

La pratique infirmière en milieu psycho-légal :
vers une compréhension des rapports sociaux de genre

Nancy Paris RN, PhD (C)

Thèse soumise à
La faculté des études supérieures et postdoctorales en
vue de l'obtention du grade de
Philosophiae Doctor (Ph.D.) en
sciences infirmières

École des sciences infirmières
Faculté des sciences de la santé
Université d'Ottawa

© Nancy Paris, Ottawa, Canada, 2017

Université d'Ottawa
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Cette thèse intitulée
La pratique infirmière en milieu psycho-légal:
vers une compréhension des rapports sociaux de genre

Présenté par
Nancy Paris
a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes

Directeur de recherche

Co-Directeur

Membres du jury

Examineurs externes

SOMMAIRE

Ce projet de recherche est situé à l'interface des soins infirmiers et des pratiques sécuritaires en milieu psycho-légal. Il vise non seulement à situer la pratique infirmière dans un contexte de travail extrême, mais aussi à explorer une pratique professionnelle influencée par une forte présence masculine. Malgré les tensions que génèrent la cohabitation des aspects sécuritaires (voire disciplinaires) et des soins infirmiers, il reste que la dangerosité de la population à soigner intensifie les manifestations « hyper-masculines » des soins infirmiers. Bien que certains chercheurs aient abordé le sujet de façon superficielle, les rapports sociaux de genre en sciences infirmières, jusqu'ici sous-explorés, donc sous-théorisés, constituent une variable importante qui motive, la plupart du temps, la division « genrée » des rôles infirmiers au sein du dispositif de psychiatrie légale. Le milieu psycho-légal est le site souvent dramatique d'interventions musclées pour maintenir la sécurité des lieux. Un regard critique sur les rapports sociaux de genre nous fait comprendre comment ils peuvent (re)définir l'expression des soins infirmiers dans ce type de contexte.

Le processus précis de cette division genrée en milieux psycho-légaux reste peu documenté dans les écrits scientifiques et nécessite une attention particulière. Parce que très peu de recherches en regard d'une telle problématique ont été effectuées, notre recherche essentiellement descriptive et compréhensive nécessitait une méthode qualitative permettant de décrire et comprendre les rapports sociaux de genre sur la pratique des soins infirmiers dans un contexte de psychiatrie légale. Afin de répondre à cette exigence, la théorisation ancrée comme méthodologie de recherche a été privilégiée ; puisque cette dernière se prête particulièrement bien à la description des pratiques infirmières en milieu de psycho-légal ainsi qu'à l'étude concomitante de la socialisation professionnelle du personnel infirmier dans un tel milieu. Pour assurer la collecte des données, des entrevues semi-structurées ont été réalisées. Plus de 128 heures de présence dans le milieu et 20 entrevues ont été essentielles pour achever ce projet doctoral. Notre analyse a permis d'identifier trois grandes catégories descriptives : 1) Risques de violence et contraintes sécuritaires ; 2) Socialisation professionnelle et 3) Souffrances et mécanisme d'adaptation. Nos résultats montrent que le personnel infirmier se trouve « coincé » entre une philosophie caritative associée aux idéaux infirmiers (éléments fondateurs) et une philosophie coercitive (sécuritaire) associée au milieu psycho-légal. Parallèlement, nous notons que les dynamiques de groupe sont des facteurs non négligeables au regard du sentiment de sécurité et de gestion des comportements violents. D'une part, on fait mention de l'expérience des hommes qui implique une vulnérabilité (souffrance) liée au maintien de sécurité et au besoin de protéger leurs collègues. D'autre part, les femmes se font reprocher leur souplesse – invoquant le manque de rigueur dans le renforcement de règles – empêchant ainsi, de part et d'autre, le déploiement d'une pratique professionnelle complète.

