

**SANTÉ
DEVIANCES &
CONTRAINTES**

UNITÉ D'ENSEIGNEMENT
ET DE RECHERCHE

**LES PRATIQUES DE SOINS EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ LORS
D'HOSPITALISATIONS ET DE TRAITEMENTS INVOLONTAIRES : UN ANGLE MORT
DU DROIT PSYCHIATRIQUE**

**MÉMOIRE PORTANT SUR LES ENJEUX DE LA LOI SUR LA PROTECTION DES
PERSONNES DONT L'ÉTAT MENTAL PRÉSENTE UN DANGER POUR ELLES-MÊMES
OU POUR AUTRUI**

PRÉSENTÉ À L'INSTITUT QUÉBÉCOIS DE RÉFORME DU DROIT ET DE LA JUSTICE

Décembre 2024

Présentation des intervenants et signataires

Pierre Pariseau-Legault est professeur agrégé au département des sciences infirmières de l'Université du Québec en Outaouais, codirecteur scientifique du Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS) et chercheur affilié au Centre de recherche de l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel. Ses recherches portent sur la conscience juridique, la gestion des risques et la mise en œuvre du droit auprès des personnes en besoin de protection. Il enseigne la psychiatrie, l'intervention en situation de crise et l'éthique clinique aux futures infirmières et infirmières praticiennes spécialisées. Au cours des dernières années, il a mené et participé activement, comme chercheur principal ou comme co-chercheur, à plusieurs projets de recherche portant sur les pratiques coercitives en santé mentale.

Lisandre Labrecque-Lebeau est sociologue, chercheuse universitaire en milieu de pratique au Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS) et professeure associée au département des sciences infirmières de l'Université du Québec en Outaouais (UQO).

Guillaume Ouellet est sociologue, chercheur au Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS) et professeur associé à l'École de travail social de l'Université du Québec à Montréal (UQAM). Un volet important de sa programmation de recherche porte sur les barrières à l'intégration sociale de personnes associées à la catégorie clinicolégale des troubles mentaux. Son expertise est reconnue tant par le milieu académique que par les milieux de pratiques.

Marie-Hélène Goulet est professeure agrégée à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, chercheuse régulière au Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal et associée à l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel. Chercheuse-boursière Junior 1 *Jeunes leaders d'un système de santé apprenant* (FRQS), ses recherches portent sur la prévention de la coercition en santé mentale et sur l'accompagnement des équipes soignantes pour favoriser des pratiques alternatives.

L'Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale (AQIISM) vise à promouvoir l'expertise infirmière et favoriser l'actualisation des compétences professionnelles en santé mentale et psychiatrie afin d'offrir des soins et services de qualité à la population.

Préambule

Ce mémoire sur les enjeux de *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* s'articule autour de quatre thématiques principales : le manque de soutien à l'exercice des droits lors d'hospitalisations et de traitements involontaires¹, les effets de ces mesures coercitives sur la dignité humaine, les difficultés de reconnaissance des proches², ainsi que les pratiques prometteuses orientées vers l'accompagnement, le soutien et la coordination des soins. Nous sommes conscients que le mandat conféré à l'Institut québécois de réforme du droit et de la justice porte officiellement sur les « enjeux entourant la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental représente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui ». Toutefois, des études sur la coercition perçue par les personnes hospitalisées et nos propres travaux de recherche démontrent que les enjeux associés aux traitements involontaires sont souvent, intentionnellement ou non, intégrés aux discussions portant sur les hospitalisations involontaires. Le présent mémoire porte donc sur les pratiques d'intervention en contexte d'hospitalisations et de traitements involontaires, mais ne se positionne pas quant à la révision du caractère distinctif de ces mesures légales.

Dans un premier temps, nous présenterons un bref état des pratiques de soins auprès de personnes hospitalisées et traitées contre leur gré en psychiatrie. Nous décrirons ensuite la démarche de recherche sur laquelle s'appuient nos recommandations, ainsi que les faits saillants de cette démarche. Nous concluons ce mémoire par des recommandations issues de nos principaux résultats de recherche.

Introduction

Les pratiques coercitives ne doivent en aucun cas pallier les problèmes d'accès à des services de santé mentale adaptés, en temps opportun et orientés vers le rétablissement. Pourtant, le rôle coercitif du personnel infirmier en psychiatrie est de plus en plus documenté, notamment en ce qui concerne le recours à l'hospitalisation et aux traitements involontaires. Plusieurs recherches confirment la

¹ Par souci d'accessibilité, nous recourons à un langage simplifié en référant aux hospitalisations et aux traitements involontaires. Ces concepts réfèrent aux régimes de gardes et d'autorisation judiciaire de soins prévus au *Code civil du Québec* et à la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*.

² Par « proches », nous référons à une vision pluraliste et inclusive des personnes composant les systèmes de soutien des usagers. Nous estimons que les usagers doivent participer activement à l'identification de celles et ceux qui composent leur système de soutien. Les proches peuvent ainsi référer à la parenté, aux partenaires de vie, amis, colocataires et tout autre individu partageant un lien significatif avec la personne.

présence d'une dynamique institutionnelle imposant aux infirmières la négociation d'un équilibre précaire entre la construction d'une relation thérapeutique et l'application de procédures légales au potentiel traumatique et anxiogène (Gerace & Muir-Cochrane, 2019; Lessard-Deschênes & Goulet, 2022; Mooney et Kanyeredzi, 2021). Ces recherches mettent en lumière les contraintes individuelles, interpersonnelles et structurelles auxquelles elles sont confrontées.

D'une part, sur le plan individuel, les conflits moraux et la dissonance cognitive caractérisent le quotidien du personnel infirmier, qui doit concilier son rôle thérapeutique aux impératifs de sécurité des établissements psychiatriques (Jansen et al., 2020; Manzano-Bort et al., 2022; Wong & Bressington, 2022). D'autre part, sur le plan interpersonnel, l'attribution d'un pouvoir coercitif au personnel infirmier peut nuire à la possibilité d'établir et de maintenir des relations interpersonnelles de qualité avec les usagers (Lessard-Deschênes & Goulet, 2022; Tolosa-Merlos et al., 2023). Une récente revue parapluie démontre que la relation thérapeutique est grandement affectée par la coercition, tout en étant essentielle pour améliorer l'expérience des usagers qui en font l'objet (Aragonés-Calleja & Sánchez-Martínez, 2024).

