001.	Groupes de discussion (N = 62) Personnes premières concernées (n = 5)
Staniszewska et al., 2019	Royaume-Uni	Revue systématique	Coercition Expériences de soins en psychiatrie Mesures de contrôle	Faire une revue systématique de littérature pour identifier les thèmes clés afin d'améliorer les expériences de soins en santé mentale des personnes hospitalisées.	72 articles qualitatifs, quantitatifs et revues de littérature.

Stroud et al., 2015	Royaume-Uni	Qualitatif (étude descriptive)	Traitement involontaire	Explorer l'expérience de personnes premières concernées, de leurs proches et de professionnels en santé mentale pour identifier les problématiques et les bonnes pratiques en matière de traitement involontaire.	Entrevues semi-dirigées ($N = 72$) Personnes premières concernées ($n = 21$)
Stuen et al., 2015	Norvège	Qualitatif (théorisation ancrée)	Traitement involontaire	Obtenir plus de connaissances sur le vécu des traitements involontaires dans la communauté à partir de l'expérience des personnes premières concernées suivies par une équipe de suivi communautaire intensif.	Entrevues semi-dirigées ($n = 15$)
Sugiura et al., 2020	États-Unis Japon	Revue de littérature	Droits humains Hospitalisation et traitement involontaire Interventions pour réduire la coercition	Souligner les implications, en matière de droits humains, des hospitalisations et des traitements involontaires en santé mentale afin d'examiner les conséquences de ces pratiques. Explorer l'opérationnalisation d'une approche axée sur les droits humains et la prise de décision.	Nombre d'articles non mentionné
Sustere et Tarpey, 2019	Royaume-Uni	Qualitatif (étude descriptive)	Interventions pour réduire la coercition	Explorer l'expérience des personnes premières concernées concernant les pratiques les moins restrictives et dans quelle mesure ils perçoivent que ces	Entrevues semi-dirigées ($n = 12$)

				pratiques maximisent leur indépendance et leur rétablissement.	
Timander, 2020	Suède	Qualitatif (analyse thématique)	Traitement involontaire	Explorer la manière dont les personnes premières concernées font l'expérience de traitement involontaire en psychiatrie en Suède et comment ces traitements affectent leur vie.	Entrevues individuelles ($n = 15$)
				Explorer quel sens et quelle signification ces personnes donnent à leurs expériences.	
Tingleff et al., 2017	Danemark et Groenland	Revue systématique	Traitement involontaire Mesures de contrôles	Examiner la littérature existante pour connaître ce qui caractérise les perceptions des personnes premières concernées sur des situations avant, pendant et après l'utilisation de mesures coercitives. Investiguer ce que les patients perçoivent comme des facteurs modérateurs sur l'utilisation de mesures coercitives.	26 articles
Tomlin et al., 2020	Angleterre	Qualitatif (analyse thématique)	Expériences de soins en psychiatrie légale	Mieux comprendre la manière dont les personnes premières concernées vivent les soins médico-légaux en explorant leurs expériences.	Entrevues semi-dirigées ($n = 13$) Groupes de discussion ($n = 5$)
van den Hooff et Goossensen, 2014	Pays-Bas	Revue systématique	Hospitalisation involontaire	Explorer les perspectives des personnes premières concernées et des professionnels sur les	22 articles qualitatifs et quantitatifs

				hospitalisations involontaires dans la littérature anglaise.	
Verbeke et al., 2019	Belgique	Qualitatif (analyse phénoménologique interprétative)	Coercition formelle et informelle Relations de pouvoir	Proposer un modèle interactionnel des aspects relationnels de la coercition qui améliorent la compréhension théorique à partir du vécu de personnes premières concernées.	Entrevues semi-dirigées ($n = 12$)
Wu et al., 2020	Chine	Quantitatif (étude de cohorte prospective)	Expériences de soins en psychiatrie	Déterminer la prévalence des expériences traumatisantes chez des personnes hospitalisées en psychiatrie à Hong Kong et l'association entre ces expériences traumatiques et le niveau de détresse, d'anxiété et de symptômes dépressifs.	Échelles de mesure Questionnaire ($n = 129$)
Wyder et al., 2016	Australie	Qualitatif (phénoménologie interprétative)	Hospitalisation et traitement involontaire	Explorer les tensions entre les principes de pratiques axées sur le rétablissement et l'autonomie, le contrôle et le traitement involontaire.	Entrevues semi-dirigées ($n = 25$)
Wyder et al., 2015	Australie	Qualitatif (phénoménologie interprétative)	Traitement involontaire	Présenter les expériences de personnes premières concernées admises à l'hôpital en vertu d'une ordonnance de traitement involontaire. Analyser les expériences et la compréhension de ces personnes premières concernées sur les processus légaux et les tribunaux en santé mentale.	Entrevues semi-dirigées ($n = 25$)

