

Université de Montréal

La relation thérapeutique entre l'infirmière et la personne vivant avec un problème de santé
mentale en contexte d'autorisation judiciaire de soins

Par

Clara Lessard-Deschênes

Faculté des sciences infirmières

Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de Maîtrise ès sciences (M.Sc.)

en sciences infirmières, option expertise-conseil

21 Novembre 2020

© Clara Lessard-Deschênes, 2020

Université de Montréal
Faculté des sciences infirmières

Ce mémoire intitulé

La relation thérapeutique entre l'infirmière et la personne vivant avec un problème de santé mentale en contexte d'autorisation judiciaire de soins

Présenté par

Clara Lessard-Deschênes

A été évalué(e) par un jury composé des personnes suivantes

Christine Genest

Président-rapporteur

Marie-Hélène Goulet

Directeur de recherche

Chantal Caux

Membre du jury

Résumé

L'autorisation judiciaire de soins (AJS) est utilisée dans le domaine de la santé mentale afin de permettre le traitement d'une personne alors que celle-ci est jugée inapte à consentir à ses soins et qu'elle les refuse de manière catégorique. L'utilisation de cette mesure d'exception est en augmentation à travers le monde (Rugkåsa et Burns, 2017), malgré ses résultats variables en termes retombées clinique, sociale et économique et ses impacts négatifs importants sur la vie de la personne qui en est visée (Kisely, Campbell et O'Reilly, 2017). La dimension coercitive inhérente à l'AJS complexifie le travail auprès de cette clientèle, alors que l'infirmière est appelée à promouvoir le rétablissement et l'autodétermination de la personne tout en devant lui imposer un traitement non désiré (Corring, O'Reilly, Sommerdyk et Russell, 2018). La relation thérapeutique étant reconnue comme étant la pierre angulaire des soins infirmiers de santé mentale en apportant de nombreux bénéfices pour la personne soignée, il est essentiel de comprendre l'influence de l'AJS sur celle-ci. À ce jour, peu d'études ont porté sur la relation thérapeutique dans le contexte des AJS, ne permettant pas une compréhension approfondie de ce sujet. Guidée par la théorie du *Recovery Alliance Theory* (Shanley et Jubb-Shanley, 2007), cette étude qualitative descriptive avait pour but de décrire la relation thérapeutique en contexte d'AJS selon la perspective d'infirmières et de personnes vivant avec un problème de santé mentale.

Des analyses secondaires ont été réalisées à partir d'entrevues individuelles auprès d'infirmières (n=9) et de personnes étant ou ayant été sous AJS (n=6) provenant de trois instituts en santé mentale selon la méthode de Miles, Huberman et Saldaña (2020). La relation thérapeutique a été décrite comme fondamentalement ancrée dans une inégalité de pouvoir qui est amplifiée par l'AJS. Les résultats mettent en lumière les liens complexes existant entre la relation thérapeutique et l'AJS et font ressortir la divergence des perspectives des infirmières et des personnes quant à la possibilité de développer cette relation. Les personnes sous AJS ont rejeté l'idée de pouvoir développer une relation de confiance dans ce contexte, décrivant des interactions superficielles, utilitaires et unidirectionnelles avec les infirmières. La perspective des infirmières a montré que celles-ci croient en la possibilité de développer une relation thérapeutique, malgré les contraintes

qui leur sont imposées par l'AJS. En effet, celles-ci engendrent un conflit au niveau des différents rôles que les infirmières doivent intégrer dans leur pratique, l'un étant guidé par leur responsabilité légale et l'autre par leur pratique professionnelle. À la lumière de ces résultats, les infirmières devraient être sensibilisées à la perspective des personnes sous AJS, tout en bénéficiant d'un soutien pour les accompagner dans la gestion de cette mesure amenant une complexité à leur travail et au développement de la relation thérapeutique. D'autres études sont nécessaires afin d'explorer des pistes de solution pour permettre à l'infirmière et à la personne de développer une relation thérapeutique en dehors des contraintes imposées par l'AJS.

Mots-clés : relation thérapeutique, autorisation judiciaire de soins, santé mentale, psychiatrie, sciences infirmières, psychiatrie légale.

Abstract

Involuntary treatment orders (ITO) are used in the mental health field to allow for treatment of individuals living with a mental illness considered incapable of giving consent and who are actively refusing treatment. The use of this exceptional measure is increasing around the world, with a presence in 75 different jurisdictions (Rugkåsa et Burns, 2017), despite its conflicting results in terms of clinical, social and financial outcomes and its negative impacts on the patients (Kisely et al., 2017). The coercive dimension inherent to the ITO poses many challenges for the nursing practice, as nurses must promote recovery and self-determination while having to impose an unwanted treatment (Corring et al., 2018). Since the nurse-patient therapeutic relationship is the cornerstone of mental health nursing, allowing many benefits for the patient's health and well-being, it is essential to better understand the influence the ITO has on this relationship. Few studies have been carried on the therapeutic relationship in the context of ITOs, which does not allow for a comprehensive understanding of the subject. Guided by the *Recovery Alliance Theory* (Shanley et Jubb-Shanley, 2007), this study aimed to describe the therapeutic relationship in the context of ITOs as reported by nurses and individuals living with a mental illness.

Secondary data analysis of qualitative data was performed from individual interviews with nurses (n=9) and patients who are or have already been on an ITO (n=6). Data were collected from three mental health and forensic psychiatric institutes and were analyzed using a process of content analysis (Miles et al., 2020). The therapeutic relationship was described as fundamentally imbedded in a power imbalance amplified by the ITO. Results highlight the complex links between the therapeutic relationship and the ITO and the divergent perspectives of nurses and patients on the possibility to develop this relationship. Patients rejected the possibility of developing a trusting relationship in this context, describing interactions with nurses as superficial, utilitarian, and unidirectional. The nurses' perspective showed that nurses do believe in the possibility to build a therapeutic relationship despite the challenges caused by the ITO. Indeed, the ITO generates conflict between the different roles of the nurses, one being guided by their legal responsibility and the other by their professional practice. In light of these results, nurses should

be made aware of the perception of patients on ITOs, while benefiting from support to assist them in the management of this measure which brings many challenges to their practice and to the development of the therapeutic relationship. Further studies should explore possible solutions to allow the nurse and the patient to develop a therapeutic relationship outside the constraints of the ITO.

Keywords: therapeutic relationship, nurse-patient relationship, involuntary treatment order, mental health, psychiatry, nursing, forensic psychiatry.

Table des matières

Résumé.....	5
Abstract.....	7
Table des matières.....	9
Liste des figures.....	13
Liste des sigles et abréviations.....	15
Remerciements.....	19
Chapitre 1 – Problématique.....	21
But de l'étude.....	24
Question de recherche.....	24
Chapitre 2 – Recension des écrits.....	25
Démarche documentaire.....	25
Les autorisations judiciaires de soins.....	26
Définition générale.....	26
L'autorisation judiciaire de soins selon la législation québécoise.....	26
Utilisation dans le monde et au Québec.....	27
L'efficacité des autorisations judiciaires de soins.....	28
Perspectives des acteurs concernés.....	30
Perspective des personnes sous autorisation judiciaire de soins.....	30
Perspective des professionnels de la santé.....	32
Les autorisations judiciaires de soins et la coercition.....	34
La relation thérapeutique entre l'infirmière et la personne vivant avec un problème de santé mentale.....	36

Définition.....	36
Concepts centraux.....	37
Facteurs influençant le développement de la relation thérapeutique.....	38
Facteurs humains	38
Facteurs contextuels	41
Les effets de la relation thérapeutique.....	43
Effets sur les personnes vivant avec un problème de santé mentale	43
Effets sur les infirmières travaillant en santé mentale	44
Relation thérapeutique et coercition.....	46
Relation thérapeutique et autorisation judiciaire de soins	47
Cadre théorique	50
Concepts centraux.....	51
Travail en partenariat.....	51
Coping.....	51
Autodétermination.....	51
Utilisation du <i>Recovery Alliance Theory</i>	51
Chapitre 3 – La méthode.....	53
Contexte de l'étude.....	53
Devis	54
Milieu.....	54
Échantillon.....	55
Collecte des données	56
Analyse des données.....	57
Critères de scientificité.....	58

Considérations éthiques.....	59
Chapitre 4 – Résultats	61
Nurses and patients’ description of the therapeutic relationship in the context of involuntary treatment orders: a qualitative study	61
Introduction.....	62
Method.....	64
Results	66
Discussion	74
Limitations.....	77
Conclusion	77
References.....	78
Chapitre 5 – Discussion	83
Forces de l’étude.....	86
Limites de l’étude.....	87
Implications pour les sciences infirmières	88
Chapitre 6 – Conclusion.....	91
Références bibliographiques.....	93
Annexe A – Guides d’entrevue.....	103
Annexe B – Questionnaires sur les données sociodémographiques	110
Annexe C – Guide de codes.....	112
Annexe D – Exemple de codification.....	114
Annexe E – Exemple de tableau utilisé pour classer les données	115
Annexe F – Formulaire d’information et de consentement	117
Annexe G – Approbations éthiques	122

Annexe H – Critères de soumission pour la revue *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*
.....125

Liste des figures

Figure 1. – Themes and subthemes67

Liste des sigles et abréviations

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

AJS : Autorisation judiciaire de soins

CCQ : Code civil du Québec

ERC : Essai randomisé contrôlé

ITO : *Involuntary treatment order*

RAT : *Recovery Alliance Theory*

TR : *Therapeutic relationship*

À Marion et Etienne

Remerciements

J'aimerais d'abord remercier ma directrice de mémoire, madame Marie-Hélène Goulet, pour son soutien à travers les différentes étapes de mon parcours académique et de la réalisation de ce mémoire, de même que pour les nombreuses opportunités qu'elle m'a offertes me permettant de développer des compétences dans le domaine de la recherche. Sa disponibilité, ses encouragements et ses conseils judicieux auront été d'une aide inestimable à ma réussite.

Je remercie également les membres du comité d'approbation et du jury, madame Christine Genest et madame Chantal Caux, d'avoir pris le temps de lire mon travail et de me permettre de l'enrichir à partir de leurs commentaires constructifs.

J'offre ensuite mes remerciements, pour leur soutien financier m'ayant permis de me consacrer à la réalisation de ce mémoire et à la diffusion des connaissances, à l'Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale, le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur, l'Observatoire en justice et santé mentale et l'Association étudiante des cycles supérieurs de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal.

Un merci spécial à tous mes amis et mes proches, qui ont su m'encourager tout au long de ce parcours. Plus particulièrement, à Geneviève, collègue et amie, pour son soutien et ses réponses à toutes mes questions. Merci à ma mère Danielle, qui m'a transmis sa passion pour le milieu académique et la recherche; mon père Pierre, pour les innombrables cafés préparés avec soin; à ma sœur Clothilde, pour sa présence et son intérêt envers mes travaux, et à mon grand-père Germain, pour l'expression de sa fierté et de sa foi en mes capacités.

Finalement, le plus grand remerciement va à mon conjoint Etienne et à ma fille Marion pour avoir été ma plus grande source de motivation et de réconfort et sans qui cette réalisation n'aurait jamais été possible.

Chapitre 1 – Problématique

La désinstitutionnalisation des personnes¹ vivant avec un problème de santé mentale a causé de nombreux bouleversements concernant autant les services de santé que les personnes elles-mêmes. La fermeture de nombreux lits d'hôpitaux combinée à une absence de soutien adéquat à la vie en communauté a entraîné des conséquences telles qu'une hausse des hospitalisations et des visites à l'urgence (syndrome de la porte tournante), de l'itinérance, de la surreprésentation des personnes vivant avec un problème de santé mentale dans les prisons ainsi qu'une difficulté accrue pour ces personnes de s'adapter à la vie en dehors des institutions (Churchill, Owen, Singh et Hotopf, 2007). Dans le but de permettre de traiter ces personnes tout en les maintenant dans la communauté, les autorisations judiciaires de soins (AJS) ont été instituées dans plusieurs pays (Churchill et al., 2007). Actuellement, elles sont utilisées dans plus de 75 juridictions à travers le monde, l'une d'elle étant le Québec (Rugkåsa et Burns, 2017).

Au Québec, l'AJS est encadrée par l'article 16 du Code civil du Québec (C.c.Q.) qui stipule qu'une autorisation de la Cour supérieure est requise pour faire traiter une personne lorsque celle-ci est jugée inapte à consentir aux soins requis par son état de santé et qu'elle les refuse de manière catégorique. Dans le domaine de la santé mentale, l'AJS est généralement utilisée dans le but d'augmenter l'adhérence aux médicaments et la fréquence des contacts avec les professionnels de la santé (Pridham et al., 2016). Une personne sous autorisation judiciaire de soins doit donc se conformer à un plan de traitement qui implique généralement de se présenter à des rendez-vous de suivi psychiatrique et de recevoir un traitement (Kisely, 2016). D'abord perçue comme une mesure moins restrictive que l'hospitalisation, l'AJS soulève de nombreux questionnements en raison de son efficacité qui demeure mitigée et de son caractère coercitif (Rugkåsa et Burns, 2017). En effet, il n'y aurait pas de bénéfices significatifs en lien avec l'utilisation des services, le fonctionnement social, l'état mental et la qualité de vie des personnes sous AJS en comparaison

¹ Le terme « personne » sera employé tout au long de ce mémoire et fera référence à toute personne vivant une situation de santé nécessitant des soins, dans ce cas-ci des personnes vivant avec un problème de santé mentale et faisant l'objet d'une autorisation judiciaire de soins. Ce terme a été privilégié à ceux de « patient », « client » et « utilisateur de service » afin d'insister sur le caractère humain, unique et individuel de chaque personne et de s'éloigner de l'approche biomédicale traditionnelle.

à celles recevant un suivi volontaire (Kisely et al., 2017). Des questionnements éthiques sont également soulevés à leur égard, à savoir si les avantages des AJS et le désir de protection des personnes et du public justifient l'atteinte aux libertés de la personne qu'elles représentent selon certaines associations (L'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec, 2014). Des groupes de défense des droits en santé mentale recommandent d'ailleurs que la fréquence de leur utilisation soit réduite et que leur application soit révisée afin de respecter davantage les droits et libertés de la personne (L'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec, 2014). En outre, la perception qu'ont les personnes de l'utilisation des AJS varie aussi selon les acteurs concernés, les familles et les professionnels de la santé² étant généralement plus positifs à leur égard, nommant entre autres que celles-ci permettent un meilleur accès aux services de santé mentale (Light et al., 2014). Bien que la majorité des professionnels de la santé soient en accord avec leur utilisation, ils affirment aussi éprouver de la difficulté à adhérer aux principes du rétablissement tout en devant imposer un traitement (Corring et al., 2018). Les personnes sous AJS, quant à elles, sont ambivalentes face à leur utilisation et rapportent des expériences négatives en lien avec celles-ci telles que des sentiments de stigmatisation et de perte de pouvoir, l'impression de dépendre des autres, que leur vie est mise sur pause et d'avoir une relation thérapeutique de moins bonne qualité avec les professionnels de la santé (Brophy et Ring, 2004; Höfer, Habermeyer, Mokros, Lau et Gairing, 2015; Light et al., 2014; Stensrud, Hoyer, Granerud et Landheim, 2015).

L'infirmière³, qui occupe une place centrale dans le suivi de la personne vivant avec un problème de santé mentale, se retrouve dans une position difficile, où le désir d'offrir des soins visant le rétablissement (Zugai, Stein-Parbury et Roche, 2015) se heurte à l'application des conditions de l'AJS (Corring et al., 2018). Ainsi, il devient ardu pour elle de respecter son rôle d'*advocacy* et de promouvoir l'autodétermination de la personne tout en devant lui imposer des soins contre son

² Le terme « professionnel de la santé » réfère aux membres de l'équipe multidisciplinaire, membres d'un ordre professionnel, travaillant auprès des personnes vivant avec un problème de santé mentale (infirmière, travailleur social, psychiatre, psychoéducateur, ergothérapeute, psychologue). Ce terme est employé dans ce mémoire lorsque les écrits se rapportent aux différents membres de l'équipe multidisciplinaire, incluant l'infirmière mais non exclusif à celle-ci.

³ Le féminin est employé afin de faciliter la lecture de ce document et désigne aussi bien les infirmiers que les infirmières.

gré (Corring et al., 2018; Goulet, Pariseau-Legault, Côté, Klein et Crocker, 2019). Alors que le mouvement en faveur du rétablissement est prôné mondialement et vise l'engagement actif de la personne dans l'atteinte de son bien-être (Zugai et al., 2015), l'utilisation des AJS semble aller à l'encontre de ces principes. En effet, les personnes sous AJS rapportent vivre davantage de coercition que les personnes traitées de manière volontaire (Nakhost, Sirotych, Pridham, Stergiopoulos et Simpson, 2018; Newton-Howes et Banks, 2013; Pridham et al., 2016), ce qui a pour effet de nuire à la relation thérapeutique (Donnelly et al. (2011) en entraînant des relations caractérisées par une lutte de pouvoir (Zugai et al., 2015).

La relation thérapeutique⁴ qu'entretient l'infirmière avec la personne est reconnue dans les écrits comme ayant un impact sur la santé et le bien-être de cette dernière (Strandås et Bondas, 2018; Zugai et al., 2015). Cette relation est une composante primordiale de la pratique infirmière, notamment dans le domaine de la santé mentale où l'infirmière occupe une place particulière qui lui permet d'aider les personnes à se rétablir (Camann, 2010). La relation thérapeutique infirmière-personne se caractérise par des interactions interpersonnelles visant l'atteinte d'un état de bien-être (Peplau, 1997), en s'appuyant entre autres sur la confiance, le respect, l'empathie et l'ouverture (Farrelly et Lester, 2014). La discipline infirmière a ainsi adopté le concept de relation thérapeutique, particulièrement dans le domaine de la santé mentale, puisqu'il encourage le rétablissement des personnes et est respectueux de l'autonomie et des droits des personnes (Zugai et al., 2015). Cependant, développer une telle relation dans un contexte coercitif représente un défi. Alors que les personnes vivant avec un problème de santé mentale demandent à recevoir des soins qui sont individualisés et centrés sur leurs objectifs personnels, les infirmières, sous la pression de leurs responsabilités professionnelles et du contexte sociopolitique, ont plutôt tendance à leur offrir des soins dont l'objectif principal est l'adhérence à la médication et la gestion du risque (Farrelly et Lester, 2014).

Il semble que les AJS créent un contexte où l'établissement d'une relation thérapeutique présente davantage de défis qu'avec une clientèle volontaire. Alors que l'AJS est sujette à des débats portant sur ses dimensions éthiques concernant les droits fondamentaux de la personne et que

⁴ Le terme « relation thérapeutique » est utilisé puisqu'il s'agit d'un concept plus large qui incluent les différentes appellations possibles, soit « alliance thérapeutique » et « alliance de travail » (Meissner, 2007).

son utilisation est critiquée en raison de son caractère coercitif brimant l'autodétermination, la question se pose à savoir comment la relation thérapeutique peut s'exprimer dans un tel contexte. Considérant les impacts positifs qu'une bonne relation thérapeutique a sur la santé, le bien-être et la collaboration des personnes vivant avec un problème de santé mentale (Strandås et Bondas, 2018), il est impératif de comprendre les enjeux entourant le développement de cette relation dans un contexte de soins coercitif. À ce jour, peu d'écrits portent sur la relation thérapeutique infirmière-personne en contexte d'AJS. De plus, la majorité des écrits recensés sur le sujet s'attardent au point de vue d'un seul groupe à la fois, ne permettant pas de mettre en parallèle les différentes perspectives. Connaître les perceptions des principaux acteurs concernés, soit les personnes sous AJS et les infirmières, est la première étape pour pouvoir changer les pratiques et améliorer les soins qui sont offerts à cette clientèle dans une optique de promotion du rétablissement.

But de l'étude

Décrire la relation thérapeutique en contexte d'autorisation judiciaire de soins telle que rapportée par les infirmières et les personnes vivant avec un problème de santé mentale.

Question de recherche

Comment les infirmières et les personnes vivant avec un problème de santé mentale décrivent-elles la relation thérapeutique dans un contexte d'autorisation judiciaire de soins?

Chapitre 2 – Recension des écrits

Ce second chapitre présente la recension des écrits portant sur les deux principaux thèmes de ce mémoire, soit les autorisations judiciaires de soins et la relation thérapeutique entre l’infirmière et la personne vivant avec un problème de santé mentale. La première section vise plus spécifiquement à présenter un portrait de l’autorisation judiciaire de soins, la perspective des principaux acteurs clés concernant son utilisation et du lien existant entre l’autorisation judiciaire de soins et la coercition. La section sur la relation thérapeutique présente une définition de ce concept, les différents facteurs qui influencent son développement et son importance pour les personnes vivant avec un problème de santé mentale. L’état des connaissances sur le sujet de la relation thérapeutique en contexte coercitif, puis en contexte d’autorisation judiciaire de soins est également présenté. Finalement, le cadre théorique du mémoire, soit le *Recovery Alliance Theory* de Shanley et Jubb-Shanley (2007), est exposé.

Démarche documentaire

La recherche documentaire a été menée dans les bases de données CINAHL, MEDLINE et PsycINFO. Une première recherche relative à la relation thérapeutique entre l’infirmière et la personne vivant avec un problème de santé mentale a été effectuée en utilisant les mots clés suivants : *therapeutic alliance, therapeutic relation**, *therapeutic engagement, mental health, mental illness**, *psychiatr** et *nurs**. Cette recherche a permis de faire ressortir 256 résultats. Ensuite, une recherche utilisant les mots-clés *involuntary treatment order**, *compulsory treatment order**, *community treatment order**, *outpatient treatment order**, *civil commitment, mental health, mental illness**, *psychiatr** et *nurs** a permis de recenser les écrits portant sur les AJS. De cette recherche, 323 articles sont ressortis. Les articles en langue anglaise ou française datant de 2009 à 2020 ont été consultés. Après lecture des titres et des résumés des articles trouvés, une sélection s’est faite en se basant sur la pertinence des écrits en lien avec le sujet du présent mémoire. Les méta-synthèses et les revues systématiques ont été privilégiées, puis les études primaires récentes et/ou apportant des précisions pertinentes concernant le sujet d’intérêt ont également été incluses. Par la suite, certains articles ont été pris directement de la

liste de références des articles initialement sélectionnés. Des textes de loi ainsi que des documents issus d'association ou de regroupement en santé mentale ont également été consultés. Finalement, une recherche a été effectuée en combinant les mots clés des deux sections (relation thérapeutique et AJS) afin de présenter l'état des connaissances actuelles sur le sujet de la présente étude, résultant en seulement 3 articles qui ont tous été retenus. Un total de 582 articles a donc été consulté, puis 66 articles ont été retenus pour la recension des écrits et sont présentés dans la section qui suit.

Les autorisations judiciaires de soins

Définition générale

Dans le domaine de la santé mentale, l'autorisation judiciaire de soins (AJS) est une mesure légale visant à aider des personnes vivant avec un problème de santé mentale sévère en leur imposant un traitement et un suivi psychiatrique dans le but de prévenir les rechutes, les réadmissions, l'itinérance et la judiciarisation (Kisely, 2016; Rugkasa et al., 2019). Selon une revue systématique portant sur l'expérience internationale des AJS, les personnes sous AJS présentent des caractéristiques similaires et ce, même à travers différentes juridictions. Les personnes faisant l'objet d'une AJS seraient généralement de sexe masculin, d'âge moyen, auraient un diagnostic de maladie mentale sévère (souvent de schizophrénie) accompagné de symptômes au moment où l'AJS est en vigueur, un long historique de maladie mentale, des antécédents d'hospitalisations et une faible adhérence à la médication (Churchill et al., 2007). Plus récemment, une étude réalisée au Québec a souligné que les personnes sous AJS sont plus susceptibles de présenter un historique d'abus de substances, d'avoir été traitées par une médication injectable à longue action, d'avoir des antécédents d'hospitalisations et de visites à l'urgence ainsi qu'un dossier criminel en comparaison avec des personnes vivant avec un problème de santé mentale sévère et persistant mais n'ayant pas d'AJS (Frank, Fan, Georghiou et Verter, 2019).

L'autorisation judiciaire de soins selon la législation québécoise

Les AJS sont actuellement utilisées au niveau mondial. Leur application et leur encadrement varient donc selon les différentes législations des régions dans lesquelles elles sont employées.

Puisque la présente étude se déroule dans différents centres de santé du Québec, la législation de cette province en lien avec l'utilisation des AJS est présentée. À noter qu'au Québec, les expressions « ordonnance de traitement, ordonnance de soins, autorisation de traitement et autorisation de soins » sont également utilisés pour désigner l'AJS (AGIDD-SMQ, 2014). Le terme « autorisation judiciaire de soins » a été retenu pour la présente étude puisqu'il s'agit du terme employé dans les textes de lois.

Au Québec, l'AJS est une procédure visant à obtenir de la Cour supérieure l'autorisation de faire traiter une personne, alors que celle-ci est jugée inapte à consentir aux soins requis par son état de santé et qu'elle exprime un refus catégorique de les recevoir (C.c.Q., art. 16). Il s'agit d'une mesure d'exception, puisqu'elle porte atteinte à certains droits fondamentaux de la personne, notamment son droit à l'intégrité, soit de ne pas être soumise à des soins sans son consentement libre et éclairé (C.c.Q., art. 11) et son droit à la liberté (Charte des droits et libertés de la personne, art. 1). La demande d'AJS est présentée au tribunal par le centre hospitalier, qui doit non seulement établir l'inaptitude de la personne, mais aussi prouver que le traitement proposé est dans le meilleur intérêt de celle-ci et que les bénéfices souhaités surpassent les risques encourus (C.c.Q., art. 12). La durée de l'AJS n'est pas encadrée par la loi, bien qu'il soit recommandé de la limiter à deux ans et de réévaluer fréquemment l'aptitude de la personne à consentir à ses soins (Bernheim, Chalifour et Laniel, 2016). Malgré ces recommandations, l'AJS est souvent accordée pour trois ans (AGIDD-SMQ, 2014; Bernheim et al., 2016). En 2012, 77% des AJS accordées par la Cour Supérieure du Québec étaient d'une durée de trois ans (Bernheim et al., 2016).

Utilisation dans le monde et au Québec

Les AJS font leur apparition en Amérique du Nord dans les années 1980 (Rugkåsa et Burns, 2017). Elles sont actuellement présentes dans environ 75 juridictions mondiales (Rugkåsa et Burns, 2017), avec une utilisation variant de 3 à 60 par 100,000 habitants (Lawton-Smith, 2005; Light, Kerridge, Ryan et Robertson, 2012). L'AJS est utilisée au Québec depuis 1989, année au cours de laquelle elle fait son apparition dans le code civil du Québec (Bernheim et al., 2016). L'AJS vise toute personne jugée inapte à consentir à ses soins et n'est donc pas exclusive aux personnes souffrant d'un problème de santé mentale, bien que celles-ci en soient les principales cibles

(Bernheim et al., 2016). Son utilisation dans le domaine de la santé mentale est en croissance dans la province depuis le milieu des années 2000 et est caractérisée par une augmentation des autorisations d'hébergement, d'utilisation de mesures coercitives (recours aux services policiers, utilisation de la force par les professionnels de la santé ou les intervenants du milieu de vie de la personne) et de la durée accordée (Bernheim et al., 2016).

