

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



Les conditions favorables à la relation infirmière-patient : le contexte de l'hospitalisation involontaire lors d'un premier épisode psychotique

Factors Facilitating the Nurse-patient Relationship in the Context of Involuntary Hospitalization for First-episode Psychosis

Myriam Clément, Chantal Verdon, Fanny Robichaud et Amal Abdel-Baki

Volume 1, numéro 2, 2018

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1076412ar>

DOI : <https://doi.org/10.31770/2561-7516.1025>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

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

ISSN

2561-7516 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

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. <https://doi.org/10.31770/2561-7516.1025>

Résumé de l'article

Introduction. La relation avec l'infirmière est un élément clé du rétablissement de la personne hospitalisée contre son gré lors d'un premier épisode psychotique. Or, le déséquilibre de pouvoir entre l'infirmière et le patient dans le contexte d'une hospitalisation involontaire peut nuire à la relation. Dans ces circonstances, il est difficile pour l'infirmière de centrer les soins sur les priorités de la personne soignée et de collaborer avec elle. Objectif. En s'appuyant sur l'approche orientée vers le rétablissement, l'objectif de cette étude était de coconstruire une vision d'une relation idéale entre l'infirmière et le patient hospitalisé de manière involontaire. Méthodes. L'utilisation d'une approche de recherche-action de type investigation appréciative a permis à cinq personnes hospitalisées involontairement lors d'un épisode psychotique et à cinq infirmières de partager leurs expériences relationnelles positives. Inspirés par ces expériences, les participants ont réfléchi aux ingrédients utiles pour coconstruire une relation infirmière-patient idéale dans ce contexte. Résultats. Les conditions émergentes favorables à la relation incluaient certains attributs chez l'infirmière, des interventions infirmières et des facteurs contextuels. La relation infirmière-patient serait favorisée par une pratique infirmière qui encourage l'espoir, l'autonomie et la prise de conscience du patient. Discussion et conclusion. La formation infirmière devrait viser à développer l'écoute active et l'humanisme pour favoriser la relation infirmière-patient. De plus, l'organisation des soins devrait faciliter le temps d'écoute des infirmières auprès des patients et un environnement de soins qui inspire un sentiment de réconfort et de sécurité. D'autres recherches sont souhaitables afin de développer des interventions éducatives et des modèles de soins permettant aux infirmières de prioriser l'écoute de l'histoire de la personne soignée.

Tous droits réservés © Myriam Clément, Chantal Verdon, Fanny Robichaud, Amal Abdel-Baki, 2018



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

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

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

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

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

Les conditions favorables à la relation infirmière-patient : le contexte de l'hospitalisation involontaire lors d'un premier épisode psychotique

Factors Facilitating the Nurse-patient Relationship in the Context of Involuntary Hospitalization for First-episode Psychosis

Myriam Clément, M. Sc., Ph. D.(c), Université du Québec en Outaouais

Chantal Verdon, Ph. D., Université du Québec en Outaouais

Fanny Robichaud, Ph. D., Université du Québec en Outaouais

Amal Abdel-Baki, M.D., M. Sc., FRCPC, Université de Montréal

Correspondance | Correspondence:

Myriam Clément, M. Sc., Ph. D.(c)

Infirmière clinicienne

CHUM 900, rue Saint-Denis, Montréal, QC, Canada, H2X 0A9

clem13@uqo.ca2375



Mots-clés

relation
infirmière-
patient;
psychose;
hospitalisation
involontaire;
investigation
appréciative;
rétablissement

Résumé

Introduction : La relation avec l'infirmière est un élément clé du rétablissement de la personne hospitalisée contre son gré lors d'un premier épisode psychotique. Or, le déséquilibre de pouvoir entre l'infirmière et le patient dans le contexte d'une hospitalisation involontaire peut nuire à la relation. Dans ces circonstances, il est difficile pour l'infirmière de centrer les soins sur les priorités de la personne soignée et de collaborer avec elle. **Objectif :** En s'appuyant sur l'approche orientée vers le rétablissement, l'objectif de cette étude était de coconstruire une vision d'une relation idéale entre l'infirmière et le patient hospitalisé de manière involontaire. **Méthodes :** L'utilisation d'une approche de recherche-action de type investigation appréciative a permis à cinq personnes hospitalisées involontairement lors d'un épisode psychotique et à cinq infirmières de partager leurs expériences relationnelles positives. Inspirés par ces expériences, les participants ont réfléchi aux ingrédients utiles pour coconstruire une relation infirmière-patient idéale dans ce contexte. **Résultats :** Les conditions émergentes favorables à la relation incluaient certains attributs chez l'infirmière, des interventions infirmières et des facteurs contextuels. La relation infirmière-patient serait favorisée par une pratique infirmière qui encourage l'espoir, l'autonomie et la prise de conscience du patient. **Discussion et conclusion :** La formation infirmière devrait viser à développer l'écoute active et l'humanisme pour favoriser la relation infirmière-patient. De plus, l'organisation des soins devrait faciliter le temps d'écoute des infirmières auprès des patients et un environnement de soins qui inspire un sentiment de réconfort et de sécurité. D'autres recherches sont souhaitables afin de développer des interventions éducatives et des modèles de soins permettant aux infirmières de prioriser l'écoute de l'histoire de la personne soignée.

Abstract

Introduction: The nurse-patient relationship is a key element in recovery for individuals involuntarily hospitalized for first-episode psychosis. However, the power imbalance between nurse and patient in this context can be detrimental to the relationship. Indeed, it is difficult for nurses to provide person-centred care and to seek collaboration with the patient under the circumstances. **Objective:** The aim of this study was to co-construct a vision of the ideal relationship between nurse and involuntarily hospitalized patient based on the recovery model. **Methods:** An appreciative inquiry action-research approach was used to enable five individuals involuntarily hospitalized for a psychotic episode and five attending nurses to share their positive relational experiences. Participants then reflected on the experiences to identify the ingredients useful to building the ideal nurse-patient relationship in this context. **Results:** The positive factors to emerge included certain nurse attributes, nursing interventions and contextual factors. The nurse-patient relationship would be facilitated by a nursing practice that promotes hope, empowerment, and self-awareness in patients. **Discussion and conclusion:** Nursing education should aim to develop active listening and humanism in nurses to facilitate the nurse-patient relationship. Also, care should be organized to encourage nurses to take time to listen to patients and the care environment should be rendered as safe and secure as possible. More research is required to develop educational interventions for nurses and nursing care models where priority is given to nurses listening to what patients have to say.

Keywords

nurse-patient
relationship;
psychosis;
involuntary
hospitalization;
appreciative
inquiry; recovery

INTRODUCTION

La relation infirmière-patient constitue l'essence et la clé de la pratique en santé mentale (Peplau, 1997). L'établissement d'une relation entre un professionnel de la santé et la personne souffrant d'une psychose aiguë est associé à un meilleur engagement du patient dans sa prise en charge (Priebe, Watts, Chase, & Matanov, 2005), une meilleure autocritique sur son état mental (Lysaker, Clements, Plascak-Hallberg, Knipscheer, & Wright, 2002) et moins de comportements agressifs et suicidaires (Farrelly et al., 2014). De plus, la relation permet d'atténuer les préjudices subis par la personne contrainte à une hospitalisation involontaire, soit sous ordonnance de garde en établissement (OGE) (Katsakou & Priebe, 2007; Olofsson & Norberg, 2001; Reed, 2008; Sheehan & Burns, 2011; Wyder, Bland, & Crompton, 2013).