Wynn, 2018	Norvège	Revue systématique	Hospitalisation involontaire	Identifier les résultats de recherches susceptibles d'aider les décideurs et de pister les recherches pour avancer les connaissances dans ce domaine	74 articles
------------	---------	-----------------------	---------------------------------	--	-------------

Appendice C

Preuve de publication du protocole de recherche

Re: [sips-snahp] Décision du rédacteur

Mélina Bernier <[REDACTED]>

Ven 2022-03-18 12:24

À : Pelosse, David <[REDACTED]>

Bonjour M Pelosse,

Avec plaisir, je souhaite vous informer qu'à la suite de la considération de vos révisions, l'équipe éditoriale de la revue a pris la décision d'accepter votre soumission de protocole pour une publication dans la revue [Science infirmière et pratiques en santé](#). Comme l'a souligné un rapport d'évaluation, il constituera un apport important au sujet traité et à la méthode qualitative.

Je vous envoie votre texte. Il contient des demandes de correctifs éditoriaux que nous souhaiterions que vous preniez en considération avant de pouvoir finaliser votre article. Vous pourrez svp accepter les modifications déjà faites au texte et ajouter ensuite les dernières rectifications en vous assurant de les rendre visibles en mode suivi. Nous ne demandons pas de fournir de tableau de réponses à ces suggestions.

Une fois votre texte revu, nous vous proposons de le diffuser en mode « post publication », c'est-à-dire que nous diffuserions votre article sans mise en page dans les meilleurs délais, et ce, sur la page d'accueil des articles courants sur le site web de la revue. Cela permet un accès plus rapide aux travaux, surtout dans le cas d'un protocole. Ce format d'article ne permet pas l'attribution d'un identifiant numérique (DOI). Celui-ci est attribué lors de la diffusion du numéro. Votre article sera ainsi mis en page pour être diffusé dans le prochain numéro (juin 2022) de la revue.

Accepteriez-vous de diffuser votre article en format post publication lorsque celui-ci sera prêt?

N'hésitez pas pour toute question.

En espérant que vous serez satisfait de la décision et du processus d'édition, je vous prie d'accepter nos meilleures salutations,

Mélina

Mélina Bernier, M.A. Intervention sociale



Managing Editor | Coordonnatrice de rédaction et de production

[Science of Nursing and Health Practices](#) | [Science infirmière et pratiques en santé](#)

Science of Nursing and Health Practices
Science infirmière et pratiques en santé



Le développement de pratiques de soutien à l'exercice des droits en soins psychiatriques à partir de l'expérience qu'en font les personnes vivant avec une problématique de santé mentale en contexte d'hospitalisation ou de traitement involontaire

Protocole de recherche d'une analyse phénoménologique interprétative

Development of Human Rights-Based Practices in Psychiatry From People Living With Mental Health Problems Lived Experiences During Involuntary Hospitalization or Treatment
An Interpretative Phenomenological Analysis Research Protocol

David Pelosse et Pierre Pariseau-Legault

Volume 5, numéro 1, 2022

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1090532ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1090532ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec (RRISIQ)

ISSN

2561-7516 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Pelosse, D. & Pariseau-Legault, P. (2022). Le développement de pratiques de soutien à l'exercice des droits en soins psychiatriques à partir de l'expérience qu'en font les personnes vivant avec une problématique de santé mentale en contexte d'hospitalisation ou de traitement involontaire : protocole de recherche d'une analyse phénoménologique interprétative. *Science of Nursing and Health Practices / Science infirmière et pratiques en santé*, 5(1), 103–113. <https://doi.org/10.7202/1090532ar>

Résumé de l'article

Introduction : À travers le monde, le recours à la coercition en soins psychiatriques, notamment par l'hospitalisation et le traitement involontaire, est croissant. Le Québec, comme plusieurs autres provinces canadiennes, n'échappe pas à cette tendance. Pourtant, l'efficacité de ces mesures est contestée lorsqu'elles sont comparées aux soins offerts sur une base volontaire. Devant l'atteinte aux libertés et droits fondamentaux, la coercition en soins psychiatriques est dénoncée par de nombreuses instances dont l'Organisation mondiale de la Santé (2021). Les pratiques de soutien à l'exercice des droits sont désormais reconnues comme un rôle important du personnel infirmier au Québec (Canada). Pourtant, ces pratiques sont souvent informelles et peu documentées dans la littérature scientifique.