Enfin, ces pratiques s'inscrivent dans un contexte de travail particulièrement exigeant. Le contexte des soins infirmiers psychiatriques est marqué par une prévalence élevée de la violence dirigée vers le personnel infirmier de la part des usagers (Jang, 2022), une insuffisance des ressources (Galbert et al., 2023; Jansen et al., 2020; Krieger et al., 2021), une approche orientée vers la gestion du risque et la réduction du temps auprès des usagers (Lessard-Deschênes & Goulet, 2022), un manque de formation (Gerace & Muir-Cochrane, 2019; Jansen et al., 2020), un taux d'occupation élevé des unités d'hospitalisation (Galbert et al., 2023; Gerace & Muir-Cochrane, 2019; Krieger et al., 2021), ainsi que la détérioration générale de la condition mentale des usagers et la réduction des durées de séjour en établissement psychiatrique (Jansen et al., 2020; Lebenbaum et al., 2018). Ces facteurs structurels influencent les attentes institutionnelles envers le personnel infirmier et la configuration des pratiques de soins.

Au Canada, comme à l'international, le recours aux hospitalisations et aux traitements involontaires augmente (Lebenbaum et al., 2018; Lee & Cohen, 2021; Sashidharan et al., 2019), alors que ces mesures sont décrites comme relevant d'une violence symbolique (Mckeown et al., 2019; Beaupert & Brosnan, 2021). Cette tendance est paradoxale si l'on considère que plusieurs lignes directrices et orientations ministérielles visent la prévention, voir l'élimination, du recours aux mesures de contrôle telles que l'isolement en chambre ou les contentions. Par

ailleurs, les hospitalisations involontaires se caractérisent par des expériences essentiellement négatives de la part des usagers et des professionnels, qui dénoncent un manque d'écoute, de communication et de partage d'informations (Aragonés-Calleja & Sánchez-Martínez, 2024). L'autorisation judiciaire de soins fait partie des mesures coercitives dont l'efficacité clinique n'est pas démontrée, et dont les effets néfastes sont encore peu étudiés (Kisely et al., 2024; Haines et al., 2024), alors que nous savons qu'elles sont vécues difficilement et qu'elles sont considérées stigmatisantes lorsque nous tenons compte des perspectives des personnes premières concernées (Goulet et al., 2023). Néanmoins, l'hospitalisation et les traitements involontaires sont souvent jugés nécessaires pour fournir des soins de santé requis par la condition de santé, qui seraient autrement refusés par la personne.

Malgré leurs effets négatifs pour les usagers et le personnel soignant (Aragonés-Calleja & Sánchez-Martínez, 2024; Mooney & Kanyeredzi, 2021), ces pratiques coercitives sont désormais intégrées dans le quotidien des infirmières. Certaines études suggèrent que le personnel infirmier perçoit la coercition d'une manière plus positive que les médecins et les psychologues (Krieger et al., 2021) et qu'il estime impossible d'éliminer certaines mesures coercitives en psychiatrie (Gerace & Muir-Cochrane, 2019). Le rapport plus favorable du personnel infirmier à la coercition psychiatrique s'expliquerait, du moins en partie, par la responsabilité qui leur est attribuée d'appliquer ces mesures dans leur travail quotidien, ce qui en normalise l'usage (Gerace & Muir-Cochrane, 2019; Krieger et al., 2021). Enfin, une méta-analyse des écrits portant sur la coercition psychiatrique démontre que le discours relatif aux droits humains est très peu intégré à la pratique infirmière en psychiatrie (Pariseau-Legault et al., 2020). Ces résultats sont corroborés par Birkeland et al. (2024), qui suggèrent que l'abolition de la coercition en psychiatrie se heurte à des difficultés importantes, même s'il existe un consensus sur le fait qu'elle doit être remplacée par des stratégies d'intervention plus humaines.

Ces mesures sont ainsi perçues comme inéluctables dans le travail des infirmières, souvent décrites comme un « mal nécessaire » (Krieger et al., 2021; Aragonés-Calleja & Sánchez-Martínez, 2023). Cette formulation soulève plusieurs enjeux particulièrement importants pour les pratiques de soins infirmiers en psychiatrie. Elle semble confiner le personnel infirmier au conflit de rôle précédemment décrit, dépeignant les infirmières comme victimes des responsabilités qui leur sont attribuées, sans tenir compte de leur agentivité, soit leur capacité de prendre des décisions et d'agir de manière autonome sur les événements auxquels elles sont confrontées au quotidien de leur pratique. De plus, et sans doute paradoxalement,

l'état actuel des connaissances sur les pratiques associées aux hospitalisations et aux traitements involontaires en psychiatrie omet de documenter les stratégies employées par les infirmières pour mieux négocier leur rôle, préserver leur intégrité professionnelle, répondre aux attentes institutionnelles à leur endroit, et prendre en compte les enjeux associés au respect des droits humains.

Résultats d'un projet de recherche portant sur les pratiques d'intervention en contexte d'hospitalisation et de traitement involontaire

Dans le cadre de ce mémoire, nous appuyons nos recommandations sur une recherche ayant exploré l'expérience des hospitalisations et des traitements involontaires en psychiatrie au Québec. Le but de cette recherche était de mieux comprendre les caractéristiques des pratiques de soutien à l'exercice des droits individuels lors d'épisodes coercitifs associés aux hospitalisations et aux traitements involontaires en psychiatrie. Ce faisant, nous avons poursuivi les objectifs suivants :

1. **Examiner l'expérience** de la coercition telle qu'elle est vécue par les personnes aux prises avec une problématique de santé mentale ;
2. **Documenter les répercussions** de la coercition sur ces personnes et leurs proches ;
3. **Analyser les habiletés mobilisées** par les intervenants psychosociaux en contexte de coercition.

La collecte des données s'est réalisée entre mars 2021 et décembre 2023 auprès de 40 participants³, soit 11 usagers⁴, 10 proches et 19 intervenants de différents milieux et professions. Elle a été complétée par 70 heures d'observation dans divers contextes, incluant les audiences publiques du Bureau du coroner du Québec sur les décès par suicide, ainsi qu'une revue de la jurisprudence portant sur les hospitalisations et traitements involontaires (126 jugements).

Dans le cadre du mandat confié à l'Institut québécois de réforme du droit et de la justice, il nous a semblé pertinent de produire un mémoire s'intéressant plus

³ Notre démarche de recherche visait à obtenir un échantillon de participants en provenance de différents milieux afin de réaliser un portrait général de la situation, plutôt que d'évaluer les pratiques d'un milieu en particulier. Ces participants proviennent donc de plusieurs régions du Québec et présentent des profils sociodémographiques variés. Les intervenants ayant participé à cette recherche œuvrent à la fois dans les milieux institutionnels et communautaires. De ces intervenants, 10 sont infirmiers et infirmières.