Pour les professionnels, la relation semble plus difficile à établir avec les personnes vivant une psychose qu'avec celles vivant un autre problème de santé mentale (McCabe & Priebe, 2003; Roche, Madigan, Lyne, Feeney, & O'Donoghue, 2014). L'altération de l'autocritique (Kvrgic, Cavelti, Beck, Rusch, & Vauth, 2013), la dangerosité (Wahl & Aroesty-Cohen, 2010) et la symptomatologie qui accompagnent souvent la psychose constituent des obstacles au développement de la relation (Davis, Eicher, & Lysaker, 2011; Jung, Wiesjahn, & Lincoln, 2013; Lawlor, Hall, & Ellett, 2015). De plus, le contexte de l'OGE oblige l'infirmière à s'assurer que la personne soignée reste confinée dans l'unité de soins et respecte un certain nombre de règles. Or, il arrive souvent que le patient se sente opprimé par ces contraintes (Cutcliffe & Happell, 2009). Le sentiment de perte d'autonomie qui en résulte nuit à la relation lorsque la personne soignée en tient l'infirmière responsable (Theodoridou, Schlatter, Ajdacic, Rössler, & Jäger, 2012). L'approche orientée vers le rétablissement suggère de favoriser le pouvoir d'agir de la personne soignée (Barker & Buchanan-Barker, 2005). La relation est donc plus difficile à instaurer avec les patients sous OGE, comparativement à ceux hospitalisés de leur plein gré (Roche et al., 2014; Sheehan & Burns, 2011; Theodoridou et al.,

2012). Malgré tout, les défis inhérents à la psychose et à l'OGE peuvent être surpassés.

La présente étude vise à explorer des expériences positives de relations infirmière-patient afin de proposer les conditions favorables à l'établissement d'une relation idéale.

RECENSION DES ÉCRITS

La psychose se manifeste par des hallucinations, des idées délirantes, une pensée désorganisée, une expression émotionnelle diminuée ou une perte de volonté et d'initiative (American Psychiatric Association, 2013). Plusieurs personnes vivant un épisode psychotique réagissent par de l'anosognosie, c'est-à-dire une incapacité à reconnaître la psychose (Amador & Gorman, 1998). N'étant pas d'accord avec son diagnostic, la personne soignée peut être en désaccord avec l'équipe traitante, ce qui explique pourquoi elle refuse souvent d'être hospitalisée. Des méta-analyses ont révélé que lors d'un premier épisode psychotique, 35% des personnes commettent un acte de violence (Large & Nielssen, 2011) et 18% font une tentative de suicide (Challis, Nielssen, Harris, & Large, 2013). L'OGE est une mesure d'exception utilisée pour contraindre l'hospitalisation lorsqu'une personne représente un danger imminent pour elle-même ou pour autrui, en raison d'un problème de santé mentale (Gouvernement du Québec, 1997). La personne qui vit un épisode psychotique est donc particulièrement sujette à l'OGE, comparativement aux autres clientèles psychiatriques (Bindman & Thornicroft, 2008; Kaltiala-Heino, Korkeila, Tuohimäki, Tuori, & Lehtinen, 2000).

Selon plusieurs études rapportant le vécu de patients sous OGE, les difficultés dans la relation seraient dues au fait qu'ils se sentent opprimés par les professionnels (Seed, Fox, & Berry, 2016). En outre, des personnes interrogées au sujet de leur expérience d'OGE se sont plaintes d'une attitude paternaliste et infantiliste des professionnels envers elles (McGuinness, Dowling, & Trimble, 2013). D'autres ont rapporté ne pas s'être senties écoutées ni impliquées dans leurs soins (Wyder, Bland, Blythe, Matarasso, & Crompton, 2015). Elles ont plutôt le sentiment que les professionnels les stigmatisent (Wyder et al., 2015) et les punissent

(Wyder et al., 2013) en appliquant les règles de l'unité de soins avec rigidité (Larsen & Terkelsen, 2013). Ces expériences témoignent à quel point il semble difficile pour les infirmières d'appliquer l'approche orientée vers le rétablissement, laquelle privilégie de donner une place centrale à la personne soignée dans les décisions la concernant.

Ce type de comportements chez les professionnels pourrait s'expliquer par la culture du milieu de soins, c'est-à-dire le système de valeurs et d'attitudes adoptées par la majorité des professionnels qui y pratiquent. En milieu hospitalier psychiatrique, les infirmières en santé mentale ont comme rôle, entre autres, de surveiller les risques de dangerosité et d'utiliser des mesures coercitives, lorsque jugées nécessaires (Comité d'experts sur la pratique infirmière en santé mentale et soins psychiatriques, 2009). Or, ce rôle peut inciter à négliger le vécu cognitif et émotif du patient et à ne se concentrer que sur ses comportements extériorisés, tels que l'automutilation ou l'agressivité (Barker & Buchanan-Barker, 2010). Selon des professionnels (majoritairement infirmières) interrogés au sujet des tensions de rôles vécues dans leur pratique en santé mentale, la notion de dangerosité les incite à maintenir une distance physique en passant plus de temps dans le bureau des infirmières qu'auprès des personnes soignées (Felton, Repper & Avis, 2017). Par ailleurs, considérer la personne à risque les incite à se concentrer sur les symptômes et les signes de dangerosité à un point tel que les professionnels peuvent négliger le récit de la personne au sujet de son expérience. Selon Felton et al. (2017), cette distance physique et narrative est le signe d'une absence de relation entre les infirmières et les patients. En somme, on peut suggérer que la notion de dangerosité peut détourner le rôle de l'infirmière vers l'observation et la surveillance des personnes soignées pour contrôler leurs comportements extérieurs, au détriment de la relation (Barker & Buchanan-Barker, 2010).

Bien que les écrits antérieurs portant sur les expériences de personnes hospitalisées contre leur gré suggèrent que la relation avec leur infirmière est souvent difficile, certaines personnes rapportent également qu'elle peut être positive.

Ces dernières disent avoir ressenti du respect, du soutien, de la gentillesse et une attitude amicale de la part du personnel (McGuinness et al., 2013). Selon les diverses échelles de mesure répertoriées et consultées permettant d'évaluer la qualité de la relation, une relation est positive lorsqu'elle est empreinte d'honnêteté, de respect, de confiance, de compréhension et d'une collaboration vers des buts communs (Priebe & Gruyters, 1993). Un bon nombre d'études émettent des recommandations pour favoriser la relation entre différents professionnels de la santé et les personnes vivant une situation de santé mentale dans un contexte coercitif (Andreasson & Skarsater, 2012; Knowles, Hearne, & Smith, 2015; McGuinness et al., 2013; Olofsson & Norberg, 2001; Roche et al., 2014; Sibitz et al., 2011; Wyder et al., 2015). Il n'y a, à notre connaissance, aucune étude à ce jour qui ait exploré la relation idéale spécifiquement avec l'infirmière en contexte de psychose et d'OGE.

CADRE DE RÉFÉRENCE

L'approche orientée vers le rétablissement, le cadre théorique de l'étude, permet d'établir les balises connues d'une relation idéale. Cette approche implique l'établissement d'une relation dans laquelle l'infirmière et le patient collaborent vers des objectifs communs en tenant compte des priorités de la personne soignée (Zugai, Stein-Parbury, & Roche, 2015). Or, cette approche rencontre plus de résistances dans les milieux psychiatriques hospitaliers que dans les milieux communautaires (Tsai & Salyers, 2010). Comme les infirmières en milieux psychiatriques hospitaliers soignent des personnes en phase plus aigüe, elles sont davantage centrées sur le problème de santé que les infirmières en milieu communautaire, qui sont plus souvent témoins d'expériences de rétablissement (Tsai & Salyers, 2010). Plus particulièrement, il semble qu'un contexte de soins coercitif limite la capacité des infirmières à utiliser cette approche (Zugai et al., 2015), d'où l'intérêt d'utiliser ce cadre théorique pour guider l'étude.

