

Perspectives des personnes soignées et des infirmières sur leur relation dans le contexte d'une hospitalisation involontaire lors d'une psychose débutante : Réflexions sur la culture des soins

Myriam Clément^{a-c}, M.Sc.; Chantal Verdon^d, Ph.D.; Fanny Robichaud^d, Ph.D.;
Laurence Artaud^{a-b}, M.D., M.Sc., FRCPC et Amal Abdel Baki^{a-b}, M.D., M.Sc., FRCPC;

^a Centre Hospitalier Universitaire de Montréal (CHUM), Montréal, Canada

^b Université de Montréal, Montréal, Canada

^c Centre de recherche du CHU de Sainte-Justine, Montréal, Canada

^d Université du Québec en Outaouais (UQO), Saint-Jérôme, Canada

Résumé

Introduction : La relation de collaboration entre l'infirmière et la personne hospitalisée contre son gré lors d'un premier épisode psychotique est importante pour son rétablissement, mais comporte de nombreux défis. Peu d'études ont comparé les perspectives des infirmières et des personnes soignées quant à leur relation idéale dans ce contexte. **But** : Le présent article vise à identifier les différences de perceptions observées entre ces deux groupes. **Méthode**. Une recherche-action a été menée auprès de cinq personnes ayant vécu une hospitalisation involontaire lors d'une psychose débutante et cinq infirmières. Celles-ci ont discuté de leurs expériences relationnelles positives lors d'entrevues individuelles et de groupe. Une analyse thématique secondaire de ces données a été effectuée afin d'identifier les divergences d'opinions entre ces groupes. **Résultats**. Le groupe de personnes soignées a accordé plus d'importance aux qualités humaines des infirmières alors que le groupe d'infirmières a accordé plus d'importance aux interventions infirmières. Les deux groupes ont évoqué des opinions divergentes quant aux rôles et à la position d'autorité de l'infirmière, à la collaboration et à l'expertise de la personne soignée. **Discussion**. Les résultats suggèrent que l'on devrait offrir un contact plus humain, prévenir la stigmatisation des personnes soignées par les infirmières, prioriser la relation à l'observance au traitement, reconnaître l'expertise de la personne soignée, valoriser le rôle de la relation dans le champ de pratique de l'infirmière et accorder plus d'autonomie à l'infirmière. **Conclusion**. De futures recherches devraient viser à développer des modèles de pratique infirmière qui véhiculent ces changements.

Mots-clés : Psychose, hospitalisation involontaire, relation entre infirmière et personne soignée, soins infirmiers, psychiatrie, culture de soins

Abstract

Introduction. The relationship between the nurse and the involuntarily hospitalized patient experiencing an early psychosis is important for his recovery but is challenging. Few studies compared the perspectives of patients and nurses about their ideal relationship in this context. **Aim**. This article aims to identify the divergences of perceptions observed between those two groups. **Method**. A research action was conducted with five nurses and five patients who have been involuntarily hospitalized during a first psychotic episode. They discussed their positive relational experiences during individual and group interviews. A secondary thematic analysis of this data was performed to identify contradicting opinions between patients and nurses. **Results**. The group of patients focused more on the importance of human qualities in nurses, whereas the group of nurses focused more on the importance of nursing interventions. The two groups expressed different opinions about the nurse's roles and authority, the notions of collaboration and the patients' expertise. **Discussion**. The results suggest that we should offer contact that is more humane, prevent stigmatization from nurses towards the patients, prioritize collaboration over adherence to treatment, assign more importance to the patient's expertise, valorize the nurse-patient relationship, and finally give the nurse more autonomy in her field of practice. **Conclusion**. Future research should aim to develop mental health nursing care models of practice that promote these changes.

Keywords: Psychosis, involuntary hospitalization, nurse-patient relationship, mental health nursing, culture of care

Toute correspondance concernant cet article doit être adressée à Myriam Clément, doctorante à l'École de santé publique de l'Université de Montréal (ESPU) et au Centre de recherche du CHU Sainte-Justine, Montréal, m.clement@umontreal.ca

La relation de collaboration¹ entre l'infirmière et la personne soignée constitue la pierre angulaire des soins infirmiers en santé mentale (Barker & Buchanan-Barker, 2010; Peplau, 1991). L'établissement de cette relation auprès de personnes soignées lors d'un premier épisode psychotique² comporte plusieurs défis (Hughes, Hayward, & Finlay, 2009; Wyder, Bland, Blythe, Matarasso, & Crompton, 2015; Wyder, Bland, & Crompton, 2013). Une recherche-action fondée sur l'approche de l'investigation appréciative a été menée dans un centre hospitalier de la région de Montréal en 2016 afin de décrire la vision commune d'une relation idéale selon les acteurs concernés, ainsi que les conditions favorables à celle-ci. Des entrevues individuelles et de groupe ont été réalisées auprès d'infirmières et de personnes soignées dans le but d'atteindre un consensus, mais des différences de perceptions entre ces deux groupes ont également été observées (Clément, Verdon, Robichaud & Abdel-Baki, 2018). Une meilleure connaissance de ces différences pourrait aider les infirmières à centrer davantage les soins sur la perspective de la personne soignée dans ce contexte. Le présent article vise à présenter les résultats d'une seconde analyse de ces données visant à mettre en relief les perspectives divergentes des personnes soignées et des infirmières.

Contexte

La psychose est une expérience de santé mentale qui se définit par une altération du contact avec la réalité (American Psychiatric Association, 2013). Elle se manifeste par divers symptômes, dont des hallucinations, des idées délirantes, une pensée désorganisée, un comportement psychomoteur anormal, une expression émotionnelle diminuée et une perte de la volonté et de l'initiative (American Psychiatric Association, 2013). La psychose aiguë a été associée à une incidence importante de comportements agressifs ou suicidaires (Large, Dall, & Nielssen, 2014). Lorsqu'on considère que la personne soignée présente un risque pour elle-même ou pour autrui en raison de son état de santé mentale, le médecin traitant doit demander une ordonnance légale afin d'hospitaliser la personne contre son gré (Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, 1997). En 2016-2017 au Québec, environ 16 000 personnes ont été gardées contre leur gré à l'hôpital en vertu de la Loi P-38 (Ministère de la santé et des services sociaux, 2018). Cette mesure est aussi régulièrement utilisée en psychiatrie auprès de personnes présentant un épisode psychotique, et ce, dans plusieurs régions du monde (Hustoft et al., 2013; Ng & Kelly, 2012).

Or, le contexte de l'hospitalisation involontaire peut souvent avoir un impact négatif sur la relation entre l'infirmière et la personne qu'elle soigne (Hughes et al., 2009; Wyder et al., 2015; Wyder et al., 2013). Dans les écrits recensés, des personnes soignées lors d'une psychose ont rapporté s'être senties incomprises (Seed, Fox, & Berry, 2016; Walsh, Hochbrueckner, Corcoran, & Spence, 2016) et opprimées par les infirmières (Seed et al., 2016; Walsh et al., 2016). En conséquence, ces personnes peuvent réagir à ces sentiments par de l'hostilité (Larsen & Terkelsen, 2013; Seed et al., 2016; Walsh et al., 2016; Wyder, Bland, Blythe, Matarasso, & Crompton, 2015), de l'évitement (Seed et al., 2016) ou une collaboration passive (Gilburt, Rose, & Slade, 2008), qui sont des signes d'une relation pauvre avec leurs infirmières. En effet, le modèle du rétablissement préconise une relation de collaboration, centrée sur la perspective de la personne soignée et où la prise des décisions est partagée (Anthony, 2010).

Les écrits soutiennent que l'absence d'une relation de collaboration entre l'infirmière et la personne soignée est associée chez cette dernière à une sensation de perte de contrôle (Seed et al., 2016), à une faible satisfaction face aux soins (Smith et al., 2014), à une récurrence des hospitalisations, à plus de comportements agressifs ou suicidaires et à un moins bon fonctionnement social (Farrelly et al., 2014). En contrepartie, plusieurs études ont rapporté que selon les personnes soignées, la relation avec leur infirmière leur avait permis d'accepter plus facilement la contrainte de l'hospitalisation involontaire, avait favorisé leur observance au traitement, les avait sécurisées, avait atténué leur détresse et avait contribué à leur rétablissement (Seed et al., 2016; Wyder et al., 2015; Wyder, Bland, & Crompton, 2013). Pour les infirmières, l'établissement d'une relation de collaboration avec la personne soignée leur permet de sentir que leurs actions sont moins intrusives lorsqu'elles appliquent l'hospitalisation involontaire (Olofsson & Norberg, 2001).

Par sa nature, la psychose implique des expériences et des idées qui diffèrent significativement de celles vécues par la majorité des gens. Alors que la psychose altère aussi significativement les relations avec autrui (Sariso et al., 2013), le contexte de l'hospitalisation involontaire accentue particulièrement le déséquilibre de pouvoir entre la personne soignée et l'infirmière (Nyttingnes, Ruud, & Rugkåsa, 2016; Wyder et al., 2013). On peut ainsi s'attendre à ce que les points de divergences entre la personne soignée et l'infirmière quant à leurs attentes soient nombreux en contexte de premier épisode psychotique.