Le but premier de cette thèse doctorale consistait à explorer les rapports sociaux de genre en milieu psycho-légal – un milieu typiquement masculin. Notre recherche a d'ailleurs souligné en quoi le maintien de la sécurité est un élément indispensable à la pratique infirmière. En effet, l'aspect sécuritaire du milieu nous a permis d'explorer comment les risques de violence polarisent les interventions selon le sexe biologique du personnel soignant, dans la mesure où ce dernier est lié à des caractéristiques/attributs stéréotypés. Le milieu psycho-légal encourage une virilisation des soins et ce discours sexué participe aux divisions genrées. Il est important d'apprécier l'impact des stéréotypes sexués sur la pratique infirmière et le fait que celle-ci soit partagée entre deux perspectives divergentes. Les rôles sexués entraînent selon nous une violence entre les sexes ce qui facilite l'instrumentalisation des deux sexes. L'effet du discours hétéronormatif sur les rapports sociaux de genre, a permis de comprendre comment les

Comportements sont modulés par la conception de l'homme fort et de la femme à risque dans un milieu potentiellement violent. Le cadre hétéronormatif jumelé au milieu psycho-légal facilite l'amplification des normes hétérosexuelles. Les résultats de recherche ont permis de mieux comprendre comment le personnel soignant est confronté à un ensemble d'injonctions et de mandats contradictoires. En dépit des stratégies déployées par le personnel soignant pour s'adapter au milieu, l'exercice des soins infirmiers demeure difficile vu les contraintes organisationnelles ; ces dernières représentent d'ailleurs un obstacle à la pratique et soulèvent des enjeux éthiques importants.

REMERCIEMENTS

J'ai eu le privilège de travailler au sein d'une équipe de chercheurs chevronnés ; j'ai apprécié leurs qualités et leurs valeurs. Leur rigueur, leur compétence et leur sens du devoir m'auront marquée à tout jamais. Professeur Holmes, veuillez trouver ici l'expression de ma respectueuse considération et ma profonde admiration pour toutes vos qualités scientifiques et humaines. Ce travail est pour moi l'occasion de vous témoigner ma plus profonde gratitude. Professeur Jacob, vous avez aussi bien voulu m'accompagner tout au long de cette aventure doctorale et me guider à chaque étape de sa réalisation. Vous m'avez toujours réservé le meilleur accueil, malgré vos obligations professionnelles. Vos encouragements inlassables, votre amabilité, votre gentillesse méritent toute admiration. Je saisis cette occasion unique pour vous exprimer, professeurs Holmes et Jacob, tout mon respect.

Aux membres du comité, vous m'avez honorée d'accepter de siéger sur mon comité de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements. Je vous remercie pour votre inestimable participation dans la réalisation de ce travail. Professeure Perron, pour qui j'ai une grande admiration, m'a enseigné une éthique de pratique et de travail inestimables. Elle a transformé ma vision des soins infirmiers pour toujours. Permettez-moi de vous exprimer mon admiration pour vos qualités humaines et professionnelles. Merci aussi à Denyse Pharand et Denise Moreau, tous deux membres de mon comité de thèse, pour leur soutien indéfectible.

Merci aussi à ma famille pour leur soutien. À mes parents, un remerciement chaleureux pour m'avoir inculqué dès mon jeune âge le sens de la discipline. À la mémoire de mon père qui a tant sacrifié, qui, même en nous ayant quitté, continue à veiller sur moi ; s'il était présent aujourd'hui, il serait fier de mon accomplissement. Ce travail est le fruit de ses sacrifices consentis pour mon éducation. Je tiens à orienter mes remerciements et également exprimer toute ma reconnaissance et ma gratitude à tous ceux et celles qui m'ont témoigné leur confiance et ont donné généreusement de leur temps pour répondre à mes questions, afin de démystifier l'univers des études supérieures. Je pense ici à : Sylvie, Thomas, Hélène, Viola, Julie et Moïse. Un merci tout spécial à Martine qui a toujours été présente pour de bons conseils. Son affection et son soutien m'ont été d'un grand secours au long de ma vie professionnelle et personnelle. Trouve dans ce modeste travail toute ma reconnaissance. Toutes les personnes dont les noms m'échappent, je vous remercie. Je remercie aussi tous les participants à cette recherche, sans qui ce projet aurait été impossible à réaliser.