Le but de l'étude était de coconstruire une vision de la relation infirmière-patient idéale, dans le contexte d'une OGE lors d'un épisode psychotique. Le premier objectif de l'étude était d'explorer de manière appréciative les expériences de relations positives, afin d'établir les conditions

de celles-ci. Le deuxième objectif était de déterminer des opportunités de changements qui pourraient favoriser les conditions de la relation idéale, dans un contexte de psychose et d'OGE.

MÉTHODES

APPROCHE

L'approche de recherche est une recherche-action de type investigation appréciative (IA). L'IA met en évidence ce qu'il y a de meilleur chez les gens, leur organisation et le monde autour d'eux (Cooperrider, Whitney, & Stavros, 2005). Cette approche a été choisie en raison de sa compatibilité avec l'approche orientée vers le rétablissement, qui vise également à révéler les forces de la personne. L'IA s'appuie sur la collaboration entre les chercheurs et les participants en les engageant activement dans le processus de recherche, ce qui favorise leur pouvoir d'agir (Cooperrider et al., 2005).

L'approche de l'IA comporte quatre phases se construisant l'une à partir de la précédente, dans un processus non linéaire : découverte, devenir,

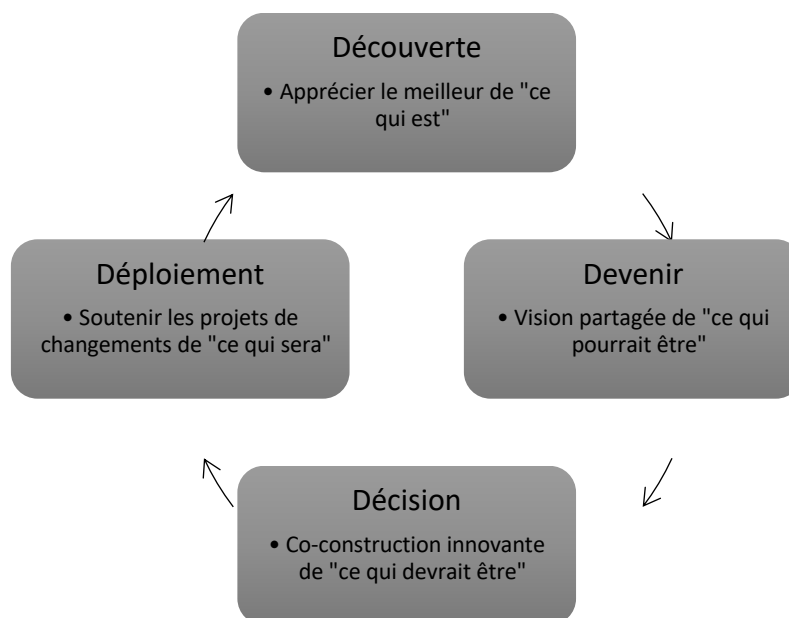
décision et déploiement (Cooperrider et al., 2005). Dans la phase découverte, les participants explorent leurs expériences positives afin « d'apprécier le meilleur de ce qui est ». Dans la phase devenir, ils visualisent « ce qui pourrait être ». Dans la phase décision, ils coconstruisent une proposition de « ce qui devrait être ». Enfin, dans la phase déploiement, ils soutiennent des projets de changements de « ce qui sera » (Cooperrider et al., 2005). Ces quatre phases sont représentées dans la Figure 1. Cet article présente les résultats émergeant de la première et de la troisième phase, car ils correspondent aux conditions de la relation idéale. La deuxième phase a plutôt fait émerger des résultats se rapportant à la nature de la relation, ce qui n'est pas le sujet du présent article. L'étude n'a pas abordé la quatrième phase.

SÉLECTION ET RECRUTEMENT DES PARTICIPANTS

La population à l'étude regroupe de jeunes adultes atteints d'un trouble psychotique durant leurs cinq premières années de suivi d'intervention précoce pour la psychose et en phase de rémission, ayant vécu l'expérience d'une OGE depuis le début

Figure 1

Les quatre phases de l'investigation appréciative (adaptée de Cooperrider et al., 2005)



de leur suivi. La population comprend également les infirmières qui travaillent dans un département de psychiatrie d'un hôpital de la région de Montréal. La sélection des participants (n=10) et le recrutement ont été faits par choix raisonné. Les personnes soignées (n=5) ont été sélectionnées avec l'aide de psychiatres collaborateurs afin de représenter une variation maximale de leurs caractéristiques sociodémographiques et de leurs expériences de santé. Les infirmières (n=5) ont été choisies en fonction de leur expertise quant à leur engagement professionnel et leur expérience avec les jeunes adultes psychotiques. Les gestionnaires de cas de la clinique de premier épisode psychotique (PEP) et l'infirmière conseillère du département ont sollicité les personnes soignées et les infirmières, respectivement, en leur expliquant l'étude et en leur remettant une lettre d'invitation. Les infirmières et les patients n'ont pas été jumelés, car la démarche consistait à discuter de relations positives ayant eu lieu avec toute infirmière ou toute personne soignée ne participant pas à l'étude.

COLLECTE DES DONNÉES

La collecte de données a été réalisée au moyen de groupes de discussion et d'entrevues individuelles semi-dirigées. Les données ont été recueillies sous forme de canevas d'entrevues inspirées de questions proposées par Cooperrider et al. (2005), de questionnaires de données descriptives, d'un journal réflexif et de notes synthétiques prises conjointement avec les participants. Pour la phase découverte, il y a d'abord eu un groupe de discussion avec les cinq infirmières seulement, et des entrevues individuelles avec chacune des cinq personnes soignées. Les participants ont été invités à discuter de leurs expériences relationnelles positives entre infirmières et patients. Les personnes soignées ont été invitées à penser à un ou des exemples où elles se sont senties particulièrement soutenues par une infirmière. Les infirmières ont été invitées à penser à des exemples où elles se sont senties particulièrement engagées dans la relation. Tant pour un groupe que pour l'autre, il leur a été demandé de décrire ce qui s'était passé et de cerner les facteurs ayant contribué à rendre ces expériences positives.

Pour les phases devenir et décision, un deuxième groupe de discussion a eu lieu, regroupant tous les participants. Les expériences positives de la phase découverte ont alors été réfléchies de façon à créer des images génératives et affirmatives d'une vision d'un monde meilleur (Carter, 2006). Les participants ont alors fait un exercice de visualisation grâce auquel ils ont imaginé la relation idéale (phase devenir non abordée dans cet article). Ils ont ensuite discuté de leur vision de cette relation idéale. Cette discussion a constitué la source de données pour la phase décision, où il leur a été demandé d'identifier les facteurs qui pourraient contribuer à de nouvelles façons de faire. Les participants ont été traités dans un rapport égalitaire et encouragés à raconter leurs expériences dans leurs propres mots, selon l'approche de l'IA (Cooperrider et al., 2005).

CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Considérant que l'étude implique une clientèle vulnérable, des mesures ont été prises pour éviter tout préjudice aux participants. Certaines personnes en phase de rémission de la psychose peuvent présenter des symptômes résiduels, tels que de l'anxiété ou de la méfiance en situation de stress. Ces symptômes constituaient un critère d'exclusion s'ils pouvaient compromettre le bien-être de la personne dans le contexte d'entrevue. Un respect particulier a été accordé à l'égalité de pouvoir entre les personnes soignées et les infirmières qui ont participé à l'étude, ainsi qu'entre les participants et les chercheurs. Pour la phase découverte, des entrevues individuelles auprès des personnes soignées ont permis de créer un espace sécurisant pour ce groupe vulnérable. Les participants pouvaient en tout temps se retirer de l'étude. Le projet a été approuvé par le comité d'éthique de l'hôpital et par celui de l'Université.