Une recension des écrits portant sur la relation entre l'infirmière et la personne soignée en

psychiatrie permet de faire émerger d'ores et déjà des divergences d'opinions entre elles. Une revue systématique a révélé que la personne soignée recherche une proximité et un contact amical, ce qui n'est pas le cas pour l'infirmière (Farrelly & Lester, 2014). Pour les infirmières, le principal objectif de la relation serait l'engagement de la personne soignée dans le traitement et les soins qui lui sont proposés (Farrelly & Lester, 2014). Or, la personne soignée attend plutôt de l'infirmière qu'elle valorise son expérience subjective et son expertise sur sa propre situation de santé (McCloughen, Gillies, & O'Brien, 2011). Enfin, une autre étude a révélé que l'infirmière se dit satisfaite de la relation lorsqu'elle parvient à éviter les situations conflictuelles (Gerace, Oster, O'Kane, Hayman, & Muir-Cochrane, 2018). De son côté, la personne soignée est plutôt satisfaite de la relation lorsqu'elle a été accompagnée avec empathie par son infirmière lors de ces situations conflictuelles (Gerace et al., 2018). Au regard de ces études, il semble donc que la personne soignée et l'infirmière en santé mentale ont des attentes différentes quant à leur relation.

Or, les connaissances au sujet des différences entre la personne soignée et l'infirmière quant à leurs définitions respectives d'une relation de collaboration demeurent limitées. Une recension des écrits a été effectuée à l'aide des bases de données Cinhal, Medline et Psychinfo, ainsi que Google Scholar, sur les thèmes de l'hospitalisation involontaire, de la psychose, de la relation thérapeutique, de la perspective des personnes soignées et de la perspective des infirmières. À notre connaissance, peu d'articles traitant des perspectives de personnes soignées au sujet de la relation en milieu psychiatrique concernent exclusivement la relation avec l'infirmière, mais plutôt les professionnels en santé mentale tous confondus. Par ailleurs, peu de ces études s'intéressent spécifiquement aux personnes soignées lors d'un premier épisode psychotique p.ex. (Andreasson & Skärsäter, 2012). Il est donc pertinent de comparer les perspectives des personnes hospitalisées contre leur gré lors d'une psychose débutante et des infirmières spécifiquement.

Cadre théorique et but de l'étude

Le cadre théorique utilisé pour cette étude est le Tidal Model of Mental Health Recovery and Reclamation, qui constitue une adaptation du modèle du rétablissement spécifiquement pour les soins infirmiers en santé mentale (Barker & Buchanan-Barker, 2010). Le modèle du rétablissement est appuyé par des évidences scientifiques (Warner, 2010) et préconisé par des décideurs des systèmes de santé depuis plus de deux décennies dans le domaine des soins de santé mentale au Québec et ailleurs (Anthony, 1993;

MSSS, 2005, 2015). Cette approche vise à redonner du pouvoir à la personne soignée, favoriser la réappropriation des rôles sociaux qu'elle assumait avant son épisode de santé et promouvoir son bien-être (Barker & Buchanan-Barker, 2010). Ce modèle s'appuie sur l'établissement d'une relation égalitaire entre l'infirmière et la personne soignée, dans laquelle elles collaborent vers des objectifs conjointement établis et centrés sur les priorités de la personne soignée (Barker & Buchanan-Barker, 2010).

Or, si la personne soignée et l'infirmière n'ont pas la même vision d'une relation idéale, il sera difficile de s'entendre sur les objectifs et de collaborer dans l'établissement même de cette relation. En comparant les différentes perspectives des personnes soignées et des infirmières, cela permet de donner une voix particulière aux personnes soignées au sujet de leurs besoins dans leur relation avec l'infirmière. Le présent article vise donc à identifier les différences de perceptions observées entre les deux groupes, afin de permettre à l'infirmière de se rapprocher des priorités de la personne soignée dans ses interactions auprès de celle-ci.

Méthode

La méthode utilisée dans cette étude était une recherche-action de type investigation appréciative (*Appreciative Inquiry*). Celle-ci comporte quatre phases : découverte (*Discovery*), rêve (*Dream*), conception (*Design*) et avenir (*Destiny*) (Cooperrider, Whitney, & Stavros, 2005). Le but de l'investigation appréciative est de faire ressortir un message commun partagé par un groupe de participants, qui sont impliqués activement dans la démarche de recherche, sur un pied d'égalité avec les chercheurs (Cooperrider et al., 2005). Pour des raisons éthiques, les personnes soignées ont d'abord été rencontrées en entrevue individuellement lors de la phase « découverte », avant de participer à une entrevue de groupe avec les infirmières. Ceci visait à éviter le risque qu'elles ne soient pas à l'aise de s'exprimer en présence des infirmières. Cette façon de procéder dérogeait de l'approche de l'investigation appréciative en ce sens que son but est de trouver un consensus entre différents acteurs. Or, elle a permis de comparer la perspective des personnes soignées avec celle des infirmières. C'est pourquoi la présente étude ne s'attarde qu'à la phase « découverte » du projet, alors que les groupes de personnes soignées et d'infirmières étaient séparés. De plus, l'analyse des données pour la présente étude a été faite par la chercheuse principale sans impliquer les participants, ce qui ne s'inscrit pas dans l'approche de l'investigation appréciative. Il s'agit plutôt d'une

analyse qualitative faite a posteriori à partir de données issues d'une recherche-action.

Les participants (n=10) de l'étude étaient cinq personnes soignées et cinq infirmières. Les personnes soignées étaient suivies pendant cinq ans dans une clinique spécialisée pour les jeunes âgés de 18 à 35 ans qui vivent un premier épisode psychotique. Les infirmières pratiquaient auprès de cette clientèle, sur un département d'hospitalisation psychiatrique d'un hôpital de la région de Montréal. Les participants ont été sélectionnés afin de représenter une diversité de leurs caractéristiques sociodémographiques (genre, autonomie en logement, niveau de scolarité, statut occupationnel) et de leurs expériences de santé (diagnostic, nombre et durée des hospitalisations, durée depuis le début du suivi). En effet, plusieurs études ont observé des différences sur le plan de la qualité de la relation de collaboration en psychiatrie en fonction de l'âge, du genre, de la sévérité des symptômes psychotiques, de la phase du rétablissement et des expériences de mesures coercitives subies par les personnes soignées (Browne, Bass, Mueser, Meyer-Kalos, Gottlieb, Estroff & Penn., 2019; Fiorillo, Giacco, De Rosa, Kallert, Katsakou, Onchev, . . . Priebe, 2012; Georgieva, Mulder, & Whittington, 2012; Johansen, Melle, Iversen & Hestad, 2013; Jung, Wiesjahn, & Lincoln, 2013; Lawlor, Hall, & Ellet, 2015; Soininen, Kontio, Joffe, & Putkonen, 2016). Les infirmières ont été recrutées en fonction de leur expertise quant à la relation et leur expérience avec la clientèle ciblée, ainsi que leur engagement professionnel.

La collecte de données a donc eu lieu lors d'entrevues individuelles semi-dirigées auprès des personnes soignées et lors d'une entrevue de groupe auprès de toutes les infirmières. Lors de ces entrevues individuelles ou de groupe, les participants ont d'abord rempli des questionnaires papier autorapportés afin de collecter des données sur leurs caractéristiques sociodémographiques et cliniques. Ensuite, les participants ont discuté au sujet des expériences relationnelles positives qu'ils avaient vécues entre personnes soignées et infirmières. Après la première série d'entrevues, tous les participants ont été rencontrés ensemble pour une deuxième entrevue. Lors de la première partie de cette entrevue, les participants ont participé à une discussion semi-dirigée autour de questions analytiques développées par la chercheuse.

Les parties synthèses à la fin de chacune des entrevues ainsi que la discussion autour des questions analytiques ont été enregistrées, mais non retranscrites, étant donné que l'analyse de données se faisait in situ conjointement avec les participants lors des parties synthèses des entrevues. Des notes réflexives ont été prises par la chercheuse après chaque entrevue. Le projet a été

approuvé par le comité d'éthique du centre hospitalier et par celui de l'Université du Québec en Outaouais (UQO).

La première série d'analyses des données pour les phases « découverte », « rêve » et « conception » a été effectuée de manière concurrente à la collecte de données, lors d'une partie synthèse à la fin de chaque entrevue individuelle ou de groupe. Cette analyse a impliqué la participation active des infirmières et des personnes soignées, comme prescrit par la méthode de l'investigation appréciative (Cooperrider et al., 2005). Les résultats issus de cette première série d'analyse ont été publiés dans un article antérieur (Clément et al., 2018).