L'utilisation des AJS dans les différents pays dans lesquels elles sont employées est influencée par les décisions politiques en matière de santé mentale. Une étude menée en Norvège auprès de décideurs politiques a révélé que les politiques en lien avec l'utilisation des AJS étaient élaborées en se basant sur la prémisse que celles-ci permettent un meilleur suivi et un meilleur contrôle du traitement des personnes vivant avec un problème de santé mentale (Riley, Lorem et Høyer, 2018). Les participants de l'étude n'étaient toutefois pas au fait des effets négatifs que la coercition découlant de cette mesure a sur la vie des personnes sous AJS et ne considéraient donc pas cet aspect lors de leur prise de décision. De même, en écrivant sur l'invisibilité des personnes vivant avec un problème de santé mentale au Québec, Bernheim et al. (2016) souligne le manque d'écoute qui leur est accordé lors de l'élaboration des politiques sociales et sanitaires. Alors que Riley et al. (2018) invitent les décideurs politiques à prendre en compte l'expérience des personnes sous AJS lors de l'élaboration de politiques affectant leur vie de manière aussi importante, d'autres appellent à une plus grande imputabilité des décideurs politiques, en revendiquant le fait que l'organisation des services de santé ainsi que l'allocation des ressources sont déficientes et accentuent une utilisation parfois non justifiée des AJS et ce, malgré leur efficacité non démontrée (Light et al., 2017).

L'efficacité des autorisations judiciaires de soins

L'utilisation grandissante des AJS suppose que leur efficacité devrait être marquée, apportant des bénéfices pour les personnes qui y sont soumises de même que pour les organisations et services de santé. Pourtant, la littérature scientifique peine à s'entendre sur leur efficacité.

D'une part, certaines recherches rapportent des effets positifs aux AJS. Une récente étude australienne menée auprès de personnes sous AJS (n=5548) affirme que les AJS permettraient de réduire les taux de réadmission, d'allonger le temps s'écoulant avant d'être réadmis à l'hôpital et

d'augmenter la fréquence des soins reçus dans la communauté et ce, peu importe la durée de l'AJS (Harris et al., 2019). Toutefois, l'AJS aurait peu d'effet sur la durée de l'hospitalisation (nombre de jour) (Harris et al., 2019). Ces résultats corroborent ceux de l'étude de Swartz et al. (2010), qui avaient conclu que de nombreux bénéfices seraient présents pour les personnes sous AJS. Leurs résultats, provenant d'un échantillon de 3576 personnes sous AJS dans l'état de New York, indiquent une amélioration significative au niveau des taux de réadmissions, de la prise d'une médication psychotrope ainsi que de l'accès à des services intensifs dans la communauté. Contrairement aux résultats de Harris et al. (2019), une diminution du nombre de jours d'hospitalisation était également notable (Swartz et al., 2010).

D'autre part, plusieurs écrits indiquent que les AJS ne semblent pas apporter les résultats souhaités. En effet, une revue systématique Cochrane, incluant trois essais randomisés contrôlés (ERC) pour un échantillon total de 749 personnes, n'a trouvé aucune différence significative en termes d'utilisation des services, de fonctionnement social et de qualité de vie des personnes sous AJS en comparaison à celles recevant le suivi standard sans AJS (Kisely et al., 2017). Les auteurs de l'article ont relevé un seul élément bénéfique significatif pour la clientèle sous AJS, soit un risque moins grand d'être victimes de crimes (Kisely et al., 2017). L'utilisation d'ERC soulèvent toutefois des questionnements puisque les participants ont accepté de participer à l'étude et donc, accepté de prendre part à un suivi (que celui-ci soit « standard » ou ordonné par la cour), alors que la clientèle sous AJS est généralement activement opposée au suivi qui lui est offert. Ainsi, la clientèle typique sous AJS n'est peut-être pas bien représentée dans ce type de devis. Il pourrait alors être pertinent de déterminer si l'AJS offre des bénéfices aux personnes qui en font l'objet en utilisant, par exemple, un devis avant-après avec groupe unique afin de comparer les variables d'intérêts avant et après la présence de l'AJS ou encore en comparant les personnes sous AJS avec des personnes pour qui la demande d'AJS s'est vu refusée par le juge. En outre, une revue systématique (Maughan, Molodynski, Rugkåsa et Burns, 2014) et une méta-analyse (Barnett et al., 2018), incluant à la fois des ERC et des études non-randomisées, concluent que les AJS n'ont pas un impact significatif sur l'utilisation des services, les taux d'hospitalisations ni la durée du séjour à l'hôpital. De même, une étude prospective comparant 3659 personnes sans AJS à 830 personnes sous AJS, toutes suivies dans la communauté après avoir obtenu leur

congé d'une hospitalisation involontaire, a déterminé que le groupe sous AJS avait un plus haut taux de réadmission à l'hôpital ainsi qu'un plus grand nombre de jours hospitalisés (Barkhuizen et al., 2020). Ce même groupe avait toutefois un taux de mortalité plus faible. Bien que la taille de l'échantillon permette une bonne représentativité de la population à l'étude, les auteurs n'ont pas été en mesure de prendre en compte la sévérité de la maladie des participants, ce qui aurait pu avoir une influence sur les résultats considérant que les personnes sous AJS sont généralement symptomatiques lors de leur suivi (Churchill et al., 2007). Finalement, Vergunst, Rugkåsa, Koshiaris, Simon et Burns (2017) ont testé l'association entre la durée de l'AJS et la situation sociale des personnes sous AJS en suivant pendant 48 mois un total de 114 personnes sous AJS dans la communauté. Leurs résultats révèlent que la durée de l'AJS n'est pas associée à une amélioration de la situation sociale des personnes vivant avec un problème de santé mentale. Ainsi, la taille du réseau social, la qualité de vie en lien avec l'état de santé et les capacités sociales des personnes sous AJS ne seraient pas améliorées par cette mesure (Vergunst et al., 2017).

Perspectives des acteurs concernés

Il est apparent que l'efficacité des AJS ne fait pas consensus. Toutefois, la majorité des études, incluant celles utilisant des essais randomisés contrôlés, rapportent une absence de retombées positives pour la personne. Considérant leur utilisation grandissante, leur atteinte aux droits fondamentaux de la personne et leur efficacité questionnable, il est important d'obtenir une compréhension plus holistique de cette mesure en examinant les perspectives des personnes sous AJS et des infirmières qui travaillent auprès de celles-ci.

Perspective des personnes sous autorisation judiciaire de soins

L'expérience des personnes qui sont sous AJS a été explorée dans différentes études. Il est ainsi possible de constater que leurs perspectives varient, celles-ci pouvant être positives, négatives ou empreintes d'ambivalence.

Les expériences positives rapportées par les personnes sous AJS sont principalement liées à l'augmentation de l'accès à des services de santé mentale et de la fréquence des contacts avec les professionnels de la santé que leur procure cette mesure (Corring, O'Reilly et Sommerdyk, 2017; Edan, Brophy, Weller, Fossey et Meadows, 2019). Selon l'étude qualitative récente de Edan

et al. (2019), menée auprès de personnes sous AJS et de professionnels de la santé, les AJS permettent aux personnes d'obtenir un soutien au niveau pratique, par exemple en recevant de l'aide pour avoir accès à d'autres services (autre service médical, transport). Selon la méta-synthèse de la littérature qualitative de Goulet et al. (2019), qui a analysé 44 études dans le but d'améliorer la compréhension des perspectives des différents acteurs clé sur les AJS, l'accès à un suivi plus étroit permettrait également, selon certaines personnes, d'améliorer leur état mental et leur fonctionnement social. En effet, selon une revue systématique de la littérature qualitative recensant 22 études portant sur 581 personnes concernées par l'AJS, cette mesure est perçue comme un filet de sécurité, permettant de prévenir les rechutes et les hospitalisations prolongées en s'assurant que les premiers signes et symptômes d'exacerbation de la maladie soient observés par les professionnels de la santé (Corring et al., 2017). En outre, la possibilité de vivre pleinement dans la communauté étant un élément important, certaines personnes perçoivent l'AJS comme étant une meilleure alternative que l'hospitalisation (Corring et al., 2017; Edan et al., 2019). Finalement, les personnes sous AJS ont tendance à réaliser les bénéfices de cette mesure de manière rétrospective, soit après la diminution de leurs symptômes psychiatriques (Francombe Pridham et al., 2018; Goulet et al., 2019), ce qui pourrait expliquer pourquoi un grand nombre d'effets négatifs est rapporté. Toutefois, plusieurs personnes demeurent ambivalente face à l'AJS, car bien qu'elles soient conscientes de certains bienfaits sur leur état de santé, elles restent dérangées par l'aspect coercitif de la mesure, c'est-à-dire le fait que d'autres personnes puissent prendre des décisions à leur place (Corring et al., 2017).

La coercition inhérente à l'AJS est liée à de nombreux aspects négatifs qui ressortent des écrits (Corring et al., 2017; Edan et al., 2019; Francombe Pridham et al., 2018; Goulet et al., 2019). Les personnes sous AJS rapportent vivre des sentiments négatifs tels que le manque ou la perte de contrôle et la peur engendrée par la menace de l'hospitalisation (Edan et al., 2019; Goulet et al., 2019), l'humiliation, la déshumanisation, la perte d'identité ou encore la peur de ne plus être écoutées ni prises en considération (Goulet et al., 2019). Les personnes sous AJS rapportent que cette mesure leur fait vivre davantage de stigmatisation que la maladie mentale elle-même en ayant, par exemple, l'impression d'être considérées comme des criminels dangereux (Goulet et al., 2019). Pour ces personnes, cette mesure est vue comme un obstacle nuisant à leur vie sociale

et professionnelle (Goulet et al., 2019). Un autre aspect négatif des AJS est l'absence de soins orientés sur le rétablissement (Edan et al., 2019), qui est pourtant la visée première des services de santé mentale actuels (Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, 2015). En effet, une approche biomédicale et des soins orientés sur l'adhérence au traitement sont favorisés pour cette clientèle (Banks, Stroud et Doughty, 2016; Edan et al., 2019). Ainsi, il n'est pas surprenant que l'ensemble des participants sous AJS (n=9) d'une étude qualitative s'intéressant à leur perspective, celle de leurs proches ainsi que des professionnels de la santé, témoignent que l'AJS présente une barrière à leur rétablissement et ce, malgré certains effets bénéfiques identifiés par ces mêmes participants (Francombe Pridham et al., 2018). En outre, le manque d'information sur ce qu'est l'AJS et quels en sont les conditions pose également problème, en augmentant le déséquilibre de pouvoir entre les professionnels de la santé et les personnes (Banks et al., 2016; Corring et al., 2017). Ce manque de connaissance des conditions de l'AJS entraîne des croyances erronées concernant le pouvoir de l'AJS sur les personnes. Ces fausses croyances ne sont souvent pas corrigées par les professionnels de la santé, contribuant une fois de plus à maintenir une approche dite paternaliste (Banks et al., 2016).

Les écrits recensés soulignent que l'accès à des services de santé mentale et l'impression d'avoir un filet de sécurité sont des aspects positifs des AJS pour certaines personnes. Toutefois, des effets négatifs sont aussi rapportés et ne doivent pas être négligés, considérant leur impact important sur la vie des personnes, de même que sur leur identité personnelle et leur rétablissement.

Perspective des professionnels de la santé

Les écrits portant sur les perceptions des professionnels de la santé travaillant auprès des personnes sous AJS font ressortir l'aspect contradictoire qui existe entre le souhait des professionnels d'offrir des soins axés sur le rétablissement tout en ayant le rôle d'assurer que les conditions contenues dans l'AJS soient respectées. Selon une revue systématique de 14 études qualitatives portant sur la perspective des professionnels de la santé travaillant auprès de personnes sous AJS, il semble difficile, pour les professionnels, de promouvoir l'autodétermination de la personne tout en devant lui imposer des soins (Corring et al., 2018). Dès lors, maintenir un rôle d'*advocacy* envers la personne tout en imposant un certain contrôle

sur les soins qu'elle reçoit devient un défi pour les professionnels de la santé (Goulet et al., 2019). En outre, les professionnels rapportent reconnaître les bénéfices associés aux AJS, tels que l'augmentation de l'accès aux services de santé ainsi qu'une meilleure adhérence à la médication (Corring et al., 2018). Certains vont même jusqu'à dire que l'augmentation de l'adhérence à la médication créée par l'AJS permet de promouvoir le rétablissement des personnes en améliorant leur autodétermination (Goulet et al., 2019). Voyant cette divergence de perception entre les professionnels de la santé concernant la conciliation entre les principes du rétablissement et l'AJS, il n'est pas surprenant que des écrits soulèvent les tensions engendrées par les AJS au sein des équipes. Par exemple, il est rapporté que des tensions peuvent surgir entre différents membres d'une même équipe lorsque ceux-ci ne s'entendent pas sur ce qu'est l'approche du rétablissement, ni sur son utilité dans un système encore dominé par le modèle biomédical (Corring et al., 2018; Goulet et al., 2019).

En accord avec la vision des personnes sous AJS, les professionnels de la santé rapportent que l'accent est mis sur l'adhérence aux médicaments, bien que plusieurs personnes pourraient bénéficier d'autres services tels que du soutien pour l'apprentissage d'habiletés sociales, des services adressant les problèmes de consommation, de l'aide à l'emploi, etc. (Corring et al., 2018; Dawson, Lawn, Simpson et Muir-Cochrane, 2016). Cette propension à exiger le respect du traitement prescrit serait dû au fait que les professionnels de la santé pensent que la non-adhérence est la cause principale de la maladie et des rechutes (Corring et al., 2018). L'adhérence aux médicaments devient alors le principal sujet lors des interactions entre les professionnels de la santé et les personnes (Dawson et al., 2016), ayant parfois pour effet d'engendrer un désengagement entre les personnes sous AJS et l'équipe traitante (Francombe Pridham et al., 2018). Un manque d'information concernant les AJS est également rapporté par les professionnels de la santé, créant de la confusion sur ce qui peut être inclus ou non dans les AJS (Corring et al., 2018). De même, certains professionnels pensent qu'il n'est pas nécessaire d'appliquer toutes les exigences dictées par l'AJS, ce qui engendre un manque de constance dans son application (Goulet et al., 2019). Par exemple, plusieurs professionnels de la santé interrogés dans une étude qualitative ont expliqué que l'AJS ne signifiait pas que les équipes forcent systématiquement un traitement sur une personne qui le refuse, mais que cette mesure

permettait plutôt de continuer les efforts pour entrer en contact avec la personne et établir une relation (Mullen, Dawson et Gibbs, 2006).

L'importance accordée à l'adhérence au traitement ressort du discours des acteurs concernés par l'utilisation des AJS, rendant difficile la promotion des principes du rétablissement. Ce manque d'importance mis sur l'autonomie et la reprise de pouvoir de la personne sous AJS risque d'engendrer un sentiment de coercition dans les soins. Ce sujet sera abordé dans la section qui suit.

Les autorisations judiciaires de soins et la coercition

Dans le domaine de la santé mentale, la notion de coercition a été largement documentée au fil des années et demeure source de controverse et de nombreux débats (Anderson, 2010). La coercition peut être objective (formelle), lorsqu'une menace est formulée à l'endroit de la personne, ou perçue (informelle), c'est-à-dire que la personne vivant avec un problème de santé mentale ressent de la coercition même si aucune menace formelle ne lui a été faite (Hotzy et Jaeger, 2016; Szmukler, 2008). L'expérience de la coercition nuit aux personnes qui en sont victimes, entraînant des sentiments de perte de contrôle, d'entrave à leur liberté (Norvoll et Pedersen, 2016), d'humiliation et d'oppression (Nyttingnes, Ruud et Rugkåsa, 2016). Puisque l'AJS impose l'adhérence à un traitement et à un suivi professionnel, il n'est pas surprenant de constater que l'aspect coercitif de cette mesure ressort souvent du discours des personnes qui sont ou qui ont été sous AJS. En effet, plusieurs écrits affirment que les personnes sous AJS rapportent vivre davantage de coercition que les personnes traitées de manière volontaire (Nakhost et al., 2018; Newton-Howes et Banks, 2013; Pridham et al., 2016), bien que le niveau de coercition perçue varie d'une étude à l'autre. L'expérience de la coercition peut être associée à différents facteurs, allant de la contrainte physique à un congé précipité de l'hôpital alors que la personne elle-même ne se sent pas prête (Norvoll et Pedersen, 2016). Toutefois, l'emphase mise sur l'adhérence aux médicaments est considérée comme une forme commune de coercition informelle (Norvoll et Pedersen, 2016). Il n'est alors pas surprenant que les personnes sous AJS vivent davantage de coercition dans leurs soins, considérant que cette mesure est perçue, tant par les personnes que par les professionnels de la santé, comme étant une mesure dont l'objectif

principal est l'adhérence aux médicaments (Corring et al., 2017; Edan et al., 2019; Goulet et al., 2019). Cette importance accordée au traitement médical est souvent reçue de manière négative par les personnes, qui sentent alors que leur volonté ainsi que d'autres aspects de leur suivi sont négligés (Corring et al., 2017). Ainsi, les personnes rapportent se conformer aux exigences de l'AJS puisqu'elles y sont contraintes et ne voient pas d'autres options possibles (Corring et al., 2017).

En outre, Nakhost et al. (2018), dans une étude quantitative comparative examinant l'expérience de la coercition chez les personnes sous AJS, ont mis en évidence que la perception de vivre de la coercition était directement corrélée avec les expériences antérieures de coercition et de judiciarisation de la personne. De ce fait, lorsque l'AJS s'ajouterait à un lourd passé judiciaire et institutionnel, la personne éprouverait d'autant plus de difficultés à accepter cette mesure. Dans le même ordre d'idées, deux études qualitatives ont conclu que cette mesure est utile pour les personnes qui en respectent l'autorité et les conditions, alors qu'elle se montre nuisible pour les personnes qui s'en sentent victimes (Mfoafo-M'Carthy, 2014; Stroud, Banks et Doughty, 2015). Il semble donc que les AJS peuvent être acceptables et bénéfiques pour certaines personnes et dans certains contextes, alors que d'autres percevront de la coercition et les effets négatifs qui lui sont associés. Afin de favoriser l'acceptabilité de cette mesure, les écrits affirment que les personnes accordent beaucoup d'importance à une relation de collaboration et orientée sur le rétablissement, qui leur permettrait notamment de sentir qu'ils reprennent un certain pouvoir sur les décisions concernant leur traitement et leur santé (Corring et al., 2017). De même, la qualité de la relation thérapeutique, les connaissances des personnes sur l'AJS et leur participation au processus décisionnel concernant leur traitement sont tous des éléments permettant de diminuer le niveau de coercition perçu (Nakhost et al., 2018; Pridham et al., 2016). Finalement, une impression de justice et d'équité associée à un faible niveau de coercition perçu permettraient d'augmenter l'adhérence au traitement et la stabilité de l'état clinique de la personne et de diminuer le risque de rechute (Hotzy et Jaeger, 2016).

Il apparaît évident que les AJS comportent certains avantages, mais que la façon dont celles-ci sont utilisées en pratique peut influencer grandement l'acceptabilité, la collaboration et les résultats pour les personnes qui y sont soumises. La relation thérapeutique ressort comme élément important pour promouvoir l'acceptabilité de l'AJS ainsi que pour minimiser l'expérience

de la coercition. Considérant que cette relation est centrale dans la pratique infirmière et que des inquiétudes sont soulevées quant à sa viabilité en contexte d'AJS (Corring et al., 2018), il apparaît important d'explorer ce sujet de manière approfondie. Les écrits portant sur la relation thérapeutique en contexte d'AJS seront présentés dans la section qui suit.

La relation thérapeutique entre l'infirmière et la personne vivant avec un problème de santé mentale

Définition

De nombreux chercheurs se sont intéressés à la relation entre l'infirmière et la personne. Des recherches ont d'ailleurs été réalisées dans différents milieux de soins (Zugai et al., 2015), permettant de clarifier ce en quoi consiste cette relation selon les divers contextes dans lesquels les infirmières travaillent.

Dans le domaine de la santé mentale, Hildegard Peplau, considérée comme une pionnière des soins infirmiers psychiatriques (Pepin, Ducharme et Kérouac, 2010), a offert une première définition de la relation thérapeutique infirmière-personne à l'aide de sa théorie sur les relations interpersonnelles. Selon l'auteure, la relation infirmière-personne est centrale dans la pratique infirmière et consiste en un processus thérapeutique, interpersonnel et significatif au cours duquel l'infirmière accompagne la personne dans le travail qu'elle doit faire pour atteindre un état de santé et de bien-être (Peplau, 1997). De manière similaire, la théorie de la « Relation Humain-à-Humain » de Joyce Travelbee réfère au caractère interpersonnel de la relation infirmière-personne, où l'infirmière assiste la personne dans la maladie et facilite sa progression vers la santé et vers la découverte d'une signification à son expérience (Travelbee, 1971). Ces deux théories élaborées par des infirmières semblent également refléter la perception des principaux acteurs impliqués dans cette relation. En effet, une revue narrative de la littérature récente s'est intéressée à la signification du concept de relation thérapeutique selon la perspective d'infirmières et de personnes vivant avec un problème de santé mentale en recensant 48 études sur le sujet (Moreno-Poyato et al., 2016). Selon les auteurs, la perception qu'ont les personnes et les infirmières de la relation thérapeutique est essentiellement la même,

soit une interaction interpersonnelle basée sur la confiance et le respect, où l’infirmière souhaite venir en aide à la personne et où celle-ci souhaite recevoir cette aide (Moreno-Poyato et al., 2016).

Concepts centraux

Afin de spécifier les concepts centraux de la relation thérapeutique infirmière-personne en contexte de santé mentale, une analyse de concept (Zugai et al., 2015) et une revue intégrative (McAllister, Robert, Tsianakas et McCrae, 2019) sont présentées.

Zugai et al. (2015) ont réalisé une analyse de concepts à l’aide de 52 articles portant sur la relation thérapeutique en sciences infirmières dans le contexte de soins de santé mentale contemporain. Selon ces auteurs, les principaux attributs de la relation thérapeutique sont le partenariat, l’orientation vers la personne (*consumer focus*) et l’*empowerment* de la personne. Tout d’abord, le partenariat réfère à l’égalité, la collaboration, l’engagement interpersonnel et un accord commun entre l’infirmière et la personne sur les buts visés du suivi. Ensuite, le concept d’orientation vers la personne précise le caractère individualisé, flexible et unique de la relation thérapeutique infirmière-personne. Il invite l’infirmière à se centrer sur la définition que la personne se fait de son bien-être et de l’accompagner dans l’atteinte de celui-ci, tout en étant sensible aux forces et faiblesses de la personne. Enfin, l’*empowerment* réfère à la reprise de pouvoir de la personne face à sa santé et son bien-être, où l’infirmière soutient la personne alors qu’elle guide elle-même son rétablissement.

Une revue intégrative de 37 articles portant sur la relation thérapeutique a été menée par McAllister et al. (2019). Bien que cet article se soit penché spécifiquement sur le contexte des soins intensifs psychiatriques, les construits qui sont présentés nous ont semblé pertinents pour la pratique infirmière en santé mentale de manière générale. Ces cinq construits sont la compréhension de la personne et de ses expériences, la facilitation de la croissance, l’utilisation thérapeutique du soi, le choix de la bonne approche et le confinement autoritaire et émotionnel. Rappelant les concepts énoncés par Zugai et al. (2015), les trois premiers construits de McAllister et al. (2019) réfèrent à une approche de soins collaborative et centrée sur la personne dans le but de favoriser son *empowerment*, notamment par la présence authentique et humaine de

l'infirmière. Le concept du « choix de la bonne approche » vient quant à lui mettre en lumière la manière avec laquelle les infirmières utilisent différentes habiletés thérapeutiques selon les besoins de la personne et en s'adaptant au fur et à mesure que la relation évolue. Enfin, le construit portant sur le confinement expose que la gestion (*containment*) des émotions par l'infirmière (les siennes et celles de la personne) dans un but thérapeutique permet de promouvoir le développement d'une relation, ce qui n'est pas le cas lorsque des mesures coercitives visant à gérer les comportements dérangeants sont utilisées. Selon les auteurs, ces cinq construits illustrent la complexité de la relation entre l'infirmière et la personne vivant avec un problème de santé mentale et permettent d'identifier les domaines dans lesquels cette relation nécessite l'aide d'interventions spécifiques pour améliorer son développement.

Facteurs influençant le développement de la relation thérapeutique

Les écrits recensés rapportent plusieurs éléments entrant en jeu dans l'établissement d'une relation thérapeutique entre l'infirmière et la personne vivant avec un problème de santé mentale. Parmi ceux-ci se retrouvent des facteurs humains, soit les caractéristiques individuelles des personnes vivant avec un problème de santé mentale, les caractéristiques individuelles des infirmières et les perspectives respectives de ces deux acteurs, de même que des facteurs contextuels, soit le contexte organisationnel, environnemental et sociopolitique.

Facteurs humains

L'impact des caractéristiques individuelles des personnes sur la relation thérapeutique ont été spécifiquement étudiés dans deux études quantitatives (Cookson, Daffern et Foley, 2012; Johansson et Jansson, 2010). Les personnes présentant de l'hostilité, de l'égoïsme et un caractère vindicatif auraient une relation thérapeutique significativement diminuée (Johansson et Jansson, 2010). De manière similaire, les résultats de Cookson et al. (2012) indiquent que les personnes ayant un style interpersonnel dit hostile-dominant rapportent une moins bonne relation thérapeutique avec les infirmières, ce qui est aussi le cas des personnes présentant des symptômes paranoïdes importants. Il semble ainsi que les traits de personnalité des personnes et les symptômes de leur maladie peuvent avoir un impact sur le développement de la relation thérapeutique. En effet, les auteurs d'une étude qualitative explorant la perception d'infirmières

œuvrant en santé mentale sur les barrières à la relation thérapeutique ont affirmé que les symptômes associés au problème de santé mental rendent difficile les interactions entre les personnes et les infirmières (Pazargadi, Fereidooni Moghadam, Fallahi Khoshknab, Alijani Renani et Molazem, 2015). Les personnes malades peuvent par exemple présenter une perte de contact avec la réalité et une désorientation, ce qui les rend moins disposées à prendre part à des interactions avec les membres de l'équipe professionnelle. Selon les infirmières de l'étude, un manque de dialogue entraînerait automatiquement une absence de relation thérapeutique. Ces résultats sont confirmés par la revue systématique de Harris et Panozzo (2019), qui affirment que plus la personne est symptomatique, plus le professionnel de la santé évaluera négativement la qualité de la relation thérapeutique.

Faisant partie intégrante de la dyade infirmière-personne, l'infirmière occupe une place importante dans le développement de la relation thérapeutique. Les écrits en témoignent en soulevant les différentes caractéristiques qui sont attendues de l'infirmière pour qu'une relation de qualité soit établie. Selon la littérature, l'infirmière devrait faire preuve de respect (Moreno-Poyato et al., 2016; Morvillers, 2017; Zugai et al., 2015), d'empathie (Farrelly et Lester, 2014; McAllister et al., 2019; Moreno-Poyato et al., 2016; Moreno-Poyato, Rodriguez-Nogueira et Mi, 2020; Zugai et al., 2015), d'honnêteté (Easter, Pollock, Pope, Wisdom et Smith, 2016; Moreno-Poyato et al., 2016; Zugai et al., 2015), de convivialité (Gardner, 2010; Moreno-Poyato et al., 2016; Morvillers, 2017; Vahidi et al., 2018; Zugai et al., 2015), de compassion (Zugai et al., 2015), d'acceptation (Zugai et al., 2015), de confiance (Easter et al., 2016; Zugai et al., 2015), de chaleur, d'espoir, de compréhension (Zugai et al., 2015) et d'authenticité (Farrelly et Lester, 2014). De plus, elle devrait avoir une bonne écoute active (Farrelly et Lester, 2014; Morvillers, 2017), être suffisamment disponible (Easter et al., 2016; Farrelly et Lester, 2014; Moreno-Poyato et al., 2016) et se montrer rassurante (Morvillers, 2017). Finalement, les personnes vivant avec un problème de santé mentale souhaitent que l'infirmière ait une attitude exempte de jugement (Zugai et al., 2015), utilise une approche humaniste (Easter et al., 2016) et voit la personne comme une personne présentant un bon potentiel d'autonomie et non seulement comme un patient (Farrelly et Lester, 2014; Thibeault, 2016).