Enfin, cette thèse doctorale n'aurait pas été réalisable sans le support financier de l'Université d'Ottawa, qui m'a octroyé une bourse d'admission, et de mes directeurs de recherche les professeurs Holmes et Jacob, qui m'ont octroyé des bourses annuelles. Je vous exprime ici toute ma gratitude.

DÉDICACE

Aucune dédicace ne saurait exprimer l'amour, l'estime, le dévouement et le respect que j'ai toujours eu pour ma fille. En témoignage de l'attachement, de l'amour et de l'affection que je porte pour toi, Naisha Lory. Je te dédie cette thèse doctorale.

TABLES DES MATIÈRES

SOMMAIRE.....	iii
REMERCIEMENTS.....	v
DÉDICACE.....	vi
TABLE DES MATIÈRE.....	vii
PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE.....	1
1. 1 But de la recherche.....	9
Originalité de la recherche.....	9
1. 2 Questions de recherche.....	13
1. 3 Position épistémologique.....	13
1. 4. Théorie critique.....	17
1. 4. 1 Poststructuralisme.....	18
1. 4. 2 Féminisme.....	20
1. 4. 3 Perspective féministe poststructuraliste.....	24
Tensions ontologiques.....	28
Harmonisation et complémentarité des perspectives foucauldienne et féministe.....	32
RECENSION DES ÉCRITS.....	35
2. 1 Relation thérapeutique.....	35
2. 2 Soins infirmiers.....	35
2. 3 Soins infirmiers psychiatriques.....	40
2. 4 Soins infirmiers psycho-légaux.....	41
2. 5 Notion de genre.....	46
2. 5. 1 Construction de la féminité et de la masculinité.....	52
2. 6 Cadre théorique.....	55
2. 7 Institutions totales.....	55
Changement culturel.....	60
Isolement.....	61
CONSIDÉRATIONS MÉTHODOLOGIQUES.....	66
3. 1 Devis de recherche: Théorisation ancrée.....	67
3. 2 Milieu d'étude.....	70
3. 3 Échantillonnage et recrutement.....	71
3. 4 Méthode de collecte de données.....	72
3. 5 Analyse des données.....	74
3. 6 Considérations éthiques.....	79
3. 7 Critères de rigueur en recherche qualitative.....	81

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS.....	84
4.1 Risques de violence et contraintes sécuritaires.....	85
Abjection.....	89
Contraintes.....	92
4. 2 Socialisation professionnelle.....	100
4. 2.1 Gestion des comportements violents.....	101
Présence masculine.....	104
Dynamiques homme-femme.....	105
4. 2. 2 Normes « genrées ».....	107
Attentes officielles.....	109
Attentes officieuses.....	112
4. 3 Souffrance et mécanismes d'adaptation.....	116
4. 3. 1 Souffrance.....	117
Souffrance masculine.....	117
Souffrance féminine.....	121
4. 3. 2 Mécanismes d'adaptation.....	123
Importance des bonnes relations.....	123
L'esprit et le travail d'équipe - S'appuyer sur les forces de chacun.....	126
Respect.....	129
La communication.....	130
DISCUSSION.....	138
Recherche.....	159
Pratique professionnelle.....	160
Formation.....	161
CONCLUSION.....	163
RÉFÉRENCES.....	165
Annexe A	193
Annexe B	195
Annexe C	200
Annexe D	203