Après cette série d'entrevues, la chercheuse a comparé les thèmes issus des entrevues individuelles avec les personnes soignées afin de sélectionner les thèmes les plus récurrents. Ensuite, elle a fait une analyse de ses notes réflexives et a développé cinq questions analytiques émergeant de celles-ci, afin de poursuivre sa réflexion conjointement avec les participants lors de l'entrevue regroupant toutes les personnes soignées et infirmières. Ces questions sont les suivantes : a) Vous avez mentionné beaucoup de qualités personnelles chez l'infirmière : comment celles-ci contribuent-elles à la relation? b) Vous avez mentionné l'importance pour l'infirmière de susciter l'espoir chez la personne soignée : en quoi est-ce important pour la relation? c) Vous avez mentionné l'importance de redonner du pouvoir au patient : quel est le rôle du pouvoir dans la relation? Qu'est-ce qui se passe quand il y a un déséquilibre de pouvoir? d) Vous avez mentionné l'importance que la personne hospitalisée se sente comprise : en quoi le fait de comprendre l'autre contribue-t-il à la relation? e) Vous avez parlé de la collaboration sous plusieurs angles. Quel est le rôle de la collaboration pour la relation? Est-ce que la relation peut exister même si on ne s'entend pas sur la nécessité de l'hospitalisation, du traitement ou des soins?

Des différences importantes ont également été observées par la chercheuse lors de ses interactions avec les participants et méritent d'être soulignées. Pour objectiver ses impressions, la chercheuse a d'abord comparé les thèmes issus des entrevues individuelles auprès des personnes soignées avec les thèmes issus du premier groupe de discussion avec les infirmières, afin de relever les thèmes qui n'ont été identifiés initialement que par un seul des deux groupes.

Ensuite, la chercheuse a écouté les enregistrements des parties synthèses des entrevues et la discussion autour des questions analytiques. Elle a pris des notes supplémentaires et a noté des verbatim illustrant les divergences d'opinions observées. Une analyse thématique du contenu de l'ensemble des notes a été effectuée

afin d'identifier les principaux points de divergence entre la perspective des personnes soignées et celle des infirmières au sujet de leur relation.

Résultats

Les caractéristiques individuelles des personnes soignées et infirmières ayant participé à l'étude sont présentées dans le Tableau 1. On remarque que les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des personnes soignées sont relativement

hétérogènes. Une seule des personnes soignées vivait en ressource d'hébergement et était également contrainte par une ordonnance de traitement.

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

Tableau 1

Les caractéristiques des participants (n=10)

Personnes soignées (n=5)		Infirmières (n=5)			
Caractéristiques		n			n
Âge	20 - 29	5			3
	30 - 39				1
	40 - 49				1
Genre	Femme	2			4
	Homme	3			1
Niveau de scolarité	Maîtrise	1			
	Baccalauréat				5
	Collégial	3			
	Secondaire non complété	1			
Hébergement	Seul(e) en logement	4	Milieu de travail principal	Urgence psychiatrique	2
	Ressource d'hébergement	1		Soins intensifs psychiatriques	1
				Hospitalisation psychiatrique	1
				Équipe volante en psychiatrie	1
Durée du suivi à la clinique PEP	0 - 6 mois	1	Expérience de travail infirmier	1 - 2 ans	1
	7 - 12 mois	2		2 - 3 ans	3
	13 - 24 mois	1		25 - 26 ans	1
	25 - 36 mois	1			
Durée de la dernière hospitalisation	< 2 semaines	1	Expérience de travail en psychiatrie	< 1 an	1
	2 - 4 semaines	3		2 - 3 ans	3
	5 - 8 semaines	1		8 - 9 ans	1
Autres mesures coercitives subies	Ordonnance de traitement et d'hébergement	1	Expérience dans l'application de mesures coercitives		5

Lors des entrevues individuelles avec les personnes soignées et l'entrevue de groupe avec les infirmières pour la phase « découverte », certains thèmes avaient été identifiés initialement que par un des deux groupes. Comme la première série d'analyses de données s'est effectuée dans le cadre d'une recherche-action, les thèmes sont rapportés dans le Tableau 2 sous forme de verbatim de groupe, dans les mots utilisés par les participants. Ensuite, les notes réflexives ont fait émerger des perspectives divergentes quant au rôle relationnel de l'infirmière, à la notion de collaboration et à la position d'autorité de l'infirmière.

Qualités humaines de l'infirmière identifiées d'abord par les personnes soignées uniquement

Le groupe de personnes soignées a accordé beaucoup plus d'importance que les infirmières aux thèmes correspondant aux qualités humaines de

l'infirmière. Les seules qualités humaines qui ont été identifiées par les deux groupes sont l'authenticité et l'empathie. Les personnes soignées sont les seules à avoir initialement identifié l'humanisme, la gentillesse, la délicatesse, la chaleur humaine, la joie de vivre, l'intelligence émotionnelle, le non-jugement, la disponibilité, la fiabilité, l'expérience et la confiance en soi. Elles ont rapporté que lorsque les infirmières se montraient disponibles et intéressées à elles, cela atténuait leur sentiment de solitude et les sécurisait : « ... on se sent moins seul(e) » (personne soignée 11), « ... ça amène la possibilité de créer un lien, procure un sentiment de sécurité et est rassurant » (personne soignée 8).

Les personnes soignées ont également observé que les infirmières qui semblaient avoir plus d'expérience et de confiance en elles étaient moins coercitives : « L'expérience et la confiance en soi permet plus d'aisance pour accorder des privilèges et être moins restrictive » (personne soignée 11).

Tableau 2
Perspectives divergentes des personnes soignées et des infirmières quant aux conditions favorables à leur relation

Thèmes organisateurs	Thèmes de base	
	Personnes soignées*	Infirmières**
Qualités humaines de l'infirmière	« Humanisme, gentillesse et chaleur humaine » « Joie de vivre, bonne humeur et sens de l'humour » « Intelligence émotionnelle, compréhension et non-jugement » « Disponibilité et fiabilité » « Compétence, expérience et confiance en soi »	
Interventions infirmières	« Démontrer un intérêt à connaître et comprendre la personne soignée. »	« S'intéresser aux besoins de la personne, selon sa perspective. » « Donner des informations. » « Impliquer un pair aidant. » « Impliquer la famille. » « Contre la stigmatisation. »
Conditions extérieures	« Volonté chez la personne soignée d'obtenir son congé de l'hôpital. » « Entrer en relation avec les pairs. »	

*Les thèmes de base des personnes soignées consistent en des *verbatim* individuels, qui représentent les propos de la majeure partie du groupe de personnes soignées lors des entrevues individuelles.

**Les thèmes de base des infirmières consistent en des *verbatim* de groupe tirés de la première entrevue de groupe auprès des infirmières seulement.

Lors de la discussion autour des questions analytiques, les personnes soignées ont rapporté que les qualités humaines de l'infirmière sont un prérequis pour développer de la confiance envers l'infirmière, ce qui les aidera ensuite à avoir une meilleure compréhension de leur premier épisode psychotique et à accepter l'hospitalisation : « Les qualités servent à établir un lien de confiance, dans le contexte de la garde en établissement (hospitalisation involontaire), on a tendance à s'opposer à tout ce qui vient à nous, car on est privé de notre liberté, et autres... les qualités vont permettre d'établir un lien de confiance et permettre un apprentissage qui permet de mieux accepter la garde en établissement par la suite » (infirmière 1)³.

Intervention infirmière identifiée d'abord par les personnes soignées uniquement

La seule intervention infirmière identifiée uniquement par les personnes soignées est de « démontrer un intérêt à connaître et comprendre la personne » (groupe de personnes soignées). Les exemples suivants ont été donnés par les personnes soignées afin d'illustrer cette intervention : « S'intéresser aux passe-temps de la personne, à ce qu'elle fait » (personne soignée 11), « Prouver qu'on se souvient de ce dont nous avons parlé précédemment avec la personne et que l'on comprend ce qu'elle a vécu » (personne soignée 10).

Facteurs contextuels initialement identifiés d'abord par les personnes soignées uniquement

Le groupe de personnes soignées a également soulevé deux facteurs contextuels qui n'étaient pas

ressortis lors de la première entrevue de groupe avec les infirmières. Ces facteurs sont la « volonté d'obtenir leur congé le plus rapidement possible » et les « relations avec les pairs » (groupe de personnes soignées). Les justifications apportées par les personnes soignées pour expliquer comment ses facteurs étaient favorables à la relation sont présentées dans le Tableau 3.

Interventions infirmières identifiées d'abord par les infirmières uniquement

Les infirmières ont surtout énuméré des interventions infirmières. Parmi celles-ci, quatre d'entre elles ne se retrouvaient pas parmi les thèmes mentionnés par les personnes soignées. Ces interventions ainsi que des exemples sont présentés dans le Tableau 4.