À l'inverse, différentes caractéristiques des infirmières peuvent contribuer à rendre la relation thérapeutique déficiente, voire même absente. Selon Pazargadi et al. (2015), des caractéristiques personnelles négatives de l'infirmière (p.ex. : agressivité) sont associées à une impossibilité de développer une bonne relation avec les personnes. De même, une autre étude indique que la détresse personnelle des infirmières est associée négativement à la relation thérapeutique, révélant que l'infirmière présentant davantage de stress et de détresse face à la situation de la personne qu'elle soigne nuira au développement de la relation (Moreno-Poyato et al., 2020). En outre, certaines infirmières se montrent pessimistes face à la relation thérapeutique. D'une part, elles peuvent craindre que leur propre état émotionnel (p.ex. : humeur) soit affecté négativement par l'état mental des personnes qu'elles soignent. D'autre part, certaines infirmières rapportent ne pas percevoir l'utilité d'une telle relation étant donné le peu d'amélioration observée chez les personnes soignées (Pazargadi et al., 2015). Ce manque de confiance en l'importance et l'utilité de la relation thérapeutique risque de mener à un désengagement des infirmières envers les personnes soignées. Selon Moreno-Poyato et al. (2016), cette distance est perceptible par les personnes, qui sentent alors que l'infirmière est inapprochable, ce qui nuit au développement de la relation thérapeutique. Ensuite, des compétences insuffisantes de certaines infirmières à gérer la personne présentant des symptômes psychiatriques est également une barrière à la relation (Pazargadi et al., 2015), indiquant un besoin de formation et d'encadrement des infirmières. En effet, selon une étude quantitative récente, un plus haut niveau de scolarité et une plus longue expérience comme infirmière seraient des facteurs associés à une meilleure relation thérapeutique (Roviralta-Vilella et al., 2019).

L'ambiguïté qui subsiste quant au but des interactions entre les professionnels de la santé et les personnes ainsi qu'à leurs rôles respectifs dans cette relation nuit à la relation thérapeutique (Edan et al., 2019; Farrelly et Lester, 2014; Harris et Panozzo, 2019). Les personnes vivant avec un problème de santé mentale et les professionnels de la santé interagissent en ayant des buts différents, les uns souhaitant améliorer leur santé et les autres visant davantage l'engagement au suivi et l'adhérence au traitement (Farrelly et Lester, 2014). En effet, les professionnels de la santé mettraient davantage l'accent sur un modèle basé sur le traitement de la maladie en insistant sur le fait que les personnes doivent accepter leur maladie ainsi que les symptômes et limitations qui

y sont associée, alors que les personnes verraient plutôt les soins comme une opportunité d'avoir accès à différentes ressources (Easter et al., 2016). Considérant que la relation infirmière-personne nécessite un engagement et une participation active de la part des deux parties afin qu'elle puisse engendrer les bénéfices recherchés (Strandås et Bondas, 2018), il est alarmant de constater que les principaux acteurs de cette relation ne semblent pas s'engager en ayant des objectifs communs.

Facteurs contextuels

D'abord, le contexte organisationnel des services de santé mental peut influencer, de manière positive ou négative, les conditions permettant de promouvoir l'établissement d'une relation thérapeutique de qualité. Par exemple, il est rapporté que de permettre suffisamment de temps de contact entre l'infirmière et la personne et d'encourager des pratiques qui favorisent le partage d'informations pertinentes entre les différents quarts de travail est favorable à la relation thérapeutique (Zugai et al., 2015). De plus, une culture organisationnelle favorisant des relations de collaboration entre les membres de l'équipe professionnelle, offrant de la supervision clinique et un environnement où un leadership clinique est présent est jugée particulièrement importante pour la qualité des soins offerts et l'établissement d'une relation thérapeutique (Zugai et al., 2015). Les participantes de l'étude de Pazargadi et al. (2015) ont exprimé se fier sur leurs collègues et sur le fonctionnement préétabli du milieu de travail, indiquant que lorsque le développement d'une bonne relation thérapeutique n'est pas valorisé dans la culture de travail du milieu de soins, cette relation risque d'être faiblement représentée. De plus, le grand nombre de personnes malades, le manque de personnel, la surcharge de travail, le manque de satisfaction au travail, le manque de soutien de la part des supérieurs ainsi qu'un moins grand degré de motivation au travail sont tous des éléments qui nuisent au développement de la relation infirmière-personne (Harris et Panozzo, 2019; Moreno-Poyato et al., 2016; Pazargadi et al., 2015). Selon la revue des écrits de Moreno-Poyato et al. (2016), la limite la plus importante au développement de la relation thérapeutique, identifiée à la fois par les personnes et les infirmières, est le manque de temps. Du point de vue des infirmières, ce manque de temps est dû principalement à la surcharge de travail ainsi qu'au trop petit ratio infirmière/personne. Les

personnes, quant à elles, perçoivent plutôt ce manque de temps comme un manque de disponibilité et d'accessibilité aux infirmières.

Ensuite, le milieu influence également la relation thérapeutique. Selon les infirmières, l'environnement hospitalier est perçu comme étant à la fois imprédictible et contraignant en raison des défis qui sont associés au travail auprès de la clientèle en santé mentale et des nombreux guides de pratique et codes de conduites qui régissent leur travail (Moreno-Poyato et al., 2016). Dans ce contexte, les infirmières ont l'impression que leur travail est dominé par la coercition et le contrôle, ce qui a pour effet d'amplifier le manque de motivation et donc, de diminuer la qualité de la relation thérapeutique (Moreno-Poyato et al., 2016). De plus, les infirmières et les personnes perçoivent les unités de soins comme tendues, intimidantes et non sécuritaires, ce qui a pour effet de nuire au développement de la relation (Moreno-Poyato et al., 2016). Ainsi, il n'est pas surprenant que les infirmières ayant une perception plus favorable de leur environnement de pratique soit en mesure d'établir une meilleure relation thérapeutique (Roviralta-Vilella et al., 2019).

Finalement, le contexte sociopolitique aurait également un impact sur le développement de la relation thérapeutique. Selon Farrelly et Lester (2014), plus les professionnels de la santé ressentent une responsabilité face au bien-être et à la sécurité des personnes sous leurs soins, moins ils auront tendance à utiliser des techniques thérapeutiques et plus ils iront vers la gestion du risque et l'engagement de la personne face à son traitement. Ainsi, les professionnels prioriseraient des interactions qui diminuent les chances qu'ils soient tenus responsables advenant des conséquences négatives, soit en exerçant davantage de contrôle et en limitant l'autodétermination de la personne. Cette pression induite par le contexte social et politique entourant les soins de santé mental influence les professionnels de la santé en faisant en sorte que ceux-ci mettent davantage de focus sur l'engagement de la personne face à son traitement que sur l'offre de services individualisés et centrés sur la personne (Farrelly et Lester, 2014). Dans ce contexte, force est de constater que des tensions existent entre les infirmières et les personnes (Easter et al., 2016).

La majorité des études présentées dans cette section ont été réalisées dans des unités d'hospitalisations internes et ne sont donc peut-être pas représentatives des milieux de soins en externe et en communauté. Néanmoins, ils témoignent de l'influence importante des caractéristiques individuelles des infirmières et des personnes de même que des différents enjeux contextuels inhérent à la pratique infirmière dans le développement de la relation thérapeutique infirmière-personne. Ces facteurs sont d'autant plus importants à considérer lors de l'élaboration d'interventions ou de programmes visant à favoriser le développement de la relation thérapeutique, étant donné les effets considérables de celle-ci sur les personnes concernées.

Les effets de la relation thérapeutique

La qualité de la relation thérapeutique avec les professionnels de la santé est reconnue comme ayant un impact sur la santé et le bien-être des personnes. Les effets de cette relation sur les personnes vivant avec un problème de santé mentale ainsi que sur les infirmières seront présentés dans cette section.

Effets sur les personnes vivant avec un problème de santé mentale

Selon une méta-ethnographie de la littérature qualitative portant sur l'impact de la relation thérapeutique infirmière-personne sur la santé de la personne en contexte de soins communautaires, une bonne relation thérapeutique permettrait d'améliorer la santé physique, mentale, émotionnelle et sociale de la personne, tout en lui permettant d'augmenter ses ressources personnelles (Strandås et Bondas, 2018). De même, l'étude qualitative exploratoire de Vahidi et al. (2018), qui visait à explorer le lien entre la relation thérapeutique et la notion de sécurité sur les unités psychiatriques en Iran, a trouvé qu'une bonne relation avec les professionnels de la santé, soit une relation caractérisée par du soutien et de la collaboration, permettrait à la personne de gérer de manière plus efficace ses pensées, émotions et comportements. En retour, ceci augmenterait l'auto-efficacité et la maîtrise de soi de la personne, contribuant à créer un climat plus sécuritaire sur les unités de soins en diminuant la violence et les agressions (Vahidi et al., 2018).

En outre, Rungruangsiripan, Sitthimongkol, Maneesriwongul, Talley et Vorapongsathorn (2011) ont étudié les facteurs influençant l'adhérence au traitement chez des individus avec un

diagnostic de schizophrénie. Dans cette étude transversale réalisé auprès de 225 individus, les auteurs ont conclu que la relation thérapeutique avait un effet direct sur la représentation que la personne se fait de sa maladie (*illness representation*), soit sa compréhension de ses symptômes et des traitements qui lui sont nécessaires. Une meilleure représentation de la maladie par la personne aurait à son tour un effet positif sur l'adhérence au traitement (Rungruangsiripan et al., 2011). De plus, la qualité de la relation thérapeutique influencerait positivement l'efficacité des traitements pour la personne, et ce peu importe qu'il s'agisse d'un traitement psychopharmacologique ou psychologique (Johansson et al, 2010).

Enfin, une revue systématique recensant 12 études a trouvé que la relation thérapeutique entre la personne et le professionnel de la santé était négativement associée au degré de suicidalité de la personne au niveau des pensées suicidaires et des gestes d'automutilation (Dunster-Page, Haddock, Wainwright et Berry, 2017). Les auteurs concluent en soulignant l'importance de développer une relation thérapeutique forte avec les personnes présentant un risque suicidaire, tout en précisant que davantage de recherches sont nécessaires pour établir le lien entre la relation thérapeutique et les tentatives de suicide.

Effets sur les infirmières travaillant en santé mentale

À notre connaissance, une seule étude s'est consacrée à étudier l'impact de la relation thérapeutique sur l'infirmière travaillant en santé mentale. Dans les sections précédentes de cette recension des écrits, il apparaît évident que beaucoup d'exigences sont mises sur les infirmières afin qu'elles développent une relation de qualité avec les personnes qu'elles soignent. Que ce soient en termes de qualités individuelles, l'engagement envers la personne ou encore le dévoilement de soi (Unhjem, Vatne et Hem, 2018), les attentes semblent élevées envers les infirmières qui travaillent auprès de cette clientèle complexe. Il nous semble alors important d'accorder cette section à la présentation de cet article, qui apporte une vision intéressante de l'impact que la relation thérapeutique peut avoir sur les infirmières.

Morck (2016) a réalisé une étude de phénoménologie herméneutique qui avait pour but de comprendre comment les infirmières sont affectées par la relation thérapeutique avec des personnes vivant avec un problème de santé mentale. Les entrevues réalisées auprès de cinq

infirmières travaillant en santé mentale au Canada ont mis en lumière l'impact qu'une relation de proximité avec la personne peut avoir sur la vie personnelle des infirmières. D'abord, l'ouverture de soi que demande la relation thérapeutique ainsi que le fait de se plonger dans l'univers d'autres personnes dont les récits sont émotionnellement chargés entraînent un risque de fardeau pour l'infirmière travaillant en santé mentale. Les participantes de l'étude ont ainsi nommé devoir être en mesure d'assurer une certaine distance entre leur vie et celles des personnes sous leurs soins, dans un but d'auto-préservation. Ces résultats rappellent ceux de Scanlon (2006) et de Gardner (2010), qui ont souligné l'importance de maintenir un équilibre adéquat entre relation amicale et professionnelle, c'est-à-dire d'arriver à être le plus près possible de la personne tout en gardant une certaine distance, ce qui semble paradoxal. Ensuite, le fait d'être affectée par la situation d'une personne vivant des difficultés est perçue par les infirmières de l'étude comme un échec et entraîne un sentiment d'incompétence (Morck, 2016). Ainsi, l'importance d'avoir des collègues qui vivent les mêmes expériences et avec qui elles peuvent partager leurs difficultés est soulignée. Cet article révèle un côté plus sombre de la relation thérapeutique et témoigne de l'importance d'être sensibilisé aux différents enjeux entourant le développement de la relation infirmière-personne dans des contextes de soins complexes, en s'attardant particulièrement à la perspective des acteurs concernés. Une limite de cette étude est l'échantillon homogène de petite taille (femmes de la fin-vingtaine à la mi-trentaine) qui est peu représentatif de l'ensemble des infirmières travaillant en santé mentale, ce qui peut nuire à la transférabilité des résultats. Néanmoins, cette étude souligne l'importance de s'attarder à la perspective des infirmières sur la relation thérapeutique et d'explorer celle-ci dans différents contextes, tels que celui des AJS.

La relation thérapeutique peut donc représenter un fardeau pour l'infirmière, alors qu'elle apporte de nombreux bénéfices pour la personne vivant avec un problème de santé mentale. Toutefois, pour que ces bénéfices puissent être atteints, la relation thérapeutique doit pouvoir se développer, ce qui est plus difficile dans le contexte où les soins de santé mentale sont teintés par des approches coercitives.

Relation thérapeutique et coercition

Plusieurs écrits affirment que les personnes sous AJS perçoivent davantage de coercition dans leurs soins (Nakhost et al., 2018; Newton-Howes et Banks, 2013; Pridham et al., 2016; Yanos, O'Connor, DeLuca, Fregenti et Reji, 2020). Puisque l'expérience de la coercition est associée négativement à l'évaluation de la qualité de la relation thérapeutique (Bolsinger, Jaeger, Hoff et Theodoridou, 2019), il apparaît important d'exposer les connaissances actuelles sur la relation thérapeutique infirmière-personne en contexte coercitif.

Une revue narrative de la littérature révèle que la sévérité des symptômes de la personne est associée à l'évaluation qu'elle fait de la qualité de la relation thérapeutique, celle-ci étant perçue comme plus négative lorsque la sévérité des symptômes est plus importante (Bolsinger et al., 2019). Alors que l'expérience de la coercition amoindrit la qualité de la relation thérapeutique, il est aussi constaté qu'une relation thérapeutique stable permet de diminuer l'utilisation de mesures coercitives lors de situations d'urgences psychiatriques (Bolsinger et al., 2019). Investir dans le développement d'une relation thérapeutique de qualité permettrait donc de diminuer la perception de vivre de la coercition ainsi que l'utilisation de mesures coercitives.

En outre, selon une étude quantitative examinant la relation entre la coercition perçue et la relation thérapeutique selon la perspective de 116 personnes admises sur une unité de psychiatrie en Suisse, la perception de vivre de la coercition est liée au statut légal de la personne de même qu'à son historique d'hospitalisations involontaires (Theodoridou, Schlatter, Ajdacic, Rossler et Jager, 2012). Ces résultats suggèrent donc que plus une personne est judiciairisée, plus la relation thérapeutique avec les professionnels de la santé en sera affectée. Bien que cette étude ne prenne pas en compte d'autres facteurs qui pourraient influencer le développement de la relation thérapeutique en contexte coercitif, tels que les traits de personnalité des professionnels de la santé ou encore le contexte organisationnel du milieu, elle témoigne néanmoins du lien qui existe entre l'expérience de la coercition, la judiciairisation et le développement de la relation thérapeutique.

Felton, Repper et Avis (2018) ont exploré l'expérience des professionnels de la santé (majoritairement des infirmières) sur les tensions pouvant exister entre le fait d'offrir des soins

visant le rétablissement tout en devant exercer un contrôle sur les personnes. Plus précisément, ils explorent le processus décisionnel en lien avec la gestion du risque auprès d'une clientèle en santé mentale, ainsi que l'impact sur la relation thérapeutique. Cette étude de cas, réalisée à la fois sur une unité d'hospitalisation aigue et dans une équipe de suivi intensif dans la communauté, a identifié que le processus décisionnel des professionnels de la santé semble être dominé par la gestion du risque à un point tel où cela définit la façon dont les personnes vivant avec un problème de santé mentale sont comprises et traitées. Selon les auteurs, ceci pourrait être expliqué par l'incertitude que les professionnels ressentent face aux risques potentiels présents dans leur travail quotidien. Ainsi, leur manière de gérer cette incertitude est de se montrer distants envers les personnes, tant au niveau physique que relationnel, ce qui résulte en un manque de considération des désirs des personnes et un manque de travail en partenariat avec celles-ci. Il semble ainsi que la perception du risque que présente les personnes vivant avec un problème de santé mentale persiste au sein même des équipes professionnelles, nuisant au développement de la relation thérapeutique. Puisqu'il s'agit d'une étude de cas dont les résultats dépendent beaucoup du contexte, leur transférabilité pourrait être limitée. De plus, la perspective des personnes vivant avec un problème de santé mentale n'est pas prise en compte, ce qui aurait ajouté de la richesse aux résultats.

Relation thérapeutique et autorisation judiciaire de soins

À notre connaissance, peu d'études se sont intéressées spécifiquement à la relation thérapeutique en contexte d'AJS. Les études s'étant penchées sur ce sujet sont présentées dans cette section.

Une étude qualitative de Wyder, Bland, Blythe, Matarasso et Crompton (2015) s'est intéressée à l'expérience de 25 personnes admises de manière involontaire sous AJS sur une unité de soins intensifs psychiatriques et sur leurs interactions avec les professionnels de la santé. L'étude a révélé que les comportements et les attitudes des professionnels de la santé ont une grande influence sur l'expérience des personnes lors de leur séjour à l'hôpital. Les résultats montrent aussi l'importance pour les personnes de se sentir écoutées, du travail en partenariat et de sentir que les professionnels de la santé voient au-delà de la maladie et du diagnostic. Cette étude

soulève des aspects intéressants en lien avec l'importance du rôle des professionnels de la santé travaillant avec une clientèle se voyant imposée un traitement. Cependant, le contexte précis des soins intensifs psychiatriques et de l'hospitalisation involontaire diffère de celui de l'AJS, qui peut être employée dans divers milieux. La transférabilité des résultats risque donc d'être limitée. De plus, les auteurs de l'étude nomment qu'en raison du choix de leur devis, ils n'ont pu établir de conclusions sur le lien entre l'admission involontaire et la qualité de la relation avec les professionnels de la santé telle que rapportée par les personnes. Enfin, il aurait été intéressant d'avoir la perspective des professionnels de la santé, dont les infirmières, afin de comparer celle-ci à la perspective des personnes.

Jansson et Fridlund (2016) ont quant à eux réalisé une recherche qualitative exploratoire sur la création d'une relation thérapeutique auprès de personnes sous AJS dans la communauté selon la perception de 13 professionnels de la santé travaillant auprès de celles-ci. Les résultats de cette étude font ressortir le caractère essentiel et primordial d'établir une relation thérapeutique avec les personnes. Il est dit qu'il est important de se montrer ouvert avec les personnes, d'oser avoir des discussions difficiles, de faire des choses qui sortent de l'ordinaire (ex. : visite à domicile) et d'apprendre à connaître la personne dans son individualité. Ces éléments permettraient, selon les auteurs, de créer une relation thérapeutique, de travailler avec la personne et d'être à l'affût des signes et symptômes de détérioration de son état mental. Les participants de l'étude nomment que la particularité de la clientèle sous AJS est qu'elle demande significativement plus de temps que la clientèle qui est suivie de manière volontaire. Considérant que le manque de temps est un enjeu important dans le développement de la relation thérapeutique (Moreno-Poyato et al., 2016), il semble évident que les personnes sous AJS risquent de faire face à des difficultés dans l'établissement d'une relation de qualité. Jansson et Fridlund (2016) concluent que leurs résultats soutiennent l'utilisation des AJS dans la communauté, puisqu'elles donnent l'opportunité d'établir une relation thérapeutique grâce à l'obligation des contacts avec les professionnels de la santé. Cette étude présente toutefois une limite importante, soit la courte durée des entrevues (7 à 35 minutes) qui n'a probablement pas permis d'explorer le sujet en profondeur. Finalement, il aurait été intéressant, encore une fois, d'obtenir la perspective des personnes sous AJS.

En terminant, l'étude qualitative de McMillan, Lawn et Delany-Crowe (2019) porte sur l'impact des AJS sur la confiance, qui est un élément central d'une bonne relation thérapeutique. Cette étude australienne a analysée le contenu du discours de 8 personnes présentement sous AJS et de 10 professionnels de la santé travaillant au sein d'une équipe multidisciplinaire. Les résultats montrent que d'une part, les personnes sous AJS peuvent avoir confiance en les professionnels de la santé lorsque ceux-ci prouvent qu'ils ont leur intérêt à cœur et qu'ils sont ouverts à leur perception. D'un autre côté, la confiance s'effrite lorsque la personne est contrainte de rencontrer un professionnel de la santé avec qui elle préférerait ne pas avoir de contact. Dans ce contexte, il n'est pas surprenant que les résultats indiquent que les personnes recherchent les contacts avec des professionnels qui ne sont pas impliqués dans l'AJS (p.ex. : psychologue d'une autre clinique). En outre, les personnes sous AJS auraient tendance à se montrer suspicieuses envers les professionnels de la santé, ce qui serait la seule façon pour elles de garder un peu de pouvoir dans une situation qui engendre un sentiment de perte de contrôle. Selon la perspective des professionnels de la santé, l'AJS serait une conséquence des habiletés déficientes de la personne à reconnaître sa maladie et à prendre soin de sa santé. Ainsi, le manque de confiance en les capacités de la personne justifierait l'utilisation des AJS pour certains professionnels. À l'inverse, des professionnels de la santé de l'étude ont nommé résister activement à l'utilisation des AJS en raison des répercussions négatives qu'ils ont observées sur la relation avec la personne. Enfin, selon les auteurs, la confiance ne peut être exigée si elle n'est pas d'emblée présente dans la relation et lorsque cette confiance est brisée, il n'y a pas de retour en arrière possible. Une force de cette étude réside dans le fait que, contrairement aux autres écrits recensés, elle explore la perspective des personnes sous AJS en plus de celle des professionnels de la santé, ce qui offre une compréhension plus globale du sujet. Cette étude illustre comment l'AJS rend difficile le développement de la confiance entre la personne et le professionnel de la santé, qui est un élément important dans le développement d'une bonne relation thérapeutique.

Ces écrits témoignent de la complexité associée au développement d'une relation thérapeutique lorsqu'une AJS entre en jeu, notamment au niveau du développement d'une confiance mutuelle ou encore du temps requis pour parvenir à créer une alliance. Cependant, aucune de ces études n'est spécifique aux sciences infirmières ni au contexte législatif québécois, et aucune explore à

la fois les expériences des personnes sous AJS et des infirmières, ce qui permettrait une compréhension plus complète du sujet. Ainsi, une perspective infirmière permettra d'explorer ce sujet d'un point de vue différent. Pour ce faire, une théorie intermédiaire en sciences infirmières a guidé la présente recherche et sera exposée dans les paragraphes qui suivent.

Cadre théorique

Diverses théories en sciences infirmières sont utilisées afin d'étudier la relation entre l'infirmière et la personne. Tel que mentionné plus haut, Peplau et Travelbee ont offert des théories sur les relations interpersonnelles entre humains qui permettent de mieux saisir toutes les particularités entourant la relation thérapeutique, telles que le caractère universel de l'être humain, l'importance de la communication (Travelbee, 1971), l'unicité de la relation ou encore les différentes étapes menant à l'établissement d'une relation de qualité (Peplau, 1997). Bien que ces théories donnent accès à une compréhension pertinente de ce qu'est la relation thérapeutique infirmière-personne, leur utilisation semble moins évidente dans le contexte actuel des soins de santé mentale et considérant l'évolution constante de la profession infirmière. Ainsi, une théorie s'inscrivant dans le mouvement du rétablissement et du partenariat-patient nous a semblé bien indiqué pour guider le sujet de ce mémoire.

Le cadre théorique choisi pour cette étude est la théorie intermédiaire en sciences infirmières de Shanley et Jubb-Shanley (2007) : *Recovery alliance theory* (RAT). Basée sur la philosophie humaniste, le RAT se veut un guide pour la pratique infirmière en santé mentale dans le contexte de soins actuel qui prône le rétablissement et le partenariat, en s'éloignant du modèle médical traditionnel. Le RAT s'appuie sur six construits qui sous-tendent la théorie, soit la philosophie humaniste, le rétablissement, la relation de partenariat, l'approche par les forces, l'*empowerment* et l'humanité commune. De ces construits, trois concepts centraux émergent, soit le travail en partenariat, le coping et l'auto-détermination (Shanley et Jubb-Shanley, 2007). À travers ces concepts, qui seront expliqués ci-dessous, il apparaît évident que la relation thérapeutique caractérisée par le partenariat entre l'infirmière et la personne est primordiale pour offrir des soins de santé mentale de qualité.

Concepts centraux

Travail en partenariat

Dans le modèle RAT, la collaboration entre l'infirmière et la personne est caractérisée par une relation positive et égalitaire (Shanley et Jubb-Shanley, 2007). L'infirmière travaille avec la personne afin de réaliser des buts déterminés d'un commun accord. L'infirmière est présentée par les auteurs du RAT comme une professionnelle de la santé possédant des caractéristiques uniques lui permettant d'accompagner la personne de différentes manières et dans différents contextes. Par exemple, l'infirmière peut utiliser le dévoilement de soi, ce qui permet non seulement d'aider la personne à mieux comprendre ses propres pensées et émotions, mais également à améliorer la relation thérapeutique (Shanley et Jubb-Shanley, 2007).

Coping

Ce concept réfère aux efforts cognitifs et comportementaux d'une personne dans le but de gérer des demandes spécifiques qui excèdent ses ressources internes (Shanley et Jubb-Shanley, 2007). Dans le RAT, l'infirmière aide la personne à identifier ses propres stratégies de coping afin de l'aider à gérer ses inquiétudes actuelles et ainsi progresser vers un état de bien-être.

Autodétermination

Le RAT met l'accent sur la responsabilité de la personne face à son bien-être. Contrairement au modèle médical où le diagnostic formel prime, ce modèle donne davantage de pouvoir à la personne en acceptant la compréhension que celle-ci a de sa santé mentale. L'infirmière utilise donc le même langage que la personne utilise pour décrire ses inquiétudes en lien avec sa santé mentale. En faisant ainsi, les auteurs croient que la relation de pouvoir sera minimisée et que le contrôle sera redonné à la personne (Shanley et Jubb-Shanley, 2007).

Utilisation du *Recovery Alliance Theory*

À ce jour, le RAT semble avoir été peu utilisé dans la littérature scientifique. D'abord, les auteurs de cette théorie intermédiaire ont intégré les construits de la théorie dans la pratique clinique en développant le *Partnership in Coping system (PinC)* (Shanley et Jubb-Shanley, 2007). Cette approche en sciences infirmières, à la fois clinique et théorique, a été reprise dans une étude

quantitative de Gandi et Wai (2010) visant à déterminer comment ce système de partenariat influence le rétablissement en santé mentale. En comparant cette méthode à un groupe contrôle recevant uniquement un traitement médical, ces auteurs ont conclu que le *PinC* permettait d'améliorer le rétablissement des personnes vivant avec un problème de santé mentale, confirmant ainsi la validité des construits sous-tendant ce cadre théorique de même que son applicabilité dans la pratique clinique. Finalement, les auteurs du RAT ont développé, à partir de cette théorie, un second système de soins infirmiers, soit le *Coping focus counselling (CFC)* (Shanley et Jubb-Shanley, 2012). Le *CFC* est construit afin d'offrir une approche aux infirmières qui travaillent auprès de personnes vivant avec un problème de santé mentale sévères, afin qu'elles puissent mieux les accompagner et les aider à se rétablir (Shanley et Jubb-Shanley, 2012).