Objectifs : Cet article présente le protocole de recherche d'une étude phénoménologique interprétative visant à comprendre l'expérience de la coercition et des pratiques de soutien à l'exercice des droits en soins psychiatriques, selon la perspective des personnes vivant avec une problématique de santé mentale.

Méthodes : L'analyse phénoménologique interprétative développée par Smith et al. (2009) est le devis retenu pour cette étude qualitative. Des entrevues individuelles accompagnées d'un questionnaire sociodémographique seront menées auprès d'approximativement 10 participants. L'analyse des données se réalisera suivant un processus itératif et herméneutique de codification par émergence.

Discussion et conclusion : En plaçant le soutien à l'exercice des droits au centre de l'expérience vécue des personnes ciblées par la coercition en soins psychiatriques, cette étude mettra de l'avant les facteurs favorables et les obstacles à la reconnaissance des droits dans l'actualisation des pratiques infirmières. Elle contribuera également au développement de savoirs infirmiers et de pratiques de soins susceptibles d'apporter une contribution significative au processus de rétablissement des personnes.

© David Pelosse, Pierre Pariseau-Legault, 2022.



Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

<https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

érudit

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

<https://www.erudit.org/fr/>

Appendice D

Affiche de recrutement

PROJET DE RECHERCHE

L'expérience de soutien à l'exercice des droits en
psychiatrie en contexte de coercition

**Nous souhaitons rencontrer des personnes qui ont été escortées,
hospitalisées ou traitées en psychiatrie sans leur consentement**

**Le but de ce projet est de comprendre comment l'expérience de soutien à
l'exercice des droits est vécue par les personnes aux prises avec une
problématique de santé mentale qui subissent de la coercition en psychiatrie**

Votre participation :

Compléter un court questionnaire et participer à une entrevue individuelle d'une durée de deux heures, qui aura lieu par téléphone ou visioconférence en raison de la pandémie de COVID-19, ou à l'endroit de votre choix si les conditions le permettent. La participation à ce projet est volontaire et une compensation de 20\$ est offerte.

Est-ce que je suis éligible ?

Nous cherchons des personnes de 18 ans et plus, qui ont été escortées, hospitalisées ou traitées en psychiatrie sans leur consentement dans les dix dernières années.

COORDONNÉES DE LA PERSONNE RESPONSABLE

Pour plus d'information, communiquer avec
David Pelosse, étudiant à la maîtrise

Téléphone : [information retirée]
Courriel : [information retirée]

Ce projet a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche de l'UQO. Il est dirigé par Pierre Pariseau-Legault, professeur au département des sciences infirmières de l'Université du Québec en Outaouais



Conseil de recherches en
sciences humaines du Canada

Social Sciences and Humanities
Research Council of Canada



Appendice E

Questionnaire sociodémographique

Questionnaire sociodémographique - Usagers

Informations démographiques générales

Date : ___ / ___ / ___ Pseudonyme : _____ Âge : _____ Sexe : _____

Région : _____ Profession ou occupation : _____

Niveau de scolarité : _____ Statut matrimonial : _____

Logement (par exemple : habite seul, avec famille, colocataires) : _____

Diagnostic : _____ Services actuellement reçus : _____

Date de premier contact avec les services de santé mentale : _____

Informations sur la coercition en santé mentale

Types de coercition subie :

- 1. Escorte en établissement hospitalier (p. ex., policiers, ambulanciers)
 - 2. Garde préventive
 - 3. Garde provisoire ou ordonnance d'évaluation psychiatrique
 - 4. Garde prolongée (autorisée)
 - 5. Autorisation judiciaire de soins
 - 6. Hospitalisation imposée par la Commission d'examen des troubles mentaux
 - 7. Réadmission par délégation de pouvoir de la Commission d'examen des troubles mentaux
 - 8. Autre forme de coercition vécue par la personne : _____
-

Date(s) : _____ Justification : _____

Date(s) : _____ Justification : _____

Date(s) : _____ Justification : _____

Date(s) : _____ Justification : _____

Date(s) : _____ Justification : _____

Date(s) : _____ Justification : _____

Perceptions relatives à la coercition en santé mentale

Satisfaction générale sur l'efficacité thérapeutique de la coercition subie :

Faible Bonne Très bonne

Impression générale sur la justification de la coercition subie :

Justifié Injustifié

Satisfaction générale sur le soutien professionnel reçu lors de la coercition :

Faible Bonne Très bonne

Satisfaction générale du degré d'implication des proches et des familles lors de la coercition :

Faible Bonne Très bonne

Niveau de connaissance perçu des lois et des droits des usagers en santé mentale :