⁴ Afin de participer à cette recherche, les personnes premières concernées (usagers), toutes âgées de 18 ans et plus, devaient avoir vécu une expérience d'hospitalisation ou de traitement involontaire au cours des dix dernières années. Afin de favoriser la liberté décisionnelle et de parole de ces personnes, leur recrutement s'est réalisé au sein de la communauté plutôt qu'en milieu institutionnel.

spécifiquement aux pratiques de soins infirmiers lorsque des hospitalisations ou traitements involontaires ont cours en psychiatrie. En effet, ces pratiques de soins sont très rarement considérées, alors que le personnel infirmier est directement impliqué dans la mise en œuvre de ces mesures d'exception aux droits humains. Ce mémoire propose de décrire les principaux constats associés à l'état de ces pratiques et suggère des recommandations ciblées à cet égard.

Principaux constats

Les pratiques d'intervention en établissement de santé lors d'hospitalisations et de traitements involontaires : un angle mort du droit psychiatrique

Les données collectées lors des entrevues suggèrent que le personnel infirmier est majoritairement associé à la gestion de crise, à l'annonce et à l'application des mesures coercitives, y compris l'administration forcée de la médication. Il ressort que les pratiques de soutien à l'exercice des droits humains sont prédominantes au sein des milieux communautaires et minoritaires au sein des milieux institutionnels. Pourtant, l'examen de la jurisprudence démontre que l'implication du personnel infirmier est plus importante qu'il n'y paraît. En effet, les notes infirmières sont admissibles en preuve, les infirmières sont appelées à témoigner, elles sont présentes lors de la signification des requêtes, expliquent aux usagers leurs droits et recours, en plus de réaliser un travail de liaison entre le tribunal et les établissements de santé.

Dans les prochaines sections, nous décrivons ce qui caractérise les pratiques d'intervention en milieu institutionnel, en nous intéressant davantage aux soins infirmiers. Nous examinerons d'abord l'absence de soutien aux usagers et aux proches, ainsi que la persistance de pratiques portant atteinte à la dignité des usagers. Ensuite, nous aborderons certaines pratiques émergentes ou prometteuses qui favorisent un plus grand respect des droits malgré la coercition psychiatrique. Enfin, nous concluons ce mémoire par des recommandations issues des résultats de notre recherche.

A. Une absence préoccupante de soutien

Les hiérarchies professionnelles propres à chaque établissement psychiatrique positionnent souvent le personnel infirmier comme un exécutant chargé de mettre en œuvre les prescriptions médicales et judiciaires associées aux hospitalisations et aux traitements involontaires : « *Soit c'est le médecin qui nous demande de donner un médicament de force, soit c'est un juge. Ou alors un médecin qui [décide] de garder [la personne] contre son gré, mais nous il faut lui expliquer que c'est pour son*

bien. Donc on est un peu entre l'arbre et l'écorce » (Participant, infirmière). Cette dynamique soulève plusieurs enjeux liés au rôle thérapeutique, plutôt que coercitif, des infirmières œuvrant en psychiatrie. Les usagers ayant participé à cette étude corroborent cette perception, soulignant un état de subordination qui limite la capacité du personnel infirmier à les soutenir et les aider. Les unités psychiatriques sont comparées à une « salle d'attente, en espérant que la crise parte » (Participant, usager). Certains attribuent cette situation à la charge de travail du personnel soignant, qui consacre davantage de temps à la gestion de la vie quotidienne des unités qu'au soutien direct aux usagers : « Les infirmiers passent la moitié de leur journée à donner du savon et à ouvrir la porte des toilettes. Ils font ce qu'ils peuvent [...], mais ils ne peuvent pas m'aider, ni me soutenir » (Participant, usager).

Pour les intervenants communautaires, les pratiques entourant le soutien et la défense des droits sont largement absentes des établissements psychiatriques. Ces pratiques sont plutôt réservées aux intervenants indépendants, qui, selon eux, « placent [l'intervenant] en position d'allié pour la personne, aident à créer un lien et protègent des préjugés » (Participant, intervenant communautaire). Nos résultats montrent que les infirmières elles-mêmes ressentent un manque de ressources et de temps dédiés au soutien thérapeutique, ce qui oriente leur travail vers la gestion des risques, la documentation de la dangerosité et l'exécution des mesures coercitives. Comme l'a décrit un participant : « En psychiatrie, ils n'ont pas [d'écoute] du tout. Ils ont juste des pilules et des injections. Ce sont les traitements. Il n'y a rien d'autre. On s'ennuie à mourir, il n'y a rien à faire. Tout est centré sur la médication. Il n'y a rien pour se rétablir » (Participant, usager). Une majorité des participants confirment la prédominance de l'approche biomédicale au détriment de pratiques orientées vers le rétablissement. Les résultats issus de l'analyse de la jurisprudence confirment également l'orientation biomédicale des traitements imposés par les tribunaux.

Les participants à notre recherche ont décrit une situation où les personnes sont laissées sans soutien vis-à-vis la complexité des procédures légales, comme si le refus d'être hospitalisé ou d'être traité était incompatible avec toute autre forme de soin. Le personnel infirmier a ainsi graduellement « perdu sa place » (Participant, infirmière) auprès des usagers en raison d'un manque de ressources, de temps et surtout de reconnaissance formelle associée à l'importance du soutien thérapeutique. Les exigences institutionnelles associées au rôle des infirmières semblent également diriger leur travail vers la gestion des risques, la documentation de la dangerosité, tout en leur demandant de prévenir le recours aux mesures de contrôle (isolement en chambre et contentions) et d'assurer la mise en œuvre des hospitalisations et traitements involontaires.

En résumé, pour plusieurs participants, l'imposition d'hospitalisations et de traitements s'accompagne d'une absence de soutien psychosocial par le personnel infirmier, qui se retrouve pourtant dans une relation de proximité auprès des usagers (référant ici à la notion de « travail de chevet », élément distinctif de la profession infirmière) : « *Les personnes vont vouloir questionner le médecin ou les infirmières sur place : Pourquoi je suis ici ? Pourquoi je ne peux pas sortir ? [...] c'est un silence radio. Personne ne leur répond [ou on leur dit] : Attend le psychiatre... alors que c'est de l'information qui pourrait être facilement transmise sur le plancher* » (Participant, intervenant communautaire). Les données collectées suggèrent que les pratiques de soutien à l'exercice des droits en milieu psychiatrique lors d'hospitalisations et de traitements inventaires sont extrêmement précaires. Dans la prochaine section, nous démontreront que les enjeux associés à la dignité humaine s'ajoutent aux effets négatifs de la privation de liberté de mouvement et décisionnelle.