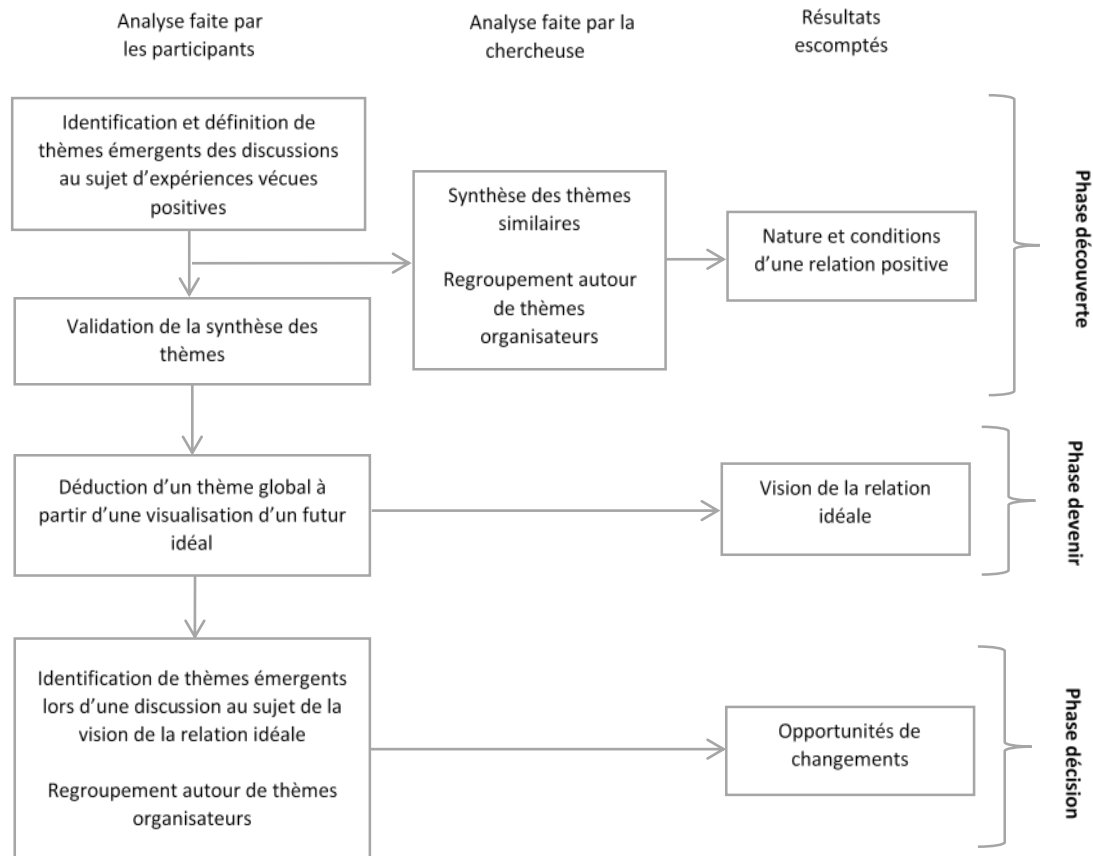
ANALYSE DES DONNÉES

L'analyse des données a été effectuée de manière concurrente à la collecte de donnée avec la participation active de tous les participants, comme suggérée par l'approche de l'IA (Cooperrider et al., 2005).

Pour chacune des phases, l'analyse a été faite à la suite des discussions synthèses lors desquelles

Figure 2

Les étapes de l'analyse des données



les participants ont cerné les thèmes émergents des entretiens et les ont définis. Les thèmes ont été rédigés en rapportant tels quels les mots des participants, considérant que ceux-ci sont plus puissants que n'importe quelle affirmation qui aurait pu être créée par la chercheuse. Au terme des entrevues, la chercheuse a mis en communs les thèmes obtenus et les a regroupés en catégories.

Les thèmes et catégories obtenus ont été présentés au début de la deuxième entrevue de groupe pour être validés par les participants. À la fin de la deuxième entrevue de groupe, les participants ont regroupé en catégories les thèmes de la phase décision.

Cette démarche s'est inspirée de la méthode d'analyse thématique d'Attride-Stirling (2001), tout en l'adaptant de manière flexible à l'approche de l'IA.

Les étapes qui constituent cette méthode sont l'identification de thèmes de base, le

regroupement de ceux-ci autour de thèmes organisateurs, la déduction d'un thème global et la vérification du réseau de thèmes. Les étapes de l'analyse des données sont représentées dans la Figure 2.

RÉSULTATS

Les caractéristiques sociodémographiques des participants ainsi que leurs expériences de travail ou de soins sont présentées aux Tableau 1 et 2.

PHASE DÉCOUVERTE

Les thèmes issus de la phase découverte ont mis en lumière les conditions propices aux relations positives vécues par les participants. Le groupe a fait émerger plus de 60 thèmes.

Tableau 1*Les caractéristiques des patients (n=5)*

		N
Âge	20 - 29	5
	30 - 39	0
	40 - 49	0
Genre	Femme	2
	Homme	3
Niveau de scolarité	Maitrise	1
	Baccalauréat	0
	Collégial	3
	Secondaire non complété	1
Hébergement	Seul(e) en logement	4
	Ressource d'hébergement	1
Durée du suivi à la clinique PEP	0 - 6 mois	1
	7 - 12 mois	2
	13 - 24 mois	1
	25 - 36 mois	1
Durée de la dernière hospitalisation	< 2 semaines	1
	2 - 4 semaines	3
	5 - 8 semaines	1
Autres mesures coercitives subies	Ordonnance de traitement et d'hébergement	1

Un travail d'analyse fait par la chercheuse entre les phases 1 (découverte) et 2 (devenir et décision) propose trois thèmes organisateurs : 1) les attributs de l'infirmière, 2) les interventions infirmières, 3) les facteurs contextuels.

Le groupe a ciblé et défini, en s'inspirant des expériences positives des participants, des attributs de l'infirmière favorables à la relation (Tableau 3). Selon le groupe, ces attributs sont favorables à la relation parce qu'ils sont des « signes du désir de l'infirmière d'accompagner l'autre dans ce qu'il traverse ». Le groupe a expliqué qu'ils « servent à établir un lien de confiance, car ils permettent un apprentissage qui aide à mieux accepter l'OGÉ par la suite et diminue l'opposition ». En outre, ils aident la personne à « se dévoiler », à « se sentir moins seule, importante, en sécurité et rassurée », ainsi qu'à « inspirer confiance » envers l'infirmière.

Tableau 2*Les caractéristiques des infirmières (n=5)*

		N
Âge	20 - 29	3
	30 - 39	1
	40 - 49	1
Genre	Femme	4
	Homme	1
Niveau de scolarité	Baccalauréat	5
Milieu de travail principal	Urgence psychiatrique	2
	Soins intensifs psychiatriques	1
	Hospitalisation psychiatrique	1
Expérience de travail infirmier	Équipe volante en psychiatrie	1
	1 - 2 ans	1
	2 - 3 ans	3
Expérience de travail en psychiatrie	25 - 26 ans	1
	< 1 an	1
	2 - 3 ans	3
Expérience dans l'application de mesures coercitives	8 - 9 ans	1
		5

Le groupe a également proposé plusieurs interventions infirmières (Tableau 4), c'est-à-dire des actions ayant un but thérapeutique. Le fait d'accorder du temps à la personne pour discuter ainsi que de lui donner de l'information, du contrôle et de l'espoir a favorisé, par exemple, des relations positives. Selon le groupe, ces interventions ont favorisé la relation, car elles ont permis à la personne de mieux comprendre son expérience psychotique et de se sentir « considérée, comprise, normale, ouverte et contente ». Le bien-être procuré par ces interventions a permis aux patients « d'apaiser les tensions avec les infirmières ». Lors des entrevues de la phase découverte, le groupe a indiqué d'autres conditions relatives au milieu de soins et qui ont contribué positivement à la relation lors de leurs expériences d'OGÉ (Tableau 5).