Faible Bonne Très bonne

Appendice F

Schéma d'entrevue individuelle

Schéma d'entrevue semi-dirigée

Entrevues individuelles (Usagers)

Chronologie des évènements

1. Racontez-moi ce qui s'est passé lorsque vous avez été escorté/admis, hospitalisé ou traité sans votre consentement ? *Questions de clarification : Pourquoi est-ce arrivé ? Qui était impliqué ou présent ? Que s'est-il passé une fois ces soins imposés ?*
2. Pourquoi vous a-t-on imposé une escorte/admission, une hospitalisation ou des traitements ? *Question d'éclaircissement : Qu'est-ce qui a été fait avant d'en arriver à cela ? Quels ont été les éléments déclencheurs ayant mené à cela ? Quelles ont été les conséquences jusqu'à présent ?*

Expérience vécue

3. Comment avez-vous vécu cette expérience ? *Questions d'éclaircissement : Comment vous êtes-vous senti ou vous sentez-vous face à cela ? Racontez-moi ce que vous pensez de l'escorte/admission, de l'hospitalisation ou des traitements forcés en général ?*
4. Comment vous sentez-vous face à l'exercice de vos droits à la suite de votre expérience ?
5. Quelles sont les difficultés rencontrées lors de votre escorte/admission, hospitalisation ou de vos traitements forcés ? *Questions d'éclaircissement : Comment expliquez-vous cela ? Que devrait-on faire pour répondre à ces enjeux ?*
6. Que retenez-vous de cette expérience ? *Questions d'éclaircissement : Comment cette expérience a-t-elle contribué à votre rétablissement ? Cette expérience a-t-elle été favorable ou défavorable à votre bien-être ?*

Rapport à l'intervention

7. Lorsque l'escorte/l'admission, l'hospitalisation et le traitement ont été imposés, quel soutien avez-vous reçu de la part du personnel et des intervenants ? *Questions d'éclaircissement : Quel soutien auriez-vous aimé recevoir ? Qu'est-ce qui vous a aidé, ou qui aurait pu vous aider ? Pourquoi cela vous a-t-il aidé ? Comment expliquez-vous cela ?*

8. Comment les intervenants pourraient-ils faire pour mieux soutenir les personnes qui vivent la même chose que vous ? *Questions d'éclaircissement : Qu'est-ce que les intervenants pourraient faire pour aider ? De quelles informations ou ressources auriez-vous besoin pour vous sentir soutenu ? Qu'est-ce qui vous a permis de vous sentir écouté et entendu ?*
9. Au cours de votre escorte/admission, hospitalisation ou de vos traitements forcés qui sont les personnes de confiance qui vous ont aidé ? *Questions d'éclaircissement : Comment ces personnes vous ont-elles aidé ? Qu'ont-elles fait pour vous aider ? Qu'est-ce qui a été nécessaire pour avoir confiance en ces personnes ?*
10. Comment votre expérience d'escorte/admission, d'hospitalisation ou de traitements forcés a-t-elle influencé la relation que vous avez avec vos intervenants ou vos proches ? *Questions de clarification : Qu'est-ce qui peut aider ou nuire à la relation avec vos intervenants ou vos proches ?*
11. Lors de votre expérience d'escorte/admission, d'hospitalisation ou de traitements forcés, quel soutien avez-vous reçu de la part de votre famille, de vos amis ou de vos proches ? *Questions de clarification : Vos amis ou vos proches ont-ils un mot à dire sur vos soins ? Racontez-moi la place qu'occupent vos proches dans votre vie ? Comment vous aident-ils ? Quelles relations aviez-vous avec eux au moment de la coercition ? Quelles relations avez-vous avec eux aujourd'hui ?*

Soutien à l'exercice des droits

12. Comment avez-vous défendu vos droits ou été soutenu dans l'exercice de vos droits durant votre expérience d'escorte/admission, d'hospitalisation ou de traitement involontaire ? *Questions de clarification : Expliquez-moi ce que signifie, pour vous, être défendu dans ses droits ou être soutenu dans ses droits ? Quelles sont les personnes qui vous ont soutenu dans vos droits ? Que représente, pour vous, le soutien à l'exercice de ses droits dans ce contexte ?*
13. À partir de votre expérience, quelles sont les répercussions d'escortes/admissions, d'hospitalisations ou de traitements involontaires sur vos droits ? *Questions de clarification : Comment perceviez-vous vos droits lors de cette expérience ? Quels recours s'offraient à vous ? Comment vous êtes-vous senti face à vos droits lors de cette expérience ? Comment avez-vous vécu cette expérience en lien avec vos droits ? Comment avez-vous réagi pour faire respecter vos droits ?*
14. Comment vous êtes-vous informé de vos droits et de vos recours, lorsque l'escorte/admission, l'hospitalisation ou les traitements ont été imposés ? *Questions de clarification : Comment avez-vous perçu l'aide reçue des personnes autour de vous ? Quelles informations vous ont été utiles ? Quelles informations vous ont été transmises ? Qu'auriez-vous aimé savoir ?*