Perspectives divergentes entre le groupe de personnes soignées et le groupe d'infirmières

Des perspectives divergentes entre personnes soignées et infirmières au sujet de leur relation ont également été observées par la chercheuse lors des entrevues avec les participants. Celles-ci concernent la notion de collaboration, le rôle relationnel de l'infirmière et l'autorité de l'infirmière.

Conception de la collaboration

Des conceptions divergentes au sujet de la collaboration ont été constatées entre les deux groupes de participants. Pour certaines infirmières, la collaboration signifie que la personne soignée adhère au plan de traitement proposé par l'équipe médicale : « La collaboration c'est qu'on vient pour quelque chose et il répond pour cette chose-là [...] »

Tableau 3

Conditions extérieures favorables à la relation, identifiées uniquement par le groupe de personnes soignées avant la mise en commun des thèmes

Conditions extérieures*	Justifications**
« Volonté (chez la personne soignée) d'obtenir son congé de l'hôpital. »	« En étant sage, en ne faisant pas de crises et en coopérant, cela donne un sourire aux infirmières et augmente les chances de sortir plus rapidement » « Ça amène la motivation à créer un lien avec les infirmières et à collaborer ».
« Entrer en relation avec les pairs. »	« Ça amène un effet d'ouverture sur les autres, incluant les infirmières. » « Le réseau social entraîne un plus faible intérêt à développer un lien avec les infirmières, car j'en ressens moins le besoin. »

*Les conditions extérieures consistent en des verbatim individuels, qui représentent les propos de la majeure partie du groupe de personnes soignées lors des entrevues individuelles.

**Les justifications consistent en des *verbatim* individuels des personnes soignées lors des entrevues individuelles.

Tableau 4

*Infirmières favorables à la relation, identifiées uniquement par le groupe d'infirmières avant la mise en commun des thèmes**

Interventions	Exemples	Justifications
« S'intéresser aux besoins de la personne, selon sa perspective personnelle. »	« Répondre à sa principale préoccupation. » « Évaluer les besoins de la personne ici maintenant, considérant le contexte de l'hospitalisation involontaire. » « Adapter le plan de soins selon les besoins et la perspective de la personne. »	« Se sentent considéré. Augmente le contrôle, ce qui augmente la collaboration. »
« Donner des informations sur leurs droits, les règles du milieu et la maladie (psychose). »	« Donner de la documentation sur ses droits et les règles de l'unité. » « Utiliser des termes clairs, accessibles, ajustés au langage, à la capacité de comprendre et à l'état mental de la personne. »	« Normalise comment ils se sentent et augmente la collaboration. »
« Impliquer un pair aidant. »	« Mettre en contact avec quelqu'un qui est passé par là et qui peut comprendre. » « Favoriser les discussions de groupes avec les pairs. »	« Permet (au patient) de se sentir compris. »
« Impliquer la famille. »	« Faire des rencontres familiales »	« La famille peut refléter à la personne son état et leurs inquiétudes. » « Éviter le clivage. » « Obtenir la confiance de la personne en passant par la famille. »
« Contrer la stigmatisation. »	« Comparer la maladie mentale avec une maladie physique. » « Présenter la psychose comme une maladie des neurotransmetteurs qui nécessite de la médication. »	« Normaliser la psychose. »

* Les interventions infirmières, exemples et justifications consistent en des *verbatim* de groupe tirés de la première entrevue de groupe auprès des infirmières seulement

Quand le patient ne veut pas prendre sa médication et qu'il ne veut rien savoir, il ne peut pas y avoir de collaboration, il n'y a pas d'échange, pas de communication. Mais quand il y a une réponse en retour, c'est ça qui définit la collaboration » (Infirmière 1). Pour d'autres infirmières, la collaboration signifie plutôt d'établir un plan conjointement avec la personne soignée.

Certaines personnes soignées ont évoqué dans leur discours une forme de collaboration passive, qui consiste à « être un bon patient » (personne soignée 8) en agissant de la manière attendue par l'équipe traitante, dans le seul but d'obtenir son congé plus rapidement. Ceci a par ailleurs été identifié explicitement par les personnes soignées comme étant un facteur favorable à la relation (voir Tableau 2).

L'expertise de la personne soignée

Les infirmières ont accordé beaucoup d'importance au fait de donner des informations aux

personnes soignées au sujet de la psychose, de l'hospitalisation involontaire et de leurs droits : « Leur donner de l'information, pour les rassurer, pour leur redonner ce pouvoir ... plus ils ont de l'information, plus ils ont un certain contrôle sur certains comportements » (Infirmière 1). Or, aucune des personnes soignées n'a abordé ce sujet, mis à part pour qu'on leur explique pourquoi on leur imposait certaines règles : « Prendre une minute pour expliquer le fondement de la règle, parce qu'il y a un danger par rapport à une situation par exemple [...] d'expliquer le pourquoi ça aide à mieux comprendre » (Personne soignée 6).

Les personnes soignées ont plutôt mis l'accent sur le besoin d'être à l'écoute de leurs perspectives par rapport à leurs expériences de santé, tel que noté par la chercheuse dans ses notes réflexives : « Dit avoir compris que ça lui faisait du bien de parler. Le processus de mettre en mots par la conversation pour faire un processus d'introspection semble avoir été central dans son rétablissement » (notes réflexives de la

chercheuse). Or, certaines infirmières novices ont avoué s'abstenir d'engager la discussion par peur de déranger : « Les personnes soignées disent qu'on ne leur offre pas assez d'occasions pour parler avec les infirmières, alors que les infirmières ont mentionné avoir peur de les déranger » (notes réflexives de la chercheuse).

Rôle relationnel de l'infirmière

Contrairement au groupe d'infirmières qui s'est montré convaincu de la pertinence de s'intéresser à la relation dans un projet de recherche, les personnes soignées se sont montrées surprises que le sujet d'intérêt de l'étude soit leur relation avec l'infirmière : « Il avait l'air de se demander si ça faisait partie des tâches de l'infirmière d'établir une relation thérapeutique » (notes réflexives de la chercheuse). Selon les personnes soignées, cette relation leur a semblé présente qu'entre elles et le psychiatre ou le gestionnaire de cas de la clinique de premier épisode psychotique (PEP) : « En général, les contacts avec les infirmières semblent perçus comme étant plus superficiels qu'avec les autres professionnels, et ce, par plusieurs participants » (notes réflexives de la chercheuse).

Plusieurs personnes soignées ont avoué que le rôle de l'infirmière se limite plutôt à prendre des signes vitaux, administrer la médication et s'assurer du bon fonctionnement quotidien sur l'unité de soins : « En général, a l'impression que le rôle infirmier s'en tient à la médication et aux signes vitaux. », « Encore une fois, la tâche perçue des infirmières était plutôt liée aux aspects techniques et à l'application des règlements, et peu thérapeutique. », « Le rôle perçu de l'infirmière est de s'assurer du bon déroulement de la routine. » (notes réflexives de la chercheuse).

Par ailleurs, il a été difficile pour certaines personnes soignées de discuter d'expériences relationnelles positives avec les infirmières, car elles ne se souvenaient pas en avoir vécu : « Ne se souvient pas avoir eu de contacts avec le personnel, n'avait pas l'impression que quelqu'un était attiré pour prendre soin de lui/d'elle, la relation était inexistante », « Ses relations significatives n'ont pas été avec les infirmières, les contacts avec elles étaient plutôt superficiels » (notes réflexives de la chercheuse). Les discussions se sont donc concentrées sur leurs relations avec leur psychiatre ou leur gestionnaire de cas.

Perception de l'autorité de l'infirmière

Les deux groupes ont évoqué des perspectives différentes quant à l'autorité de l'infirmière. D'une part, les personnes soignées ont exprimé s'être senties opprimées par l'hospitalisation involontaire. Elles ont reconnu la position d'autorité de l'infirmière par rapport à elles en indiquant qu'elles avaient le pouvoir d'appliquer les règles et de décider de ce

que les personnes hospitalisées ont ou n'ont pas le droit de faire : « Il y a une multitude de règles qui sont imposées ... évidemment ton estime de soi en subit les conséquences. Si l'infirmier ou l'infirmière concède quelques éléments, par exemple « tu as le droit de faire ça parce que tu t'es bien comporté », pour un patient, c'est intéressant, ça mène à se reconstruire peu à peu » (personne soignée 6).

Or, lors du groupe de discussion avec les personnes soignées et les infirmières, ces dernières ont exprimé qu'elles ne se sentent pas en position de pouvoir. Elles ont expliqué être plutôt contraintes par leurs responsabilités quant aux prescriptions médicales, à l'application des mesures coercitives ordonnées par la cour et le respect des règles de l'établissement : « On est aussi limité par ces règles-là [...] sont déjà établies à l'avance [...] on nous oblige à les appliquer. Il y a un certain fonctionnement sur l'unité [...] la prescription médicale, les règles sur l'unité, [...] nous, on est limité parce qu'on n'a aucun pouvoir dans tous ces règlements [...] si on nous donnait le pouvoir de décider, peut-être qu'on ferait autre chose [...] tu vois le patient, tu l'évalues, tu pourrais le laisser faire ce qu'il veut parce que ça ne met personne en danger quoi, mais c'est qu'il y a un règlement qui encadre cela donc tu es obligé de le faire respecter quitte à ce que parfois ça nuise à la relation avec la personne. Il va voir en toi un autre qui lui prend de son pouvoir alors que toi personnellement tu te dis si je ne l'applique pas, c'est moi qu'on met à la porte » (infirmière 1).