CHAPITRE 1

PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE

« La relation thérapeutique est la pierre angulaire de la profession infirmière et son objectif premier est de favoriser la santé et le bien-être des clients. Pour établir et maintenir cette importante relation, l'infirmière fait appel à ses connaissances et compétences professionnelles ainsi qu'à sa compassion. Les rapports qu'elle tisse avec ses clients, sont fondés sur la confiance, le respect, l'empathie, l'intimité professionnelle et l'emploi judicieux du pouvoir qu'elle détient au sein de la relation » (Ollio, 2006, p.3). À travers leur relation, les deux personnes partagent un but commun. Dans le cadre des soins infirmiers, la relation que le soignant partage avec le soigné trouve sa signification dans le *caring*¹, l'action de soigner confère donc une dimension significative à cette relation. La relation thérapeutique est une relation qui s'établit entre la personne touchée par la maladie ou qui a besoin de services de santé et l'infirmière qui a bénéficié d'une formation spéciale pour reconnaître et combler les besoins d'aide et d'y répondre (Peplau, 1952). Ce processus exige que le soignant comprenne son propre comportement en vue d'aider les patients à faire le point sur les difficultés ressenties et d'appliquer les principes des relations humaines aux problèmes qui surviennent, et ce, à tous les niveaux de l'expérience de soin. Le soignant doit clarifier ses propres valeurs et doit s'impliquer de manière thérapeutique (Kérouac, Pépin, Ducharme, Major et Duquette, 2003). Les soins infirmiers s'inscrivent dans une démarche interactive, orientée vers un but précis pour favoriser le développement de la personne (Kérouac et al. 2003).

Ce but peut être le maintien, la restauration ou l'amélioration des conditions de santé de la personne. Certaines actions et certains comportements sont nécessaires entre le soignant et

¹ Caring : un terme utilisé en sciences infirmières pour désigner l'acte de soigner ou de prendre soin. Le caring est un concept de soin infirmier proposé par Jean Watson en 1979. Le modèle décrit une approche humaniste élargie tenant compte de l'aspect spirituel de l'être humain. Le caring représente l'activité d'aider une autre personne à croître et à s'actualiser; un processus, une manière d'entrer en relation avec l'autre qui favorise son développement¹. Pour Jean Watson, «le caring est un ensemble de facteurs (qu'elle nomme facteurs caritatifs) en opposition au terme (*curatifs*) qui fondent une démarche soignante favorisant soit le développement ou le maintien de la santé, soit une mort paisible ». (Aucoin-Gallant, 1990, p.32).

le soigné. Cette démarche doit avoir un caractère interpersonnel et thérapeutique. De plus, la démarche exige une collaboration et une participation entre les deux partis.

En d'autres mots, les soins infirmiers sont une interaction entre l'infirmière et le patient. Le processus de soins réclame une alliance entre l'infirmière et le patient, où le soignant ne fait pas pour le patient, mais accomplit des actes avec le patient. Cette alliance entraîne une relation interpersonnelle permettant à l'infirmière et au patient de se connaître à travers le processus de soins, afin de favoriser la coopération et de pallier les difficultés. La relation interpersonnelle se présente sur un continuum, où les deux partis travaillent ensemble à la résolution d'un problème (Chalifour, 1999). Ce continuum doit démontrer une progression des conditions de santé du patient. L'infirmière, à travers ses connaissances doit aider le patient à cerner la signification de son problème de santé et doit pouvoir définir le rôle de chacun dans la relation. Le rôle de chacune des partis doit être bien défini. Les buts doivent être partagés à travers un processus de collaboration pour résoudre ensemble le problème de façon efficace. Pour ce faire, l'infirmière doit fournir des soins compétents qui favoriseront l'épanouissement du patient. L'infirmière a la responsabilité de créer des occasions favorables, non seulement pour identifier les attentes du patient, mais aussi pour les satisfaire. Cet exercice se fait à travers la relation infirmière-patient (Kérouac et al. 2003). Toutefois, pour saisir l'importance de la relation d'aide, il faut la situer dans son contexte de soin.

La relation thérapeutique est un exercice mutuel qui permet à l'infirmière d'identifier les besoins du patient, mais qui lui permet aussi de trouver des stratégies collaboratives pour satisfaire les besoins de ce dernier. La condition de santé du patient est l'occasion pour faciliter l'établissement de la relation thérapeutique. De ce fait, l'infirmière doit assurer différents rôles suivant les besoins du patient. Chalifour (1999) prétend que la relation ne devient possible que lorsque chacun des individus engagés dans une interaction perçoit l'autre comme un être « humain ». La relation thérapeutique tient compte de la dimension humaine de chacun des

partis, elle est une expérience mutuellement significative, où les buts sont déterminés par l'infirmière et le patient.