Dans la présente étude, ce cadre théorique a permis de soutenir l'importance de la relation thérapeutique infirmière-personne dans le domaine de la santé mentale et de mettre en lumière les contradictions qui existent entre les effets des méthodes coercitives et ceux de la relation thérapeutique. De manière pratique, le RAT a inspiré le codage qui a été fait lors de l'étape de l'analyse des données. De même, il a permis d'enrichir la discussion portant sur les résultats du présent mémoire. Finalement, l'utilisation de ce cadre théorique, encore jusqu'à maintenant peu utilisé dans la recherche, fut une opportunité de contribuer à son développement dans le domaine de la recherche infirmière en santé mentale.

Chapitre 3 – La méthode

Ce chapitre présente la méthode de recherche utilisée pour la présente étude. Le contexte de l'étude et le devis utilisé seront d'abord présentés. Une description du milieu de l'étude, de l'échantillon et des participants suivra. De plus, la méthode de collecte de données et d'analyse des données permettra de comprendre le processus menant aux résultats de la présente étude. Enfin, les critères de scientificités sur lesquels s'appuie cette étude seront présentés, suivi des considérations éthiques, des limites et des retombées anticipées.

Contexte de l'étude

Cette étude s'inscrit dans le cadre du projet « L'ordonnance de traitement⁵ en santé mentale : un portrait des perspectives des acteurs clés au Québec » (Goulet, 2017-en cours). Cette recherche, que nous nommerons « étude principale », est présentement en cours et vise à explorer l'expérience de divers acteurs (patients, proches, professionnels de la santé, avocats, psychiatres) sur le sujet des ordonnances de traitement en santé mentale. Le présent mémoire est donc une analyse secondaire de données qualitatives provenant de cette étude. Il s'agit d'une analyse secondaire de type supplémentaire (Heaton, 2008) utilisant des données recueillies par le biais d'entrevues semi-structurées avec des personnes sous AJS et des infirmières. Ce type d'analyse secondaire vise à explorer des questions de recherche différentes de celles posées par l'étude principale et à approfondir un thème qui émerge des données collectées mais qui n'a pas été exploité dans l'étude originale (Heaton, 2008).

En prenant connaissance des premières entrevues réalisées dans le cadre de l'étude principale, l'étudiante-chercheuse a constaté que le thème de la relation thérapeutique ressortait du discours des participants. Puisque ce sujet n'est pas exploré de manière approfondie dans le projet initial de Goulet (2017-en cours), il a alors semblé pertinent d'y consacrer une étude

⁵ L'étude principale a choisi d'utiliser l'expression « ordonnance de traitement » afin de se rapprocher du vocabulaire utilisé dans les milieux cliniques

entière afin de faire ressortir la perspective des infirmières et des personnes vivant avec un problème de santé mentale dans un contexte d'AJS.

La réutilisation de données qualitatives est particulièrement intéressante dans le cas d'études faites auprès de populations vulnérables puisqu'elle permet de réaliser diverses études sans solliciter de nombreuses participations de la part des personnes ciblées par le sujet. Ainsi, les populations jugées vulnérables n'ont pas le fardeau de participer à de nombreuses études et leur contribution à la recherche est maximisée (Heaton, 2004; Tate et Happ, 2018). Étant donnée la vulnérabilité des personnes vivant avec un problème de santé mentale sévère qui sont sous AJS (Bernheim et al., 2016), ce type d'étude nous a semblé d'autant plus pertinent.

Devis

Un devis qualitatif descriptif est utilisé afin de répondre aux but et question de recherche de l'étude. Ce type de devis permet d'offrir une description claire d'un phénomène étudié tout en restant le plus près possible de la perspective des participants (Sandelowski, 2000, 2010). La description du phénomène doit être riche et directe, souvent en utilisant le même langage que celui des participants de l'étude (Neergaard, Olesen, Andersen et Sondergaard, 2009). Puisque la relation thérapeutique entre l'infirmière et la personne soignée est unique et propre à chaque individu, il apparaît important de rapporter les expériences des participants en restant le plus fidèle possible à leurs propos. Le devis qualitatif descriptif permet également d'obtenir une compréhension initiale d'un sujet précis (Neergaard et al., 2009), ce qui est pertinent pour la présente étude étant donné le peu de données disponibles sur la relation thérapeutique infirmière-personne en contexte d'AJS.

Milieu

Les données utilisées pour ce mémoire ont été recueillies dans trois instituts de santé mentale et de psychiatrie légale du Québec. L'étude principale a choisi ces quatre instituts dans le but de présenter un portrait des AJS dans tout le Québec (Goulet, 2017-en cours). Les unités d'hospitalisation internes et les cliniques externes ont été incluses puisque l'AJS peut à la fois être utilisé dans ces deux milieux.

Échantillon

L'étude principale a recruté des participants issus des cinq groupes ciblés par l'étude dans les quatre instituts de santé mentale et de psychiatrie légale du Québec à l'aide d'une méthode d'échantillonnage de convenance à variation maximale des caractéristiques susceptibles d'influencer la perspective de l'expérience des participants (Goulet, 2017-en cours). L'échantillon utilisé pour ce mémoire représente un sous-échantillon de l'étude principale, utilisant uniquement deux des cinq groupes représentés dans celle-ci. Il s'agit, selon Heaton (2004), d'une technique de tri (*sorting*) qui est utilisée par plusieurs chercheurs dans le cadre d'analyses secondaires afin que les données répondent au but de leur étude. L'échantillon (N=15) est constitué de personnes vivant avec un problème de santé mentale qui sont ou ont déjà été sous AJS (n=6) et d'infirmières travaillant auprès de celles-ci (n=9). À noter que dans l'étude principale de Goulet (2017-en cours), le recrutement des participants s'est effectué jusqu'à saturation du contenu des entrevues.

Dans l'étude principale de Goulet (2017-en cours), certains participants issus du groupe de personnes sous AJS ont été ciblés à l'aide de la liste des personnes sous AJS provenant des quatre instituts de l'étude, alors que d'autres ont été directement ciblé par le personnel leur offrant des soins. Ils ont ensuite été contacté par un professionnel de la santé qu'ils connaissaient afin d'explorer leur intérêt à faire partie de l'étude. Finalement, un membre de l'équipe de recherche leur a présenté le projet puis obtenu leur consentement. Les critères d'inclusion étaient : avoir eu un diagnostic de trouble de santé mentale, être sous AJS ou l'avoir été au cours des deux dernières années, avoir été suivi en milieu hospitalier ou en première ligne, avoir la capacité de communiquer en français ou en anglais et être un adulte apte à consentir à la participation à un projet de recherche. Les critères d'exclusion étaient : avoir moins de 18 ans et être inapte à consentir au moment de la collecte de données évaluée selon les critères de la Nouvelle-Écosse (*Hospitals Act*, 1989, art. 52[2]).

Le recrutement des infirmières a été facilité par les coordonnateurs de soins de chaque institut participant à l'étude. Le projet leur a ensuite été présenté par un membre de l'équipe de recherche, puis leur consentement à participer à l'étude a été obtenu. Les critères d'inclusion

étaient : détenir un poste à temps complet ou à temps partiel et avoir été professionnellement impliqué dans la trajectoire de soins d'une personne sous AJS dans les six derniers mois.

Collecte des données

La collecte de données de l'étude principale s'est faite à l'aide d'entrevues individuelles semi-structurées (annexe A). Ces entretiens avaient pour but d'explorer le contexte québécois et les perceptions des différents acteurs concernés par les AJS. Les guides d'entretiens ont été développés à l'aide du Modèle de Montréal (Pomey et al., 2015) portant sur le concept de partenariat patient, afin de s'intéresser aux relations entre les personnes sous AJS, leurs proches et les professionnels. Des questions plus spécifiques aux AJS ont aussi été incluses dans les guides en se basant sur une recension des écrits spécifique à la perspective de ces acteurs afin d'obtenir un portrait de la perception des AJS (Goulet et al., 2019). Un questionnaire sociodémographique (annexe B) a également été réalisé auprès des participants, permettant une présentation des caractéristiques des groupes à l'étude, soit l'âge, le sexe, l'état civil (groupe « personnes sous AJS »), le niveau d'étude complété (groupe « personnes sous AJS »), l'occupation, le diagnostic (groupe « personnes sous AJS »), la durée de l'AJS (groupe « personnes sous AJS »), le nombre d'années suivi en santé mentale et la fréquence du suivi (groupe « personnes sous AJS »), le milieu de travail (groupe « infirmières »), le nombre d'années d'expérience (groupe « infirmières ») et la fréquence des contacts avec des personnes sous AJS (groupe « infirmières »).

Les entrevues se sont déroulées dans un lieu choisi par chaque participant afin de promouvoir la nature volontaire de leur participation à l'étude. La chercheuse principale ou un professionnel de recherche ont procédé aux entretiens. Un patient partenaire a également participé à la collecte de données en procédant à certaines entrevues auprès du groupe de personnes sous AJS. L'étudiante-chercheuse et auteure du présent mémoire a aussi participé à la réalisation de cinq entrevues auprès de personnes ayant été sous AJS et d'infirmières. Les entretiens, d'une durée de 20 à 90 minutes, ont été enregistrés sur bande audionumérique puis transcrits en verbatims à des fins d'analyse.

Analyse des données

Dans le cas d'une analyse secondaire de données qualitatives, Heaton (2004) souligne que la majorité des chercheurs choisissent d'utiliser la même méthode d'analyse de données que celle utilisée pour l'étude principale. Ainsi, l'analyse de contenu selon la méthode de Miles et al. (2020) a été utilisée pour analyser les données de la présente étude. Cette méthode se divise en trois grandes phases, soit la condensation des données, la présentation des données puis l'élaboration et la vérification des conclusions. Selon les auteurs, ces phases sont réalisées de manière simultanée tout au long du projet (Miles et al., 2020).

L'étape de condensation des données consiste à « sélectionner, mettre l'accent sur, simplifier et/ou transformer les données brutes issues de la collecte » [traduction libre] (Miles et al., 2020, p. 8). Selon ces auteurs, cette phase débute notamment par le choix du cadre conceptuel, des questions de recherche et de la méthode de collecte des données. Ainsi, le cadre conceptuel choisi pour l'étude, soit le *Recovery Alliance Theory* (Shanley et Jubb-Shanley, 2007), a permis d'élaborer un guide de codes initial de manière déductive à partir des concepts entourant la relation thérapeutique. L'étudiante-chercheuse s'est aussi basée sur la recension des écrits et sur sa question de recherche afin de créer cette liste préliminaire (Miles et al., 2020). Ce guide (annexe C) a évolué selon les codes qui ont émergé des données collectées lors des entrevues individuelles (méthode inductive). L'analyse des transcriptions d'entrevues s'est faite en deux grandes étapes, soit avec un codage de premier cycle et un codage de deuxième cycle (*First cycle coding* et *Second Cycle coding*). Selon Miles et al. (2020), la première étape permet de résumer certaines sections des données en leur assignant des codes (annexe D), alors que la seconde étape permet de regrouper celles-ci par thématique.

L'étape de présentation des données permet d'organiser les informations de manière structurée et compacte afin que le chercheur puisse y avoir accès rapidement et puisse en tirer des conclusions fondées (Miles et al., 2020). Dans le cadre de cette étude, des tableaux ont été utilisées afin de synthétiser les données analysées, tout en permettant de classer l'information de manière structurée. Ces tableaux offrent un portrait des thèmes émergeant de la codification

selon les deux groupes de participants à l'étude (annexe E). Ainsi, les perceptions des infirmières et des personnes sous AJS sur la relation thérapeutique ont pu être comparées.

Enfin, l'élaboration et la vérification des conclusions permettent de valider les résultats présentés par le chercheur (Miles et al., 2020). Les résultats de la présente étude ont été validés par la directrice de recherche, qui a participé au projet à travers la lecture des différentes étapes d'analyse et lors de discussions avec l'étudiante-chercheuse.

Critères de scientificité

La présente étude s'appuie sur les quatre critères de scientificité décrits par Lincoln et Guba (1985). Ces critères, qui encouragent à la rigueur scientifique, sont la crédibilité, la fiabilité, la confirmabilité et la transférabilité.

Le critère de crédibilité d'une étude permet d'évaluer si les résultats de la recherche sont véridiques et s'ils sont une représentation exacte des informations données par les participants de l'étude (Lincoln et Guba, 1985). Différentes stratégies peuvent être utilisées pour aider le chercheur à augmenter la crédibilité de ses résultats. Dans la présente recherche, la crédibilité est assurée par la triangulation des sources de données (Loiselle, Polit et Beck, 2007), c'est-à-dire que les données collectées proviennent de deux informateurs différents (infirmières et personnes sous AJS). Ensuite, la triangulation des chercheurs lors de la collecte de données (chercheuse principale, patient partenaire, étudiante-chercheuse), qui implique que différentes personnes réalisent les entrevues auprès des participants (Loiselle et al., 2007), a également été utilisée afin d'assurer la crédibilité de l'étude. De plus, la vérification des résultats par le patient-partenaire a permis de valider les conclusions émises par l'étudiante-chercheuse.

La fiabilité réfère à la constance avec laquelle les résultats évoluent dans le temps (Lincoln et Guba, 1985). Ce critère reconnaît que le contexte d'une étude n'est pas immuable et qu'il est sujet à des changements et variations dans le temps, ce pourquoi il est nécessaire d'utiliser des stratégies pour permettre de gérer ces facteurs (Jensen, 2008). Afin d'assurer la fiabilité de l'étude, il est essentiel que le chercheur conserve des notes précises sur l'évolution de sa recherche ainsi que sur les différentes décisions qui seront prises en cours d'étude (Connelly,

2016). Pour la présente recherche, des notes de terrain ont été prises à travers les différentes étapes du projet et ont été conservées à titre de référence. De même, les notes de terrain de l'étude principale ont été consultées à différentes étapes du projet.

Le critère de confirmabilité permet d'assurer que les résultats sont réellement issus des données collectées (Lincoln et Guba, 1985). Ceci implique de présenter clairement la manière dont les données ont été collectées et analysées afin qu'une personne extérieure soit en mesure d'évaluer elle-même la véracité de l'étude (Loiselle et al., 2007). En effet, ce critère réfère à la possibilité que d'autres chercheurs puissent confirmer les résultats de l'étude, ce qui permet de vérifier que les conclusions proviennent réellement des données (Jensen, 2008; Lincoln et Guba, 1985). Il s'agit également d'exposer clairement le processus selon lequel les données ont été analysées, en présentant les étapes de codage et d'analyse. Pour la présente étude, une validation externe a été faite par la directrice de recherche, qui a codé de manière indépendante une entrevue, puis comparé les résultats avec l'étudiante-chercheuse.

Finalement, le critère de transférabilité réfère au degré avec lequel les résultats de l'étude peuvent être transférés à d'autres contextes et à d'autres participants (Lincoln et Guba, 1985). Les chercheurs doivent porter une attention particulière à la pertinence des participants en lien avec le contexte de l'étude ainsi qu'aux limites contextuelles des résultats (Jensen, 2008). Il s'agit donc, pour le chercheur, de dresser un portrait précis de la population et du contexte étudiés. La transférabilité est assurée, dans la présente étude, par une description précise et élaborée du contexte et des participants de l'étude, ce qui permettra aux lecteurs de décider si les conclusions de l'étude peuvent s'appliquer à leur contexte précis (Jensen, 2008; Loiselle et al., 2007). En outre, les différents milieux (trois instituts) qui ont contribué à l'étude permettent d'augmenter la transférabilité des résultats en offrant une plus grande variété de contextes et de participants.

Considérations éthiques

L'analyse secondaire de données est une méthode qui semble de prime abord présenter moins de risques pour les groupes de personnes étudiés. Pourtant, la réutilisation de données qualitatives soulève des questionnements éthiques concernant les principes de consentement et de confidentialité (Heaton, 2004; Thorne, 1998).

Tout d'abord, bien que les réglementations entourant la réutilisation de données présentent plusieurs lacunes, il est de plus en plus recommandé d'informer les participants de la possibilité que les données recueillies soient utilisées par d'autres chercheurs (Heaton, 2004). En ce sens, l'étude principale de Goulet (2017-en cours) a ajouté une question spécifique à la réutilisation des données dans le formulaire d'information et de consentement (annexe F), ce qui a d'ailleurs permis de procéder à une analyse secondaire dans le cadre de ce mémoire. Les personnes acceptant de participer à l'étude principale ont donc également donné leur consentement pour que les données issues des entrevues soient utilisées pour répondre à d'autres questions de recherche. L'étude principale a utilisé un formulaire d'information et de consentement détaillant l'implication attendue des participants pour l'étude, les avantages et risques possibles qui y sont associés ainsi que la manière dont les données seront conservées.

Ensuite, il est important que le chercheur justifie le besoin d'avoir accès aux données afin de répondre à ses questions de recherche et explique comment il fera pour conserver la confidentialité des données (Tripathy, 2013). Dans ce cas-ci, la confidentialité des participants a été assurée telle que dans l'étude principale, soit en anonymisant les données et en les protégeant par un mot de passe accessible uniquement par les chercheurs impliqués. Les données recueillies seront ensuite conservées pour une durée de sept ans après publication (Goulet et al, 2017-en cours).

Finalement, bien qu'il s'agisse d'une analyse secondaire de données, les approbations scientifique et éthique nécessaires à la réalisation de ce mémoire ont été obtenues (annexe G).

Chapitre 4 – Résultats

Le chapitre consacré aux résultats de l'étude sera présenté sous forme d'un article scientifique qui sera soumis à la revue *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. Les critères spécifiques à cette revue se retrouvent à l'annexe H du présent travail.

Nurses and patients' description of the therapeutic relationship in the context of involuntary treatment orders: a qualitative study

Authors: Clara Lessard-Deschênes and Marie-Hélène Goulet

Abstract

Introduction: Involuntary treatment orders (ITO) have been said to impact the nurse-patient therapeutic relationship (TR) negatively. Despite the use of ITO increasing around the world, few studies have explored their influence on the TR from the perspectives of nurses and patients.

Aim: To describe the TR in the context of ITOs as reported by nurses and individuals living with a mental illness.

Method: Secondary data analysis of qualitative interviews with nurses (n=9) and patients (n=6) was performed using a process of content analysis. A qualitative description design was used to best capture the perspective of the participants.

Results: Participants described the TR as fundamentally imbedded in a power imbalance amplified by the ITO, which was discussed through the conflicting roles of nurses, the legal constraints imposed on patients and nurses, the complex relationship between the ITO and the TR, and the influence of the context of mental health care settings.

Discussion: Nurses and patients' views were opposed, questioning the authenticity of the relationship.

Implications for Practice: Nurses should be aware of the patient's perception of the TR while under an ITO, and benefit from support to assist them in the management of this measure which brings many challenges to their practice. Further studies should explore possible solutions to allow the nurse and the patient to develop a TR outside the constraints of the ITO.

Accessible Summary

What is known on the subject?

- Involuntary treatment orders are increasingly being used around the world to allow the treatment of individuals living with a mental illness deemed incapable of giving consent and who are actively refusing treatment.
- The use of involuntary treatment orders can impact the nurse-patient therapeutic relationship, which is essential to offer quality care and promote recovery.

What the paper adds to existing knowledge?

- Involuntary treatment orders amplify the power imbalance that is already present in the nurse-patient relationship.
- Nurses and patients do not agree on the possibility to develop a therapeutic relationship, with nurses believing they can build a bond with the patients despite the challenges imposed by the involuntary treatment order, and patients rejecting this possibility.

What are the implications for practice?

- Nurses need to be aware of the reasons why patients on involuntary treatment orders do not believe in the possibility of building a therapeutic relationship.
- Support should be made available for nurses working with this clientele to help them deal with the challenges of involuntary treatment orders while being able to develop an authentic relationship and promote recovery.

Introduction

The use of involuntary treatment orders (ITO) for individuals living with a mental illness is increasing around the world, with a presence in 75 different jurisdictions (Rugkåsa & Burns, 2017). ITOs are generally used to increase medication adherence and ensure regular contacts with healthcare professionals (Pridham et al., 2016) with the goal of preventing relapses, rehospitalizations, homelessness and judicialization (Kisely, 2016; Rugkasa et al., 2019) for individuals deemed incapable of giving consent and who are actively refusing treatment. Initially perceived as less restrictive than hospitalization, ITOs are now raising concerns due to their coercive nature (Rugkåsa & Burns, 2017) and their mixed results in terms of service utilization,

social functioning, mental state and quality of life (Kisely, Campbell, & O'Reilly, 2017). In addition to having varying clinical, social and financial outcomes, important negative impacts on patients' lives have been documented, such as generating feelings of loss of control (Edan, Brophy, Weller, Fossey, & Meadows, 2019; Goulet, Pariseau-Legault, Côté, Klein, & Crocker, 2019) loss of identity, humiliation, dehumanization and stigmatization (Goulet et al., 2019), as well as creating a barrier to their recovery (Francombe Pridham et al., 2018).

The majority of health care professionals agree with the necessity of ITOs, but also struggle with the concept of forced treatment while simultaneously trying to promote recovery principles (Corring, O'Reilly, Sommerdyk, & Russell, 2018). Nurses, who are actively involved in managing the ITOs conditions, feel it affects their relationship with the patients negatively (Francombe Pridham et al., 2018).

The nurse-patient therapeutic relationship (TR) is known to be the cornerstone of mental health nursing. It is characterized by interpersonal relations between the nurse and the patient (Peplau, 1997) and based on concepts such as partnership, empowerment, respect, and trust (Farrelly & Lester, 2014; McAllister, Robert, Tsianakas, & McCrae, 2019; McMillan, Lawn, & Delany-Crowe, 2019; Zugai, Stein-Parbury, & Roche, 2015). Developing a good TR is essential as it can improve the patients' medication adherence (Rungruangsiripan, Sitthimongkol, Maneesriwongul, Talley, & Vorapongsathorn, 2011), as well as their ability to manage emotions, thoughts and behaviors, leading to a better self-efficacy and self-control (Vahidi et al., 2018). Patients under an ITO value a relationship that is based on partnership and recovery, and that allows them to have a say in the decisions regarding their health and their treatment (Corring, O'Reilly, & Sommerdyk, 2017). However, these patients experience more coercion than patients who are voluntarily treated (Nakhost, Sirotich, Pridham, Stergiopoulos, & Simpson, 2018; Newton-Howes & Banks, 2013; Pridham et al., 2016; Yanos, O'Connor, DeLuca, Fregenti, & Reji, 2020) and the experience of coercion has been shown to have a detrimental effect on the TR (Bolsinger, Jaeger, Hoff, & Theodoridou, 2019).

Considering the importance of the nurse-patient TR, the increasing use of ITOs and their potential impact on the TR, few studies have been carried on the subject. A qualitative study of 25 patients under an ITO and involuntarily admitted on an intensive psychiatric unit revealed the importance

of feeling heard, working in partnership and being seen as more than an illness (Wyder, Bland, Blythe, Matarasso, & Crompton, 2015). Another qualitative study, exploring the views of 13 mental health professionals working in the community with individuals on ITOs, found that being open, daring to have difficult conversations and doing things out of the ordinary are important when trying to build a TR (Jansson & Fridlund, 2016). The concept of trust was also explored in a qualitative study with 8 individuals on ITOs and 10 mental health professionals, reporting that ITOs can negatively impact trust, which is a core element of a good TR (McMillan et al., 2019). Despite their interesting results attesting the difficulties of building a TR in the context of an ITO, none of these studies are specific to nursing, and none are exploring both the patients and the nurses' experiences, which would allow for a more comprehensive understanding of the subject. Since the use of ITOs is increasing, gaining more knowledge of the nurse-patient TR is essential to improve the quality of care for this clientele. Therefore, we aimed to describe the therapeutic relationship in the context of ITOs as reported by nurses and individuals living with a mental illness.

Method

Study design

This study was part of a larger research exploring the views of multiple stakeholders (patients, relatives, health professionals, psychiatrists, lawyers) on ITOs (Goulet, Pariseau-Legault, Deveaux, & Crocker, 2018). A secondary analysis of qualitative data was conducted using the patients and the nurses interview transcripts. A supplementary analysis was used, which allows the exploration of research questions that are different from those posed in the primary study and to delve into a theme that emerges from the data collected but which was not exploited in the primary study (Heaton, 2008). Secondary analysis of qualitative data is particularly interesting in the case of studies carried out with vulnerable populations since it allows various studies to be carried out without requiring numerous contributions from the people targeted by the subject, which alleviates the burden on the participants (Heaton, 2004; Tate & Happ, 2018).

A qualitative descriptive design was used to answer the aim of the study. Qualitative description allows for a clear description of the phenomenon under study while staying as close as possible

to the participants' perspective (Sandelowski, 2000, 2010). Since the TR between the nurse and the patient is unique and specific to each individual, it seemed important to relate the experiences of the participants while remaining as faithful as possible to their own words.

Sampling

The primary study recruited participants (N=38) from the five groups targeted by the study in three institutes of mental health and forensic psychiatry in Quebec using a convenience sampling method with maximum variation in characteristics likely to influence the perspective of participants' experience (Goulet, 2017-ongoing). The sample used for this study represents a subsample, using only two of the five groups represented in the primary study. The sample (N = 15) consisted of individuals who are or have already-been under an ITO (n = 6) and nurses working with this type of clientele (n = 9).

Data collection

Semi-structured individual interviews were conducted in the primary study by the main researcher, a research assistant, and a service user with experiential knowledge. Interviews ranged from 20 to 90 minutes, were audiotaped and transcribed verbatim. Interview guides were developed using the Montreal Model (Pomey et al., 2015), which focuses on the concept of patient engagement, to explore the relationships between people under ITOs and professionals.

Data analysis

Content analysis was used to analyze the data (Miles, Huberman, & Saldaña, 2020). Data analysis began with the selection of the conceptual framework, the *Recovery Alliance Theory* (Shanley & Jubb-Shanley, 2007). This mid-range nursing theory is a guide for mental health practice and promotes the concepts of recovery and partnership, where power-sharing and the attainment of common goals is key to the nurse-patient relationship. The initial codebook was inspired by this theory, while other codes emerged as the transcripts were read and reread to fully immerse in the data. Codes were assigned to sections of the transcripts and then classified by themes. Matrices were used to display the coded data and provide a portrait of the themes emerging from the codification (Miles et al., 2020). The matrices allowed for the nurses' and the patients' perspectives to be compared for each theme relating to the TR. Discussions arose between the

authors around the interpretation of the data. Specific themes and subthemes were then named, described, and supported with excerpts from the interview transcripts. Preliminary results were discussed with the service user engaged in this research to benefit from his experiential knowledge.

Rigor

The four trustworthiness criteria described by Lincoln and Guba (1985) were used to ensure the rigor of the present study: credibility, dependability, confirmability and transferability. The credibility of the study was enhanced with data triangulation by interviewing two different groups of informants, and triangulation of investigators, with three different persons collecting data. To ensure dependability and confirmability, steps taken to collect and analyze the data are described, with codebook and matrices available upon request. The two authors coded an interview independently and compared the results to further support confirmability. To ensure transferability of the results, description of the study's settings and participants are provided. The variety of clinical settings (inpatient, outpatient, general psychiatry, forensic psychiatry) improves the possibility for the results of this study to be transferred to other contexts.