Certaines personnes soignées ont dit avoir été surprises d'entendre que les infirmières se sentaient ainsi : « C'est intéressant pour les patients de savoir que les règles frustrant aussi les infirmières » (personne soignée 11).

Discussion

La présente étude visait à identifier les différences de perspectives des infirmières et des personnes soignées concernant les conditions favorables à leur relation. Lors d'une série d'entrevues où les deux groupes ont été rencontrés séparément, les personnes soignées ont priorisé les qualités humaines de l'infirmière afin d'être accompagnées, rassurées et sécurisées. En contrepartie, les infirmières ont priorisé des interventions infirmières visant à favoriser l'observance de la personne soignée au traitement médical. Les notes réflexives prises par la chercheuse ont permis de soulever des différences de perspectives entre personnes soignées et infirmières au niveau de la collaboration, de l'expertise de la personne soignée, du rôle relationnel de l'infirmière et de l'autorité de l'infirmière. Ces résultats permettent d'émettre une

série de recommandations pour la discipline infirmière.

Offrir un contact plus humain

Les personnes soignées ont accordé beaucoup d'importance aux qualités humaines de l'infirmière pour favoriser la relation. Ceci rejoint les constats d'autres études recensées dans la littérature (Farrelly & Lester, 2014; Gerace et al., 2018; Greenwood et al., 2014). De jeunes adultes vivant avec une psychose débutante ont rapporté qu'une attitude d'ouverture et de transparence de la part des infirmières, notamment en acceptant de dévoiler une partie de leur vie personnelle, facilite la confiance, l'espoir et l'engagement dans le processus de rétablissement (Greenwood et al., 2014). Les récits des personnes soignées en psychiatrie reflètent souvent un grand besoin de contact émotif (Andreasson & Skarsater, 2012; Hooff & Goossensen, 2014; Wyder et al., 2015; Wyder et al., 2013). En effet, ces dernières rapportent fréquemment le besoin de sentir une connexion (Wyder et al., 2015) et d'être accompagnées émotionnellement (Hooff & Goossensen, 2014; Olofsson & Norberg, 2001). Selon les résultats de cette étude, ce besoin de connexion humaine pourrait être rempli du moins partiellement par les relations que les personnes soignées développent avec leurs pairs. Il est donc indiqué d'encourager ces relations également, tant qu'elles sont saines. Ceci peut servir à une transition vers une meilleure ouverture envers les infirmières, ou tout simplement pallier l'absence de relation avec les infirmières.

Même si les deux groupes étaient d'accord sur l'importance d'accorder du temps pour écouter et discuter avec la personne soignée, le contenu recherché dans ces conversations diffère entre les deux groupes. Pour s'intéresser aux besoins de la personne selon sa perspective personnelle, les infirmières ont donné des exemples qui tournent strictement autour de l'expérience de santé de la personne soignée. Lorsque les personnes soignées ont affirmé l'importance de démontrer un intérêt à connaître et comprendre la personne, elles ont donné des exemples qui concernaient la personne soignée elle-même, sans que cela ait à voir avec sa psychose (p.ex. s'intéresser à ses passe-temps, à ce qu'elle fait). Ceci rejoint les conclusions d'une recension des écrits sur la perspective des personnes soignées, qui indique qu'avoir des interactions plus personnelles avec elles favoriserait la création d'une relation de collaboration (Katsakou & Priebe, 2007). Le fait de se limiter aux sujets liés à la santé de la personne soignée pourrait donc constituer en quelque sorte un obstacle à la relation. Selon le modèle intersubjectif de la relation infirmière-soigné (MIRIS), le besoin de l'infirmière de se sentir utile pour la personne soignée fait que

l'infirmière est « encombrée d'elle-même », c'est-à-dire centrée sur elle-même par son désir d'être une « bonne infirmière », ce qui l'empêche d'être engagée dans la relation (Verdon, Lavoie & Blondeau, 2014). L'infirmière a donc tout intérêt à avoir des interactions plus personnelles avec la personne soignée, qui sortent du cadre de ses tâches infirmières, afin d'établir une relation avant toute chose.

Le fait que les infirmières n'aient pas accordé autant d'importance à se dévoiler ou s'ouvrir émotionnellement dans leurs relations avec les personnes soignées pourrait s'expliquer notamment par la notion de distance professionnelle qu'on suggère aux infirmières de maintenir. Il est probable que des infirmières comprennent à tort que cette distance implique de se détacher émotivement. Les indications des ordres professionnels quant aux limites de la relation sont souvent floues. Selon les normes d'exercice au sujet de la relation thérapeutique de l'Ordre des infirmiers et infirmières de l'Ontario (OIIO), l'infirmière ne doit pas faire de confiance au patient à son sujet, à moins que cela réponde à un besoin thérapeutique (OIIO, 2006), ce qui repose sur une interprétation plutôt subjective de la situation. Les infirmières sont encouragées à être empathiques et faire preuve de compassion, tout en se détachant émotivement afin de soigner avec professionnalisme (OIIO, 2006).

Plusieurs théoriciens de diverses disciplines proposent des conceptions de la relation thérapeutique qui permettent de clarifier la notion de distance professionnelle. En psychologie, la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) adaptée pour la psychose préconise un dévoilement approprié de la part du professionnel, lorsque cela permet de normaliser les émotions de la personne soignée, réduire son sentiment de stigmatisation et lui donner l'occasion de s'identifier au professionnel (Birchwood, Fowler, & Jackson, 2000). Le courant de la pleine conscience invite le thérapeute à porter attention à l'autre avec empathie, présence et écoute profonde, tout en reconnaissant et en acceptant ses propres réactions cognitives et émotives telles qu'elles sont, sans les juger ou chercher à les supprimer (Hick & Bien, 2008). En sciences infirmières, Travelbee (1964) a critiqué le fait qu'on incite les infirmières à être seulement empathiques, plutôt que sympathiques à la détresse vécue par la personne. Selon cette théoricienne, l'empathie n'est qu'une compréhension de l'autre, alors que la sympathie va plus loin en ressentant la détresse de l'autre et en ayant le désir profond de l'aider à s'en libérer (Travelbee, 1964). Elle soutenait que cette forme de compassion était essentielle au soin et pouvait être exprimée sans devenir submergée par ses propres émotions (Travelbee, 1964). Plus récemment, le MIRIS de Verdon et al. (2014) propose de développer un

partage commun avec la personne soignée, de s'ouvrir à soi et à l'autre simultanément, afin de mieux comprendre l'effet de la rencontre sur soi-même et de se distinguer de l'autre. Plutôt que de maintenir une distance envers la personne soignée, il s'agit donc de prendre une distance par rapport à soi-même, pour mieux se rapprocher de l'autre (Verdon et al., 2014).

En somme, il semble qu'une certaine part d'engagement émotif et de dévoilement de la part de l'infirmière peut parfois être indiquée pour créer une relation avec la personne soignée (Hooff & Goossensen, 2014). Un dévoilement de soi qui demeure authentique sans être trop « personnel » ou « intime », mais qui se rapporte aux expériences humaines communes dans une situation donnée semble tout à fait indiqué afin de permettre à la personne soignée de se sentir considérée, comprise et respectée. Ceci pourrait être enseigné aux futures infirmières.

Prévenir la stigmatisation des personnes soignées par les infirmières

Cette distance ressentie par les personnes soignées pourrait être causée par de la stigmatisation de la part des infirmières. Bien que cela n'ait pas été observé chez les infirmières de la présente étude, la stigmatisation de la part des infirmières en santé mentale est courante, et surtout envers les personnes soignées lors d'un épisode de psychose (Rao et al., 2009). Une étude s'intéressant aux attitudes des infirmières envers les personnes vivant avec un trouble psychotique a indiqué que les infirmières qui pratiquent en milieu hospitalier ont des attitudes plus négatives que celles qui pratiquent en milieu communautaire (Linden & Kavanagh, 2012). Ceci s'expliquerait par le fait que les infirmières en milieu hospitalier ne côtoient les personnes soignées que lorsqu'elles sont en phase aiguë de leur maladie. Ainsi, elles auraient tendance à avoir une vision plus pessimiste quant aux possibilités de rétablissement (Linden & Kavanagh, 2012). Le milieu hospitalier les expose également à plus d'épisodes de violence ou d'agitation chez les personnes soignées, ce qui leur donne davantage l'impression qu'elles sont dangereuses (Linden & Kavanagh, 2012). Il serait donc important d'exposer les infirmières en milieu hospitalier psychiatrique aux expériences positives de rétablissement vécues par les personnes soignées après leur hospitalisation.