15. Si vous étiez en désaccord avec le fait d'être hospitalisé ou de recevoir des traitements psychiatriques, comment avez-vous contesté cette décision? *Questions d'éclaircissements : Comment vous êtes-vous préparé pour contester cette décision ? Pour vous défendre ? Pour répondre aux questions qui vous ont été posées ? À qui vous êtes-vous adressé ? Décrivez-moi comment s'est passé votre passage à la cour ? Quelles personnes vous ont aidé à vous préparer ? Quelles personnes vous ont aidé dans le processus ?*
16. À partir de votre expérience, comment le soutien à l'exercice de vos droits aurait-il pu être amélioré ? *Questions de clarification : Quels sont les éléments empêchant un soutien à l'exercice de vos droits ? Quels sont les éléments qui permettraient un plus grand soutien à l'exercice de vos droits ?*

Question afin de favoriser la contextualisation des données : Si pertinent et indiqué, afin d'assurer une sensibilité des données au contexte de la COVID-19 poser la question suivante : Comment les choses ont-elles changé depuis le début de la pandémie de COVID-19 ? *Question de clarification : Qu'est-ce qui est différent ? Comment expliquez-vous cela ? Quels sont les effets de cette situation sur vous ?*

Conclusion : 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 ? Qu'aimeriez-vous dire aux personnes qui, comme vous, ont subi des escortes/admissions, des hospitalisations ou des traitements sans leur consentement en psychiatrie ?

Appendice G

Certificat d'approbation au Comité d'éthique de la recherche



CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

La présente atteste que le projet de recherche décrit ci-dessous a fait l'objet d'une évaluation en matière d'éthique de la recherche avec des êtres humains et qu'il satisfait aux exigences de notre politique en cette matière.

Projet # : 2022-1601

Titre du projet de recherche : Analyse phénoménologique interprétative du soutien à l'exercice des droits en psychiatrie à partir de l'expérience qu'en font les personnes aux prises avec une problématique de santé mentale

Chercheur principal:

David Pelosse
Étudiant, Université du Québec en Outaouais

Cochercheur(e)s :

Jean-Daniel Jacob; Emmanuelle Bernheim; Dave Holmes; Guillaume Ouellet; Lisandre Labrecque-Lebeau; Marie-Hélène Goulet

Directeur de recherche :

Pierre Pariseau-Legault
Professeur, Université du Québec en Outaouais

Date d'approbation du projet : 09 septembre 2021

Date d'entrée en vigueur du certificat : 09 septembre 2021

Date d'échéance du certificat : 09 septembre 2022

Caroline Tardif
Attachée d'administration, CÉR
pour André Durivage, Président du CÉR



Formulaire de demande de renouvellement de l'approbation éthique

Titre du protocole : **Analyse phénoménologique interprétative du soutien à l'exercice des droits en psychiatrie à partir de l'expérience qu'en font les personnes vivant avec une problématique de santé mentale**

Numéro(s) de projet : **2022-1601**

Formulaire : **F9-9127**

Identifiant Nagano : **Étudiants à la maîtrise - David Pelosse**

Date de dépôt initial du formulaire : **2022-08-18**

Chercheur principal (au CER Éval) : **David Pelosse**

Date de dépôt final du formulaire : **2022-08-18**

Date d'approbation du projet par le CER : **2021-09-09**

Statut du formulaire : **Formulaire approuvé**

Suivi du BCER

1.

OBJET: RENOUELEMENT DE L'APPROBATION ÉTHIQUE

2.

Statut de la demande:

Demande approuvée

À la suite du dépôt de votre formulaire de renouvellement, le comité d'éthique de la recherche de l'UQO constate le bon déroulement du projet et vous autorise à poursuivre vos activités de recherche pour une période d'un an.

Le renouvellement de votre approbation éthique est valide jusqu'au:

2023-09-09

RENOUELEMENT ANNUEL: Pour maintenir la validité de votre approbation éthique, vous devez obtenir le renouvellement de votre approbation éthique à l'aide du formulaire F9, et ce avant la date d'échéance. Un rappel automatique vous sera envoyé par courriel quelques semaines avant l'échéance de votre approbation éthique.