Tableau 3*Attributs des infirmières favorables à la relation*

Attributs	Définitions ¹
Humanisme	« Ensemble de valeurs qui placent l'humain au cœur de la relation »
Gentillesse	« Attention et bienveillance envers la personne, empreinte de chaleur humaine et de douceur, qui s'apparente à une attitude maternelle »
Délicatesse	« Avoir du tact et respecter le rythme de la personne »
Empathie	« Se mettre dans la peau de la personne et vivre ce qu'elle vit »
Non-jugement	« Accueil inconditionnel et compréhensif »
Confiance en soi	« Être sûr(e) de soi et à l'aise par rapport à ses compétences »
Intelligence émotionnelle	« Habileté à comprendre les émotions ressenties par la personne »
Joie de vivre	« Être de bonne humeur et souriant(e) »
Authenticité	« Dévoiler sa personne en étant vrai, intègre, honnête et ouvert »
Fiabilité	« Avoir une parole concordante avec le déroulement des choses »
Disponibilité	« Présence physique et mentale, afin d'être prêt à s'occuper de la personne »

¹ Les définitions sont présentées à l'aide de *verbatim* des participants.

Ces conditions ont permis aux personnes soignées de « se sentir plus apaisées, réconfortées et en sécurité », ce qui a favorisé leur collaboration avec les infirmières.

PHASE DÉCISION

Pour entamer la phase décision, la discussion faisant suite à l'exercice de visualisation sur la relation idéale a permis d'identifier des opportunités de changement pour favoriser l'actualisation de cet idéal. À noter que ceci ne constitue qu'une ébauche de la phase décision et qu'un plan d'action plus élaboré pourrait découler d'une démarche plus complète des phases décision et déploiement. Au total, neuf opportunités ont été soulevées à travers trois contextes : 1) l'environnement des soins, 2) les changements organisationnels et 3) la formation. Ces opportunités de changements sont détaillées dans le Tableau 6.

Sur le plan de l'environnement, le groupe a signifié le besoin « de se sentir moins emprisonné » et « plus en sécurité », ce qui favoriserait de meilleures relations avec les infirmières.

Sur le plan organisationnel, une plus grande flexibilité des règles et une plus grande autonomie des infirmières pour les appliquer permettraient de « calmer les frustrations » des personnes soignées et « d'éviter les codes blancs » (recours aux contentions, isolement et médication forcée

en situation de crise), ce qui peut contribuer à protéger la relation.

En ce qui concerne la formation, mettre en contact les futures infirmières avec des personnes ayant déjà vécu un épisode psychotique pourrait les aider à être plus empathiques et à mieux comprendre leur vécu. En somme, les participants à l'étude ont défini des attributs chez l'infirmière, des interventions infirmières et des facteurs contextuels qui ont favorisé des expériences relationnelles positives. Après avoir visualisé un futur idéal pour la relation, les participants ont déterminé des opportunités de changements en ce qui a trait à l'organisation des soins, l'environnement de soins et la formation des infirmières.

Ces résultats soulignent l'importance de cultiver des qualités humanistes, d'écouter l'histoire que le patient a à raconter, de lui redonner du pouvoir et de l'espoir, ainsi que de soigner la personne dans un environnement agréable et sécuritaire. Ils témoignent également des besoins, pour les personnes vivant une psychose et une OGE, de se comprendre, se sentir comprises, d'être accompagnées, rassurées et valorisées. Ceci leur permet d'améliorer leur bien-être, d'apaiser leurs frustrations et d'avoir de meilleures relations avec leurs infirmières.

Tableau 4*Interventions infirmières favorables à la relation*

Interventions	Exemples ²
Accorder du temps pour discuter	« Écouter activement, sans chercher de solutions à tout prix » « Parler de ce qui est important pour la personne, de ce qui lui est arrivé et la concerne » « Poser beaucoup de questions, aller dans les détails sur ce qui s'est passé, sur ce que les voix ont dit, sur les pensées durant la psychose et sur la souffrance » « Accepter de répondre aux questions personnelles posées par la personne soignée, sans aller autant en profondeur »
Démontrer un intérêt à connaître et comprendre la personne	« S'intéresser aux passe-temps de la personne, à ce qu'elle fait » « Prouver qu'on se souvient de ce dont nous avons parlé précédemment avec la personne et qu'on comprend ce qu'elle a vécu »
Susciter un espoir réaliste en donnant quelque chose pour s'accrocher	« Être encourageante en disant que la personne va finir par pouvoir sortir, proposer des alternatives pour passer le temps » « Encourager la personne à penser seulement à la prochaine étape, simplement » « Rassurer la personne sur sa capacité de se rétablir, en lui refléter ses progrès lorsqu'elle va mieux » « Ne pas lui donner de faux espoirs » « Refléter à la personne les ressources disponibles et lui rappeler qu'elle n'est pas seule » « Refléter à la personne les avantages de son hospitalisation pour ses projets à long terme »
Redonner du pouvoir	« Accorder des privilèges, être flexible au niveau des règles et donner le plus de liberté possible » « S'intéresser aux besoins de la personne, selon sa perspective personnelle et répondre à sa principale préoccupation » « Encourager la personne d'aller contester l'OGE à la cour (si elle le souhaite) » « Lui laisser contrôler le rythme des soins et faire des choix »
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 »
Donner des informations	« 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 »
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 »
Impliquer la famille	« Faire des rencontres familiales » « Inciter la famille à refléter leurs inquiétudes »
Faire de la triangulation	« Dire que c'est le médecin et le juge qui ont imposé l'OGE » « Donner le rôle d'adversaire au médecin » « Dire qu'on peut servir d'intermédiaire auprès du médecin pour lui (la personne soignée) faciliter la vie »
Contre la stigmatisation	« Normaliser la psychose en la comparant à un problème de santé physique » « Présenter la psychose comme une maladie des neurotransmetteurs qui nécessite de la médication »

² Les exemples sont présentés à l'aide de *verbatim* des participants.

Tableau 5*Facteurs contextuels favorables à la relation*

Facteurs	Exemples ³
Attribution adéquate des infirmières aux personnes soignées	« Placer les intérêts de la personne au premier plan (dans le choix de son infirmière) » « Si la relation est bonne, assurer une continuité (pour que la personne soit soignée par la même infirmière d'une journée à l'autre) » « Si ça ne marche pas, reculer et reconnaître que ça irait peut-être mieux avec un autre intervenant »
Environnement agréable et qui permet de socialiser	« Présence d'une salle commune » « Fournir un endroit plus calme, lumineux et moins restrictif que l'urgence psychiatrique »
Environnement qui favorise l'intimité	« Être une ou deux personnes par chambre (maximum) » « Fournir des chambres fermées plutôt qu'un dortoir à l'urgence psychiatrique » « Fournir un lieu stable, où la personne peut se sentir chez elle et se retrouver »
Autonomie de l'infirmière par rapport à l'application des règles	« Opportunité pour l'infirmière d'assouplir les règles ex. Permettre à la personne de s'habiller (en civil), d'avoir son ordinateur, de marcher seul vers les ateliers de groupe »
Volonté (chez la personne soignée) d'obtenir son congé plus rapidement	« En étant sage, en ne faisant pas de crises et en coopérant, cela donne un sourire aux infirmières augmente les chances de sortir plus rapidement »

³ Les exemples sont présentés à l'aide de *verbatim* des participants.**Tableau 6***Les opportunités de changements*

Opportunités de changements	Exemples ⁴
Environnement de soins	« Fournir plus d'espace pour soigner, surtout à l'urgence psychiatrique » « Fournir des espaces qui sont plus intimes et favorables à la communication de sujets personnels, surtout à l'urgence psychiatrique » « Fournir des lieux de recueillement à l'intérieur de l'hôpital pour les patients (ex. plusieurs espaces différents où les patients peuvent se déplacer, un jardin intérieur, un endroit pour fumer) »
Organisation	« Favoriser la constance dans le pairage infirmière-personne soignée, lorsque pertinent » « Permettre plus de flexibilité aux règles sur les unités » « Accorder plus d'autonomie aux infirmières quant aux décisions concernant les règles de fonctionnement de l'unité de soins » « Organiser plus d'activités pour occuper et divertir les patients »
Formation	« Enseigner davantage de techniques de communication et d'entretien motivationnel » « Sensibiliser les infirmières à prendre plus de temps auprès de leurs patients pour discuter avec eux » « Mettre en contact entre infirmières et pairs aidants afin que ces derniers partagent aux infirmières leurs vécu et les aide à comprendre ce que vivent les patients »

⁴ Les exemples sont présentés à l'aide de *verbatim* des participants.