Soutenir les infirmières novices

La distance ressentie par les personnes soignées de la part des infirmières pourrait également s'expliquer par le manque d'expérience de certaines auprès de cette clientèle. Dans la présente étude, des personnes soignées ont

rapporté que les infirmières d'expérience leur semblaient plus flexibles et moins restrictives. Linden et Kananagh (2012) ont observé le même phénomène, alors que les infirmières ayant plus de dix années d'expérience auprès de cette clientèle ont rapporté des attitudes plus positives envers les personnes soignées lors d'un épisode psychotique. Hypothétiquement, ceci pourrait s'expliquer par le fait qu'avec l'expérience, les infirmières apprennent peut-être à mieux gérer leurs contre-transferts et donc à être moins bouleversées face à la détresse des personnes soignées. Dans une étude de Graneheim, Slotte, Säfsten et Lindgren (2014), des infirmières ont mentionné que les habiletés de communication auprès des personnes hospitalisées en psychiatrie s'acquièrent avec l'expérience. Les infirmières d'expérience sont peut-être également moins anxieuses par rapport à leur performance professionnelle, ce qui les rend plus disponibles pour entrer en relation. Cette tendance a d'ailleurs été observée dans la présente étude. Certaines infirmières novices ont rapporté qu'elles s'abstiennent parfois d'engager la discussion avec les personnes soignées par peur de les déranger. Ceci appuie la pertinence d'offrir un service de mentorat et de supervision clinique aux infirmières novices.

Prioriser la relation à l'observance au traitement

Les personnes soignées ont justifié l'importance des qualités humaines des infirmières par leurs besoins de réciprocité, de trouver des points en commun avec celles-ci, de sortir de leur solitude et d'être sécurisées. Elles ont précisé que lorsque ces besoins sont comblés, cela leur permet de développer une confiance envers les infirmières, d'avoir une meilleure compréhension de leur premier épisode psychotique et éventuellement d'accepter leur hospitalisation.

Inversement, les infirmières justifient plusieurs de leurs interventions par le but de favoriser la collaboration. Or, plusieurs d'entre elles semblent confondre la notion de collaboration avec celle d'observance au traitement. D'autres interventions sont justifiées par le but qu'on reflète à la personne soignée son état, qu'on normalise sa psychose, ou qu'il comprenne l'importance de prendre de la médication. Ces objectifs impliquent donc que la personne soignée adhère au modèle biomédical de la psychose. En conséquence, certaines personnes soignées adoptent la stratégie d'adhérer au discours biomédical et de collaborer passivement afin d'obtenir leur congé plus rapidement. Ceci peut donner l'illusion aux infirmières que leurs interventions et l'observance au traitement ont favorisé la relation de collaboration. Or, selon les personnes soignées de la présente étude, la relation est une condition favorable à la prise de

conscience et l'observance au traitement, et non une conséquence de ceux-ci. Il est donc important de viser d'abord à établir une relation, malgré les contestations de la personne soignée, plutôt que de viser à tout prix à favoriser l'observance, au détriment de la relation.

Cette confusion entre les concepts de collaboration et d'observance a également été relevée dans les écrits (Zugai, Stein-Parbury, & Roche, 2015). Par ailleurs, la forme de collaboration passive reflétée dans le discours de certaines personnes soignées a été notée dans d'autres études portant sur le contexte de soin coercitif (Norvoll & Pedersen, 2016; Seed et al., 2016). Ce type de collaboration peut être confondu avec une réelle collaboration, alors que la personne soignée se résigne plutôt à adopter les comportements attendus par l'équipe soignante en raison de son sentiment d'impuissance. Cette abdication à agir à l'encontre de ses propres opinions peut porter grandement atteinte à l'estime de soi, au sentiment de contrôle et à l'identité de la personne, voire à contribuer à des éléments post-traumatiques relativement aux conditions coercitives de l'hospitalisation (Birchwood et al., 2000). Ceci montre qu'une clarification quant à la notion de collaboration dans le cadre de la formation des infirmières pourrait les inciter à prioriser la relation autant que possible. Ceci permettrait de créer un espace d'échange pour exposer à la personne soignée la perspective du modèle médical ou de l'infirmière en tant qu'individu, tout en réduisant la pression exercée sur elle pour qu'elle adhère à l'une ou l'autre de celles-ci.

Reconnaître l'expertise de la personne soignée

Des différences ont été observées quant à l'importance attribuée par chacun des groupes à leurs expertises respectives. Les infirmières ont accordé beaucoup d'importance à transmettre leurs savoirs aux personnes soignées, alors que ces dernières ont exprimé le besoin qu'on écoute davantage leurs expériences subjectives. Elles ont souligné qu'en racontant leur histoire, cela leur permet de faire une introspection. Cette observation démontre un risque que certaines infirmières adoptent une posture d'experte et négligent le savoir expérientiel de la personne soignée lorsqu'elles font de la psychoéducation. Afin de trouver des solutions, il convient de s'intéresser aux barrières qui retiennent les infirmières de questionner les personnes soignées au sujet de leur histoire personnelle. Certaines infirmières auraient tendance à éviter d'aborder le contenu psychotique dans leurs discussions avec les personnes soignées par peur d'alimenter leurs symptômes (Amador & Johanson, 2000). D'autres craignent qu'en le faisant, elles aient à défier la personne

soignée sur sa perception de la réalité, ce qui pourrait nuire à leur relation (Amador & Johanson, 2000). Or, s'intéresser à l'expérience de la personne soignée lui montre qu'on s'intéresse et se soucie d'elle, ce qui est plutôt favorable à la relation (Amador & Johanson, 2000). Il serait donc important d'enseigner aux infirmières la pertinence d'aborder le contenu délirant de la pensée avec les personnes soignées.

Valoriser le rôle de la relation de collaboration dans le champ de pratique de l'infirmière

Le fait que certaines des personnes soignées n'étaient pas en mesure de partager des expériences de relations positives avec des infirmières; qu'elles étaient inconscientes de l'importance de la relation dans le rôle infirmier; et qu'elles aient attribué ce rôle davantage à d'autres professionnels tend à confirmer la pauvreté des relations entre les infirmières et les personnes soignées. Leur perception du rôle des infirmières, soit la prise des signes vitaux, l'administration de médicaments, l'application des règlements et la gestion de routine sur l'unité de soins, porte à croire que l'infirmière n'exerce pas le plein potentiel de son champ d'exercices. Cette perception ne pourrait pas s'expliquer par la présence de symptômes psychotiques chez les personnes soignées, car elles ont été rencontrées en période de rémission. Barker et Buchanan-Barker (2010) attribuent plutôt le manque de valorisation de la relation dans le rôle infirmier au fait que la culture de pratique soit centrée sur le risque de dangerosité que représente la clientèle en psychiatrie. Selon ses auteurs, cette culture de pratique contraint les infirmières et limite leur rôle à de l'observation et de la surveillance, au détriment de la relation (Barker & Buchanan-Barker, 2010). D'autres auteurs ont la même critique de la culture de pratique actuelle en psychiatrie un peu partout dans le monde (Holmes, Jacob & Perron, 2014). Celle-ci est dominée par le pouvoir biomédical et un discours paternaliste au sujet de la sécurité et de la gestion du risque, qui servent à légitimer des pratiques répressives pour les personnes soignées et qui vont à l'encontre de l'approche du rétablissement (Holmes et al., 2014). Les infirmières se retrouvent en quelque sorte à servir d'instrument pour ces pratiques, ce qui accentue considérablement le déséquilibre du pouvoir entre elles et les personnes soignées et qui est délétère pour la relation (Slemon, Jenkins & Bonguay, 2017). Un changement de culture pourrait être initié dès la formation des infirmières, en accordant une part plus importante au rôle relationnel de l'infirmière et à la notion du patient partenaire dans le cursus d'enseignement.

Accorder plus d'autonomie à l'infirmière

Le sentiment de contrainte exprimé par les infirmières participant à la présente étude pourrait également s'expliquer par des facteurs organisationnels qui limitent le plein exercice de leur champ de pratique auprès des personnes soignées. Dans l'étude de Graneheim et al. (2014), les infirmières ont identifié plusieurs barrières concernant leurs conditions de travail qui les empêchent d'être à l'écoute et de dialoguer avec les personnes qu'elles soignent autant qu'elles le voudraient. Elles ont déploré le manque de temps lié à une surcharge de travail, ainsi qu'un manque de soutien de la part des gestionnaires pour les écouter, les impliquer dans les décisions et leur offrir de la supervision clinique. En ce qui concerne la culture de pratique, elles se sentent contraintes à utiliser la médication comme unique outil thérapeutique et à ne pas pouvoir offrir d'autres types d'activités thérapeutiques (Graneheim et al., 2014). Enfin, les infirmières de la santé mentale ressentent souvent de l'impuissance par rapport aux lignes de conduite et aux politiques de leur milieu de pratique (Larsen & Terkelsen, 2013). Il serait donc important de réorganiser les services, de fournir de la supervision clinique et d'accorder plus d'autonomie aux infirmières quant à l'application des règles imposées dans leurs milieux de pratique et dans l'exercice de leur champ de pratique.