MODIFICATION: Si des modifications sont apportées à votre projet de recherche, vous devez soumettre les modifications au CER, et ce, AVANT la mise en œuvre de ces modifications en complétant le formulaire F8 - Demande de modification au projet de recherche.

FIN DE PROJET: Vous devez remplir le formulaire F10-Rapport final afin d'informer le CER de la fin de votre projet de recherche.



Formulaire de demande de renouvellement de l'approbation éthique

Titre du protocole : **Analyse phénoménologique interprétative des expériences de soutien à l'exercice des droits en soins psychiatriques lors d'épisodes coercitifs**

Numéro(s) de projet : **2022-1601**

Formulaire : **F9-11899**

Identifiant Nagano : **Étudiants à la maîtrise - David Pelosse**

Date de dépôt initial du formulaire :
2023-08-17

Chercheur principal (au CER Éval) : **David Pelosse**

Date de dépôt final du formulaire : **2023-08-17**

Date d'approbation du projet par le CER : **2021-09-09**

Statut du formulaire : **Formulaire approuvé**

Suivi du BCER

1.

OBJET: RENOUELEMENT DE L'APPROBATION ÉTHIQUE

2.

Statut de la demande:

Demande approuvée

À la suite du dépôt de votre formulaire de renouvellement, le comité d'éthique de la recherche de l'UQO constate le bon déroulement du projet et vous autorise à poursuivre vos activités de recherche pour une période d'un an.

Le renouvellement de votre approbation éthique est valide jusqu'au:

2024-09-09

RENOUELEMENT ANNUEL: Pour maintenir la validité de votre approbation éthique, vous devez obtenir le renouvellement de votre approbation éthique à l'aide du formulaire F9, et ce avant la date d'échéance. Un rappel automatique vous sera envoyé par courriel quelques semaines avant l'échéance de votre approbation éthique.

MODIFICATION: Si des modifications sont apportées à votre projet de recherche, vous devez soumettre les modifications au CER, et ce, AVANT la mise en œuvre de ces modifications en complétant le formulaire F8 - Demande de modification au projet de recherche.

FIN DE PROJET: Vous devez remplir le formulaire F10-Rapport final afin d'informer le CER de la fin de votre projet de recherche.

Appendice H

Formulaire de consentement



Case postale 1250, succursale HULL, Gatineau (Québec) J8X 3X7

www.uqo.ca/ethique

Comité d'éthique de la recherche

Formulaire de consentement Entrevues individuelles - Usagers

Analyse phénoménologique interprétative du soutien à l'exercice des droits à partir
de l'expérience qu'en font les personnes aux prises avec une problématique de
santé mentale ciblées par la coercition en psychiatrie

Chercheurs principaux :

David Pelosse, inf., B. Sc.

*Étudiant 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*

Description du projet

Nous sollicitons par la présente votre participation au projet de recherche en titre, qui vise à mieux comprendre et documenter comment l'expérience de soutien à l'exercice des droits est vécue par les personnes aux prises avec une problématique de santé mentale qui subissent de la coercition en psychiatrie. Ce projet bénéficie d'un soutien financier du Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH) et a reçu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche de l'UQO. Les objectifs de ce projet de recherche sont les suivants :

1. Examiner l'expérience d'atteinte aux droits telle qu'elle est vécue par des personnes aux prises avec une problématique de santé mentale ciblées par la coercition ;
2. Décrire comment l'expérience de soutien à l'exercice des droits en santé mentale est vécue ou perçue par les personnes dont les droits sont atteints par la coercition.

Dans le cadre de ce projet, nous souhaitons connaître l'histoire des personnes de 18 ans et plus, qui ont été escortées, hospitalisées ou traitées en psychiatrie sans leur consentement dans les dix (10) dernières années (par exemple, qui ont été escortées à l'urgence par les policiers, placées en garde en établissement ou placées sous autorisation judiciaire de soins). L'expérience de mesures de contention ou d'isolement est aussi étudiée pour ce projet, mais elle doit être accompagnée d'une expérience d'hospitalisation ou de traitements involontaires légalement autorisés.

Participation à ce projet

Votre participation à ce projet de recherche consiste à compléter un questionnaire sociodémographique et une entrevue d'une durée de 60 à 120 minutes. Votre participation à ce projet durera approximativement 2h. Dans le contexte actuel de la COVID-19, si les règles sanitaires le permettent, l'entrevue sera réalisée en personne et enregistrée sur support audio. Si les règles de la santé publique ne permettent pas les rencontres, l'utilisation d'applications permettant la vidéoconférence, telles que *Zoom*, sera privilégiée et les entrevues seront enregistrées sous forme audionumérique. Le lieu et le moment de la participation seront identifiés en fonction de ce qui vous convient le mieux.