DISCUSSION

Les résultats de l'étude ont des retombées pour la discipline infirmière en fonction de trois domaines énoncés par Pepin, Ducharme, et Kérouac (2017) et présentés ci-après soit la pratique, la formation et la gestion.

PRATIQUE

Les interventions infirmières identifiées lors de la phase découverte de l'étude permettent d'émettre des recommandations pour la pratique infirmière, afin de favoriser la relation. Celles-ci se regroupent autour de trois objectifs

d'intervention : discuter avec la personne soignée pour l'aider à trouver un sens, lui redonner du pouvoir et favoriser son espoir.

Les résultats de l'étude ont mis en évidence l'importance d'accorder du temps pour discuter avec la personne soignée, ce qui rejoint les constats de plusieurs études antérieures (McGuinness et al., 2013; Sibitz et al., 2011; Wyder et al., 2015; Wyder et al., 2013). Les symptômes de la psychose étant imprévisibles et difficiles à comprendre, celle-ci entraîne une grande confusion pour la personne soignée (Walsh, Hochbrueckner, Corcoran, & Spence, 2016). Les participants de la présente étude ainsi que ceux d'études antérieures ont souligné que le fait de comprendre leurs symptômes avait été très important pour leur rétablissement (Walsh et al., 2016). Le dialogue avec l'infirmière peut justement aider la personne soignée à trouver un sens à son expérience (Wyder et al., 2015).

Selon les résultats de l'étude ainsi que les écrits antérieurs consultés, un élément déterminant pour la relation serait de redonner du pouvoir au patient (Wyder, Bland, & Crompton, 2016). Ce besoin s'explique par la perte de pouvoir ressentie par la personne soignée dans ce contexte, à plusieurs niveaux. En effet, l'expérience de la psychose implique souvent une perte de contrôle sur ses pensées (Flanagan et al., 2012), ses comportements (Suryani, Welch, & Cox, 2013) et ultimement une perte de son identité (Walsh et al., 2016). La contrainte de l'hospitalisation forcée exacerbe ce sentiment de perte de contrôle. La perte d'autonomie, les règles strictes et inflexibles des unités de soins et le fait d'être contraint de rester à l'intérieur de l'hôpital engendrent de l'impuissance, voire le sentiment d'avoir perdu le contrôle sur sa vie (Wyder et al., 2013). Or, une association entre une perception de coercition élevée et une relation difficile a été démontrée (Theodoridou et al., 2012). Il semble donc primordial pour renforcer la relation infirmière-patient de rétablir un certain équilibre en redonnant du pouvoir à la personne soignée.

Les participants de l'étude ainsi que les écrits antérieurs consultés soulignent l'importance de nourrir l'espoir chez la personne soignée (Wyder et al., 2016). L'expérience de la psychose est souvent associée à un sentiment de désespoir (Jorgensen et

al., 2015). La menace à l'autonomie que représente l'OGE ainsi que l'incapacité à trouver un sens au vécu participe à ce sentiment de désespoir (Wyder et al., 2013). De plus, il a été démontré que l'autostigmatisation de la personne soignée contribue à exacerber le sentiment de désespoir (Corrigan, Rafacz, & Rüsch, 2011). À cette fin, le groupe d'infirmières a proposé de normaliser l'expérience de santé mentale en faisant un parallèle avec un problème de santé physique.

Les participants à l'étude ont apporté une suggestion pour favoriser la relation qui ne se retrouve pas dans les écrits antérieurs, à notre connaissance. Il s'agit pour l'infirmière de se dégager des décisions prises par le psychiatre et le système de justice afin de permettre une alliance avec la personne soignée. Le rôle d'agent de contrôle social imputé aux professionnels de la santé lorsqu'ils doivent instaurer et appliquer des mesures coercitives tel que l'OGE entre en conflit avec la relation, car il implique un déséquilibre de pouvoir (Felton et al., 2017). En soulignant au patient que le médecin et le juge ont imposé l'OGE, l'infirmière peut prendre temporairement une distance par rapport à l'OGE pour créer une première alliance avec la personne soignée. La confiance peut par la suite être transposée au médecin lorsque le patient développe une nouvelle compréhension de sa situation de santé et des intentions de l'équipe médicale. En ce sens, les participants de l'étude ont proposé d'encourager la personne soignée à contester en cour la mise en place de l'OGE. Ceci permettrait à l'infirmière de se placer « du côté de la personne soignée » et de l'inciter à réfléchir sur les arguments qu'elle souhaite défendre pour contester l'OGE. Ce genre de réflexion pourrait donner lieu à une discussion entre l'infirmière et la personne soignée qui pourrait ensuite permettre à cette dernière de progresser dans la signification qu'elle donne à son expérience de santé mentale.

FORMATION

La formation universitaire et continue des infirmières comporte plusieurs opportunités pour les préparer à construire des relations positives avec les personnes soignées. Ces aspects de la formation visent à développer chez l'infirmière des attributs favorables à la relation infirmière-patient

ainsi qu'à favoriser son écoute et sa compréhension quant au vécu de la personne soignée.

Favoriser le développement des attributs favorables à la relation. Les résultats de l'étude ainsi que les écrits antérieurs consultés ont déterminé des attributs humanistes chez l'infirmière favorables à la relation, tels que l'empathie, l'authenticité, la gentillesse, l'intérêt pour l'autre, le non-jugement et la disponibilité (Wyder et al., 2015). À ce sujet, les participants ont suggéré que la formation universitaire en soins de santé mentale se concentre davantage sur l'enseignement de techniques de communication et d'habiletés interpersonnelles, tel que le suggèrent Perraud et al. (2006). Par contre, l'apprentissage de cette forme de savoir-être dans un contexte académique peut être limité. Scanlon (2006) affirme que l'apprentissage de ces habiletés se fait davantage par apprentissage expérientiel et intuitif que par la formation universitaire. Ceci démontre l'importance d'offrir des stages en milieu de santé mentale pour les étudiants en soins infirmiers, leur procurant ainsi un espace où ils pourront faire ce genre d'apprentissage, tout en y étant accompagnés par des professionnelles habilitées à le faire par le biais de la réflexion dans l'action. Par conséquent, cela semble également appuyer l'importance de la qualité de l'encadrement des stages et de la formation à la supervision.

D'autre part, les infirmières sont exposées à des émotions intenses dans un contexte interpersonnel où le patient peut exprimer de l'hostilité, de l'agitation ou de l'agressivité verbale ou physique à l'endroit du personnel (Moreira & Loyola, 2011). Les écrits antérieurs proposent la pratique réflexive (Mankiewicz, 2014) ou la supervision clinique (Zugai et al., 2015) pour favoriser le développement de ses habiletés dans un contexte de pratique difficile. L'apprentissage expérientiel se produit également dans la vie personnelle (Scanlon, 2006). Dans cette optique, la psychothérapie (Gelso & Hayes, 2002) et la pratique de la méditation pleine conscience sont suggérées (Hayes, Follette, & Linehan, 2004). Ces outils permettent à l'infirmière de prendre conscience des situations de contretransfert et de développer ses capacités d'empathie.