Ethical considerations

All participants of the primary study signed an information and consent form and consented to the reuse of the data for future research studies. Ethical approval was obtained for both the primary study and the present study.

Results

The nurses interviewed consisted of 6 women and 3 men aged between 29 and 62 years, working in inpatient units, mobile intervention teams, outpatient clinics, in psychiatry or forensic psychiatry. Their experience in mental health and with ITOs ranged from 10 months to 30 years, with the majority working with this clientele daily. Patients were between 30 and 62 years of age. Only one was a woman. All had a diagnosis of either schizophrenia, bipolar disorder, or both. Patients had been on an ITO for 1 to 20 years and had been followed in psychiatry for 10 to 34 years. One patient was not currently under an ITO. Only one patient was not hospitalized during the interview.

The overarching theme of power imbalance emerged from the nurses' and the patients' description of their experiences with the TR in the context of ITOs and is presented through four themes and eight subthemes (Figure 1). Most interviews having been conducted in French, excerpts from the transcripts presented below have been translated by the authors.

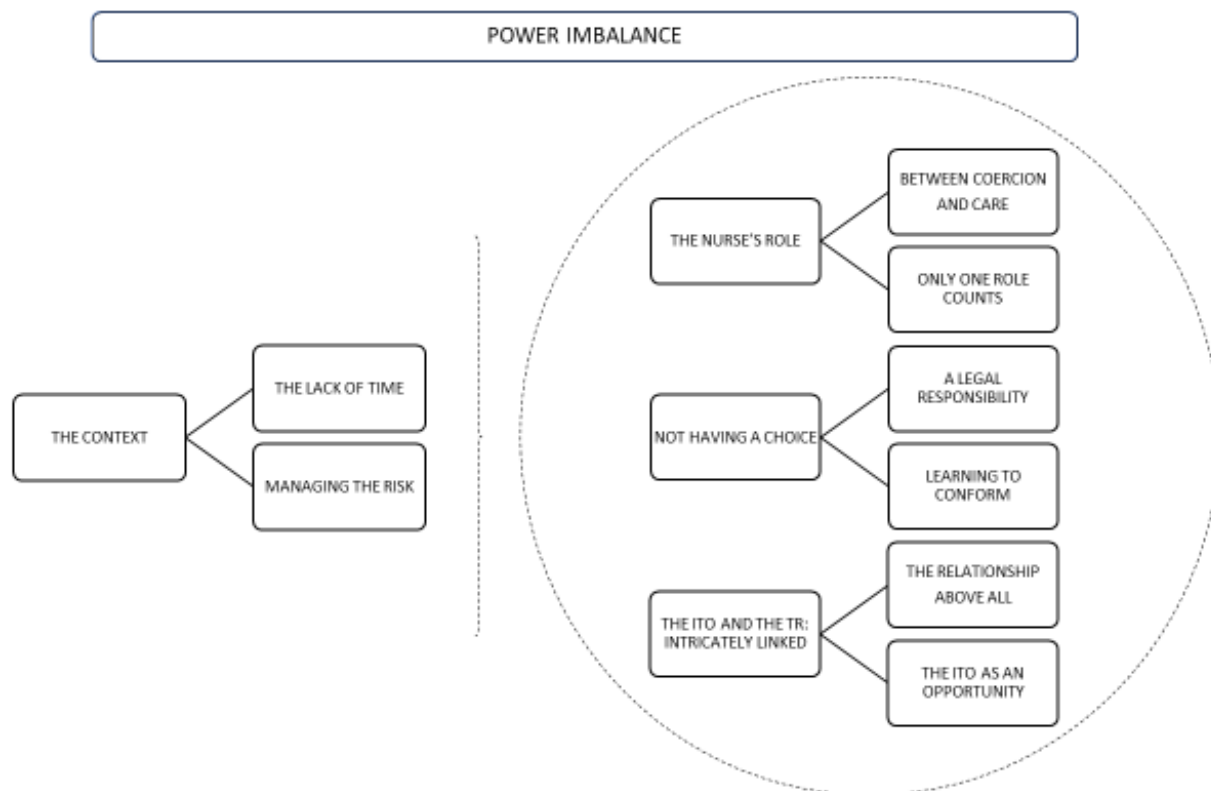


Figure 1. – Themes and subthemes

Theme 1: The nurse's role

Participants have expressed themselves on the role of the nurse in the context of ITOs. Nurses described the contradiction that exists between the nursing profession and the coercion inherent to the ITO, while patients saw the management of the ITO as the main role undertaken by the nurses.

Between coercion and care

Many nurses described their role related to the ITO as being an unpleasant and sometimes anxiety-provoking part of their job. They felt that the use of coercion is incompatible with the idea of the nursing profession being centered around the patient's well-being. While some nurses saw this as a "necessary evil", others questioned the fact that the responsibility to enforce the ITO's conditions lies on the nurse and compared this role to that of an "executioner" having to enforce a prison sentence. Managing the ITO therefore places the nurse in a difficult position, where her desire to create a TR and encourage the patient's self-determination is compromised by a legal duty imposed by the court.

I am the one in front of the patient. When he refuses the medication, I am the one who has to find a solution. So, all the paperwork before that, it's fine, it's doable. But once you're in front of the patient, how do you get him to take this medication while respecting our values and our code of ethics? Because our profession advocates patient autonomy. It advocates caring, humanistic relations, it advocates the encouragement of life goals, of hope. But this (the ITO) goes against what my values are. Then me, I feel as though I'm working in two areas whose concepts are contradictory. In the nursing profession area, in my practice, I must encourage the patient. I develop his autonomy, I do a lot of things with him. And then the legal system: "No, the patient is dangerous, he has to be treated that way, he has to be locked up, ..." (Nurse 3)

Only one role counts

While patients did not specifically speak about the conflicting roles of the nurses, some felt that the development of a TR was impossible since the nurse was the one enforcing the ITO.

How is it possible to have a trusting relationship with those in a power position who do things to you that you don't want? You have to be very crazy to want to do that.
(Patient 3)

The negative feelings associated with the nurses' specific role made it difficult for patients to notice other roles the nurses might play. Indeed, none of the patients in the study spoke of the nurses' work in positive terms, but most spoke negatively of their implication with the ITO. Thus,

the task of managing treatment adherence puts the nurses in an undesirable position in the eyes of the patients, who even described preferring to develop a significant relationship with someone who has no direct connection with the ITO and which is therefore more neutral.

I don't know if it would really be peer support workers, but that's an example. In the sense that, to take people, so that they are there specifically to establish a trusting relationship with the patient. Because when he arrives, often he is in a period of crisis and then, well, the crisis must be defused, you know.[...] I think that in every hospitals there should be a peer support worker, or someone who plays the role of peer support worker, to establish a relationship, so that he understands the situation in all its nuances and helps him to make an informed decision in terms of, for example, cooperation with the authority, the psychiatrist... (Patient 1)

Theme 2: Not having a choice

This theme refers as much to the patients who must receive unwanted treatment as it does to the nurses who are faced with the obligation to ensure that the treatment is received by the patient. For nurses, the lack of choice stems from the legal responsibility surrounding the ITO, while patients describe feeling forced to conform to a certain standard.

A legal responsibility

Many nurses mentioned the burden of the legal responsibility that is put upon them when a patient is under an ITO. The nurse's responsibility puts her in a position of power over the patient, although many nurses described this position as difficult and undesirable. They described feeling ambivalent about the interventions that are expected of them when a patient on ITO refuses to take his medication, but having little choice in the final decision, as if their clinical judgment was undermined by the court.

I understand the whole human journey of these people. So, I am relatively tolerant of that, of these refusals, I can understand. But, I still have an order from a judge that says: "If he doesn't take it, you have to give it to him". So I'm still in between. I mean,

I have a judge telling me I have to do it, so if I don't, I'm going to be legally responsible.
(Nurse 1)

Therefore, the nurses explained that the TR must develop in a context where the use of force is often necessary and where the anger of the patients towards the ITO's conditions is transferred to the nurse who represents the authority figure. While the patient does not have the choice to come to his follow-up appointments, it is more challenging to get him to develop a bond with the person who seems responsible for the treatment he is getting.

They come just because they understand that the police, when they go to their house, all the trauma around it. Spending two days on a gurney, being reassessed... they understand, a certain rationalization, that the benefit is to come here. However, with the interview and all, there is little interaction. (Nurse 5)

Learning to conform

For patients, the lack of choice resulted from the attitude of the staff, who seemed to prioritize compliance with the ITO's conditions over the patient's wishes. Many patients described poor listening on the part of the staff, and the impression of not being able to express what they think and how they really feel. Rather, they described the staff as people who think they know what is best for them, without the possibility of having an open discussion. Patients felt they were expected to exhibit a certain speech and behavior, and that any deviation from these would not be well received and may even lead to consequences.

Them, they want to know ... what they want to hear, what they want to have, that's what they want to have, you get it? They don't care what I think or what I say. They're the ones who have to be right and that's it. [...] You can't argue with them because you're the one who's gonna lose. (Patient 4)

For many patients, this was seen as a way for the staff to exert power and control over their life, which further contributed to the power imbalance and was detrimental to the development of a trusting relationship. This perspective was shared by some nurses, who described a form of disillusionment, where mental health workers struggle to have confidence in the patients and often underestimate their abilities.

But that's it, he really feels like... a human wreck. He no longer has rights, he is locked up, he's on a ward ... everywhere the psychiatric wards are closed. He has no rights, we no longer listen to him, as soon as he speaks, it is necessarily either delusional or "We no longer trust you." So we don't help him after all. I don't feel like we're helping him. We don't help him, we don't listen to him, we don't trust him. (Nurse 1)

Theme 3: The ITO and the TR: intricately linked

This theme refers to the complex relationship that exists between the ITO and the TR. Two perspectives emerged from the nurse's interviews, one being that the TR is essential to the management of the ITO and the other being that the ITO provides an opportunity to develop a TR. This theme was not discussed by patients.

The relationship above all

Many nurses described the TR as being the basis of their work and what is most important in mental health nursing. In the context of ITOs, they explained that a good relationship with the patient allows them to promote compliance regarding the ITO's conditions, without having to resort to other coercive methods, which makes the situation more acceptable to both the patient and the nurse. Therefore, the patient's cooperation with the ITO greatly depends on the quality of the TR, so much that any change in it can have great consequences. Here, this nurse explained how her departure impacted a patient with whom she had developed a TR through their common love for music:

So in the end, the doctor, she did not renew it [ITO]. But I left. And the fact that I was leaving, well he stopped showing up for his appointments and I recently found out he was on a treatment order. And that he does not show up. Even with his treatment order, he still doesn't show up, so every other time, we go and get him. (Nurse 6)

For the TR to develop and be beneficial for the patient, nurses have described many therapeutic skills that they use on a daily basis. According to the nurses, these skills are all the more important with individuals who are on ITOs, since they will often determine how the overall follow-up will go. Many nurses described skills such as teaching and educating, noting the importance of

empowering the patients by giving them information. Others emphasized the importance of being authentic and using self-disclosure, revealing that in order to develop a bond with the patient, they had to be able to distance themselves from their professional posture by daring to adopt a certain familiarity with the patients, thus making it possible to reduce the power relationship that arises when an ITO is in place.

Sometimes we're afraid. We're afraid of the line between: "Yeah, am I being a professional or am I being a friend? But you can be a bit of both. You don't have to have a cold professional stance. You can also be just a human being who meets another human being. We say hello and then ... No, but that's it, it's that simple, but we lose it. We lose it, why do we lose it? Because we have professional training. So, our professional training, it's fine, but we don't have the expertise. (Nurse 6)

The ITO as an opportunity

Other nurses have instead presented the ITO as an opportunity to develop a relationship with patients who are more difficult to interact with. These nurses described people under an ITO as more ill, more symptomatic, with a lack of contact with reality and a lack of insight, resulting in a limited understanding of the situation and a power struggle with the treatment team. Thus, the development of a TR becomes difficult since nurses cannot have access to the person. By making it possible to start a treatment, the ITO facilitates the interactions between the nurse and the patient, which can even lead, in some cases, to the development of a meaningful relationship.

Usually after a while, I can't say a month, maybe less than that... when the first injection starts to work... because usually that's how you start. After that, slowly, things are much better. I even accompanied one person to the birth of their child. [...] I was significant enough to be his support person, this is the person he wanted. (Nurse 4)

Theme 4: The context

This theme explores the presence of external factors, such as the lack of time faced by the nurses and the current approach of risk management that seems dominant in mental health care

settings. This final theme, because of its pervasive nature, influences all the other themes presented above.

The lack of time

Many nurses described the time-consuming task of interacting with patients who are under an ITO as opposed to patients undergoing treatment on a voluntary basis. Nurses explained that developing trust between them and the patient requires a gradual approach and cannot be rushed. Paradoxically, they described a work environment that does not allow them to spend the time needed to develop a TR, which can not only lead to a lack of nurse-patient contact but also in the use of coercive measures. Therefore, the TR often have to develop in difficult contexts that are beyond the control of the nurse or the patient.

Except that with the work conditions, we only put out fires, we have no time, "ok come here I'll give you your injection then bye-bye, if you can go it's perfect because we don't have any room " (laughs) "We don't want you to stay". So, it creates a different dynamic, but I take it upon myself to take the time with a patient who's under a legal condition because I want to be able to tell myself that if that was my case, I would like to be treated that way. So we have emotions about that kind of situations, so I try to take that time. (Nurse 9)

For some patients, having a TR with the nurse was just not part of their expectations given the environment that is not suitable to its development. The nurse-patient relationship therefore remained superficial or utilitarian, without reaching a level that could be described as therapeutic.

I don't have any close contact with them. I have official contacts with exchange of information and nothing special. (Patient 5)

Managing the risk

Participants have describe the use of approaches that seem detrimental to the development of the TR. Risk management emerged as the dominant approach in mental health care settings, despite the fact that all nurses described their personal approach in terms related to a humanistic approach. Risk management is presented by nurses as the need to ensure a safe environment for everyone, even if it involves using coercive measures and is detrimental to the TR. Since the

majority of participants believed that patients had to be a danger to themselves or others in order to be on an ITO, focusing on safety and risk management emerged from the participants' discourse and seemed to be omnipresent in healthcare settings.

So, because, there is still a little bit of fear. In a health system, there is a bit of this vision, of prioritizing the well-being of everyone. Even if we unfortunately have to go through coercion of one or more people who... There is also this vision of primary health, of prevention, in this process. (Nurse 5)

For several patients in the study, this safety-oriented approach was considered abusive, which contributed to accentuate the inequality they felt in the relationship.

Not necessarily in my case, they abuse their power in any case. For example, the patient says he is going to take his medication and he hits his door. Since he banged on his door, he is at risk of hurting himself. So he has to be secluded or restrained on his bed. He says, "I take my meds by mouth, I'll accept them". They put him in seclusion, they tie him to the bed and then, the nurse asks to have the medication prepared... I have seen this several times... one says that he takes it by mouth, the other says no by injection without asking the patient and then the injection is ready. In general, they don't respect the laws of principle, because the patient has hit. (Patient 3)

Discussion

The goal of our study was to describe the TR in the context of ITOs as reported by nurses and individuals living with a mental illness. Participants described the TR in the context of ITOs as characterized by a power imbalance. Results highlighted the discordance between the views of nurses and patients. Nurses recognized the challenges caused by the ITO, but still believed that a TR could be built, while patients in our study rejected this possibility, contrary to the more nuanced discourse that was reported in previous studies (McMillan et al., 2019; Wyder et al., 2015).

Interactions with nurses were described by patients as superficial, and the need for someone outside of the ITO was mentioned to build a trusting relationship. This result echoes the study by

McMillan et al. (2019), which reported that patients seek contacts with professionals who are not involved with the ITO. The desire to engage with someone else could also be explained by the lack of meaningful interactions that are essential to the TR. As in a previous literature review (Moreno-Poyato et al., 2016), participants in our study identified time as an obstacle to the TR, resulting in the difficulty of finding moments conducive to nurse-patient contacts. A lack of nurse-patient interaction can lead to patients feeling unheard and not taken into consideration (Felton, Repper, & Avis, 2018). Patients in our study saw this as a way for mental health professionals to control their life and resorted to a form of conformism by displaying what was expected of them. In a meta-synthesis by Goulet et al. (2019), this well documented behavior was presented as “passive resistance”, where patients do not agree with the ITO but still comply in practice due to a feeling of powerlessness and disillusionment with the mental health care system. Nurses in our study were not blind to this form of oppression, describing a generalized lack of faith in the patient’s capacities, resulting in subpar interactions and care.

The domination of a risk management and safety-oriented approach emerged from the participant’s description of mental health care settings. In a study by Felton et al. (2018), the fear of risk was shown to impair the clinicians’ judgment and made them distant toward the patients, resulting in a lack of partnership. Indeed, because nurses feel responsible for the well-being and safety of their patients, they tend to use less therapeutic interventions and more risk management by exerting control to limit the risk of them being held responsible in case of an adverse event (Farrelly & Lester, 2014). Yet, one study found that a good relationship between mental health professionals and patients increases the patient’s self-efficacy and self-control, which results in increased safety on hospital wards (Vahidi et al., 2018). By focusing on the TR and promoting patient autonomy, safety would not have to be the main concern in mental health settings. Nurses in our study described using therapeutic abilities in line with a more humanistic approach, but despite their desire and their efforts to create a TR, the environment did not feel appropriate to develop such a time-consuming and unique relationship.

Most nurses in our study were aware of the power imbalance caused by the ITO, emphasizing how their role of managing the ITO’s conditions left them feeling trapped between coercion and care. This result aligns with previous studies who found that mental health professionals often

struggle to work towards patient autonomy and recovery while dealing with the coercive aspect of ITOs (Corring et al., 2018; Goulet et al., 2019). Nurses also questioned their implication with the ITO as they felt this role was not in line with the essence of the nursing profession and, much like the participants in Sullivan, Carpenter, and Floyd (2014) study, they compared the management of ITOs to work in correctional settings. This powerful comparison illustrates how nurses struggle with ITOs. While many studies reported on the coercive impact of ITOs on patients (Nakhost et al., 2018; Newton-Howes & Banks, 2013; Pridham et al., 2016), we found that nurses caring for these patients also feel pressured by their legal responsibility, which impairs their ability to use their clinical judgment and threatens the TR. Clinical judgment in nursing is a “cognitive process in which the nurse forms a holistic assessment of a patient situation. Critical thinking, clinical reasoning, practical wisdom, and intuition are used in the decision-making process [...]” (Manetti, 2019). With the ITO dictating what the treatment plan is, clinical judgment is weakened and can limit both the patient and the nurse’s opportunity to develop a TR, since the latter builds upon nurse-patient interactions and through shared decision making (van Graan, Williams, & Koen, 2016). Therefore, the collaboration and partnership described in the Recovery Alliance Theory (Shanley & Jubb-Shanley, 2007) appears to be an ideal difficult to attain in the context of ITOs.

Despite the challenges caused by the ITO, nurses in our study still recognized the possibility to develop a TR. An interesting finding is the interdependence that appeared between the ITO and the TR. On one side, the ITO was presented as an opportunity to build a relationship with patients with whom it would have been otherwise difficult. Similar to Pazargadi, Fereidooni Moghadam, Fallahi Khoshknab, Alijani Renani, and Molazem (2015) results, nurses in our study explained that the symptoms of certain patients made it difficult to have significant interactions that are essential to build a TR. On the other side, many nurses saw the TR as essential to facilitate the ITO’s compliance and acceptance. Indeed, it has been reported that a relationship of collaboration focused on recovery helps patients regain control and alleviates the impacts of the ITO (Corring et al., 2017). The fact that patients in our study did not further discuss the links between the ITO and the TR makes us believe that the development of a meaningful and authentic relationship with nurses is not even something they expect. Nurses working with

persons living with a mental illness, and particularly those undergoing an ITO, should be aware of the lack of faith patients have in the possibility to have a relationship that encourages partnership and recovery. The discordant perspectives of nurses and patients in our study attest of the work that still needs to be done to promote significant nurse-patient interactions, so that having a TR is not the exception, but the rule.

Limitations

Since the primary study investigated on the broader subject of ITOs, data on the TR was limited and had to emerge from other questions related to ITOs. All but one patient in the study were hospitalized at the time of the interviews, thus potentially less well, which could explain the predominance of a more negative perspective as opposed to what was found in previous studies. Participants were asked about their relationship with health care workers in general, which could limit the precision of the information gathered on the nurse-patient TR. Considering that the TR is a concept that applies to various health professionals, we believe that the data collected still allowed us to obtain a relevant portrait of the TR.

Conclusion

This study exposes the influence of ITOs on the development of the nurse-patient TR. Power imbalance, role conflict and constraints of mental health settings are elements that emerged from the participants' descriptions, attesting of the complexity of this increasingly used coercive measure. Being aware of the difficulties faced by patients and nurses should open the way to find alternative measures to alleviate the burden of the ITO and promote the development of the TR. For example, the need for patients to bond with someone who is not involved with the ITO could lead to the idea of having a nurse from outside manage the medication, enabling nurses to distance themselves from the thankless role of having to manage the ITO's conditions. Considering the diverging views we found between nurses and patients, further studies should consider interviewing nurse-patient dyads to confirm these findings. Future research should focus on finding ways to promote a relationship based on human interactions and that works towards life goals attainment, and not solely medication adherence.

Relevance Statement: The nurse-patient therapeutic relationship is the cornerstone of mental health nursing, allowing many benefits for the patient's health and well-being. The coercive nature of involuntary treatment orders challenges the development of this relationship which builds upon trust, partnership, and authentic human interactions. Nurses need to develop an awareness of the influence of involuntary treatment orders on the therapeutic relationship and find ways to create a relationship despite the constraints imposed by this measure.

Acknowledgements: We would like to acknowledge Richard Breton for his participation in data collection and in reviewing the results.

References

- Bolsinger, J., Jaeger, M., Hoff, P., & Theodoridou, A. (2019). Challenges and Opportunities in Building and Maintaining a Good Therapeutic Relationship in Acute Psychiatric Settings: A Narrative Review. *Frontiers in psychiatry Frontiers Research Foundation*, *10*, 965.
- Corring, D., O'Reilly, R., & 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. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2017.03.002>
- Corring, D., O'Reilly, R. L., Sommerdyk, C., & Russell, E. (2018). What Clinicians Say About the Experience of Working With Individuals on Community Treatment Orders. *Psychiatric Services*, *69*(7), 791-796. doi:10.1176/appi.ps.201700492
- Edan, V., Brophy, L., Weller, P. J., Fossey, E., & 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. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2019.04.001>
- Farrelly, S., & Lester, H. (2014). Therapeutic relationships between mental health service users with psychotic disorders and their clinicians: a critical interpretive synthesis. *Health Soc Care Community*, *22*(5), 449-460. doi:10.1111/hsc.12090
- Felton, A., Repper, J., & Avis, M. (2018). Therapeutic relationships, risk, and mental health practice. *International Journal of Mental Health Nursing*, *27*(3), 1137-1148. doi:10.1111/inm.12430
- Francombe Pridham, K., Nakhost, A., Tugg, L., Etherington, N., Stergiopoulos, V., & 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. doi:10.1016/j.ijlp.2018.02.007
- Goulet, M.-H. (2017-ongoing). L'ordonnance de traitement en santé mentale : un portrait des perspectives des acteurs clés au Québec

- Goulet, M.-H., Pariseau-Legault, P., Côté, C., Klein, A., & Crocker, A. G. (2019). Multiple Stakeholders' Perspectives of Involuntary Treatment Orders: A Meta-synthesis of the Qualitative Evidence toward an Exploratory Model. *International Journal of Forensic Mental Health*, 1-15. doi:10.1080/14999013.2019.1619000
- Goulet, M.-H., Pariseau-Legault, P., Deveaux, F., & Crocker, A. G. (2018). Involuntary treatment orders: perspectives from service users, relatives, and mental health professionals. In *18th Annual International Association of Forensic Mental Health Services Conference*. Antwerp, Belgium.
- Heaton, J. (2004). *Reworking Qualitative Data*. In. London: SAGE Publications Ltd. Retrieved from <https://methods.sagepub.com/book/reworking-qualitative-data>. doi:10.4135/9781849209878
- Heaton, J. (2008). Secondary analysis of qualitative data : an overview. *Historical Social Research*, 33(3), 33-45.
- Jansson, S., & Fridlund, B. (2016). Perceptions Among Psychiatric Staff of Creating a Therapeutic Alliance With Patients on Community Treatment Orders. *Issues in Mental Health Nursing*, 37(10), 701-707. doi:10.1080/01612840.2016.1216207
- Kisely, S. (2016). Canadian Studies on the Effectiveness of Community Treatment Orders. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 61(1), 7-14. doi:10.1177/0706743715620414
- Kisely, S. R., Campbell, L. A., & O'Reilly, R. (2017). Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, Cd004408. doi:10.1002/14651858.CD004408.pub5
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, Calif.: Sage Publications.
- Manetti, W. (2019). Sound clinical judgment in nursing: A concept analysis. *Nursing Forum*, 54(1), 102-110. doi:10.1111/nuf.12303
- McAllister, S., Robert, G., Tsianakas, V., & McCrae, N. (2019). Conceptualising nurse-patient therapeutic engagement on acute mental health wards: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 93, 106-118. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.02.013>
- McMillan, J., Lawn, S., & Delany-Crowe, T. (2019). Trust and Community Treatment Orders. *Frontiers in psychiatry*, 10, 349-349. doi:10.3389/fpsy.2019.00349
- Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldaña, J. (2020). *Qualitative data analysis : a methods sourcebook* (Fourth edition. ed.). Los Angeles: SAGE.
- Moreno-Poyato, A. R., Montesó-Curto, P., Delgado-Hito, P., Suárez-Pérez, R., Aceña-Domínguez, R., Carreras-Salvador, R., . . . Roldán-Merino, J. F. (2016). The Therapeutic Relationship in Inpatient Psychiatric Care: A Narrative Review of the Perspective of Nurses and Patients. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(6), 782-787. doi:<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.03.001>

- Nakhost, A., Sirotich, F., Pridham, K. M. F., Stergiopoulos, V., & Simpson, A. I. F. (2018). Coercion in Outpatients under Community Treatment Orders: A Matched Comparison Study. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 63(11), 706743718766053-706743718766053. doi:10.1177/0706743718766053
- Newton-Howes, G., & Banks, D. (2013). The subjective experience of community treatment orders: Patients' views and clinical correlations. *International Journal of Social Psychiatry*, 60(5), 474-481. doi:10.1177/0020764013498870
- Pazargadi, M., Fereidooni Moghadam, M., Fallahi Khoshknab, M., Alijani Renani, H., & Molazem, Z. (2015). The Therapeutic Relationship in the Shadow: Nurses' Experiences of Barriers to the Nurse-Patient Relationship in the Psychiatric Ward. *Issues in Mental Health Nursing*, 36(7), 551-557. doi:10.3109/01612840.2015.1014585
- Peplau, H. E. (1997). Peplau's theory of interpersonal relations. *Nursing Science Quarterly*, 10(4), 162-167. doi:10.1177/089431849701000407
- Pomey, M.-P., Flora, L., Karazivan, P., Dumez, V., Lebel, P., Vanier, M.-C., . . . Jouet, E. (2015). Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. [The Montreal Model: The Challenges of a Partnership Relationship between Patients and Healthcare Professionals]. *Santé Publique*, 51(HS), 41-50. doi:10.3917/pub.150.0041
- Pridham, K. M., Berntson, A., Simpson, A. I., Law, S. F., Stergiopoulos, V., & Nakhost, A. (2016). Perception of Coercion Among Patients With a Psychiatric Community Treatment Order: A Literature Review. *Psychiatric Services*, 67(1), 16-28. doi:10.1176/appi.ps.201400538
- Rugkåsa, J., & Burns, T. (2017). Community treatment orders: Are they useful? *BJPsych Advances*, 23(4), 222-230. doi:10.1192/apt.bp.115.015743
- Rugkasa, J., Nytingnes, O., Simonsen, T. B., Benth, J. S., Lau, B., Riley, H., . . . Hoyer, G. (2019). The use of outpatient commitment in Norway: Who are the patients and what does it involve? *International Journal of Law and Psychiatry*, 62, 7-15. doi:10.1016/j.ijlp.2018.11.001
- Rungruangsiripan, M., Sitthimongkol, Y., Maneesriwongul, W., Talley, S., & Vorapongsathorn, T. (2011). Mediating role of illness representation among social support, therapeutic alliance, experience of medication side effects, and medication adherence in persons with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(4), 269-283. doi:10.1016/j.apnu.2010.09.002
- Sandelowski, M. (2000). Whatever happened to qualitative description? *Research in Nursing and Health*, 23(4), 334-340.
- Sandelowski, M. (2010). What's in a name? Qualitative description revisited. *Research in Nursing and Health*, 33(1), 77-84. doi:10.1002/nur.20362
- Shanley, E., & Jubb-Shanley, M. (2007). The recovery alliance theory of mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(8), 734-743. doi:10.1111/j.1365-2850.2007.01179.x

- Sullivan, W. P., Carpenter, J., & Floyd, D. F. (2014). Walking a tightrope: case management services and outpatient commitment. *J Soc Work Disabil Rehabil*, 13(4), 350-363. doi:10.1080/1536710x.2014.961116
- Tate, J. A., & Happ, M. B. (2018). Qualitative Secondary Analysis: A Case Exemplar. *Journal of Pediatric Health Care*, 32(3), 308-312. doi:10.1016/j.pedhc.2017.09.007
- Vahidi, M., Ebrahimi, H., Areshtanab, H. N., Jafarabadi, M. A., Lees, D., Foong, A., & Cleary, M. (2018). Therapeutic Relationships and Safety of Care in Iranian Psychiatric Inpatient Units. *Issues in Mental Health Nursing*, 39(11), 967-976. doi:10.1080/01612840.2018.1485795
- van Graan, A. C., Williams, M. J. S., & Koen, M. P. (2016). Professional nurses' understanding of clinical judgement: A contextual inquiry. *Health SA Gesondheid*, 21, 280-293. doi:https://doi.org/10.1016/j.hsag.2016.04.001
- Wyder, M., Bland, R., Blythe, A., Matarasso, B., & Crompton, D. (2015). Therapeutic relationships and involuntary treatment orders: service users' interactions with health-care professionals on the ward. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(2), 181-189. doi:10.1111/inm.12121
- Yanos, P. T., O'Connor, L. K., DeLuca, J. S., Fregenti, S., & Reji, P. M. (2020). Assisted outpatient treatment orders and the therapeutic relationship in Assertive Community Treatment: a mixed-methods study. *Psychosis*, 12(1), 23-33. doi:10.1080/17522439.2019.1670232
- Zugai, J. S., Stein-Parbury, J., & Roche, M. (2015). Therapeutic Alliance in Mental Health Nursing: An Evolutionary Concept Analysis. *Issues in Mental Health Nursing*, 36(4), 249-257. doi:10.3109/01612840.2014.969795

Chapitre 5 – Discussion

Ce chapitre vise à approfondir la discussion sur les résultats de l'étude qui ont été abordés dans l'article présenté dans le chapitre précédent. Une réflexion sur les thèmes du déséquilibre de pouvoir, du conformisme des personnes sous AJS et du rôle de l'infirmière sera présentée. Les forces et les limites de ce travail de recherche seront ensuite abordées, suivi des implications pour les sciences infirmières.