La confidentialité des données recueillies dans le cadre de ce projet de recherche sera assurée conformément aux lois et règlements applicables dans la province de Québec et aux règlements et politiques de l'Université du Québec en Outaouais. Tant les données recueillies que les résultats de la recherche ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Les noms et prénoms des participants seront remplacés par des noms fictifs (pseudonymes). Notamment à des fins de contrôle, et de vérification, vos données de recherche pourraient cependant être consultées par le personnel autorisé de l'UQO, conformément au *Règlement relatif à l'utilisation des ressources informatiques et des télécommunications*.

Les données collectées (questionnaires sociodémographiques et entrevues) seront analysées par les chercheurs afin de répondre aux objectifs de la recherche mentionnés ci-haut. L'analyse de ces données permettra notamment de mieux répondre aux besoins des personnes qui sont touchées par la coercition en santé mentale.

À moins que vous ne consentiez à une utilisation secondaire telle que plus amplement décrite plus loin, les données recueillies ne seront utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent formulaire de consentement.

Diffusion des résultats de ce projet

Les résultats seront diffusés par le biais d'un mémoire, d'articles de journaux scientifiques ou professionnels, lors de conférences et dans un rapport de recherche. Les données recueillies seront conservées sous clé dans le bureau du chercheur principal et sur un ordinateur protégé par mot de passe. Les seules personnes qui y auront accès sont les chercheurs et étudiants directement impliqués dans la recherche. Les données seront détruites dix (10) ans après la fin du projet de recherche par un processus confidentiel et sécuritaire, soit en étant déchiquetées (données sur papier) ou effacées de leur support numérique par un processus de formatage (données numériques - par exemple, enregistrements audios ou formulaires numérisés).

Consentement à participer à ce projet

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. Advenant votre retrait, les données vous concernant seront automatiquement détruites. Il vous est également possible de demander en tout temps la destruction partielle de certaines données fournies. Cette demande doit être formulée par écrit et adressée au principal responsable de ce projet, donc les coordonnées sont inscrites ci-bas.

Votre participation à ce projet de recherche fait appel à vos expériences passées en ce qui concerne la coercition en psychiatrie. Par conséquent, votre participation à ce projet pourrait provoquer un inconfort. Si certaines questions posées lors de l'entrevue évoquent des

expériences personnelles difficiles qui créent un inconfort, le chercheur s'engage, le cas échéant, à mettre en œuvre les moyens nécessaires pour les réduire ou les pallier. Si un tel inconfort survient, vous pouvez en tout temps demander à arrêter l'entrevue ou vous retirer du projet de recherche sans aucune conséquence.

La contribution à l'avancement des connaissances et à l'évolution des pratiques permettant de mieux soutenir et accompagner les personnes touchées par la coercition en santé mentale sont les bénéfices directs anticipés de votre participation à cette étude. À l'exception du temps requis par votre participation, aucun autre inconvénient n'est identifié. Une compensation de 20\$ est accordée afin de couvrir les dépenses associées à votre participation au projet. Vous recevrez cette compensation avant le début de l'entrevue. Vous conserverez cette compensation même si vous décidez de vous retirer du projet.

Ce projet de recherche a reçu l'approbation du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais. Si vous avez des questions concernant ce projet de recherche, communiquez avec David Pelosse par téléphone [information retirée] ou par courriel [information retirée]. Si vous avez des questions concernant les aspects éthiques de ce projet, veuillez communiquer avec Monsieur André Durivage (1-819-595-3900, poste 1781, comite.ethique@ugo.ca), président du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais.

Principal responsable de ce projet de recherche :

David Pelosse

Étudiant à la maîtrise, Département des sciences infirmières,

Université du Québec en Outaouais

[information retirée]

Consentement à participer au projet de recherche

Votre signature atteste que vous, ou la personne autorisée à consentir pour vous, avez clairement compris les renseignements concernant votre participation au projet de recherche et indique que vous acceptez d'y participer. Elle ne signifie pas que vous acceptez d'aliéner vos droits et de libérer les chercheurs ou les responsables de leurs responsabilités juridiques ou professionnelles. Vous êtes libre de vous retirer en tout temps du projet de recherche sans préjudice. Votre participation devant être aussi éclairée que votre décision initiale de participer au projet, vous devez en connaître tous les tenants et aboutissants au cours du déroulement du projet de recherche. Par conséquent, vous ne devrez jamais hésiter à demander des éclaircissements ou de nouveaux renseignements au cours du projet.