B. La dignité humaine, victime collatérale des pratiques coercitives

Les participants à cette étude rapportent des pratiques courantes dans les établissements psychiatriques, notamment la prescription de gardes sans possibilité de sortie des unités, le retrait des vêtements et autres effets personnels, l'interdiction de fumer ou de maintenir leurs habitudes de vie, ainsi que des restrictions aux communications dont certaines sont prévues par la loi. Si ces pratiques s'inscrivent dans le quotidien et la culture des établissements de santé offrant des soins psychiatriques, où ces permissions sont souvent considérées comme des « *privilèges* » (Participant, infirmière) qui sont graduellement réintroduits après leur suspension complète, elles doivent être analysées à la lumière de leurs implications pour les usagers privés de certains de leurs droits. Ces pratiques mettent en évidence une différenciation importante entre les traitements offerts par d'autres services de santé et ceux offerts en psychiatrie : « *J'ai perdu tous mes droits [...]. Je n'avais même pas le droit d'aller prendre un café à la cafétéria quand j'étais en [psychiatrie]. [Je n'avais] pas le droit d'avoir d'autres vêtements, ni le droit d'aller en chercher.* » (Participant, usager).

Ces pratiques façonnent le quotidien d'une grande majorité des participants issus des milieux institutionnels. Ce sont d'ailleurs ces pratiques, plutôt que les hospitalisations et traitements involontaires en eux-mêmes, qui sont régulièrement contestées par les participants de notre étude. Au-delà des mesures privatives de liberté de mouvement et de décision, l'enjeu semble avant tout concerner la dignité humaine (Plunkett & Kelly, 2021). Les résultats mettent en lumière que certaines causes associées au refus d'être hospitalisé ou traité en psychiatrie relèvent directement de cet enjeu. Les participants associent souvent la psychiatrie à des

pratiques plus restrictives que l'emprisonnement. Plusieurs d'entre eux rapportent s'être rendus de leur propre initiative aux urgences pour diverses raisons, avant d'être hospitalisés contre leur gré en psychiatrie après avoir exprimé des hésitations ou refusé les services proposés. Ces demandes d'aide se transforment alors en épisodes où les difficultés de la personne sont amplifiées par les pratiques de soins.

De nombreux participants rapportent également avoir subi des traumatismes à la suite d'un ou plusieurs passages en psychiatrie : « *C'est comme si je vais voir un médecin parce que j'ai un bras cassé et qu'il me casse l'autre bras : Oui, mais j'ai réparé ce bras-là pendant que je te cassais l'autre. Ok, mais j'ai encore un bras cassé.* » (Participant, usager). Pour ces participants, le refus de soins semble donc davantage lié à une contestation de la violence perçue de la psychiatrie actuelle qu'à un refus d'obtenir de l'aide et du soutien. Pour certains, ces pratiques de soin peuvent amplifier et réactiver, plutôt qu'atténuer, la détresse vécue. Cette situation est susceptible de soutenir une désaffiliation importante des usagers, soit une situation de non-recours par non-demande (Warin, 2016), vis-à-vis des services qui leur sont pourtant destinés.

En résumé, les données collectées suggèrent que les pratiques institutionnelles contribuent à la relation difficile que les usagers entretiennent envers les services qui leur sont destinés, ce qui peut entraîner une situation de non-recours. Les motifs du non-recours nous mènent au-delà d'une réponse coercitive au refus de soins et identifient différents leviers d'amélioration des pratiques. Dans la prochaine section, nous ferons état du déni de reconnaissance des proches en ce qui concerne leur participation aux soins et leurs besoins.

C. Les difficultés de reconnaissance des besoins des proches

Les données collectées auprès des proches ont été discutées et fait l'objet d'échanges avec divers regroupements de personnes intéressées au cours des deux dernières années. Dans le cadre de ce mémoire, il nous semblait essentiel d'aborder cette dimension importante du soutien offert aux personnes hospitalisées et traitées contre leur gré en psychiatrie.

Le consensus sur le fait que les proches sont très souvent impliqués avant et après le recours à des mesures d'hospitalisation et de traitement involontaires est clair. Les conséquences de ces mesures sur la rupture des liens affectifs, l'absence de réponse à leurs besoins et les barrières à leur participation dans les soins font également l'objet d'une documentation croissante : « *Et là moi, j'ai été traumatisé, puis lui c'est clair qu'il a vécu des traumatismes là aussi là* » (Participant, proche). À cet égard, des sentiments d'impuissance, de perte de repères et l'impression de ne

pas être entendu ou écouté prédominant : « *Je ne connaissais pas vraiment mes droits* » (Participant, proche).

La confidentialité est également un enjeu récurrent, perçue comme une barrière à leur participation, alors que les proches se voient souvent confier la responsabilité de signaler aux équipes de soins tout changement dans l'état de santé de la personne. Notre démarche de recherche fait état d'un manque de soutien et d'écoute envers les proches lors de la planification des soins en contexte d'hospitalisations et de traitements involontaires : « *Je leur disais : Écoutez, elle a besoin d'analgésie pour des douleurs chroniques connues, puis ils disaient que c'était inventé* » (Participant, proche). Les résultats évoquent aussi le caractère déshumanisant des environnements de soins et les relations parfois difficiles avec les équipes traitantes : « *Elle criait, elle appelait, elle pleurait sa vie. Elle se sentait en prison* » (Participant, proche).

Nous estimons toutefois que les enjeux liés à l'implication des proches relèvent, du moins en partie, de la culture de pratique spécifique aux établissements psychiatriques, plutôt que de la confidentialité des informations de santé en elle-même. Des modèles reconnus de prise de décision partagée existent et pourraient permettre une implication plus soutenue des proches. La mise en œuvre récente de nouvelles mesures d'assistance (assistants au majeur) constitue également une solution moins contraignante, qui permet de soutenir certaines personnes dans l'exercice de leurs droits, incluant le partage d'informations. Des initiatives telles que les directives médicales anticipées font également l'objet d'une documentation grandissante (Tinland et al., 2022). En outre, le droit à la confidentialité et au secret professionnel a comme fonction de promouvoir une relation de confiance envers les usagers et les professionnels de la santé, relation d'ores et déjà fragilisée par le recours aux mesures d'hospitalisation et de traitement involontaires.

Enfin, il nous semble crucial de reconnaître la pluralité et la variabilité des besoins des proches. À cet égard, nous identifions quatre catégories principales de besoins :

1. **Les besoins de soutien**, par exemple des services de répit, des interventions psychosociales individuelles ou de groupe, etc.
2. **Les besoins d'aiguillage**, notamment l'orientation dans les procédures judiciaires et les services de santé mentale, ainsi que l'exercice des droits et des recours en lien avec les services reçus.
3. **Les besoins éducatifs généraux**, relatifs à la santé mentale, sans égard au diagnostic, en tenant compte des éléments qui sont déjà connus, observés ou constatés par les proches

4. **Les besoins éducatifs spécifiques**, liés à la condition de santé ou au statut légal de la personne concernée.