La relation thérapeutique trouve une pertinence particulière dans le contexte psychiatrique, car elle permet au patient d'exprimer son vécu expérientiel. Elle favorise également la résolution de problème et le soutien du patient par l'infirmière dans ce processus d'expression. La relation thérapeutique représente l'instrument par lequel on instaure le processus interpersonnel de soins infirmiers, soit l'utilisation du soi thérapeutique par l'infirmière. Le soi thérapeutique désigne la capacité d'utiliser sa personnalité de façon consciente et réfléchie pour tenter d'établir une relation et pour structurer les interventions infirmières (Chalifour, 1999). Cette démarche nécessite une conscience et une compréhension de soi. Elle exige également une compréhension de la relation qui relie les valeurs, l'intelligence, les émotions, la capacité d'aider autrui de même que l'ampleur de l'aide qui peut être apportée. Cette relation, qui évolue sur un continuum se révèle particulièrement importante dans le contexte de la psychiatrie, où l'infirmière doit se concentrer à aider le patient à trouver son équilibre mental. Par ailleurs, cette relation ne représente pas une simple rencontre, où le soignant cherche à combler le besoin, mais elle s'avère une opportunité pour les deux partis de décider ensemble du but de la relation. Chalifour (1999) souligne que la relation d'aide est une interaction particulière entre deux personnes soit, le soignant et le soigné. Cette relation ne se limite pas à identification des besoins du soigné, mais encore elle a l'objectif de les satisfaire. Cette interaction est de ce fait, l'occasion pour le soignant de faire usage du soi thérapeutique pour ainsi aider le soigné à combler ses besoins.

La relation thérapeutique représente le pilier sur lequel repose les soins infirmiers psychiatriques, car elle est le lieu de rencontre du soignant et du soigné qui forment une alliance (Peplau, 1988). Toutefois, cette alliance suppose que le soigné soit accepté par le soignant. Dans ce sens, Chalifour (1999) affirme qu'une alliance consiste en l'établissement

d'un climat de confiance fondé sur la connaissance de l'autre et sur la valeur qui est rattachée au caractère unique de cette alliance. Chalifour (1999) ajoute également que le soignant doit chercher à connaître le soigné en tant qu'être humain, afin de pouvoir l'apprécier et de manifester de l'intérêt à l'égard de ce dernier. Pour ce faire, le soignant doit inspirer confiance au soigné, il ne doit pas faire semblant, ce qui sous-entend qu'il lui faille utiliser ses qualités humaines pour aider le soigné. La relation thérapeutique exige une proximité entre le soignant et le soigné. Selon Peplau (1988), la relation thérapeutique doit être au centre des interactions entre le soignant et le soigné en soins infirmiers psychiatriques. Le soignant doit utiliser la relation thérapeutique pour identifier les besoins du soigné et développer des stratégies pour les combler. Ainsi, le soignant à travers ses interventions a la responsabilité de favoriser le confort, mais surtout il doit accompagner le soigné dans le processus de soin. De plus, il lui incombe d'encourager l'expression du problème, d'aider la personne à exprimer ses craintes et de contribuer à faire émerger les ressources personnelles du soigné. Le soignant doit conjuguer ses efforts pour intervenir en faveur du soigné. Selon Peplau (1952), cette relation suppose que:

La relation infirmière - patient peut être représentée sur un continuum. À une extrémité se situent deux individus aux objectifs et aux intérêts différents. À l'autre, deux personnes qui travaillent ensemble à la résolution d'une difficulté qu'elles appréhendent de la même manière. (p. 25)

Le soignant doit écouter de façon active le récit expérientiel du soigné. Durant cette écoute active, il doit être en mesure d'agir comme une personne-ressource afin d'aider le soigné à exprimer ses sentiments lorsque nécessaire.