Après avoir pris connaissance des renseignements concernant ma participation à ce projet de recherche, j'appose ma signature signifiant que j'accepte librement d'y participer. Le formulaire est signé en deux (2) exemplaires et j'en conserve une copie.

Nom du participant et/ou de la personne autorisée à consentir pour le participant :

Signature du tiers autorisé (si applicable) : _____

Signature du participant : _____ Date : _____

Nom du chercheur : _____ Date : _____

Signature du chercheur : _____

Utilisation secondaire des données recueillies

Avec votre permission, nous aimerions pouvoir conserver les données recueillies à la fin du présent projet pour d'autres activités de recherche dans le(s) domaine(s) suivant(s) : la formation et les projets de recherches d'étudiants sous la responsabilité des chercheurs du projet pour lequel vous êtes aujourd'hui invité à participer. Afin de préserver vos données personnelles et votre identité, les données seront anonymisées, c'est-à-dire qu'il ne sera plus possible à quiconque de pouvoir les relier à votre identité. Nous nous engageons à respecter les mêmes règles d'éthique que pour le présent projet. Il n'est pas nécessaire de consentir à ce volet pour participer au présent projet de recherche. Si vous acceptez, vos données seront conservées pour une période de 10 ans après la fin du présent projet et ensuite détruites.

Consentement à une utilisation secondaire :

[] J'accepte que mes données soient conservées pour une utilisation secondaire dans le(s) domaine(s) suivant(s) : sciences infirmières, intervention et travail social, sociologie, droit, éthique, sous la responsabilité des chercheurs de ce projet de recherche ;

[] Je refuse une utilisation secondaire des données que je vais fournir.

Noms du participant et/ou du tiers autorisé : _____

Signature du tiers autorisé (si applicable) : _____

Signature du participant : _____

Nom du chercheur : _____ **Date :** _____

Signature du chercheur : _____

Informations complémentaires

Au cours de votre participation à ce projet de recherche, le chercheur avec lequel vous êtes en contact pourra vous référer aux instances suivantes si vous ressentez un inconfort émotionnel à l'égard des différents sujets abordés. Avec votre accord, il vous référera d'abord à votre intervenant si vous en avez un. Si vous le préférez, il vous référera aux ressources suivantes :

I. **Organisme « Tel-Aide » - Service d'écoute et d'aide téléphonique**

Coordonnées

Téléphone : 1-514-935-1101

Site internet : <http://www.telaide.org/>

II. **Organisme « Écoute Entraide » - Ligne d'écoute et groupe d'entraide**

Coordonnées

Téléphone (Montréal) : 1-514-278-2130

Ligne sans frais pour tout le Québec : 1-855-EN-LIGNE (365-4463)

Site internet : <http://www.ecoute-entraide.org/>

III. **Portail internet du Mouvement santé mentale Québec**

Coordonnées

Ce bottin de ressources comprend notamment
un forum de discussion animé par des pairs aidants.

Site internet : <https://www.mouvementsmq.ca/besoin-d-aide>

Appendice J

Sommaire des données sociodémographiques récoltées

Tableau 5*Portrait sociodémographique détaillé (N = 11)*

Renseignements sociodémographiques	<i>n</i>
Âge	
< 40 ans	1
40-49 ans	4
50-59 ans	3
60-69 ans	3
Genre	
Homme	5
Femme	5
Non binaire	1
Région habitée	
Grand centre urbain (villes de plus de 100 000 habitants)	5
Banlieue ou milieu (villes de moins de 100 000 habitants)	5
Région éloignée	1
Emploi	
Avec emploi	2
Retraité	4
Sans emploi	3
Invalidité	2
Scolarité	
Secondaire 5	2
Collégial	5
Universitaire	4
Statut matrimonial	
Célibataire	9
Divorcé	2
Habitation	
Seul	9
Colocation	2
Services reçus actuellement	
Reçoivent des services en santé mentale	6
Ne reçoivent aucun service en santé mentale	5
Services auprès d'organismes communautaires en santé mentale	3

Tableau 6*Perceptions relatives à la coercition en soins psychiatriques (N = 11)*

Perceptions des participants	<i>n</i>
Satisfaction sur l'efficacité thérapeutique de la coercition subie	
Faible	10
Bonne	0
Très bonne	1
Satisfaction sur le soutien professionnel reçu lors de la coercition	
Faible	10
Bonne	0
Très bonne	1
Satisfaction sur le degré d'implication des proches lors la coercition	
Faible	8
Bonne	0
Très bonne	3
Niveau de connaissance perçu des lois et droits des usagers en santé mentale	
Faible	7
Bonne	2
Très bonne	2
Impression générale sur la justification de la coercition subie	
Justifié	1
Injustifié	10