Le but de ce mémoire était de décrire la relation thérapeutique en contexte d'AJS selon la perspective de personnes vivant avec un problème de santé mentale et d'infirmières travaillant auprès de cette clientèle. Les résultats obtenus ont permis de faire ressortir un thème central, soit celui du déséquilibre de pouvoir présent au sein de la relation infirmière-personne lorsqu'une AJS entre en jeu. La position d'expert occupé par les professionnels de la santé en raison de leur formation et de leurs connaissances cliniques, juxtaposée à la vulnérabilité de la personne présentant un problème de santé et l'approche paternaliste présente dans le milieu de la santé tend à accentuer cette dynamique au sein de la relation (Berry, Danaher, Beckham, Awdish et Mate, 2017; Molina-Mula et Gallo-Estrada, 2020). Dans la présente étude, nous avons trouvé que l'AJS amplifie ce déséquilibre de pouvoir, notamment en favorisant des interactions infirmière-personne uniquement centrées sur le respect des conditions, telles que l'adhérence au traitement. Pourtant, les relations thérapeutiques perçues de manière positives par les personnes vivant avec un problème de santé mentale sont issues d'interactions individualisées, centrées sur l'expérience de la personne et non sur le diagnostic (Wyder et al., 2015). Le cadre théorique de notre étude, *Recovery Alliance Theory* (Shanley et Jubb-Shanley, 2007), met justement l'emphasis sur l'importance d'interagir avec la personne à partir de sa propre définition de sa maladie et de sa situation, permettant ainsi de renforcer son autodétermination et de limiter l'inégalité présente au sein de la relation. Dans les milieux cliniques, la réalité semble pourtant différente de la théorie. En effet, selon l'étude de Verbeke, Vanheule, Cauwe, Truijens et Froyen (2019), les interactions qui sont caractérisées par une dé-subjectivation, c'est-à-dire que la personne est uniquement considérée comme un « patient malade » et perd toute autre caractéristique

individuelle aux yeux des professionnels, sont fréquentes en santé mentale. Le concept de dé-subjectivation implique que les différentes facettes qui forment la personne et la rendent unique sont négligées, au détriment des soins et des interactions (Verbeke et al., 2019). Il n'est donc pas surprenant que les participants de notre étude aient rapporté un manque d'interactions significatives avec les infirmières ainsi qu'un manque d'écoute et d'individualisation dans les soins, résultant en un manque d'espoir en la possibilité de développer une relation thérapeutique ou encore en l'adoption de comportements se conformant à la norme attendu dans le milieu clinique.

Le conformisme des personnes sous AJS a été présenté par les participants de notre étude comme une réaction face au manque d'écoute des professionnels et une manière d'éviter des conséquences. De manière similaire, des études ont présenté ce comportement comme un mode de survie pour s'assurer de recevoir les soins nécessaires tout en évitant la coercition (Goulet et al., 2019; Verbeke et al., 2019). Puisque les personnes sous AJS rapportent vivre davantage de coercition (Nakhost et al., 2018; Newton-Howes et Banks, 2013; Pridham et al., 2016), le besoin d'exhiber cette sorte de collaboration forcée est possiblement amplifiée dans le but d'atténuer les impacts négatifs associés à celle-ci. Pour les infirmières de notre étude, le contexte coercitif entourant les milieux de soins et l'utilisation des AJS, bien qu'entraînant certains défis dans leur pratique, n'a pas semblé éteindre l'idée d'une possible relation thérapeutique. À cet effet, les infirmières rencontrées dans le cadre de la présente recherche ont discuté d'une multitude d'habiletés thérapeutiques qu'elles utilisent dans leur pratique afin de favoriser une approche humaniste avec les personnes sous AJS dans l'espoir d'alléger les impacts négatifs de celle-ci. Les infirmières étaient également beaucoup plus positives sur la possibilité de développer une relation thérapeutique. Cette divergence de perspective entre les infirmières et les personnes sous AJS soulève des questionnements sur l'authenticité de la relation, alors que les uns parlent de collaboration et les autres de conformisme. Selon une étude par Vatne et Fagermoen (2007), deux perspectives opposées sont observées chez les infirmières de santé mentale, soit la vision dominante du contrôle et celle, moins répandue, reconnaissant la personne comme ayant les capacités d'initier elle-même les changements désirés. Selon les auteurs, cette dernière perspective serait un idéal qui n'est pas atteint dans la pratique clinique en raison du manque

d'interventions relationnelles qui permettraient de promouvoir l'autonomie de la personne (Vatne et Fagermoen, 2007). En effet, les habiletés thérapeutiques rapportées par les infirmières de notre étude semblaient davantage unidirectionnelles, avec l'infirmière offrant quelque chose (information, option, temps de réflexion, etc) à la personne à défaut d'avoir une interaction visant le renforcement de ses capacités autonomes. En outre, tel que présenté par une participante infirmière, la position professionnelle arborée par les infirmières peut limiter la possibilité de développer un lien de confiance en accentuant le déséquilibre de pouvoir au sein de la relation. Ainsi, même si les infirmières décrivent utiliser une approche humaniste basée sur le partenariat, il se pourrait en fait que la combinaison de leur formation professionnelle et du contexte organisationnel des milieux de soins auquel elles doivent se conformer les amène à interagir avec la personne en fonction de ce qu'elles ont intégré comme étant la norme à atteindre avec ce type de clientèle. En effet, les infirmières encourageraient une forme de passivité chez les personnes en les aidant à prendre en charge non pas leur propre vérité, mais plutôt celle imposée par les professionnels en position d'autorité (Molina-Mula, Gallo-Estrada et Perelló-Campaner, 2017). En analysant l'AJS de manière critique, Pariseau-Legault, Goulet et Crocker (2019) expliquent que des critères normatifs, visant l'atteinte d'un idéal défini par des normes sociales auxquelles la personne sous AJS ne correspond souvent pas, sont imposés à cette dernière par l'équipe traitante. Ceci renforce l'idée que la personne sous AJS n'a pas les capacités d'exercer un contrôle sur sa propre vie et contribue à instaurer une situation de dépendance envers l'équipe traitante (Pariseau-Legault et al., 2019). Ainsi, l'opposition de perspective entre les deux groupes de participants de notre étude pourrait s'expliquer par le fait que les exigences imposées à la personne sous AJS l'invite à se conformer dans le rôle de patient idéal, ce qui est ensuite perçu comme de la collaboration et l'indice d'une relation thérapeutique qui se développe selon les infirmières.

Par ailleurs, à la lumière des résultats de notre étude, la pratique clinique des infirmières semble grandement dépendre des conditions dictées par l'AJS. Ainsi, favoriser le partenariat devient plus difficile puisque les décisions cliniques concernant le traitement de la personne sous AJS sont déjà prises et doivent être respectées devant la loi. Alors que plusieurs participantes infirmières ont rapporté l'importance de travailler sur des aspects qui ne sont pas liés à l'AJS dans le but de

favoriser la relation, il semble que le respect des conditions soit tout de même le sujet principal des interactions avec la personne. En effet, nombre d'écrits témoigne de la place démesurée que prend l'adhérence au traitement dans les interactions lorsqu'une personne est visée par une AJS (Banks et al., 2016; Dawson et al., 2016; Edan et al., 2019; Farrelly et Lester, 2014), limitant le travail en partenariat (Corring et al., 2017) et créant un désengagement envers l'équipe (Francombe Pridham et al., 2018) (Pridham 2018). Dans ce contexte le *Recovery Alliance Theory* (Shanley et Jubb-Shanley, 2007) éclaire sur la notion de partenariat en sciences infirmières en soulignant la nécessité d'entretenir une relation caractérisée par la « banalité de la relation » (*ordinariness of the relationship*) et un dialogue ouvert au vécu de la personne. Étant donné les conditions imposées par l'AJS, qui transforment les interactions en une perpétuelle négociation sur le traitement devant être reçu (ou administré), les opportunités de développer une relation thérapeutique basée sur la « banalité » peuvent être limitées. Ainsi, les infirmières d'une étude ont expliqué bénéficier de la possibilité de se dissocier de l'AJS en ayant une autre personne en charge de la médication (Francombe Pridham et al., 2018). Les résultats de notre étude soutiennent le besoin de prioriser des interactions infirmière-personne visant à travailler sur des buts élaborés de manière commune, en dehors des conditions de l'AJS.

Forces de l'étude

Présenter à la fois la perspective d'infirmières et de personne sous AJS est certainement une force de cette étude, permettant au lecteur d'obtenir une description plus complète du sujet et de comparer les différentes perspectives des principaux acteurs concernés. Les participants rencontrés, tant les infirmières que les personnes sous AJS, étaient issus de divers milieux de soins, permettant d'obtenir une variété de perspectives selon différents contextes (interne, externe, équipe mobile, unité de réadaptation, psychiatrie générale, psychiatrie légale). Ensuite, la participation d'un patient partenaire lors de la réalisation de l'étude principale et lors de l'interprétation des résultats du présent travail de recherche a permis d'obtenir une perspective différente de celle de l'étudiante-chercheuse et de confirmer ou nuancer certains résultats selon un savoir expérientiel et une expertise de pair aidant. De plus, l'analyse secondaire de données qualitatives étant relativement peu utilisée en sciences infirmières, cette étude est un exemple

que cette méthodologie, bien que présentant quelques contraintes, peut être utilisée et donner lieu à des résultats intéressants pour la recherche et la pratique infirmière.

Limites de l'étude

Une analyse secondaire de données qualitatives soulève d'emblée plusieurs difficultés pouvant être considérées comme des limites de l'étude. Selon Heaton (2004), trois grands enjeux sont fréquemment rapportés, soit la manière dont les données correspondent à l'étude secondaire (*data fit*), le fait de ne pas avoir été présent lors de la réalisation de l'étude originale et le problème de la vérification des résultats. Tout d'abord, la question de la correspondance des données a été adressée dans la présente étude en utilisant une analyse de type supplémentaire. Tel que mentionné plus haut, ce type d'analyse secondaire permet au chercheur d'explorer une question de recherche qui émerge des données originalement collectées. Ceci permet d'assurer, dans une certaine mesure, que les données correspondront au but de l'étude secondaire (Heaton, 2004). Ensuite, l'importance de la présence du chercheur lors de l'étude originale réfère au principe que la recherche qualitative demande généralement une grande implication du chercheur, tant dans la collecte des données que dans la phase d'analyse (Heaton, 2004). Dans ce cas-ci, le fait que l'étudiante-chercheuse ait participé à la collecte de données, écoutée tous les enregistrements et procédé à l'analyse des données lui ont permis une immersion dans les données et une meilleure compréhension du contexte dans lequel elles ont été collectées. Finalement, l'enjeu de la vérification des résultats est adressé en utilisant des stratégies augmentant la rigueur de l'étude, telles que présentées dans la section « critères de scientificité ».

Ensuite, tel que mentionné dans l'étude principale de Goulet (2017-en cours), une limite en lien avec l'enjeu de la désirabilité sociale pourrait avoir influencé les réponses des participants. Par exemple, les personnes sous AJS pourraient craindre les représailles de leur participation à une telle étude si elles pensent que cela pourrait être mal perçu par l'équipe traitante, bien que les notions de confidentialité soient strictement respectées. Les infirmières, quant à elles, pourraient craindre le jugement de leurs pairs si leur discours n'est pas dans la même lignée que ce qui est prôné dans leur milieu de travail.

Finalement, il a été souligné que les personnes vivant le plus difficilement les impacts des AJS pourraient être moins enclines à participer à une étude sur ce sujet (Corring et al., 2017). Effectivement, le recrutement des participants a été plus difficile pour le groupe de personnes sous AJS, avec plusieurs personnes refusant de participer sous prétexte que l'étude n'améliorerait probablement pas leur situation difficile. Ainsi, les données pourraient être teintées par un groupe de participants potentiellement plus favorables à l'utilisation de l'AJS.

Implications pour les sciences infirmières

Les résultats générés par cette étude permettent de formuler des recommandations pour les sciences infirmières au niveau de la recherche, de la pratique clinique et de la gestion.

D'abord, cette recherche offre une contribution aux connaissances sur la relation thérapeutique infirmière-personne dans le contexte particulier des AJS du point de vue des acteurs concernés. En outre, ces résultats sont spécifiques au contexte et à la législation du Québec en termes d'AJS, ce qui manquait actuellement dans la littérature scientifique. Alors que les écrits scientifiques préexistants offraient des connaissances sur les barrières à la relation thérapeutique ou encore sur les qualités nécessaires pour promouvoir son développement, les résultats de notre étude complètent ces informations en se concentrant davantage sur l'influence de l'AJS sur les parties impliquées et sur leurs interactions, tout en mettant en relief leurs différentes perspectives. Puisqu'il s'agit d'une analyse secondaire, de futures recherches seraient pertinentes pour explorer plus en profondeur les perspectives divergentes des infirmières et des personnes sous AJS quant à la possibilité de développer une relation thérapeutique. Procéder à des entrevues auprès de dyades infirmières-personnes pourrait aider à clarifier si les différents points de vue sont réellement issus de perceptions fondamentalement différentes. En outre, cette recherche a permis de lier le *Recovery Alliance Theory* à un contexte jumelant les aspects cliniques et légaux de la santé mentale, faisant ressortir le creux existant entre la théorie et le milieu clinique. À la lumière de nos résultats, cette théorie semble présenter un idéal de partenariat difficilement atteignable lors de la présence d'une AJS. Des recherches étudiant la possibilité d'intégrer les concepts de cette théorie à la pratique infirmière, par exemple par l'entremise de formations sur les interventions relationnelles, sont nécessaires.

Ensuite, en exposant les points de vue des infirmières et des personnes sous AJS, les enjeux entourant le développement de la relation thérapeutique sont ressortis de l'étude, tels que le contexte peu propice des milieux de santé mentale et la pression induite par l'AJS tant sur la personne pour qui elle est destinée que pour l'infirmière chargée de son bon déroulement. Ainsi, les infirmières travaillant auprès de personnes sous AJS doivent être sensibilisées au fait que ces dernières peuvent présenter des comportements de collaboration laissant croire à la présence d'une relation de confiance, alors que cela n'est pas nécessairement le cas. Un espace de discussion devrait être offert à la personne pour qu'elle puisse exprimer librement son expérience, sans crainte de représailles. De même, les infirmières devraient également bénéficier d'un soutien lorsqu'elles doivent gérer des AJS puisqu'il apparaît clair, à la lumière de nos résultats, que celles-ci amènent un fardeau à leur travail et compliquent le développement d'une relation thérapeutique authentique dans bien des cas.

Finalement, les établissements de santé doivent réfléchir au contexte de travail actuel dans lequel les infirmières de santé mentale doivent évoluer et développer des moyens pour rendre ces milieux plus propices aux interactions entre le personnel et les personnes qui y reçoivent des soins. Le manque de temps et la crainte des représailles nommés par les participants de l'étude témoignent d'enjeux qui ne peuvent être réglés uniquement par les infirmières de manière individuelle. En ayant une position leur conférant une influence sur la qualité des soins et l'organisation du travail, les infirmières gestionnaires devraient être informées des résultats de cette étude afin de mieux soutenir les infirmières de santé mentale qui doivent gérer des mesures coercitives telles que l'AJS dans le quotidien de leur pratique.

Chapitre 6 – Conclusion

Cette recherche qualitative a permis de décrire la relation thérapeutique entre l’infirmière et la personne vivant avec un problème de santé mentale dans le contexte où cette dernière fait l’objet d’une AJS. Les entrevues d’infirmières et de personnes étant ou ayant été sous AJS ont permis d’exposer, puis de mettre en relief, les perspectives des principaux acteurs de cette relation. Les résultats de cette recherche indiquent que l’AJS entraîne une dynamique complexe au sein de la relation entre la personne qui en est visée et l’infirmière. Le déséquilibre de pouvoir amplifié par l’aspect légal de cette mesure provoque des difficultés dans le développement de la relation thérapeutique, se traduisant par un conflit au niveau des rôles devant être adoptés par l’infirmière, par un manque de confiance de la personne envers l’infirmière et par l’utilisation d’une approche axée sur la gestion du risque et la sécurité. Les résultats mettent également de l’avant la divergence qui existe entre les perspectives des infirmières et des personnes sous AJS, témoignant du travail qui doit être fait pour arriver à développer une relation thérapeutique authentique, aux yeux de tous, en dépit des défis engendrés par l’AJS. Alors que l’aspect coercitif de l’AJS envers la personne qui doit s’y conformer avait été soulevé précédemment, cette étude souligne son impact sur l’infirmière, qui est également soumise à des contraintes légales qui la mettent dans la position inconfortable et ardue de devoir faire respecter les conditions de l’AJS. De futures recherches doivent donc non seulement porter sur l’amélioration des habiletés relationnelles des infirmières, mais également sur des manières de soutenir, voir même d’alléger, le travail associé à la gestion des conditions de l’AJS par l’infirmière.

Références bibliographiques

- Anderson, S. A. (2010). The enforcement approach to coercion. *J. Ethics & Soc. Phil.*, 5, i.
- Banks, L. C., Stroud, J. et Doughty, K. (2016). Community treatment orders: exploring the paradox of personalisation under compulsion. *Health & Social Care in the Community*, 24(6), e181-e190. doi: 10.1111/hsc.12268
- Barkhuizen, W., Cullen, A. E., Shetty, H., Pritchard, M., Stewart, R., McGuire, P. et Patel, R. (2020). Community treatment orders and associations with readmission rates and duration of psychiatric hospital admission: a controlled electronic case register study. *BMJ Open*, 10(3), e035121.
- Barnett, P., Matthews, H., Lloyd-Evans, B., Mackay, E., Pilling, S. et Johnson, S. (2018). Compulsory community treatment to reduce readmission to hospital and increase engagement with community care in people with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 5(12), 1013-1022. doi: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30382-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30382-1)
- 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. *Revue de droit et santé de McGill*, 9(2), 337 - 382.
- Berry, L. L., Danaher, T. S., Beckham, D., Awdish, R. L. A. et Mate, K. S. (2017). When Patients and Their Families Feel Like Hostages to Health Care. *Mayo Clinic Proceedings*, 92(9), 1373-1381. doi: 10.1016/j.mayocp.2017.05.015
- Bolsinger, J., Jaeger, M., Hoff, P. et Theodoridou, A. (2019). Challenges and Opportunities in Building and Maintaining a Good Therapeutic Relationship in Acute Psychiatric Settings: A Narrative Review. *Frontiers in psychiatry Frontiers Research Foundation*, 10, 965.
- Brophy, L. et Ring, D. (2004). The Efficacy of Involuntary Treatment in the Community. *Social Work in Mental Health*, 2(2-3), 157-174. doi: 10.1300/J200v02n02_10
- Camann, M. A. (2010). The psychiatric nurse's role in application of recovery and decision-making models to integrate health behaviors in the recovery process. *Issues in Mental Health Nursing*, 31(8), 532-536. doi: 10.3109/01612841003687316
- Churchill, R., Owen, G., Singh, S. et Hotopf, M. (2007). *International Experiences of using Community Treatment Orders*. Department of Health, London.
- Connelly, L. M. (2016). Trustworthiness in Qualitative Research. *Medsurg Nursing*, 25(6), 435-436.

- Cookson, A., Daffern, M. et Foley, F. (2012). Relationship between aggression, interpersonal style, and therapeutic alliance during short-term psychiatric hospitalization. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(1), 20-29. doi: 10.1111/j.1447-0349.2011.00764.x
- 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. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2017.03.002>
- Corring, D., O'Reilly, R. L., Sommerdyk, C. et Russell, E. (2018). What Clinicians Say About the Experience of Working With Individuals on Community Treatment Orders. *Psychiatric Services*, 69(7), 791-796. doi: 10.1176/appi.ps.201700492
- 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(1), 394. doi: 10.1186/s12888-016-1107-z
- Donnelly, V., Lynch, A., Devlin, C., Naughten, L., Gibbons, O., Mohan, D. et Kennedy, H. G. (2011). Therapeutic alliance in forensic mental health: coercion, consent and recovery. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 28(1), 21-28. doi: 10.1017/S0790966700011861
- Dunster-Page, C., Haddock, G., Wainwright, L. et Berry, K. (2017). The relationship between therapeutic alliance and patient's suicidal thoughts, self-harming behaviours and suicide attempts: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 223, 165-174. doi: 10.1016/j.jad.2017.07.040
- Easter, A., Pollock, M., Pope, L. G., Wisdom, J. P. et Smith, T. E. (2016). Perspectives of Treatment Providers and Clients with Serious Mental Illness Regarding Effective Therapeutic Relationships. *Journal of Behavioral Health Services and Research*, 43(3), 341-353. doi: 10.1007/s11414-015-9492-5
- 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. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2019.04.001>
- Farrelly, S. et Lester, H. (2014). Therapeutic relationships between mental health service users with psychotic disorders and their clinicians: a critical interpretive synthesis. *Health Soc Care Community*, 22(5), 449-460. doi: 10.1111/hsc.12090
- Felton, A., Repper, J. et Avis, M. (2018). Therapeutic relationships, risk, and mental health practice. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(3), 1137-1148. doi: 10.1111/inm.12430
- 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. doi: 10.1016/j.ijlp.2018.02.007
- Frank, D., Fan, E., Georghiou, A. et Verter, V. (2019). Community Treatment Order Outcomes in Quebec: A Unique Jurisdiction. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 65, 070674371989271. doi: 10.1177/0706743719892718
- Gandi, J. C. et Wai, P. S. (2010). Impact of Partnership in Coping in mental health recovery: an experimental study at the Federal Neuro-Psychiatric Hospital, Kaduna. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19(5), 322-330. doi: 10.1111/j.1447-0349.2010.00682.x
- Gardner, A. (2010). Therapeutic friendliness and the development of therapeutic leverage by mental health nurses in community rehabilitation settings. *Contemporary Nurse*, 34(2), 140-148. doi: 10.5172/conu.2010.34.2.140
- Goulet, M.-H. (2017-en cours). L'ordonnance de traitement en santé mentale : un portrait des perspectives des acteurs clés au Québec
- 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. *International Journal of Forensic Mental Health*, 1-15. doi: 10.1080/14999013.2019.1619000
- Harris, A., Chen, W., Jones, S., Hulme, M., Burgess, P. et Sara, G. (2019). Community treatment orders increase community care and delay readmission while in force: Results from a large population-based study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 53(3), 228-235. doi: 10.1177/0004867418758920
- Harris, B. A. et Panozzo, G. (2019). Therapeutic alliance, relationship building, and communication strategies-for the schizophrenia population: An integrative review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 33(1), 104-111. doi: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.08.003>
- Heaton, J. (2004). Reworking Qualitative Data. Dans. doi: 10.4135/9781849209878. Repéré à <https://methods.sagepub.com/book/reworking-qualitative-data>
- Heaton, J. (2008). Secondary analysis of qualitative data : an overview. *Historical Social Research*, 33(3), 33-45.
- Höfer, F. X. E., Habermeyer, E., Mokros, A., Lau, S. et Gairing, S. K. (2015). The Impact of Legal Coercion on the Therapeutic Relationship in Adult Schizophrenia Patients. *PloS One*, 10(4), e0124043. doi: 10.1371/journal.pone.0124043
- Hotzy, F. et Jaeger, M. (2016). Clinical Relevance of Informal Coercion in Psychiatric Treatment—A Systematic Review. *Frontiers in psychiatry*, 7(197). doi: 10.3389/fpsy.2016.00197

- Jansson, S. et Fridlund, B. (2016). Perceptions Among Psychiatric Staff of Creating a Therapeutic Alliance With Patients on Community Treatment Orders. *Issues in Mental Health Nursing*, 37(10), 701-707. doi: 10.1080/01612840.2016.1216207
- Jensen, D. (2008). The SAGE Encyclopedia of Qualitative Research Methods. doi: 10.4135/9781412963909
- Johansson, H. et Jansson, J. A. (2010). Therapeutic alliance and outcome in routine psychiatric out-patient treatment: patient factors and outcome. *Psychology and Psychotherapy*, 83(Pt 2), 193-206. doi: 10.1348/147608309x472081
- Kisely, S. (2016). Canadian Studies on the Effectiveness of Community Treatment Orders. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 61(1), 7-14. doi: 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*, 3, Cd004408. doi: 10.1002/14651858.CD004408.pub5
- L'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec (2014). *L'ABC de l'autorisation judiciaire de soins : Je me renseigne, je me prépare.*
- Lawton-Smith, S. (2005). A question of numbers. The potential impact of community-based treatment orders in England and Wales. London: King's Fund.
- Light, E., Kerridge, I., Ryan, C. et Robertson, M. (2012). Community treatment orders in Australia: rates and patterns of use. *Australas Psychiatry*, 20(6), 478-482. doi: 10.1177/1039856212466159
- Light, E. M., Robertson, M. D., Boyce, P., Carney, T., Rosen, A., Cleary, M., . . . Kerridge, I. H. (2014). The lived experience of involuntary community treatment: a qualitative study of mental health consumers and carers. *Australas Psychiatry*, 22(4), 345-351. doi: 10.1177/1039856214540759
- Light, E. M., Robertson, M. D., Boyce, P., Carney, T., Rosen, A., Cleary, M., . . . Kerridge, I. H. (2017). How shortcomings in the mental health system affect the use of involuntary community treatment orders. *Australian Health Review*, 41(3), 351-356.
- Lincoln, Y. S. et Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, Calif.: Sage Publications.
- Loiselle, C. G., Polit, D. F. et Beck, C. T. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières : approches quantitatives et qualitatives*. Saint-Laurent, Québec: Éditions du Renouveau pédagogique.