Recommandations pour la discipline infirmière

Les différences d'opinions entre les personnes soignées et les infirmières ont mis en relief la nécessité d'apporter un changement de culture de pratique afin de favoriser de meilleures relations. La notion de distance professionnelle mériterait d'être précisée afin de mieux répondre au besoin de contact émotif et de réciprocité chez la personne soignée. Il serait important de prévenir les croyances stigmatisantes de certaines infirmières envers les personnes soignées et de soutenir les infirmières novices par du mentorat. La notion de collaboration mérite d'être bien comprise afin de ne pas être confondue avec observance au traitement. Il faudrait promouvoir l'importance de la relation dans le rôle infirmier et le prioriser aux interventions visant à favoriser l'observance au traitement ou à gérer les risques et la dangerosité. Il est nécessaire de reconnaître l'expertise de la personne soignée au sujet de son expérience de santé en écoutant davantage sa perspective personnelle. En plus de redonner du pouvoir aux personnes soignées, il serait important d'en rendre également aux infirmières, afin qu'elles aient plus d'autonomie dans l'application des règles de leur milieu de pratique. Ceci leur permettrait d'avoir un levier

supplémentaire pour favoriser la relation par la négociation d'un espace thérapeutique. Un meilleur soutien au niveau organisationnel ainsi qu'une culture de pratique ne se limitant pas au modèle biomédical augmenteraient également leur autonomie afin d'exercer pleinement leur profession.

Limites

La présente étude comporte certaines limites notamment en ce qui a trait à l'application de la méthode. Alors que l'approche d'investigation appréciative préconise l'émergence d'un message commun chez tous les participants, cette étude a plutôt porté sur les différences d'opinions entre les deux groupes de participants. Ceci a pu être induit par la séparation des deux groupes pour la collecte de données lors de la phase « découverte ». Idéalement, les divergences de point de vue entre les participants peuvent servir de points de départ de réflexions et de discussions qui orientent le groupe vers des solutions rassembleuses. Cette deuxième analyse, détaillée dans le présent article, diverge donc quelque peu de la finalité visée par l'approche d'investigation appréciative, bien qu'elle soit le reflet d'une partie des expériences exprimées lors des rencontres. Enfin, les données qui ont fait l'objet de cette seconde analyse sont majoritairement de nature réflexive et donc teintée par les expériences professionnelles et les opinions de la chercheuse, ce qui lui accorde une plus grande influence sur les résultats qu'une approche plus traditionnelle d'investigation appréciative.

Conclusion

Les points de divergence observés entre les personnes soignées et les infirmières illustrent qu'un changement de culture s'impose pour la pratique infirmière en milieu hospitalier psychiatrique. Ce changement devrait valoriser davantage la relation dans le rôle infirmier, favoriser un juste équilibre entre proximité et distance professionnelle, attribuer plus d'importance à l'expertise de la personne soignée, éviter de confondre la collaboration avec l'observance au traitement, et accorder plus d'autonomie aux infirmières dans l'application des règles.

De futures recherches devraient être conduites dans le but de développer et d'implanter des modèles de pratique infirmière en santé mentale qui valorisent l'établissement de la relation dans le rôle infirmier et qui accordent une plus grande autonomie aux infirmières dans le cadre de leur pratique.

Déclaration de conflit d'intérêts.

Les auteures déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Remerciements

Nous remercions les participants de l'étude pour leur contribution, ainsi qu'au Ministère de l'Enseignement supérieur, de la recherche et de la science (MESRS), au Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières (RRISIQ) et à l'Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale (AQISM) pour leur soutien financier.

Notes

1. Pour alléger le texte, le terme « relation » signifiera « relation de collaboration entre la personne soignée et l'infirmière » dans le reste de l'article.
2. Pour alléger le texte, l'expression « personne soignée » signifiera « personne hospitalisée contre son gré lors d'un premier épisode psychotique » dans le reste de l'article.
3. Le genre féminin est utilisé pour identifier l'infirmier et les infirmières participantes, afin de protéger la confidentialité.

Références

Amador, X., & Johanson, A.-L. (2000). *I am not sick, I don't need help! Helping the seriously mentally ill accept treatment*. Vida Press.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, American Psychiatric Association.

Andreasson, E., & Skarsater, I. (2012). Patients treated for psychosis and their perceptions of care in compulsory treatment: basis for an action plan. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(1), 15-22. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01748.x>

Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23. doi:10.1037/h0095655

Anthony, W. A. (2010). Shared decision making, self-determination and psychiatric rehabilitation. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 34(2), 87-88. doi:10.2975/34.2.2010.87.88

Barker, P., & Buchanan-Barker, P. (2010). The tidal model of mental health recovery and reclamation: application in acute care settings. *Issues in Mental Health Nursing*, 31(3), 171-180. <https://doi.org/10.3109/01612840903276696>

Birchwood, M. J., Fowler, D., & Jackson, C. (2000). *Early intervention in psychosis: a guide to concepts, evidence and interventions*. Wiley.

Browne, J., Bass, E., Mueser, K. T., Meyer-Kalos, P., Gottlieb, J. D., Estroff, S. E., & Penn, D. L. (2019). Client predictors of the therapeutic alliance in individual resiliency training for first episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 204, 375-380. doi:<https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.07.035>

Clément, M., Verdon, C., Robichaud, F., & Abdel-Baki, A. (2018). Les conditions favorables à la relation infirmière-patient : le contexte de l'hospitalisation involontaire lors d'un premier épisode psychotique. *Science of Nursing and Health Practices-Science infirmière et pratiques en santé*, 1(2), 1-16.

Cooperrider, D., Whitney, D. D., & Stavros, J. M. (2005). *The appreciative inquiry handbook: For leaders of change*. Berrett-Koehler Publishers.

Crompton, D. (2015). Therapeutic relationships and involuntary treatment orders: Service users' interactions with health-care professionals on the ward. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(2), 181-189. <http://dx.doi.org/10.1111/inm.12121>

Farrelly, S., Brown, G., Szmukler, G., Rose, D., Birchwood, M., Marshall, M., ... Thornicroft, G. (2014). Can the therapeutic relationship predict 18 month outcomes for individuals with psychosis? *Psychiatry Research*, 220(1), 585-591. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2014.07.032>

Farrelly, S., & Lester, H. (2014). Therapeutic relationships between mental health service users with psychotic disorders and their clinicians: a critical interpretive synthesis. *Health & Social Care in the Community*, 22(5), 449-460. <http://dx.doi.org/10.1111/hsc.12090>

Fiorillo, A., Giacco, D., De Rosa, C., Kallert, T., Katsakou, C., Onchev, G., . . . Priebe, S. (2012). Patient characteristics and symptoms associated with perceived coercion during hospital treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125(6), 460-467. doi:10.1111/j.1600-0447.2011.01809.x

Georgieva, I., Mulder, C.L. & Whittington, R. (2012). Evaluation of behavioral changes and subjective distress after exposure to coercive inpatient interventions. *BMC Psychiatry* 12, 54 <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-54>

Gerace, A., Oster, C., O'Kane, D., Hayman, C. L., & Muir-Cochrane, E. (2018). Empathic processes during nurse-consumer conflict situations in psychiatric inpatient units: A qualitative study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(1), 92-105. <http://dx.doi.org/10.1111/inm.12298>