Il semble important, dans un premier temps, de promouvoir le développement de pratiques permettant l'évaluation de ces besoins au sein des établissements de santé. Ce n'est qu'à partir de cette évaluation qu'une offre de soutien plus individualisée pourra être envisagée, tout en favorisant un partenariat plus efficace et respectueux avec les équipes de soins. Par ailleurs, certaines pratiques prometteuses telles que le Dialogue Ouvert (Open Dialogue) sont progressivement implantées dans différents pays (Freeman et al., 2018). Cette approche en particulier s'attaque de manière plus horizontale aux relations de pouvoir entre les usagers, leurs proches et les intervenants, permettant de répondre aux enjeux de dignité humaine et d'intégration des proches (Buus et al., 2021).

En résumé, les données collectées confirment un manque de reconnaissances des proches en ce qui concerne leurs besoins et leur participation à la planification des soins. Ces besoins sont toutefois variables et doivent donc faire l'objet d'une évaluation de la part du personnel soignant. Les usagers doivent également participer activement à l'identification des personnes avec lesquelles elles sont des liens significatifs et qu'elles souhaitent impliquer dans leurs soins. Dans la prochaine section, nous discuterons de la viabilité de pratiques prometteuse afin de mieux soutenir les personnes qui font l'objet d'une hospitalisation ou de traitements involontaires.

D. L'accompagnement sociojuridique

Plusieurs infirmières ayant participé à cette étude ont décrit qu'une partie de leur travail consiste à accompagner les usagers au travers des procédures judiciaires associées à leur hospitalisation ou à leurs traitements involontaires. Deux dimensions semblent caractériser ces pratiques au sein des établissements de santé : la négociation et la représentation des intérêts de la personne. Une troisième dimension, à savoir l'accompagnement à l'autoreprésentation de la personne, caractérise davantage les pratiques d'intervention communautaires.

Le travail de négociation exige de développer un lien de confiance avec les usagers dont la liberté de mouvement ou décisionnelle est limitée. La présence d'un tel lien facilite le processus de soins et favoriserait une meilleure conciliation entre les intérêts des usagers et ceux des établissements de santé. Cependant, il s'agit d'un travail émotionnel exigeant, qui dépend fortement de la relation de confiance établie entre le personnel soignant et l'utilisateur, tout en étant contraint par la nature coercitive

de chaque situation. Cela explique pourquoi, pour les participants, certaines situations nécessitent une intervention externe et indépendante afin de mieux soutenir la personne dans l'exercice de ses droits et recours : « *Ça dépend de la relation thérapeutique que j'ai [...]. Je fais partie du milieu qui les contraint. Parfois, le lien ne sera pas possible, alors je préfère qu'il puisse quand même avoir de l'aide à l'extérieur.* » (Participant, infirmière).

Les infirmières ayant participé à cette étude ont également évoqué la nécessité de représenter les usagers face à des exigences institutionnelles susceptibles de brimer leurs droits. Cela est particulièrement vrai dans des situations où le respect des procédures et des délais prévus par la loi, comme la signature des formulaires confirmant la contestation d'une garde, prime sur le consentement libre et éclairé des usagers quant à ce qu'implique cette procédure : « *Les affaires juridiques m'appelaient : il faut que tu fasses signer rapidement, la patiente conteste dans une heure. J'ai dit : écoutez, moi, ma patiente, je suis allée la voir. Elle n'a pas fini de lire ses documents, elle n'a pas compris* » (Participant, infirmière).

Un élément frappant des pratiques d'accompagnement sociojuridique en établissement de santé concerne leur caractère invisible, informel et précaire. Ces pratiques semblent souffrir d'un manque de reconnaissance important, ce qui rend leur exercice difficile et dépendant de la bonne volonté de chaque intervenant. En outre, elles demandent un engagement relationnel important auprès des usagers, qui, rappelons-le, sont contraints dans l'exercice de leurs droits et libertés les plus fondamentaux. En contexte d'hospitalisations et de traitements involontaires, ces soins exigent du temps. Toutefois, la logique d'efficacité qui caractérise l'organisation des services ne permet pas toujours au personnel infirmier de disposer de ce temps ou de l'accorder.

En résumé, les données collectées démontrent la réalisation d'un travail émotionnel visant à établir et préserver la relation de confiance auprès des usagers malgré le recours aux mesures coercitives. Le personnel soignant est également appelé à défendre les intérêts des usagers dans certaines situations. Dans la prochaine section, nous décrivons les principales caractéristiques des pratiques de soutien à l'exercice des droits, complémentaires à l'accompagnement sociojuridique.

E. Le soutien à l'exercice des droits

Notre démarche de recherche a permis d'identifier trois types de pratiques de soutien psychosocial étroitement liées à toute situation d'hospitalisation ou de traitement involontaire : le soutien émotionnel, le soutien éducatif (ou éducation juridique) et le soutien procédural. L'ensemble des participants à cette étude

reconnaît que les hospitalisations et les traitements involontaires suscitent des réactions d'anxiété, de tristesse et de colère chez plusieurs usagers. Dans ce contexte, le soutien à l'exercice des droits ne se limite pas aux droits concernés, comme le droit à l'information. Ce soutien englobe également des dimensions affectives, permettant à la personne d'être reconnue dans sa souffrance et de préserver sa dignité : « *C'est de rassurer la personne sur la suite des choses, parce qu'elles sont souvent stressées* » (Participant, intervenant communautaire).

Plusieurs participants ont réitéré l'importance de tenir compte de la trajectoire de vie des usagers. Ils rapportent que certains usagers entretiennent des relations conflictuelles avec les services, caractérisées par un recours fréquent à la coercition. Ils soulignent également les conséquences parfois dramatiques d'une hospitalisation ou de traitements involontaires sur la sécurité du logement, l'emploi et la vie familiale : « *On se heurte à certaines situations où le patient va fondre en larmes en disant que s'il reste hospitalisé il va perdre sa maison, il va perdre son emploi, il ne pourra plus voir ses enfants* » (Participant, infirmière).

Le soutien éducatif constitue également un élément central des pratiques de soutien à l'exercice des droits. Ce soutien concerne, par exemple, les délais prescrits par la loi, les soins pouvant être imposés en fonction du statut légal, les critères associés à l'imposition et à la levée des mesures coercitives, ainsi que les droits et les recours accessibles à la personne. Un tel soutien est jugé nécessaire par l'ensemble des participants, en raison des contraintes imposées par différents statuts légaux et de la complexité des procédures judiciaires. Cependant, cette complexité place de nombreux intervenants aux limites de leurs pratiques. Certains estiment ne pas être suffisamment préparés pour offrir un tel soutien, tandis que d'autres craignent de transgresser les frontières professionnelles. Plusieurs participants soulignent l'importance de distinguer ces interventions éducatives de la pratique du droit par les avocats.