- Maughan, D., Molodynski, A., Rugkåsa, J. et Burns, T. (2014). A systematic review of the effect of community treatment orders on service use. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(4), 651-663. doi: 10.1007/s00127-013-0781-0
- McAllister, S., Robert, G., Tsianakas, V. et McCrae, N. (2019). Conceptualising nurse-patient therapeutic engagement on acute mental health wards: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 93, 106-118. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.02.013>
- McMillan, J., Lawn, S. et Delany-Crowe, T. (2019). Trust and Community Treatment Orders. *Frontiers in psychiatry*, 10, 349-349. doi: 10.3389/fpsy.2019.00349
- Mfoafo-M'Carthy, M. (2014). Community treatment orders and the experiences of ethnic minority individuals diagnosed with serious mental illness in the Canadian mental health system. *International Journal for Equity in Health*, 13(1), 69.
- Miles, M. B., Huberman, A. M. et Saldaña, J. (2020). *Qualitative data analysis : a methods sourcebook*. (Fourth edition.° éd.). Los Angeles: SAGE.
- Molina-Mula, J. et Gallo-Estrada, J. (2020). Impact of Nurse-Patient Relationship on Quality of Care and Patient Autonomy in Decision-Making. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(3). doi: 10.3390/ijerph17030835
- Molina-Mula, J., Gallo-Estrada, J. et Perelló-Campaner, C. (2017). Impact of Interprofessional Relationships from Nurses' Perspective on the Decision-Making Capacity of Patients in a Clinical Setting. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(1). doi: 10.3390/ijerph15010049 Repéré à <https://doi.org/10.3390/ijerph15010049>
- Morck, A. C. (2016). Right There, in the Midst of It: Impacts of the Therapeutic Relationship on Mental Health Nurses. *Journal of Applied Hermeneutics*, 1 - 21.
- Moreno-Poyato, A. R., Montesó-Curto, P., Delgado-Hito, P., Suárez-Pérez, R., Aceña-Domínguez, R., Carreras-Salvador, R., . . . Roldán-Merino, J. F. (2016). The Therapeutic Relationship in Inpatient Psychiatric Care: A Narrative Review of the Perspective of Nurses and Patients. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(6), 782-787. doi: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.03.001>
- Moreno-Poyato, A. R., Rodriguez-Nogueira, O. et Mi, R. C. A. T. w. g. (2020). The association between empathy and the nurse-patient therapeutic relationship in mental health units: a cross-sectional study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 13.
- Morvillers, J. M., Rothan-Tondeur, M. (2017). A qualitative evaluation of patient's perceptions of therapeutic alliance on mental health acute inpatient wards. *Clinical Research and Trials*, 3. doi: 10.15761/CRT.1000205

- Mullen, R., Dawson, J. et Gibbs, A. (2006). Dilemmas for clinicians in use of Community Treatment Orders. *International Journal of Law and Psychiatry*, 29(6), 535-550. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2006.09.002>
- Nakhost, A., Sirotich, F., Pridham, K. M. F., Stergiopoulos, V. et Simpson, A. I. F. (2018). Coercion in Outpatients under Community Treatment Orders: A Matched Comparison Study. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 63(11), 706743718766053-706743718766053. doi: 10.1177/0706743718766053
- Neergaard, M. A., Olesen, F., Andersen, R. S. et Sondergaard, J. (2009). Qualitative description – the poor cousin of health research? *BMC Medical Research Methodology*, 9(1), 52. doi: 10.1186/1471-2288-9-52
- Newton-Howes, G. et Banks, D. (2013). The subjective experience of community treatment orders: Patients' views and clinical correlations. *International Journal of Social Psychiatry*, 60(5), 474-481. doi: 10.1177/0020764013498870
- Norvoll, R. et Pedersen, R. (2016). Exploring the views of people with mental health problems' on the concept of coercion: Towards a broader socio-ethical perspective. *Social Science and Medicine*, 156, 204-211. doi: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.03.033>
- Nytingnes, O., Ruud, T. et Rugkåsa, J. (2016). 'It's unbelievably humiliating'-Patients' expressions of negative effects of coercion in mental health care. *International Journal of Law and Psychiatry*, 49, 147-153. doi: 10.1016/j.ijlp.2016.08.009
- 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.
- Pazargadi, M., Fereidooni Moghadam, M., Fallahi Khoshknab, M., Alijani Renani, H. et Molazem, Z. (2015). The Therapeutic Relationship in the Shadow: Nurses' Experiences of Barriers to the Nurse-Patient Relationship in the Psychiatric Ward. *Issues in Mental Health Nursing*, 36(7), 551-557. doi: 10.3109/01612840.2015.1014585
- Pepin, J., Ducharme, F. et Kérouac, S. (2010). *La pensée infirmière*. (3e éd.^e éd.). Montréal: Chenelière-éducation.
- Peplau, H. E. (1997). Peplau's theory of interpersonal relations. *Nursing Science Quarterly*, 10(4), 162-167. doi: 10.1177/089431849701000407
- Pomey, M.-P., Flora, L., Karazivan, P., Dumez, V., Lebel, P., Vanier, M.-C., . . . Jouet, E. (2015). Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Santé Publique*, S1(HS), 41-50. doi: 10.3917/spub.150.0041

- Pridham, K. M., Berntson, A., Simpson, A. I., Law, S. F., Stergiopoulos, V. et Nakhost, A. (2016). Perception of Coercion Among Patients With a Psychiatric Community Treatment Order: A Literature Review. *Psychiatric Services*, 67(1), 16-28. doi: 10.1176/appi.ps.201400538
- Riley, H., Lorem, G. F. et Høyer, G. (2018). Community treatment orders - what are the views of decision makers? *Journal of Mental Health*, 27(2), 97-102. doi: 10.1080/09638237.2016.1207230
- Roviralta-Vilella, M., Moreno-Poyato, A. R., Rodriguez-Nogueira, O., Duran-Jorda, X., Roldan-Merino, J. F. et Mi, R. C. A. T. W. G. (2019). Relationship between the nursing practice environment and the therapeutic relationship in acute mental health units: A cross-sectional study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(6), 1338-1346.
- Rugkåsa, J. et Burns, T. (2017). Community treatment orders: Are they useful? *BJPsych Advances*, 23(4), 222-230. doi: 10.1192/apt.bp.115.015743
- Rugkasa, J., Nytingnes, O., Simonsen, T. B., Benth, J. S., Lau, B., Riley, H., . . . Hoyer, G. (2019). The use of outpatient commitment in Norway: Who are the patients and what does it involve? *International Journal of Law and Psychiatry*, 62, 7-15. doi: 10.1016/j.ijlp.2018.11.001
- Rungruangsiripan, M., Sitthimongkol, Y., Maneesriwongul, W., Talley, S. et Vorapongsathorn, T. (2011). Mediating role of illness representation among social support, therapeutic alliance, experience of medication side effects, and medication adherence in persons with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(4), 269-283. doi: 10.1016/j.apnu.2010.09.002
- Sandelowski, M. (2000). Whatever happened to qualitative description? *Research in Nursing and Health*, 23(4), 334-340.
- Sandelowski, M. (2010). What's in a name? Qualitative description revisited. *Research in Nursing and Health*, 33(1), 77-84. doi: 10.1002/nur.20362
- Scanlon, A. (2006). Psychiatric nurses perceptions of the constituents of the therapeutic relationship: a grounded theory study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(3), 319-329. doi: 10.1111/j.1365-2850.2006.00958.x
- Shanley, E. et Jubb-Shanley, M. (2007). The recovery alliance theory of mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(8), 734-743. doi: 10.1111/j.1365-2850.2007.01179.x
- Shanley, E. et Jubb-Shanley, M. (2012). Coping focus counselling in mental health nursing. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(6), 504-512. doi: 10.1111/j.1447-0349.2012.00817.x

- Snow, N. et Austin, W. J. (2009). Community treatment orders: the ethical balancing act in community mental health. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(2), 177-186. doi: 10.1111/j.1365-2850.2008.01363.x
- Stensrud, B., Hoyer, G., Granerud, A. et Landheim, A. S. (2015). "Life on hold": a qualitative study of patient experiences with outpatient commitment in two norwegian counties. *Issues in Mental Health Nursing*, 36(3), 209-216. doi: 10.3109/01612840.2014.955933
- Strandås, M. et Bondas, T. (2018). The nurse–patient relationship as a story of health enhancement in community care: A meta-ethnography. *Journal of Advanced Nursing*, 74(1), 11-22. doi: 10.1111/jan.13389
- Stroud, J., Banks, L. et Doughty, K. (2015). Community treatment orders: learning from experiences of service users, practitioners and nearest relatives. *J Ment Health*, 24(2), 88-92. doi: 10.3109/09638237.2014.998809
- Swartz, M. S., Wilder, C. M., Swanson, J. W., Van Dorn, R. A., Robbins, P. C., Steadman, H. J., . . . Monahan, J. (2010). Assessing outcomes for consumers in New York's assisted outpatient treatment program. *Psychiatric Services*, 61(10), 976-981. doi: 10.1176/ps.2010.61.10.976
- Szmukler, G. (2008). Treatment pressures, coercion and compulsion in mental health care. *Journal of Mental Health*, 17(3), 229-231. doi: 10.1080/09638230802156731
- Tate, J. A. et Happ, M. B. (2018). Qualitative Secondary Analysis: A Case Exemplar. *Journal of Pediatric Health Care*, 32(3), 308-312. doi: 10.1016/j.pedhc.2017.09.007
- Theodoridou, A., Schlatter, F., Ajdacic, V., Rossler, W. et Jager, M. (2012). Therapeutic relationship in the context of perceived coercion in a psychiatric population. *Psychiatry Research*, 200(2-3), 939-944. doi: 10.1016/j.psychres.2012.04.012
- Thibeault, C. (2016). An Interpretation of Nurse-Patient Relationships in Inpatient Psychiatry: Understanding the Mindful Approach. *Global qualitative nursing research*, 3, 2333393616630465. doi: 10.1177/2333393616630465
- Thorne, S. (1998). Ethical and representational issues in qualitative secondary analysis. *Qualitative Health Research*, 8(4), 547-555. doi: 10.1177/104973239800800408
- Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. FA Davis Company.
- Tripathy, J. P. (2013). Secondary Data Analysis: Ethical Issues and Challenges. *Iranian Journal of Public Health*, 42(12), 1478-1479.
- Unhjem, J. V., Vatne, S. et Hem, M. H. (2018). Transforming nurse-patient relationships-A qualitative study of nurse self-disclosure in mental health care. *Journal of Clinical Nursing*, 27(5-6), e798-e807. doi: 10.1111/jocn.14191

- Vahidi, M., Ebrahimi, H., Areshtanab, H. N., Jafarabadi, M. A., Lees, D., Foong, A. et Cleary, M. (2018). Therapeutic Relationships and Safety of Care in Iranian Psychiatric Inpatient Units. *Issues in Mental Health Nursing*, 39(11), 967-976. doi: 10.1080/01612840.2018.1485795
- Vatne, S. et Fagermoen, M. S. (2007). To correct and to acknowledge: two simultaneous and conflicting perspectives of limit-setting in mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(1), 41-48. doi: 10.1111/j.1365-2850.2007.01037.x
- 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. doi: 10.1016/j.socscimed.2019.01.031
- Vergunst, F., Rugkåsa, J., Koshiaris, C., Simon, J. et Burns, T. (2017). Community treatment orders and social outcomes for patients with psychosis: a 48-month follow-up study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(11), 1375-1384. doi: 10.1007/s00127-017-1442-5
- Wyder, M., Bland, R., Blythe, A., Matarasso, B. et Crompton, D. (2015). Therapeutic relationships and involuntary treatment orders: service users' interactions with health-care professionals on the ward. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(2), 181-189. doi: 10.1111/inm.12121
- Yanos, P. T., O'Connor, L. K., DeLuca, J. S., Fregenti, S. et Reji, P. M. (2020). Assisted outpatient treatment orders and the therapeutic relationship in Assertive Community Treatment: a mixed-methods study. *Psychosis*, 12(1), 23-33. doi: 10.1080/17522439.2019.1670232
- Zugai, J. S., Stein-Parbury, J. et Roche, M. (2015). Therapeutic Alliance in Mental Health Nursing: An Evolutionary Concept Analysis. *Issues in Mental Health Nursing*, 36(4), 249-257. doi: 10.3109/01612840.2014.969795

Annexe A – Guides d’entrevue

Grille d’entretien individuel semi-dirigé avec les personnes ayant fait l’objet d’une ordonnance de traitement

Présentation

Bonjour, mon nom est (*nom du patient partenaire*). Je suis patient partenaire dans le projet de recherche ayant pour titre : *L’ordonnance de traitement en santé mentale : un portrait des perspectives des acteurs clés au Québec*. Je suis patient partenaire, c’est-à-dire que j’ai un diagnostic en santé mentale et j’ai déjà eu une ordonnance de traitement par le passé. Le projet vise à dresser un portrait de l’ordonnance de traitement au Québec selon les différentes personnes impliquées : patients, familles et professionnels.

Plus précisément, pour cet entretien, nous voulons votre *perception sur votre expérience liée à l’ordonnance de traitement*. Ceci nous sera utile pour mieux comprendre la situation et pour proposer des recommandations.

Pour faciliter la discussion, l’entretien sera enregistré sur bande audio. Je vous garantis que les réponses seront traitées dans la plus stricte confidentialité. En clair, votre identité ne sera jamais dévoilée et aucune information ne sera transmise à votre équipe traitante. La procédure d’enregistrement nous permet de ne manquer aucune information. Vous avez en face de vous un formulaire de consentement. Je vous demande de le lire. Je vous donne à cet effet quelques minutes de lecture. Puis je recevrai toute interrogation ou commentaire que vous pourriez avoir sur ce consentement (attendre).

(Réponse aux interrogations et réaction aux commentaires si nécessaire).

Je vous demande maintenant de signer le consentement.

- (Si la personne s’objecte à participer : traiter selon le principe de choix libre et éclairé.)
- (Si la personne accepte de participer, mais s’oppose à l’enregistrement audio : l’enregistrement n’est pas possible.)
- (Si la personne ne s’oppose pas : poursuivre la rencontre.)

*** L'entrevue débute seulement lorsque le formulaire de consentement est signé.***

L'enregistrement débute seulement lorsque le formulaire de consentement est signé.

1. Remplir le questionnaire sociodémographique avec la personne.

2. Questions à aborder

1. La personne et son environnement

- a. Quel type de logement habitez-vous?
- b. Parlez-moi de ce que vous faites chaque jour (exemples : activités quotidiennes, travail, bénévolat).
- c. Parlez-moi de vos relations avec votre famille.
 - i. Comment sont-ils compréhensifs face à vous et à votre maladie?
 - ii. Comment pensez-vous que l'aide de votre famille vous a aidé ou nui?
- d. Êtes-vous dans une relation amoureuse?
 - i. Si la réponse est oui :
 1. Comment est-il(elle) compréhensif(ve) face à vous et à votre maladie?
 2. Comment pensez-vous que son aide vous a aidé ou nui?
 - ii. Si la réponse est non :
 1. Voulez-vous avoir une relation amoureuse avec quelqu'un?
 2. Qu'est-ce qui vous en empêche?
- e. Avez-vous des gens dans votre entourage que vous considérez comme des amis?
 - i. Comment sont-ils compréhensifs face à vous et à votre maladie?
 - ii. Ont-ils également un problème de santé mentale?
 - iii. Comment pensez-vous que l'aide de vos amis vous ont aidé ou nui?
- f. Comment décririez-vous vos forces en tant que personne?

2. La santé

- a. Comment ressentez-vous les symptômes de votre maladie?

- b. Avez-vous reçu de l'information sur votre maladie?
- c. Si vous avez des symptômes, vous préoccupent-ils?
- d. Pensez-vous avoir besoin de médication?
- e. Si vous prenez des médicaments, est-ce qu'ils vous aident à réduire les symptômes?
 - i. Les effets secondaires vous affectent-ils? Si oui, de quelle façon?
- f. Pensez-vous que la maladie affecte vos projets pour l'avenir (emploi, famille)
- g. Êtes-vous préoccupé par le retour des symptômes?

3. L'ordonnance de traitement

- a. Pour vous, qu'est-ce qu'une ordonnance de traitement?
- b. Vous souvenez-vous quand votre ordonnance de traitement a commencé?
- c. Pouvez-vous me parler du contexte qui a fait en sorte que vous avez été mis sous ordonnance de traitement?
- d. Avez-vous eu des contacts avec la police?
 - i. Si oui, comment cela s'est-il passé?
 - ii. Quel est votre lien avec la police?
- e. Parlez-moi de votre vie avant l'ordonnance de traitement.
- f. Parlez-moi de votre vie durant l'ordonnance de traitement.
 - i. Comment vous sentiez-vous?
 - ii. Veuillez décrire la relation que vous aviez avec vos intervenants en santé mentale (*infirmière, psychiatre, autres intervenants s'il y a lieu*).
 - iii. Est-ce que vos proches ont été impliqués dans vos soins en santé mentale?
- g. Parlez-moi de votre vie après l'ordonnance de traitement.
 - i. Est-ce que votre relation avec votre famille a changé?
Dans l'affirmative, de quelle façon?
 - ii. Est-ce que votre relation avec vos intervenants a changé?
Dans l'affirmative, de quelle façon?
 - iii. Comment vous sentez-vous maintenant par rapport à l'ordonnance de traitement?

- h. Quelles conséquences l'ordonnance de traitement a eu sur votre vie?
 - i. La santé
 - ii. Activités quotidiennes
 - iii. Vie familiale
 - iv. Vie amoureuse
- i. Qu'avez-vous trouvé le plus difficile pendant votre ordonnance de traitement?
- j. Qu'avez-vous trouvé le plus aidant pendant votre ordonnance de traitement?
- k. Y aurait-il pu y avoir une alternative à votre ordonnance de traitement?
 - i. Si oui, demander lesquelles
- l. Quelle(s) recommandation(s) proposeriez-vous en lien avec les ordonnances de traitement?

Y a-t-il quelque chose dont nous n'avons pas parlé à propos des ordonnances de traitement et qui vous semble important?

Nous vous remercions d'avoir accepté de participer à cette entrevue. Les renseignements recueillis sont confidentiels et ne seront utilisés qu'aux fins de l'analyse des données.

Grille d'entretien individuel semi-dirigé
avec les professionnels de la santé, avocats et psychiatres

Présentation

Bonjour, mon nom est Marie-Hélène Goulet. Je suis chercheuse pour l'étude ayant pour titre : *L'ordonnance de traitement en santé mentale : un portrait des perspectives des acteurs clés au Québec*. Je fais mon postdoctorat à la Faculté de droit de l'Université McGill.

Le projet vise à dresser un portrait de l'ordonnance de traitement au Québec selon les différentes personnes impliquées : patients, familles et professionnels.

Plus précisément, pour cet entretien, votre perception du contexte et des interventions faites auprès d'une clientèle sous ordonnance de traitement. Ceci nous sera utile pour mieux comprendre la situation au Québec et pour proposer des recommandations.

Pour faciliter la discussion, l'entretien sera enregistré sur bande audio. Je vous garantis que les réponses seront traitées dans la plus stricte confidentialité. En clair, votre identité ne sera jamais dévoilée. La procédure d'enregistrement nous permet de ne manquer aucune information. Vous avez en face de vous un formulaire de consentement. Je vous demande de le lire. Je vous donne à cet effet quelques minutes de lecture. Puis je recevrai toute interrogation ou commentaire que vous pourriez avoir sur ce consentement (attendre).

(Réponse aux interrogations et réaction si nécessaire aux commentaires).

Je vous demande maintenant de signer le consentement.

- (Si la personne s'objecte à participer : traiter selon le principe de choix libre et éclairé.)
- (Si la personne accepte de participer, mais s'oppose à l'enregistrement audio : l'enregistrement n'est pas possible.)
- (Si la personne ne s'oppose pas : poursuivre la rencontre.)

*** L'entrevue débute seulement lorsque le formulaire de consentement est signé.***

L'enregistrement débute seulement lorsque le formulaire de consentement est signé.

1. Remplir le questionnaire sociodémographique avec la personne.

2. Questions à aborder.

1. La personne et son environnement

- a. Quelle est votre occupation?
- a. Pouvez-vous me parler de votre contexte de travail en lien avec la clientèle sous ordonnance de traitement?

Au besoin, suggérer de grandes catégories (ex. : caractéristiques des personnes sous ordonnance de traitement, équipe de travail, organisation du travail, milieu physique.)

2. L'ordonnance de traitement

- a. Pour vous, qu'est-ce qu'une ordonnance de traitement?
 - i. *Quelles sont les conditions à respecter?*
- b. Avez-vous reçu de la formation sur l'ordonnance de traitement?
Dans l'affirmative, explicitez.
- c. En lien avec l'ordonnance de traitement, quel est votre rôle?
- d. Quelle est la place des proches dans l'application des ordonnances de traitement?
- e. Selon vous, quelles sont les conséquences l'ordonnance de traitement?
Au besoin, suggérer de grandes catégories (ex. : suivi thérapeutique, santé de la personne, fonctionnement psychosocial de la personne, contexte de travail)?
- f. Comment vous sentez-vous lorsque vous avez à appliquer une ordonnance de traitement?
 - i. Que trouvez-vous le plus difficile?
 - ii. Que trouvez-vous le plus facilitant?
- g. Comment l'ordonnance de traitement est-elle reçue par la personne qui en fait l'objet?

- h. Comment qualifieriez-vous vos interactions avec les personnes sous ordonnance de traitement?
- i. Y aurait-il pu y avoir une alternative à l'ordonnance de traitement?
 - i. Si oui, demander lesquelles*
- j. Comment vous situez-vous par rapport à l'ordonnance de traitement?
- k. Quelle(s) recommandation(s) proposeriez-vous en lien avec les ordonnances de traitement?

Y a-t-il quelque chose dont nous n'avons pas parlé à propos des ordonnances de traitement et qui vous semble important?

Nous vous remercions d'avoir accepté de participer à cette entrevue. Les renseignements recueillis sont confidentiels et ne seront utilisés qu'aux fins de l'analyse des données.

Annexe B – Questionnaires sur les données sociodémographiques

Questionnaire sur les données sociodémographiques pour les personnes ayant fait l'objet d'une ordonnance de traitement

1. Quelle est votre année de naissance? _____
2. Quel est votre genre (sexe) :
 - a. Féminin
 - b. Masculin
 - c. Autre
3. Quel est votre état civil? :
 - a. Célibataire
 - b. Marié
 - c. Divorcé
 - d. Conjoint de fait
 - e. Veuf
 - f. Séparé
4. Quel est votre plus haut niveau d'études atteint?
 - a. Moins qu'un diplôme d'études secondaires
 - b. Diplôme d'études secondaires
 - c. Diplôme d'études collégiales
 - d. Diplôme d'études universitaires
5. Quelle est votre occupation? _____
6. Quel est votre diagnostic? _____
7. Quelle a été la durée de votre ordonnance de traitement?
 - a. Date de début : _____
 - b. Date de fin : _____
8. Depuis combien d'années avez-vous un suivi en santé mentale? _____
9. Quelle est la fréquence de votre suivi en santé mentale?
 - a. À chaque semaine
 - b. À chaque mois
 - c. Quelques fois par année
 - d. Une fois par année
 - e. Je ne suis plus suivi pour une problématique de santé mentale

Questionnaire sur les données sociodémographiques
pour professionnels de la santé, psychiatres et avocats

1. Quelle est votre année de naissance? _____
2. Quel est votre genre (sexe) :
 - a. Féminin
 - b. Masculin
 - c. Autre
3. Quelle est votre profession? _____
4. Quel est votre milieu de travail? _____
5. Combien d'années d'expérience avez-vous en santé mentale? _____
6. Combien d'années d'expérience avez-vous avec une clientèle sous ordonnance de traitement? _____
7. Quelle est la fréquence approximative de vos contacts avec une personne sous ordonnance de traitement?
 - a. À chaque jour
 - b. À chaque semaine
 - c. À chaque mois
 - d. Quelques fois par année
 - e. Une fois par année

Annexe C – Guide de codes

GUIDE DE CODES

INFIRMIÈRE

Caractéristiques de l’infirmière : caractéristiques de l’infirmière qui influencent le développement de la relation thérapeutique.

Le travail de l’infirmière

Rôle : Le rôle de l’infirmière en contexte d’AJS qui influence le développement de la RT.

Conflit entre soin et coercition : dilemme éthique que l’infirmière vit entre son rôle de soignante et celui de devoir faire respecter les conditions de l’AJS.

Habilités thérapeutiques de l’infirmière

Différentes méthodes utilisées par l’infirmière pour développer la relation thérapeutique.

Dévoilement de soi : L’infirmière s’ouvre à l’autre personne afin de favoriser le lien et aider la personne à cheminer dans sa propre situation.

Relation normale : Capacité de l’infirmière à être amicale et accessible, à développer une « relation ordinaire » avec la personne afin de démontrer de l’humanité.

Utilisation de l’humour : L’infirmière utilise l’humour pour développer un lien avec la personne.

Donner de l’information/éducation : L’infirmière informe/éduque la personne pour que celle-ci comprenne la situation et soit en mesure d’exercer un contrôle (autodétermination) sur celle-ci.

Être présente : L’infirmière démontre sa présence à l’autre personne; prend son temps afin de développer la relation.

Focuser sur le positif : L’infirmière mise sur le positif de la situation et sur les forces de la personne.

Compréhension de l’autre : Manière d’être qui permet d’augmenter la sensibilité et l’ouverture au vécu de l’autre personne.

Émotions de l’infirmière : émotions vécues par l’infirmière qui peuvent influencer la relation thérapeutique.

PATIENT

Caractéristiques de la personne

Caractéristiques de la personne qui influencent le développement de la relation thérapeutique.

Dangerosité : perception selon laquelle toute personne sous AJS présente un danger pour elle-même ou autrui.

Émotions

Émotions du patient : Émotions vécues par la personne sous AJS qui peuvent influencer la relation thérapeutique.

Émotions selon infirmière : émotions projetées par le patient selon le point de vue de l’infirmière.

RELATION THÉRAPEUTIQUE

Importance de la relation thérapeutique : Ce que la relation thérapeutique peut créer pour la personne ou l'infirmière; ce qu'elle permet d'accomplir.