- Gilbert, H., Rose, D., & Slade, M. (2008). The importance of relationships in mental health care: A qualitative study of service users' experiences of psychiatric hospital admission in the UK. *BMC Health Service Research*, 8, 92-104. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-92>.
- Graneheim, U. H., Slotte, A., Säfsten, H. M., & Lindgren, B.-M. (2014). Contradictions between Ideals and Reality: Swedish Registered Nurses' Experiences of Dialogues with Inpatients in *Psychiatric Care. Issues in Mental Health Nursing*, 35(5), 395-402. doi:10.3109/01612840.2013.876133
- Greenwood, K., Berry, C., Labuschagne, K., Chandler, R., deVisser, R., Peters, E., ...Garety, P. (2014). Facilitating hope as protection against social disability and the development of an Early Youth Engagement model in first episode psychosis services (the EYE project). [Oral communication]. 9th International Conference on Early Psychosis, Tokyo, Japan. <https://doi.org/10.1111/eip.12186>
- Hick, S. F., & Bien, T. (2008). *Mindfulness and the therapeutic relationship*. Guilford Press.
- Holmes, D., Jacob, J. D. & Perron, A. (eds). (2014). *Power and the Psychiatric Apparatus: Repression, Transformation and Assistance*. Ashgate.
- Hooff, S., & Goossensen, A. (2014). How to increase quality of care during coercive admission? A review of literature. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(3), 425-434. <http://dx.doi.org/10.1111/scs.12070>
- Hughes, R., Hayward, M., & Finlay, W. M. L. (2009). Patients' perceptions of the impact of involuntary inpatient care on self, relationships and recovery. *Journal of Mental Health*, 18(2), 152-160. doi:10.1080/09638230802053326
- Hustoft, K., Larsen, T. K., Auestad, B., Joa, I., Johannessen, J. O., & Ruud, T. (2013). Predictors of involuntary hospitalizations to acute psychiatry. *International Journal of Law and Psychiatry*, 36(2), 136-143. <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2013.01.006>
- Jacob, J. D., Holmes, D., Rioux, D., Corneau, P., & MacPhee, C. (2019). Convergence and divergence: An analysis of mechanical restraints. *Nursing Ethics*, 26(4), 1009-1026. <https://doi.org/10.1177/0969733017736923>
- Johansen, R., Melle, I., Iversen, V. C., & Hestad, K. (2013). Personality traits, interpersonal problems and therapeutic alliance in early schizophrenia spectrum disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 54(8), 1169-1176. doi: 10.1016/j.comppsy.2013.05.016
- Jung, E., Wiesjahn, M., & Lincoln, T. M. (2013). Negative, not positive symptoms predict the early therapeutic alliance in cognitive behavioral therapy for psychosis. *Psychotherapy Research*, 24(2), 171-183. doi: 10.1080/10503307.2013.851425
- Katsakou, C., & Priebe, S. (2007). Patient's experiences of involuntary hospital admission and treatment: A review of qualitative studies. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 16(02), 172-178. <http://dx.doi.org/doi:10.1017/S1121189X00004802>
- Large, M. M., Dall, B., & Nielssen, O. B. (2014). Risk assessment for violence and self-harm in first episode psychosis and the need for early psychosis intervention services. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(1), 94-95. <http://dx.doi.org/10.1177/0004867413489176>
- Larsen, I. B., & Terkelsen, T. B. (2013). Coercion in a locked psychiatric ward. *Nursing Ethics*, 21(4), 426-436. <http://dx.doi.org/10.1177/0969733013503601>
- Lawlor, C., Hall, K., & Ellett, L. (2015). Paranoia in the therapeutic relationship in cognitive behavioural therapy for psychosis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 43(04), 490-501. doi: doi:10.1017/S1352465814000071
- Linden, M., & Kavanagh, R. (2012). Attitudes of qualified vs. student mental health nurses towards an individual diagnosed with schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing*, 68(6), 1359-1368. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05848.x>
- Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui. L.R.Q., 1997, c. P.38.001, 1997.
- McCloughen, A., Gillies, D., & O'Brien, L. (2011). Collaboration between mental health consumers and nurses: Shared understandings, dissimilar experiences. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20(1), 47-55. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1447-0349.2010.00708.x>
- Moreno-Poyato, A. R., Monteso-Curto, P., Delgado-Hito, P., Suarez-Perez, R., Acena-Dominguez, R., Carreras-Salvador, R., ...Roldan-Merino, J. F. (2016). The therapeutic relationship in inpatient psychiatric care: A narrative review of the perspective of nurses and patients. *Archive of Psychiatric Nursing*, 30(6), 782-787. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2016.03.001>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2005). Plan d'action en santé mentale 2005-2010: La force des liens. MSSS. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2005/05-914-01.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015). Plan d'action en santé mentale 2015-2020 - faire ensemble et autrement. Québec: MSSS. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-914-04W.pdf>

- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018). Modèle de protocole de mise sous garde en établissement de santé et de services sociaux des personnes dangereuses pour elles-mêmes ou pour autrui en raison de leur état mental. Québec : MSSS. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-914-37W.pdf>
- Ng, X. T., & Kelly, B. D. (2012). Voluntary and involuntary care: Three-year study of demographic and diagnostic admission statistics at an inner-city adult psychiatry unit. *International Journal of Law and Psychiatry*, 35(4), 317-326. <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2012.04.008>
- Norvoll, R., & Pedersen, R. (2016). Exploring the views of people with mental health problems' on the concept of coercion: Towards a broader socio-ethical perspective. *Social Science & Medicine*, 156, 204-211. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.03.033>
- Nytingnes, O., Ruud, T., & 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:<https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2016.08.009>
- Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. (2006). Norme d'exercice : La relation thérapeutique. OIIQ. https://www.cno.org/globalassets/docs/prac/51033_nurseclient.pdf
- Olofsson, B., & Norberg, A. (2001). Experiences of coercion in psychiatric care as narrated by patients, nurses and physicians. *Journal of Advanced Nursing*, 33(1), 89-97. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01641.x>
- Peplau, H. E. (1991). *Interpersonal relations in nursing: a conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. Springer.
- Rao, H., Mahadevappa, H., Pillay, P., Sessay, M., Abraham, A., & Luty, J. (2009). A study of stigmatized attitudes towards people with mental health problems among health professionals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(3), 279-284. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2850.2008.01369.x>
- Rose, D., Evans, J., Laker, C., & Wykes, T. (2015). Life in acute mental health settings: experiences and perceptions of service users and nurses. *Epidemiology and Psychiatric Science*, 24(1), 90-96. <http://dx.doi.org/10.1017/s2045796013000693>
- Sarısoy, G., Kaçar, Ö. F., Pazvantoğlu, O., Korkmaz, I. Z., Öztürk, A., Akkaya, D., ...Sahin, A. R. (2013). Internalized stigma and intimate relations in bipolar and schizophrenic patients: A comparative study. *Comprehensive Psychiatry*, 54(6), 665-672. <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.02.002>
- Seed, T., Fox, J. R. E., & Berry, K. (2016). The experience of involuntary detention in acute psychiatric care. A review and synthesis of qualitative studies. *International Journal of Nursing Studies*, 61, 82-94. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.05.014>
- Shattell, M., Bartlett, R., Beres, K., Southard, K., Bell, C., Judge, C. A., & Duke, P. (2015). How patients and nurses experience an open versus an enclosed nursing station on an inpatient psychiatric unit. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 21(6), 398-405. <http://dx.doi.org/10.1177/1078390315617038>
- Slemon, A., Jenkins, E., & Bungay, V. (2017). Safety in psychiatric inpatient care: The impact of risk management culture on mental health nursing practice. *Nursing Inquiry*, 24(4), 1-10. <http://dx.doi.org/10.1111/nin.12199>
- Smith, D., Roche, E., O'Loughlin, K., Brennan, D., Madigan, K., Lyne, J., ...O'Donoghue, B. (2014). Satisfaction with services following voluntary and involuntary admission. *Journal of Mental Health*, 23(1), 38-45. <http://dx.doi.org/10.3109/09638237.2013.841864>
- Soininen, P., Kontio, R., Joffe, G., & Putkonen, H. (2016). Patient Experience of Coercive Measures. In B. Völlm & N. Nedopil (Eds.), *The Use of Coercive Measures in Forensic Psychiatric Care: Legal, Ethical and Practical Challenges* (pp. 255-270). Cham: Springer International Publishing.
- Travelbee, J. (1964). What's wrong with sympathy? *The American Journal of Nursing*, 64(1), 68-71. <http://dx.doi.org/10.2307/3452776>
- Verdon, C., Lavoie, M., & Blondeau, D. (2014). Les fondements de la relation infirmière/soigné revisités par un modèle construit autour de la philosophie de Gabriel Marcel. *Aporia. La revue en sciences infirmières*, 6(3), 30-40. <https://doi.org/10.18192/aporia.v6i3.2837>
- Walsh, J., Hochbrueckner, R., Corcoran, J., & Spence, R. (2016). The lived experience of schizophrenia: A systematic review and meta-synthesis. *Social Work in Mental Health*, 14(6), 607-624. <http://dx.doi.org/10.1080/15332985.2015.1100153>
- Warner, R. (2010). Does the scientific evidence support the recovery model? *The Psychiatrist*, 34(1), 3-5. <http://dx.doi.org/10.1192/pb.bp.109.025643>
- Wyder, M., Bland, R., Blythe, A., Matarasso, B., & Crompton, D. (2015). Therapeutic relationships and involuntary treatment orders: Service users' interactions with health-care professionals on the ward. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(2), 181-189. <http://dx.doi.org/10.1111/inm.12121>

Wyder, M., Bland, R., & Crompton, D. (2013). Personal recovery and involuntary mental health admissions: The importance of control, relationships and hope. *Health, 5*(3), 574-581. <http://dx.doi.org/10.4236/health.2013.53A076>.

Zugai, J. S., Stein-Parbury, J., & Roche, M. (2015). Therapeutic alliance in mental health nursing: An evolutionary concept analysis. *Issues in Mental Health Nursing, 36*(4), 249-257. <http://dx.doi.org/10.3109/01612840.2014.969795>