Enfin, de nombreux participants ont insisté sur l'importance du soutien procédural. Ces interventions, distinctes des autres formes de soutien, visent à préparer l'utilisateur à son audience. Parmi les éléments abordés figurent la présentation de soi, le recours aux procédures d'appel et le respect du décorum des tribunaux : « *On essaie que les gens se présentent bien, donc de demander d'avoir leurs vêtements parce que ce n'est pas tous les hôpitaux qui donnent les vêtements pour passer devant le tribunal. [...] On leur demande [...] de répondre calmement, d'attendre leur tour, de répondre aux questions puis on les fait pratiquer certaines questions pour les préparer. Puis on leur explique le déroulement [...], il faut que ça soit pris au sérieux* » (Participant, intervenant communautaire). Ce soutien contribuerait à réduire le

déséquilibre de pouvoir inhérent à la coercition psychiatrique. Ces interventions semblent typiques du milieu communautaire selon les résultats recueillis. Certains participants estiment qu'elles sont marginales et peu tolérées dans les milieux institutionnels. Elles nécessitent également d'importantes capacités d'affirmation de soi : « *S'ils sont admis contre leur gré, je leur dis souvent comment [contester la décision du tribunal]. [...] s'ils ne sont pas capables de le faire, je le fais avec eux. [...] J'ai juste l'air de la personne qui fait du trouble, mais [mes collègues] sont habitués à moi. C'est toléré maintenant.* » (Participant, infirmière)

En résumé, les données collectées suggèrent trois types de pratiques permettant de mieux soutenir les usagers qui font l'objet d'une hospitalisation ou de traitements involontaires : le soutien émotionnel, éducatif et procédural. Dans la prochaine section, nous décrivons l'importance de la coordination intersectorielle afin de mieux protéger les droits des personnes admises ou traitées contre leur gré en psychiatrie.

F. La coordination intersectorielle

Les résultats de notre recherche mettent en lumière une fonction méconnue de la pratique infirmière : le travail de coordination intersectorielle. Ce travail de coordination est à la fois interne aux établissements psychiatriques, exigeant des infirmières qu'elles collectent et organisent l'ensemble des données cliniques auprès de différents professionnels, qu'elles soient en contact avec les services juridiques de l'établissement et qu'elles informent les usagers des procédures en cours. Ce travail est également externe à ces établissements, dans la mesure où l'imposition d'une hospitalisation ou de traitements involontaires implique un travail de liaison avec le système judiciaire et les systèmes de soutien, notamment pour que les usagers puissent participer à leur audience : « *C'était de faxer mes notes à tous les psychiatres, aux infirmiers, après ça d'appeler l'agente administrative, [...] Parce que c'est déjà arrivé que ça ne se rende pas. Donc, c'est vraiment de faire tous les liens. [...] Il y a des dédales administratifs à traverser.* » (Participant, infirmière). Certains résultats de notre recherche suggèrent que ce travail de coordination externe constitue également une stratégie permettant d'impliquer de manière plus soutenue des organismes voués à la défense des droits des usagers en santé mentale. Ces constats corroborent les travaux d'Allen (2019) sur l'invisibilité et l'importance du travail de coordination réalisé par les infirmières.

En résumé, les données collectées suggèrent l'importance et l'invisibilité du travail de coordination intersectorielle réalisé par le personnel soignant. Ce travail de coordination permet de préserver l'intégrité de la trajectoire de soins des usagers, en plus d'assurer un arrimage plus harmonieux des procédures cliniques et judiciaires.

Recommandations

Les résultats de notre recherche suggèrent que certains enjeux associés à la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, ainsi qu'aux mesures imposant des traitements en santé mentale, relèvent des usages de la loi et non de son infrastructure. En ce sens, nous émettons les recommandations suivantes. Ces recommandations soulignent l'urgence de favoriser un changement durable des pratiques et des modèles d'intervention en psychiatrie préalablement à toute modification législative ayant pour effet d'augmenter ou de faciliter le recours aux hospitalisations et traitements involontaires :

1. **Évaluer** la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* selon à partir de critères découlant du principe d'effectivité du droit ;
2. **Favoriser** un meilleur accès aux services de santé mentale et à une offre diversifiée de modalités d'intervention thérapeutiques ;
3. **Implanter** de manière uniforme des modèles d'intervention informés par les droits humains, les principes de la prise de décision partagée et l'évaluation des systèmes de soutien ;
4. **Reconnaître** de manière plus formelle et soutenue l'importance des pratiques d'accompagnement, de soutien et de défense des droits, ainsi que des pratiques de coordination intersectorielle.

Plusieurs **moyens** sont également proposés afin de mettre en œuvre ces recommandations :

- l) **Recommandation no. 1 - Évaluer les données récoltées dans le cadre cette consultation selon le principe d'effectivité du droit.** Tout comme l'efficacité, l'effectivité du droit est un indicateur primordial permettant d'évaluer le « degré de réalisation, dans les pratiques sociales, des règles énoncées par le droit » (Lascoumes, 1993, p. 217). Un tel indicateur incite à tenir compte des facteurs relatifs à l'accès aux services de santé mentale en temps opportun, de la formation des intervenants et professionnels chargés d'appliquer des lois d'exception, ainsi que de l'état des pratiques institutionnelles, pour ne nommer qu'eux. En d'autres mots, nous estimons que toute mesure d'exception aux droits

humains doit faire l'objet d'une évaluation attentive des facteurs qui mènent à son usage ;

- II) **Recommandation no. 2 - Disponibilité accrue d'alternatives à la coercition psychiatrique.** Les pratiques coercitives, des mesures d'exception utilisées en dernier recours, ne doivent en aucun cas pallier l'insuffisance d'accès à des services de santé mentale adaptés, diversifiés et orientés vers le rétablissement. Conformément aux principes de dernier recours et d'atteinte minimale aux droits, il est impératif de renforcer les services communautaires et institutionnels en santé mentale afin de proposer des alternatives à la coercition psychiatrique lorsque cela est possible ;

- III) **Recommandation no. 3 - Implantation de modèles d'intervention informés par les droits humains, tel que cela est recommandé par l'Organisation mondiale de la santé (2023).** Trop souvent, les droits individuels en psychiatrie se heurtent à des cultures organisationnelles centrées sur la gestion du risque. Le soutien à l'exercice de ces droits repose actuellement sur la volonté individuelle des intervenants lors d'actions ponctuelles, au lieu d'être systématisé. Il est nécessaire de développer des modèles d'intervention orientés vers la reconnaissance, le respect et le soutien à l'exercice des droits humains au sein des établissements de santé ;

- IV) **Recommandation no. 3 - Mise en œuvre de pratiques préservant la dignité humaine.** Nous réitérons que les pratiques coercitives, telles que les hospitalisations et les traitements involontaires, ne devraient jamais justifier la persistance des mesures portant atteinte à la dignité humaine. Certains protocoles institutionnels, notamment en ce qui concerne l'accès aux vêtements, aux effets personnels ou à des activités occupationnelles, doivent être revus afin de respecter la dignité des usagers. À cet effet, les approches inspirées du Dialogue Ouvert, pourraient contribuer à un changement durable des pratiques organisationnelles et professionnelles ;

- V) **Recommandation no. 3 - Bonification de la formation des professionnels de la santé à l'égard des dimensions éthiques et juridiques de la psychiatrie.** Une bonification de la formation des professionnels de la santé, en particulier des infirmières, est nécessaire pour promouvoir un plus grand respect et un meilleur soutien à l'exercice des droits des personnes faisant l'objet d'une hospitalisation ou d'un traitement involontaire ;

VI) Recommandation no. 3 - Reconnaissance des besoins des proches.