Favoriser l'écoute et la compréhension du vécu de la personne soignée. L'écoute et la compréhension du vécu de la personne soignée sont des interventions infirmières importantes pour la relation. Or, les infirmières participantes à l'étude ont rapporté que leur formation ne les avait pas beaucoup aidées à développer leurs habiletés de communication. Les participants ont suggéré d'utiliser des approches plus novatrices, par exemple, mettre en contact les infirmières avec des pairs aidants ou des personnes ayant vécu une OGE afin que ces derniers puissent partager leur expérience. Ceci pourrait aider les infirmières à être empathiques et à mieux comprendre les personnes qu'elles soignent dans ce contexte.

GESTION

Les résultats de l'étude concernent des opportunités de changements sur le plan de la gestion et de l'organisation des soins infirmiers qui pourraient favoriser des relations positives. La plus importante parmi celles-ci serait d'accorder plus de temps aux infirmières pour être auprès des personnes soignées afin de les écouter. Le conflit que vit l'infirmière entre son rôle relationnel et celui d'appliquer l'OGE est d'autant plus difficile à concilier dans le contexte d'un système qui est surchargé et manque de ressources (Fisher, 2007). En raison d'un manque de disponibilité pour passer du temps auprès des patients, la capacité des infirmières à établir de bonnes relations avec eux est réduite (Wyder et al., 2015). Une restructuration des soins pourrait s'effectuer en implantant des modèles de soins qui sont particulièrement adaptés pour optimiser le rôle relationnel de l'infirmière en milieu de soins coercitifs, tels que le *Tidal Model* (Barker & Buchanan-Barker, 2010). En effet, les personnes soignées dans des milieux de soins basés sur ce modèle affirment s'être senties plus impliquées dans leurs soins, écoutées, reconnues et respectées (Berger, 2006). Elles se sont senties plus à l'aise d'exprimer leurs sentiments, ont fait plus facilement confiance aux infirmières et ont senti que le personnel était plus intéressé à elles (Lafferty & Davidson, 2006).

LIMITES

Un biais de désirabilité sociale a pu influencer les personnes soignées et les infirmières qui ont participé à l'étude. Par ailleurs, bien que l'approche de l'IA vise à donner la parole à une clientèle vulnérable par leur participation à la recherche, cela a présenté des défis. Lors des entrevues individuelles et de groupes, certaines personnes soignées avaient plus de difficulté à communiquer, en raison d'une timidité ou de symptômes négatifs (ex. perte d'intérêt, apathie, retrait social) de la psychose. Le fait que cette approche méthodologique utilise la perspective des participants et donc des données autorapportées lors des entrevues constitue une force, mais aussi une limite.

Un autre devis de recherche incluant la méthode de l'observation directe pourrait permettre de compléter et mettre en perspective les résultats de la présente étude, en fournissant des données plus objectives sur les interactions entre les infirmières et les patients dans ce contexte. Enfin, le fait que l'étude n'ait eu lieu qu'au sein d'un seul hôpital restreint sa portée.

CONCLUSION

La présente étude visait à coconstruire la vision partagée d'une relation idéale infirmière-patient, dans le contexte d'une OGE lors d'un premier épisode psychotique. Une série d'attributs de l'infirmière, d'interventions infirmières et de facteurs contextuels favorables à la relation idéale a été élaborée par le groupe de participants. Cela a permis de nommer des opportunités de changements permettant d'actualiser leur vision d'une relation idéale. Nous recommandons que des recherches soient effectuées pour mettre sur pied des interventions éducatives novatrices visant à favoriser la capacité d'écoute et les habiletés de communication de l'infirmière. De plus, il semble impératif d'effectuer de la recherche en vue de développer ou de tester des modèles de soins infirmiers qui accorderaient plus de temps à l'infirmière pour écouter l'histoire de la personne soignée.

Contribution des auteurs : M.C., C.V. et F. R. ont contribué à l'idée originale de l'étude. Les quatre auteures ont contribué à la conception de l'étude. M.C. et A.A.B. ont contribué à la sélection et au recrutement des participants. M.C. a collecté les données et analysé les résultats, conjointement avec les participants. Les quatre auteures ont contribué à la rédaction de l'article.

Remerciements : nous remercions tous les participants de l'étude pour leur précieuse collaboration.

Sources de financement : M.C. a été financée par le Ministère de l'Enseignement supérieur, de la recherche et de la science (MESRS), le Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières (RRISQ) et l'Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale (AQIISM).

Déclaration de conflit d'intérêts : les auteures déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Approbations éthiques : l'étude a reçu les approbations des comités d'éthique de la recherche du CHUM (15.290) et de l'UQO (2341).

Reçu/Received: 31 Mai 2018 **Publié/Published:** 20 Dec 2018

RÉFÉRENCES

- Amador, X. F., & Gorman, J. M. (1998). Psychopathologic domains and insight in schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America*, 21(1), 27-42. [http://dx.doi.org/10.1016/S0193-953X\(05\)70359-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0193-953X(05)70359-2)
- American Psychiatric Association. (2013). Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Andreasson, E., & Skarsater, I. (2012). Patients treated for psychosis and their perceptions of care in compulsory treatment: basis for an action plan. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(1), 15-22. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01748.x>
- Attridge-Stirling, J. (2001). Thematic networks: an analytic tool for qualitative research. *Qualitative Research*, 1(3), 385-405. <http://dx.doi.org/10.1177/146879410100100307>
- Barker, P., & Buchanan-Barker, P. (2005). *The Tidal Model: A guide for mental health professionals*. New York: Brunner-Routledge.
- Barker, P., & Buchanan-Barker, P. (2010). The tidal model of mental health recovery and reclamation: application