Adhérence au traitement : Élément central des interactions entre l'infirmière et la personne sous AJS.

Développement de la relation thérapeutique

Temporalité : La relation thérapeutique avant, pendant et après l'AJS.

Confiance : élément important pour permettre le développement de la relation.

Relation difficile : La relation est mauvaise, superficielle ou non existante.

L'AJS comme opportunité : L'AJS permet de créer le lien, de développer la relation.

ENVIRONNEMENT

Contexte

Contexte dans lequel doit se développer la relation thérapeutique.

Contacts forcés : Les contacts entre l'infirmière et la personne sous AJS se font dans un contexte forcé en raison du cadre juridique.

Manque de temps/ressources : Contexte institutionnel/organisationnel créant un manque de temps et de ressources pour l'infirmière.

Approche

Approche véhiculée par l'infirmière envers la personne sous AJS

Humanisme : Approche basée sur le respect de l'autre, où la personne est considérée dans toute son individualité.

Partenariat : Approche visant la collaboration, l'autodétermination et la participation active de la personne.

Paternalisme : Approche où l'infirmière est en position d'autorité par rapport à la personne.

Relation de pouvoir : Asymétrie dans la relation (*power imbalance*).

Gestion du risque : Approche mettant la sécurité au premier plan.

Annexe D – Exemple de codification

The screenshot shows the QDA Miner interface with a document titled "QDA Miner - Projet maîtrise.ppt". The document text is as follows:

ne prends pas ta médication, tu sais ce qui va arriver. » Ce n'est plus, ça ne reste pas clinique. Ça reste légal. « Si je ne la prends pas, il y aura des conséquences légales. » Donc, on n'arrive pas à revenir au clinique. Oui on va lui dire : « Il y a des chances que tu refasses une psychose. » Puis plein de choses comme ça, mais ce qu'on a en tête, c'est quand même le légal. Veut veut pas, c'est teinté et je pense que le patient le ressent. Il y a des équipes qui vont carrément être heureux qu'il y a des ordonnances de traitement, parce que là c'est « Hey, on va avoir le contrôle. Faque il ne pourra plus dire non, on va pouvoir le knocker. » Comme on dit des fois dans le milieu en. Très humain.

MH : Vous entendez de tout.

P : J'entend de tout. Ça ne me décourage pas, parce que justement je me dis « Il y a encore beaucoup de travail à faire. Pas juste chez le patient. » C'est une motivation supplémentaire à vouloir changer les choses, mais c'est dur.

MH : Puis, pour le patient, est-ce qu'il y a des effets positifs ou négatifs à l'ordonnance de traitement ?

P : Oui. Il y a le côté positif, c'est évident, il sort de sa crise. Il sort de sa maladie rapidement. Côté négatif, évidemment on brime, c'est pour moi, l'auto-détermination, la viabilité de son corps. Ça, ça rentre dans plein pleins pleins de critères. Tsé, on injecte, moi je sais, j'injecte des produits que même la science ne sait pas exactement où ça agit. Faque tsé, moi j'injecte ça dans le corps d'un être humain pis même moi, je ne suis pas sûr d'où ça va agir. Je n'aimerais pas qu'on me le fasse à moi non plus, mais c'est quoi qu'on fait ? Si je ne le fais pas, il y a le juge qui va... En tous cas, bref. Donc oui, le manque d'autonomie du patient. La non malfaisance, c'est là que je me questionne. Est-ce que je fais de la malfaisance en injectant un produit ? Je ne connais même pas exactement son effet, son mode d'action, pas sûr non plus. Mais par l'expérience, on voit quand même qu'il y a des effets bénéfiques, faque on le fait quand même. Ce n'est quand même pas un centre de recherche, ce n'est quand même pas, tsé. On sait qu'il y a des effets positifs, on espère qu'ils vont arriver aussi sur le patient, donc on le fait quand même, mais c'est vrai qu'éthiquement, ça... Il y a des dilemmes majeurs, à chaque fois.

MH : Puis qu'est-ce que... Vous avez abordé plusieurs choses que vous trouvez difficile, mais qu'est-ce que vous trouvez de plus difficile dans tout ce processus-là de l'ordonnance de traitement ?

P : Moi c'est vraiment la durée. C'est la durée, des fois, je suis comme : « Pourquoi il est encore en ordonnance de traitement, il fonctionne bien, il va bien. On pourrait obtenir un consentement libre et éclairé puis le tester, pour voir si on peut lui faire confiance. » Moi c'est vraiment sur la durée.

MH : Puis est-ce qu'il y a quelque chose de plus facilitant dans l'ordonnance de traitement ? Qui est aidant en fait.

P : Mais ce qui est aidant, c'est qu'effectivement, ça peut être un levier au début du traitement. Ça peut nous permettre ? 43:08 d'au moins essayer des médicaments, pour voir, tsé, pour calmer la crise. Ça nous laisse l'opportunité de quand même le médicamenter, malgré un refus qui serait délirant, qui ne comprendrait pas.

MH : Ouais. Puis par rapport plus à votre contexte de travail, avec l'équipe, vous avez dit comme conséquence dans certaines équipes il y a un certain soulagement, je dirais. Donc si vous voyez d'autres... Est-ce qu'il y a une façon de travailler différente avec les personnes qui sont sur ordonnance de traitement ? Ben vous...

P : Par rapport à l'équipe ?

MH : Ouais.

P : Je dirais que l'ordonnance de traitement, elle va s'appliquer de façon brutale en début de traitement. Ok, là il n'y a personne qui va lui laisser une chance. Ça va être : « T'as pas le choix. » Et le moindre refus, appelle le [REDACTED] qui est la sécurité à [REDACTED]. Donc là c'est sûr, on appelle [REDACTED], ça finit en injection, c'est sûr. Pis là, c'est souvent même pas l'infirmier qui prend la décision. C'est officiellement à lui de la prendre, mais souvent là, dans le fond c'est « Ah, appelle le [REDACTED] ». Faque là, l'infirmier comprend qu'il doit aller dans sa pharmacie préparer l'injection. Faque on perd en plus l'autonomie professionnelle, même pour préparer les injections. C'est très, c'est ça, c'est très très cadrant. Pourquoi ? Parce qu'encore une fois, on nous explique que la sécurité est importante. Si le patient se désorganise, crie, refuse, ça va alimenter les autres patients à côté pis là on en n'a pas un, on en a dix à gérer, donc, il y en a qui prennent des décisions pour l'infirmier.

Paternalisme/coercition

Conflit entre soin et coercion

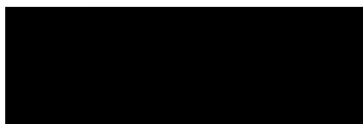
Gestion du risque

Annexe E – Exemple de tableau utilisé pour classer les données

Thèmes	Patient	Infirmière	Analyse
Le rôle de l’infirmière	<p>CASE: Patient 1 CODE: Importance/impact RT</p> <p>Tsé, pour dire que moi, je sais pas si ça serait vraiment des pair-aidants, mais c’est un exemple. Dans le sens que, prendre des gens, pour qu’ils soient là spécifiquement pour établir un lien de confiance avec le patient. Parce qu’il arrive, un patient qui arrive à [REDACTED] il est, souvent il est en période de crise pis là, ben, faut désamorcer la crise, tsé.</p> <p>CASE: Patient 1 CODE: Importance/impact RT</p> <p>Il faut, je pense, dans tous les hôpitaux, il devrait avoir un pair-aidant ou quelqu’un qui joue le rôle de pair-aidant pour établir un lien, pour que celui-ci comprenne la situation avec ses moindres nuances et l’aide à prendre une décision éclairée sur un niveau par exemple, de la coopération avec l’autorité. Le psychiatre et compagnie. Ou, carrément, favoriser, rendre son séjour à l’hôpital le plus agréable possible, même si on ne peut pas faire abstraction de, du délit qu’il a causé, c’est sûr. Mais tsé, je pense que moi, vraiment là, le deuil pour les personnes... en tous cas.</p> <p>CASE: Patient 3 CODE: Relation difficile</p>	<p>CASE: Infirmière 3 CODE: Conflit entre soin et coercition</p> <p>C’est un lien étroit je trouve, parce que c’est moi qui l’applique. Ce n’est pas moi qui s’en va la chercher, ce n’est pas moi qui la forme ou la formule, mais c’est juste moi qui l’applique. C’est moi qui est dans la façade avec le patient. Quand il refuse la médication, c’est moi qui doit trouver une solution. Faque, toute la paperasse avant, c’est correct, ça se fait. Mais arrivé devant le patient, comment lui faire avaler cette médication en respectant nos valeurs et notre code déontologique ? Parce que notre profession, elle prône l’autonomie du patient. Elle prône le caring, les relations humanistes, elle prône l’encouragement des projets de vie, de l’espoir. Mais ça, ça va à l’encontre de ce que moi j’ai comme valeurs. Faque moi, je me sens en train de travailler dans deux sphères dont les concepts sont contradictoires. Dans la sphère de profession infirmière, dans ma pratique, il faut que j’encourage le patient. Je développe son autonomie, je fais pleins de choses avec lui. Puis là le système judiciaire : « Non, le patient est dangereux, il faut qu’il soit traité comme ça, il faut qu’il soit enfermé, il faut que ce soit... » J’arrive dans un autre contexte de santé mentale, où il faut travailler plus la communication, il faut travailler plus la relation thérapeutique pour réaliser... Moi au centre, il faut que je jongle avec</p>	<p>Les infirmières décrivent un conflit entre leur rôle de soignante, qui vise le bien-être et le renforcement des capacités de la personne, et la coercition qu’elles doivent utiliser afin de faire respecter les conditions de l’AJS. Il s’agit d’une position difficile pour l’infirmière, qui doit apprendre à naviguer entre ces deux sphères. La relation thérapeutique et difficile à développer dans ce contexte. Pour les patients, le rôle de l’infirmière de devoir appliquer les conditions de l’AJS, contre leur gré, rend le développement de la confiance (essentielle à la relation thérapeutique) impossible. Suggestion d’utiliser des pairs-aidants pour développer une relation de confiance, ce qui renforce l’idée que celle-ci n’est pas possible (ou non souhaitable) avec le personnel soignant.</p>

	<p>Comment est-ce possible d'avoir un lien de confiance avec ceux qui sont en position de pouvoir et qui te font des choses que tu ne veux pas? Il faut vraiment être fou pour vouloir faire ça. Ça, c'est si tu ne veux pas, mais qui veut avoir des médicaments? Le monde qui me dise qui veulent avoir des médicaments, c'est parce qu'ils ne sont pas informés.</p>	<p>tous ces concepts-là. Je trouve que ce n'est vraiment pas évident pis c'est moi qui va définir si ça marche ou ça ne marche pas, cette ordonnance. Parce que s'il refuse tout le temps, là, ça ne marche pas, il faut faire de quoi. Je trouve que c'est lourd comme responsabilité et en même temps, j'ai comme la responsabilité d'advocacy du patient. Il faut que je défende ses droits, mais il faut que je l'oblige à prendre ses traitements pour défendre les droits des autres citoyens. Dont moi, ma famille, mes connaissances. C'est un dilemme.</p> <p>CASE: Infirmière 7 CODE: Conflit entre soin et coercition</p> <p>On peut vivre plus de frustration de la part des personnes. Lorsqu'il faut intervenir avec un agent pour faire une prise de sang ou une injection, c'est très différent, car on est dans la contrainte, pas dans l'approche thérapeutique.</p> <p>CASE: Infirmière 4 CODE: Conflit entre soin et coercition</p> <p>Ben c'est parce que tsé, nous autres on est aidants. Les gens qui travaillent dans le milieu hospitalier, on est supposés être aidants. Faque là, tu connais une chose pis tu veux aider ton prochain pis ton prochain là, ben tu y dis : « Ben non là, il faut que tu la prennes. » C'est comme « Crois-moi, tu n'as pas le choix de me croire.</p>	
--	---	---	--

Annexe F – Formulaire d’information et de consentement



FORMULAIRE D’INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Titre du projet de recherche :	L’ordonnance de traitement en santé mentale : un portrait des perspectives des acteurs clés au Québec.
Chercheur responsable du projet de recherche :	Anne Crocker, professeure agrégée à la Faculté de médecine de l’Université de Montréal.
Co-chercheur :	Alana Klein, professeure adjointe à la Faculté de droit de l’Université McGill.
Étudiante postdoctorale	Marie-Hélène Goulet, stagiaire au postdoctorat à la Faculté de droit de l’Université McGill.
Membre du personnel de recherche :	Richard Breton, patient partenaire à l’Institut Philippe-Pinel de Montréal.
Organisme subventionnaire :	Instituts de recherche en santé du Canada.
Établissements participants :	<ul style="list-style-type: none">▪ [Redacted]▪ [Redacted]▪ [Redacted]

1. Introduction.

Nous vous invitons à participer à un projet de recherche. Cependant, avant d’accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d’information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable de ce projet ou à un membre de son personnel de recherche.

2. Nature et objectifs du projet de recherche.

L’objectif de notre projet est de dresser un portrait de l’expérience liée à l’ordonnance de traitement à travers les instituts en santé mentale et en psychiatrie légale du Québec. Pour la réalisation de ce projet de recherche, nous comptons recruter 50 participants, hommes et femmes, âgés de plus de 18 ans.

De ces 50 participants, il y aura 12 personnes ayant fait l’objet d’une ordonnance de traitement, 10 membres de famille, 14 professionnels de la santé (ex. : infirmière, ergothérapeute, travailleur social), 8 médecins et 6 avocats spécialisés en droit de la santé.

3. Déroulement du projet de recherche.

3.1 Lieux, durée et nombre de visites.

Ce projet de recherche sera réalisé dans 4 établissements, soit à [Redacted].
[Redacted] Votre participation à ce projet de recherche est de l’ordre d’une rencontre qui durera 1 heure.

3.2 Nature de votre participation.

3.2.1 Nature de la participation des personnes ayant fait l’objet d’une ordonnance de traitement

Votre participation consistera à passer une entrevue d’environ 1 heure dans laquelle nous vous interrogerons sur

vos perceptions de l'ordonnance de traitement. Également, nous vous poserons des questions sur votre état de santé passé et présent et sur vos habitudes de vie et nous vous demanderons de compléter un formulaire sur votre âge, votre genre, votre diagnostic et sur la durée de votre ordonnance de traitement.

Cette rencontre sera enregistrée sous format audionumérique afin de permettre la transcription des échanges et faciliter l'analyse des données.

3.2.2 Nature de la participation des membres de la famille, des professionnels de la santé, des médecins et des avocats

Votre participation consistera à passer une entrevue d'environ 1 heure dans laquelle nous vous interrogerons sur votre perception de l'ordonnance de traitement en lien avec votre rôle. Également, nous vous demanderons de compléter un formulaire sur votre âge, votre genre, votre profession et sur votre nombre d'années d'expérience dans le domaine de la santé mentale.

Cette rencontre sera enregistrée sous format audionumérique afin de permettre la transcription des échanges et faciliter l'analyse des données.

4. Avantages associés au projet de recherche.

Il se peut que vous retiriez un bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche, mais nous ne pouvons vous l'assurer. Par ailleurs, les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances scientifiques dans ce domaine de recherche.

5. Inconvénients associés au projet de recherche.

Outre le temps consacré à la participation à ce projet de recherche et le déplacement, vous pourriez également sentir un malaise vis-à-vis des questions qui seront posées.

6. Participation volontaire et possibilité de retrait.

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en informant l'équipe de recherche.

En ce qui concerne les personnes ayant fait l'objet d'une ordonnance de traitement, votre décision de ne pas participer à ce projet de recherche ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur la qualité des soins et des services auxquels vous avez droit ou sur votre relation avec les équipes qui les dispensent.

Le chercheur responsable de ce projet de recherche, le Comité d'éthique de la recherche de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal ou l'organisme subventionnaire peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement. Cela peut se produire si de nouvelles découvertes ou informations indiquent que votre participation au projet n'est plus dans votre intérêt, si vous ne respectez pas les consignes du projet de recherche ou encore s'il existe des raisons administratives d'abandonner le projet.

Si vous vous retirez du projet ou êtes retiré du projet, l'information déjà recueillie dans le cadre de ce projet sera néanmoins conservée analysée ou utilisée pour assurer l'intégrité du projet.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement du projet qui pourrait avoir un impact sur votre décision de continuer à participer à ce projet vous sera communiquée rapidement.

7. Confidentialité.

Durant votre participation à ce projet de recherche, le chercheur responsable de ce projet ainsi que les membres de son personnel de recherche recueilleront, dans un dossier de recherche, les renseignements vous concernant et nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet de recherche.

Pour les personnes ayant fait l'objet d'une ordonnance de traitement ces renseignements comprendront, l'enregistrement sous format audionumérique de la rencontre et les informations concernant votre état de santé passé et présent et vos habitudes de vie. Votre dossier peut aussi comprendre d'autres renseignements tels que votre nom, votre sexe et votre date de naissance.

Pour les membres de la famille, les professionnels de la santé, les médecins et les avocats ces renseignements comprendront, l'enregistrement sous format audionumérique de la rencontre et les informations concernant votre état de santé passé et présent et vos habitudes de vie. Votre dossier peut aussi comprendre d'autres renseignements tels que votre nom, votre sexe et votre date de naissance.

Tous les renseignements recueillis demeureront confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous ne serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par le chercheur responsable de ce projet de recherche.

Ces données de recherche seront conservées pendant au moins 7 ans par le chercheur responsable de ce projet de recherche.

Les données de recherche pourront être publiées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

À des fins de surveillance, de contrôle, de protection, de sécurité, votre dossier de recherche pourra être consulté par une personne mandatée par des organismes réglementaires ainsi que par des représentants de l'organisme subventionnaire, de l'établissement ou du Comité d'éthique de la recherche de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal. Ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin. Par ailleurs, l'accès à certaines informations avant la fin de l'étude pourrait impliquer que vous soyez retiré du projet afin d'en préserver l'intégrité.

8. Études ultérieures

Acceptez-vous que vos données de recherche soient utilisées par le chercheur responsable de ce projet de recherche pour réaliser d'autres projets de recherche dans le domaine de la psychiatrie légale ou dans le domaine de la promotion de la santé, des soins et des interventions.

Ces projets de recherche seront évalués et approuvés par le Comité d'éthique de la recherche de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal avant leur réalisation. Vos données de recherche seront conservées de façon sécuritaire dans un format électronique à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de vos données de recherche, vous ne serez identifié que par un numéro de code.

Vos données de recherche seront conservées aussi longtemps qu'elles peuvent avoir une utilité pour l'avancement des connaissances scientifiques. Lorsqu'elles n'auront plus d'utilité, vos données de recherche seront détruites. Par ailleurs, notez qu'en tout temps, vous pouvez demander la non-utilisation de vos données de recherche en vous adressant au chercheur responsable de ce projet de recherche.

Acceptez-vous que vos données de recherche soient utilisées à ces conditions? Oui Non

9. Participation à des études ultérieures.

Acceptez-vous que le chercheur responsable de ce projet de recherche ou un membre de son personnel de recherche reprenne contact avec vous pour vous proposer de participer à d'autres projets de recherche? Bien sûr, lors de cet appel, vous serez libre d'accepter ou de refuser de participer aux projets de recherche proposés.

Oui Non

10. Financement du projet de recherche.

Le chercheur responsable de ce projet de recherche a reçu un financement de l'organisme subventionnaire pour mener à bien ce projet de recherche.

11. Compensation.

11.1 Compensation pour les personnes ayant fait l'objet d'une ordonnance de traitement.

En guise de compensation pour les frais encourus en raison de votre participation au projet de recherche, vous recevrez un montant de 20 dollars. Si vous vous retirez du projet ou s'il est mis fin à votre participation avant qu'il

ne soit complété, la compensation sera proportionnelle à la durée de votre participation.

11.2 Compensation pour les membres de la famille, les professionnels de la santé, les médecins et les avocats.

Vous ne recevrez pas de compensation financière pour votre participation à ce projet de recherche.

12. En cas de préjudice.

En acceptant de participer à ce projet de recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits et vous ne libérez pas le chercheur responsable de ce projet de recherche, l'organisme subventionnaire et l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

13. Identification des personnes-ressources.

Si vous avez des questions ou éprouvez des problèmes en lien avec le projet de recherche, ou si vous souhaitez vous en retirer, vous pouvez communiquer avec le chercheur responsable de ce projet de recherche ou avec une personne de l'équipe de recherche au numéro suivant : [REDACTED]

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec :

- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]

14. Surveillance des aspects éthiques du projet de recherche.

Le Comité d'éthique de la recherche de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal a approuvé le projet de recherche et assura le suivi, pour les établissements du réseau de la santé et des services sociaux du Québec participants.

Pour toute information, vous pouvez communiquer avec le secrétariat du Comité d'éthique de la recherche de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal au 514 648.8461, poste 574.

Consentement.

Titre du projet de recherche : L'ordonnance de traitement en santé mentale : un portrait des perspectives des acteurs clés au Québec

1. Consentement du participant.

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. On m'a expliqué le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement. On a répondu à mes questions et on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Après réflexion, je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées.

Nom et signature du participant

Date

2. Signature de la personne qui a obtenu le consentement si différent du chercheur responsable du projet de recherche.

J'ai expliqué au participant le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

Nom et signature de la personne qui obtient le consentement

Date

3. Signature et engagement du chercheur responsable de ce projet de recherche.

Je certifie qu'on a expliqué au participant le présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions qu'il avait.

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

Nom et signature du chercheur responsable de ce projet de recherche

Date

Annexe G – Approbations éthiques

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Ouest-de-
l'Île-de-Montréal

Québec 

Institut universitaire en santé mentale Douglas

PAR COURRIEL

Le 10 juin 2020

Modifié : le 9 juillet 2020

Marie-Hélène Goulet, Ph.D.
Chercheure principale
Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel
10905, boulevard Henri-Bourassa Est
Montréal (Québec) H1C 1H1

**Objet : Approbation de la modification (#3) au protocole : CER IPPM-17-18-02
Intitulé « L'ordonnance de traitement en santé mentale : un portrait des perspectives des
acteurs clés au Québec »
Chercheure principale : Marie-Hélène Goulet
Subventionné par : IRSC #271224**

Docteure Goulet,

Comme vous le savez, l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel a délégué l'évaluation éthique de ses projets au Comité d'éthique de la recherche (CER) de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas. La présente confirme la réception de votre modification en date du 5 février 2020 ***concernant l'ajout d'un sous-projet soumis par Mme Clara Lessard-Deschênes*** pour le protocole susmentionné. Veuillez prendre note que le président du comité d'éthique de la recherche (CER) a étudié et approuvé la modification le 8 juin 2020. Le CER prendra note de cette décision à sa prochaine réunion.

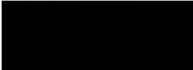
Documents modifiés approuvés :

1. 07- CER IPPM 17-18 - 02 Approbation protocole Goulet Devis 30 mars 2017[6824], daté : 30 mars 2017
2. Comité d'approbation_Lessard-Deschênes, Clara, daté : 4 octobre 2019

Pour toutes questions et précisions, n'hésitez pas à m'appeler au 

Vous remerciant de votre excellente collaboration, veuillez agréer nos plus sincères salutations.

Cordialement,


Rebecca MacDonald, MA
Agente de planification, programmation et recherche – éthique de la recherche
Direction des affaires universitaires, enseignement et recherche
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

6875, boulevard LaSalle, FBC 1116
Montréal (Québec) H4H 1R3
Téléphone : 514 761-6131 poste 2708
www.ciusss-ouestmtl.gouv.qc.ca

Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES)

28 juillet 2020

Objet: Reconnaissance d'une approbation éthique – « L'ordonnance de traitement en santé mentale : un portrait des perspectives des acteurs clés au Québec »

Mme Marie-Hélène Goulet & Mme Anne Crocker,

Le Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES) reconnaît l'approbation éthique CER IPPM-17-18-02 du Institut Philippe-Pinel de Montréal. Vous trouverez ci-joint une copie numérisée de votre certificat.

Notez qu'il y apparaît une mention relative à un suivi annuel et que le certificat comporte une date de fin de validité. En effet, afin de répondre aux exigences éthiques en vigueur au Canada et à l'Université de Montréal, nous devons exercer un suivi annuel auprès des chercheurs et étudiants-chercheurs. **Dans le but de vous conformer à cette exigence, veuillez avoir l'obligance de nous faire suivre le suivi annuel approuvé par l' Institut Philippe-Pinel de Montréal.**

Il est entendu que cela ne modifie en rien l'obligation pour le chercheur, tel qu'indiqué sur le certificat d'éthique, de signaler au CERSES tout incident grave dès qu'il survient ou de lui faire part de tout changement anticipé au protocole de recherche.

Nous vous prions d'agréer, Mesdames, l'expression de nos sentiments les meilleurs,

Christine Grou, présidente
Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES)
Université de Montréal

c.c. Gestion des certificats, BRDV

p.j. Certificat #CERSES-20-101-R

Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES)

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES) reconnaît l'approbation éthique datée du 21 juin 2017 de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal.

Projet	
Titre du projet	L'ordonnance de traitement en santé mentale : un portrait des perspectives des acteurs clés au Québec
Chercheuses requérantes	Marie-Hélène Goulet professeure adjointe, Faculté des sciences infirmières
	Anne Crocker professeure titulaire, Faculté de médecine - Département de psychiatrie et addictologie
Étudiants couverts:	Clara Lessard-Deschênes, candidate à la maîtrise, Faculté des sciences infirmières

Financement	
Organisme	Instituts de recherche en santé du Canada
Programme	
Titre de l'octroi si différent	
Numéro d'octroi	271224
Chercheur principal	
No de compte	

Approbation reconnue	
Approbation émise par	Institut Philippe-Pinel de Montréal
Certificat:	CER IPPM-17-18-02

MODALITÉS D'APPLICATION

Tout changement anticipé au protocole de recherche doit être communiqué au Comité qui en évaluera l'impact au chapitre de l'éthique. Toute interruption prématurée du projet ou tout incident grave doit être immédiatement signalé au Comité.

Christine Grou, présidente Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES) Université de Montréal	28 juillet 2020 Date de délivrance	21 juin 2021 Date de fin de validité
---	--	--

21 juin 2021
Date du prochain suivi

adresse postale
C.P. 6128, succ. Centre-ville
Montréal QC H3C 3J7

adresse civique
3333, Queen Mary
Local 220-3
Montréal QC H3V 1A2

Téléphone : 514-343-6111 poste 2604
cerses@umontreal.ca
www.cerses.umontreal.ca

Annexe H – Critères de soumission pour la revue *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*

3. MANUSCRIPT CATEGORIES AND REQUIREMENTS

i. Original Research

Word limit: 5,000 words maximum, excluding abstract and references.

Abstract: 200 words maximum; must be structured under the sub-headings: Introduction; Aim/Question; Method; Results; Discussion; Implications for Practice.

Accessible Summary: 250 words maximum; the purpose is to make research findings more accessible to non-academics, including users of mental health services, carers and voluntary organisations. The Accessible Summary should be written in straightforward language, structured under the following sub-headings, with 1-2 bullet points under each: What is known on the subject; What the paper adds to existing knowledge and What are the implications for practice.

Description: The journal welcomes methodologically, ethically and theoretically rigorous original research (primary or secondary) which adds new knowledge to the field and advances the development of policy and practice in psychiatric and mental health nursing.

Relevance Statement: Only papers relevant to mental health nursing practice will be considered for publication in the Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. We require that corresponding authors submit a statement that-in 100 maximum, sets out the relevance of the work to mental health nursing practice. If authors do not convince the Editor in Chief of this, the work will not be considered for publication.

Reporting Checklist: Required - see [Section 5](#).