L'implantation de modèles de prise de décision partagée et de pratiques d'évaluation des systèmes de soutien est essentielle. Ces démarches favorisent l'engagement précoce et proactif des proches, le maintien d'une communication ouverte, le partage des attentes mutuelles, la reconnaissance de leur expertise et une réponse adaptée à leurs besoins. À cet effet, les approches inspirées du Dialogue Ouvert, pourraient contribuer à un changement durable des pratiques organisationnelles et professionnelles.

VII) Recommandation no. 3 et 4 - Reconnaissance organisationnelle des pratiques d'accompagnement, de soutien et de coordination.

Une reconnaissance accrue des pratiques d'accompagnement sociojuridique, de soutien à l'exercice des droits et de coordination intersectorielle assurées par le personnel infirmier est essentielle au niveau organisationnel. Ces pratiques favorisent un respect accru des procédures et des conditions prévues par la loi dans le contexte des hospitalisations et des traitements involontaires ;

VIII) Recommandation no. 3 et 4 – Reconnaissance et facilitation du recours aux pratiques indépendantes de soutien et de défense des droits.

Un recours plus systématique aux organismes communautaires régionaux de défense des droits en santé mentale est recommandé. Ce recours doit être intégré à la culture des établissements de santé et devenir un critère de qualité des services, plutôt que d'être perçu comme une interférence dans la conduite des soins.

Commentaires finaux

Recourir à la contrainte pour résoudre des problèmes sociaux est un réflexe souvent rencontré. Sous l'effet de scandales publics et du sentiment d'urgence qu'ils soulèvent, ce réflexe procure une impression de sécurité ayant pour effet de masquer les causes plus profondes de ces problèmes. À la lumière de la démarche de recherche réalisée au cours des dernières années, nous craignons que cela ne se reproduise actuellement en psychiatrie. Les difficultés d'application de la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* sont connues, documentées et ont fait l'objet de nombreux questionnements par une diversité d'instances au cours des dernières années. Malgré tout, les pratiques de soins semblent rester à l'ombre de ces débats. Dans ce

mémoire, nous avons tenté de faire la lumière sur ces pratiques, en accordant une importance particulière à l'agentivité des soignants.

En appuyant notre réflexion sur les principes du dernier recours et d'atteinte minimale aux droits, nous nous sommes demandé si tout avait été tenté afin que ces pratiques de soins fournissent l'accompagnement et le soutien nécessaire aux personnes qui font l'objet d'hospitalisations et de traitements involontaires. Il semble que ce ne soit pas le cas. Les résultats de notre démarche démontrent un manque alarmant de soutien psychosocial et la persistance de pratiques qui éloignent certains usagers des services leur étant pourtant destinés. Le recours à la contrainte, grandissant au Canada et au Québec, semble alors être préféré à la remise en question des façons de faire qui permettraient de dispenser des soins protégeant la dignité des usagers et qui favoriseraient une meilleure implication de leurs systèmes de soutien. Par voie de conséquence, nous craignons qu'un abaissement des seuils autorisant la suspension de certains droits, que cela concerne la dangerosité, l'incapacité ou la confidentialité, ne maintienne un régime d'exception (Kontos et al., 2011), ayant pour effet de différencier encore davantage le traitement réservé aux personnes ayant un problème de santé mentale du traitement réservé aux autres usagers.

Nous ne pouvons donc adhérer, compte tenu des constats de notre démarche de recherche et de nos recommandations, à des modifications législatives qui auraient pour effet d'augmenter ou de faciliter le recours aux hospitalisations et traitements involontaires.

Les résultats de notre démarche démontrent la viabilité, la pertinence et l'exigence des pratiques d'accompagnement, de soutien et de coordination informées par les droits humains en psychiatrie. En raison des logiques d'actions propres aux institutions psychiatriques, notamment des hiérarchies professionnelles confinant le personnel infirmier à des fonctions subordonnées, ces pratiques sont à l'heure actuelle extrêmement précaires. Une transformation durable des approches organisationnelles et professionnelles nous semble par conséquent hautement nécessaire afin de répondre aux enjeux soulevés par la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*.

Suivant cette logique, les recommandations formulées dans ce mémoire visent à doter les pratiques organisationnelles et professionnelles d'approches susceptibles de soutenir l'exercice des droits humains, de préserver la dignité des personnes soignées sous la contrainte, d'assurer une formation adéquate des professionnels impliqués dans la mise en œuvre des hospitalisations et des traitements

involontaires, de reconnaître formellement l'importance des pratiques respectueuses des droits humains au sein des établissements de santé, de favoriser un plus grand accès aux pratiques de soutien indépendantes et aux services de santé mentale dans une perspective de prévention du recours à la coercition psychiatrique, ainsi que de mieux répondre aux besoins exprimés par les proches.