- in acute care settings. *Issues in Mental Health Nursing*, 31(3), 171-180.
- Bindman, J., & Thornicroft, G. (2008). Clinical handbook of schizophrenia. Dans K. T. Mueser & D. V. Jeste (Éds.), *Clinical handbook of schizophrenia* (pp. 516-523). New York: Guilford Press.
- Carter, B. (2006). 'One expertise among many' — working appreciatively to make miracles instead of finding problems: Using appreciative inquiry as a way of reframing research. *Journal of Research in Nursing*, 11(1), 48-63. <http://dx.doi.org/10.1177/1744987106056488>
- Challis, S., Nielssen, O., Harris, A., & Large, M. (2013). Systematic meta-analysis of the risk factors for deliberate self-harm before and after treatment for first-episode psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127(6), 442-454. <http://dx.doi.org/10.1111/acps.12074>
- Comité d'experts sur la pratique infirmière en santé mentale et soins psychiatriques. (2009). La pratique infirmière en santé mentale : une contribution essentielle à consolider. *Rapport du Comité d'experts sur la pratique infirmière en santé mentale et soins psychiatriques*. Page consultée à : https://www.oiiq.org/sites/default/files/251_rapport_octobre2009_vf.pdf
- Cooperrider, D., Whitney, D. D., & Stavros, J. M. (2005). *The appreciative inquiry handbook: For leaders of change*. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers.
- Corrigan, P. W., Rafacz, J., & Rüsch, N. (2011). Examining a progressive model of self-stigma and its impact on people with serious mental illness. *Psychiatry Research*, 189(3), 339-343. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2011.05.024>
- Cutcliffe, J., & Happell, B. (2009). Psychiatry, mental health nurses, and invisible power: Exploring a perturbed relationship within contemporary mental health care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18(2), 116-125. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1447-0349.2008.00591.x>
- Davis, L. W., Eicher, A. C., & Lysaker, P. H. (2011). Metacognition as a predictor of therapeutic alliance over 26 weeks of psychotherapy in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 129(1), 85-90. <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2011.02.026>
- 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.
- Felton, A., Repper, J., & Avis, M. (2017). Therapeutic relationships, risk, and mental health practice. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(3), 1137-1148. <http://dx.doi.org/10.1111/inm.12430>
- Flanagan, E. H., Solomon, L. A., Johnson, A., Ridgway, P., Strauss, J. S., & Davidson, L. (2012). Considering DSM-5: The Personal Experience of Schizophrenia in Relation to the DSM-IV-TR Criteria. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes*, 75(4), 375-386. <http://dx.doi.org/10.1521/psyc.2012.75.4.375>
- Gelso, C. J., & Hayes, J. A. (2002). The management of countertransference *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York, NY, US: Oxford University Press.
- Gouvernement du Québec. (1997). *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*. Québec: Éditeur officiel du Québec.
- Hayes, S. C., Follette, V. M., & Linehan, M. (2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York: Guilford Press.
- Jorgensen, R., Zoffmann, V., Munk-Jorgensen, P., Buck, K. D., Jensen, S. O., Hansson, L., & Lysaker, P. H. (2015). Relationships over time of subjective and objective elements of recovery in persons with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 228(1), 14-19. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2015.03.013>
- Jung, E., Wiesjahn, M., & Lincoln, T. M. (2013). Negative, not positive symptoms predict the early therapeutic alliance in cognitive behavioral therapy for psychosis. *Psychotherapy Research*, 24(2), 171-183. <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2013.851425>
- Kaltiala-Heino, R., Korkeila, J., Tuohimäki, C., Tuori, T., & Lehtinen, V. (2000). Coercion and restrictions in psychiatric inpatient treatment. *European Psychiatry*, 15(3), 213-219. [http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338\(00\)00223-6](http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338(00)00223-6)
- Katsakou, C., & Priebe, S. (2007). Patient's experiences of involuntary hospital admission and treatment: A review of qualitative studies. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 16(02), 172-178. <http://dx.doi.org/doi:10.1017/S1121189X00004802>
- Knowles, S. F., Hearne, J., & Smith, I. (2015). Physical restraint and the therapeutic relationship. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 26(4), 461-475. <http://dx.doi.org/10.1080/14789949.2015.1034752>
- Kvrgic, S., Cavelti, M., Beck, E. M., Rusch, N., & Vauth, R. (2013). Therapeutic alliance in schizophrenia: the role of recovery orientation, self-stigma, and insight. *Psychiatry Research*, 209(1), 15-20. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2012.10.009>
- Large, M. M., & Nielssen, O. (2011). Violence in first-episode psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 125(2-3), 209-220. <http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2010.11.026>
- Larsen, I. B., & Terkelsen, T. B. (2013). Coercion in a locked psychiatric ward. *Nursing Ethics*, 21(4), 426-436. <http://dx.doi.org/10.1177/0969733013503601>
- Lawlor, C., Hall, K., & Ellett, L. (2015). Paranoia in the Therapeutic Relationship in Cognitive Behavioural Therapy for Psychosis. *Behavioural and Cognitive*

- Psychotherapy*, 43(04), 490-501. <http://dx.doi.org/doi:10.1017/S1352465814000071>
- Lysaker, P. H., Clements, C. A., Plascak-Hallberg, C. D., Knipscheer, S. J., & Wright, D. E. (2002). Insight and personal narratives of illness in schizophrenia. *Psychiatry*, 65(3), 197-206.
- Mankiewicz, P. D. (2014). Reflective practice on inpatient mental health wards (1/2): integrating cognitive-behavioural framework with reflective learning process. *British Journal of Healthcare Assistants*, 8(6), 291-296.
- McCabe, R., & Priebe, S. (2003). Are therapeutic relationships in psychiatry explained by patients' symptoms? Factors influencing patient ratings. *European Psychiatry*, 18(5), 220-225. [http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338\(03\)00061-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338(03)00061-0)
- McGuinness, D., Dowling, M., & Trimble, T. (2013). Experiences of involuntary admission in an approved mental health centre. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 20(8), 726-734. <http://dx.doi.org/10.1111/jpm.12007>
- Moreira, L. H. O., & Loyola, C. M. D. (2011). Involuntary commitment: implication for psychiatric nursing practice. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(3), 692-699. <http://dx.doi.org/doi.org/S0080-62342011000300021>
- 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.
- Pepin, J., Ducharme, F., & K  rouac, S. (2017). *La pensée infirmière* (4     dition.   d.). Montréal : Cheneli  re   ducation.
- Peplau, H. E. (1997). Peplau's Theory of Interpersonal Relations. *Nursing Science Quarterly*, 10(4), 162-167. <http://dx.doi.org/10.1177/089431849701000407>
- Perraud, S., Delaney, K. R., Carlson-Sabelli, L., Johnson, M. E., Shephard, R., & Paun, O. (2006). Advanced practice psychiatric mental health nursing, finding our core: the therapeutic relationship in 21st century. *Perspectives in psychiatric care*, 42(4), 215-226. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1744-6163.2006.00097.x>
- Priebe, S., & Gruyters, T. (1993). The role of the helping alliance in psychiatric community care: A prospective study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(9), 552-557.
- Priebe, S., Watts, J., Chase, M., & Matanov, A. (2005). Processes of disengagement and engagement in assertive outreach patients: qualitative study. *British Journal of Psychiatry*, 187, 438-443. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.187.5.438>
- Reed, S. I. (2008). First-episode psychosis: a literature review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17(2), 85-91. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1447-0349.2008.00515.x>
- Roche, E., Madigan, K., Lyne, J. P., Feeney, L., & O'Donoghue, B. (2014). The therapeutic relationship after psychiatric admission. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 202(3), 186-192. <http://dx.doi.org/10.1097/NMD.0000000000000102>
- 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, 319-329.
- 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>
- Sheehan, K. A., & Burns, T. (2011). Perceived Coercion and the Therapeutic Relationship: A Neglected Association? *Psychiatric Services*, 62(5), 471-476.
- Sibitz, I., Scheutz, A., Lakeman, R., Schrank, B., Schaffer, M., & Amering, M. (2011). Impact of coercive measures on life stories: qualitative study. *The British Journal of Psychiatry*, 199(3), 239-244. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.110.087841>
- Suryani, S., Welch, A., & Cox, L. (2013). The Phenomena of Auditory Hallucination as Described by Indonesian People Living With Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 27(6), 312-318. <http://dx.doi.org/http://doi.org/10.1016/j.apnu.2013.08.001>
- Theodoridou, A., Schlatter, F., Ajdacic, V., Rössler, W., & Jäger, M. (2012). Therapeutic relationship in the context of perceived coercion in a psychiatric population. *Psychiatry Research*, 200(2-3), 939-944.
- Tsai, J., & Salyers, M. P. (2010). Recovery Orientation in Hospital and Community Settings. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 37(3), 385-399. <http://dx.doi.org/10.1007/s11414-008-9158-7>
- Wahl, O., & Aroesty-Cohen, E. (2010). Attitudes of mental health professionals about mental illness: a review of the recent literature. *Journal of Community Psychology*, 38(1), 49-62.
- Walsh, J., Hochbrueckner, R., Corcoran, J., & Spence, R. (2016). The lived experience of schizophrenia: A systematic review and meta-synthesis. *Social Work in Mental Health*, 14(6), 607-624. <http://dx.doi.org/10.1080/15332985.2015.1100153>
- Wyder, M., Bland, R., Blythe, A., Matarasso, B., & Crompton, D. (2015). Therapeutic relationships and involuntary treatment orders: Service users' interactions with health-care professionals on the ward. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(2), 181-189. <http://dx.doi.org/10.1111/inm.12121>
- Wyder, M., Bland, R., & Crompton, D. (2013). Personal recovery and involuntary mental health admissions: The importance of control, relationships and hope. *Health*, 5(3), 574-581.
- Wyder, M., Bland, R., & Crompton, D. (2016). The importance of safety, agency and control during involuntary mental health admissions. *Journal of Mental Health*, 1-5. <http://dx.doi.org/10.3109/09638237.2015.1124388>

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>