Références

- Allen, D. (2019). Care trajectory management: A conceptual framework for formalizing emergent organisation in nursing practice. *Journal of Nursing Management*, 27(1), 4-9. <https://doi.org/10.1111/jonm.12645>
- Aragonés-Calleja, M., & Sánchez-Martínez, V. (2023). Experience of coercion among nursing professionals in a medium-stay mental health unit: A qualitative study in Spain. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 30(5), 983-993. <https://doi.org/10.1111/jpm.12921>
- Aragonés-Calleja, M., & Sánchez-Martínez, V. (2024). Evidence synthesis on coercion in mental health: An umbrella review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 33(2), 259-280. <https://doi.org/10.1111/inm.13248>
- Beaupert, F., & Brosnan, L. (2021). *Weaponizing absent knowledges: Countering the violence of mental health law*. Dans P. Beresford & J. Russo (ed.). *The Routledge international handbook of mad studies* (pp. 119-131). Routledge.
- Birkeland, S., Steinert, T., Whittington, R., & Gildberg, F. A. (2024). Abolition of coercion in mental health services—A European survey of feasibility. *International Journal of Law and Psychiatry*, 94, 101992. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2024.101992>
- Buus, N., Ong, B., Einboden, R., Lennon, E., Mikes-Liu, K., Mayers, S., & McCloughen, A. (2021). Implementing open dialogue approaches: a scoping review. *Family process*, 60(4), 1117-1133. <https://doi.org/10.1111/famp.12695>
- Freeman, A. M., Tribe, R. H., Stott, J. C., & Pilling, S. (2019). Open dialogue: a review of the evidence. *Psychiatric Services*, 70(1), 46-59. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800236>
- Galbert, I., Azab, A. N., Kaplan, Z., & Nusbaum, L. (2023). Staff attitudes and perceptions towards the use of coercive measures in psychiatric patients. *International Journal of Mental Health Nursing*, 32(1), 106-116. <https://doi.org/10.1111/inm.13064>
- Gerace, A., & Muir-Cochrane, E. (2019). Perceptions of nurses working with psychiatric consumers regarding the elimination of seclusion and restraint in psychiatric inpatient settings and emergency departments: An Australian survey. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(1), 209-225. <https://doi.org/10.1111/inm.12522>
- Goulet, M.H., Lessard-Deschênes, C., Pariseau-Legault, P., Breton, R., & Crocker, A.G. (2023). Community treatment orders: A qualitative study on stakeholder perspectives. *International Journal of Law and Psychiatry*. 89, 101901. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2023.101901>
- Haines, S., Stanton, R., Anderson, C., & Welch, A. (2024). Ethical challenges for nurses delivering coercive interventions in community mental health settings: A scoping review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 33(4), 750-759. <https://doi.org/10.1111/inm.13290>

- Jang, S. J., Son, Y. J., & Lee, H. (2022). Prevalence, associated factors and adverse outcomes of workplace violence towards nurses in psychiatric settings: A systematic review. *International Journal of Mental health Nursing*, 31(3), 450-468. <https://doi.org/10.1111/inm.12951>
- Jansen, T. L., Hem, M. H., Dambolt, L. J., & Hanssen, I. (2020). Moral distress in acute psychiatric nursing: Multifaceted dilemmas and demands. *Nursing Ethics*, 27(5), 1315-1326. <https://doi.org/10.1177/0969733019877526>
- Kisely, S., Zirnsak, T., Corderoy, A., Ryan, C. J., & Brophy, L. (2024). The benefits and harms of community treatment orders for people diagnosed with psychiatric illnesses: A rapid umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 00048674241246436.
- Kontos, N., Freudenreich, O., & Querques, J. (2011). Psychiatric exceptionalism—in 100 words. *The British Journal of Psychiatry*, 199(5), 429-429. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.100008>
- Krieger, E., Moritz, S., Lincoln, T. M., Fischer, R., & Nagel, M. (2021). Coercion in psychiatry: A cross-sectional study on staff views and emotions. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 28(2), 149-162. <https://doi.org/10.1111/jpm.12643>
- Lascoumes, P. (1993). Effectivité. Dans J.A. Arnaud (dir.), *Dictionnaire encyclopédique de théorie et de sociologie du droit* (p. 217). Librairie générale de droit et de jurisprudence, Paris.
- Lebenbaum, M., Chiu, M., Vigod, S., & Kurdyak, P. (2018). Prevalence and predictors of involuntary psychiatric hospital admissions in Ontario, Canada: a population-based linked administrative database study. *BJPsych Open*, 4(2), 31-38. <https://doi.org/10.1192/bjo.2017.4>
- Lee, G., & Cohen, D. (2021). Incidences of involuntary psychiatric detentions in 25 US states. *Psychiatric Services*, 72(1), 61-68. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900477>
- Lessard-Deschênes, C., & Goulet, M. H. (2022). The therapeutic relationship in the context of involuntary treatment orders: The perspective of nurses and patients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 29(2), 287-296.
- Manzano-Bort, Y., Mir-Abellán, R., Via-Clavero, G., Llopis-Cañameras, J., Escuté-Amat, M., & Falcó-Pegueroles, A. (2022). Experience of mental health nurses regarding mechanical restraint in patients with psychomotor agitation: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 31(15-16), 2142-2153. <https://doi.org/10.1111/jocn.16027>
- McKeown, M., Scholes, A., Jones, F., & Aindow, W. (2019). *Coercive practices in mental health services: stories of recalcitrance, resistance and legitimation*. Dans A. Daley, L. Costa & P. Beresford (ed.), *Madness, Violence, and Power* (pp. 263-285). University of Toronto Press.

- Mooney, M., & Kanyeredzi, A. (2021). 'You get this conflict between you as a person and you in your role... that changes you': A thematic analysis of how inpatient psychiatric healthcare staff in the UK experience restraint, seclusion, and other restrictive practices. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(6), 1703-1712. <https://doi.org/10.1111/inm.12926>
- Organisation mondiale de la santé. (2023). *L'OMS et le HCDH publient de nouvelles orientations pour améliorer les lois visant à lutter contre les atteintes aux droits humains dans les soins de santé mentale*. <https://www.who.int/fr/news/item/09-10-2023-who-ohchr-launch-new-guidance-to-improve-laws-addressing-human-rights-abuses-in-mental-health-care#cms>
- Pariseau-Legault, P., Vallée-Ouimet, S., Jacob, J. D., & Goulet, M. H. (2020). Intégration des droits humains dans la pratique du personnel infirmier faisant usage de coercition en santé mentale : recension systématique des écrits et méta-ethnographie. *Recherche en soins infirmiers*, 142(3), 53-76. <https://doi.org/10.3917/rsi.142.0053>
- Plunkett, R., & Kelly, B. D. (2021). Dignity: The elephant in the room in psychiatric inpatient care? A systematic review and thematic synthesis. *International Journal of Law and Psychiatry*, 75, 101672. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2021.101672>
- Sashidharan, S. P., Mezzina, R., & Puras, D. (2019). Reducing coercion in mental healthcare. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 28(6), 605-612. <https://doi.org/10.1017/S2045796019000350>
- Tinland, A., Loubière, S., Mougeot, F., Jouet, E., Pontier, M., Baumstarck, K., ... & Troisoeufs, A. (2022). Effect of psychiatric advance directives facilitated by peer workers on compulsory admission among people with mental illness: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 79(8), 752-759.
- Tolosa-Merlos, D., Moreno-Poyato, A. R., González-Palau, F., Pérez-Toribio, A., Casanova-Garrigós, G., Delgado-Hito, P., & MiRTCIME. CAT Working Group. (2023). Exploring the therapeutic relationship through the reflective practice of nurses in acute mental health units: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 32(1-2), 253-263. <https://doi.org/10.1111/jocn.16223>
- Warin, P. (2016). *Le non-recours aux politiques sociales*. Presses universitaires de Grenoble.
- Wong, W. K., & Bressington, D. T. (2022). Nurses' attitudes towards the use of physical restraint in psychiatric care: A systematic review of qualitative and quantitative studies. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 29(5), 659-675. <https://doi.org/10.1111/jpm.12838>