Selon les écrits recensés, les interventions infirmières en milieu psycho-légal, sont orientées vers les aspects sécuritaires. Bien que la relation thérapeutique soit le fondement des soins psychiatriques, en milieu psycho-légal, la relation thérapeutique se voit asphyxiée par les structures légales. Holmes (2005) ainsi que Kumpula et Ekstrand (2009) affirment que dans ce milieu, la relation thérapeutique est (re)modelée par les structures pénitentiaires. En effet, le

besoin de garder une distance entre les soignants et les soignés pour des raisons sécuritaires modifie la relation thérapeutique. Selon Bowring-Lossock (2006), Gilbberg (2010), Holmes (2001) et Perron (2007), la relation soignant-soigné est fragilisée par les structures psycholégales. En effet, la pratique infirmière en milieu psycho-légal est orientée vers des interventions coercitives qui servent à maintenir les dispositifs de sécurité et de contrôle. Collins (2000), soutient que les infirmières en milieu psycho-légal rencontrent des enjeux d'ordre moraux et éthiques, qui sont uniques à leur pratique. Cet auteur ajoute que les tensions morales et éthiques se dégagent dans les interventions intrusives et physiques entreprises par le personnel infirmier. Ces interventions, dont le but est d'assurer la sécurité sont à la limite de la relation soignant-soigné. La relation thérapeutique ne représente pas une simple alliance, mais plutôt une occasion de rencontrer pour le soignant, qui doit établir un lien de confiance et pour le soigné qui peut exprimer ses besoins. Cependant, dans le milieu psycho-légal, la nécessité de maintenir une distance entre soignant et soigné oblige une réorientation des interventions thérapeutiques. Bowring-Lossock (2006) affirme que les structures du milieu psychiatrique légal représentent des obstacles à l'utilisation du soi thérapeutique du soignant pour aider le soigné. De son côté, Jacob (2010) allègue que la gestion de risque et les dispositifs de sécurité facilitent la mise à l'écart du soigné, parce que ce dernier représente un risque de violence et de dangerosité. Bien que le soignant détienne les connaissances, les compétences, la formation et les habiletés pour établir une relation d'aide avec le soigné, les procédures d'interventions de sécurité représentent des obstacles à la création et au maintien de cette relation (Bowring-Lossock, 2006). De plus, Bowring-Lossock (2006) souligne que les patients (*les soignés*) sont perçus comme un risque de violence, ce qui représente une menace, non seulement pour le personnel soignant, mais aussi pour les autres patients. Les interventions du personnel soignant sont ainsi orientées vers la gestion du risque que représentent ces patients et le contrôle de leurs comportements. Mason (2002) atteste que ces interventions sont vues par le personnel soignant comme étant thérapeutiques, toutefois les soignés les perçoivent

comme étant punitives. Cette vision dichotomique d'une même réalité a pour effet d'intensifier les tensions entre les deux partis et, possiblement d'accroître le risque d'agressivité et de violence. Le fait de devenir plus agressif risque ainsi d'intensifier la distance entre le soignant et le soigné. Par conséquent, les procédures de contrôle peuvent produire un effet paradoxal qui pourrait compromettre la sécurité dans le milieu de soins (Gilberg, Elverdam et Hounsgaard, 2010).

Dans l'environnement des soins infirmiers psychiatriques, les dispositifs de sécurité semblent avoir préséance sur la dimension humaine de la relation thérapeutique. Le rôle infirmier n'est pas clair. Baxter (2002) affirme que le personnel infirmier est identifié à tort comme étant des agents correctionnels, dont la tâche principale dans ces milieux est de maintenir la sécurité. En ce sens, Dhondea (1995) souligne que la pratique infirmière en milieu correctionnel est davantage orientée vers le contrôle des comportements des patients et à rapporter aux médecins tout comportement inapproprié de ces derniers. À l'instar de Dhondea (1995), Bowring-Lossock (2006) confirme que la notion de soin centré sur le patient, les interventions thérapeutiques infirmières reçoivent peu d'attention en milieu correctionnel. Bowring-Lossock (2006) prétend également que les principes humanistes et déontologiques de la profession infirmière de se faire l'avocat des patients vulnérables se révèle impossible dans les milieux correctionnels, et ce, à cause du dilemme soin /punition (*care/custody*). Le dilemme soin/punition teinte les interactions entre soignant/soigné et intensifie le maintien de la distance (Bowring-Lossock, 2006). De ce fait, le soignant ne peut pas utiliser son soi thérapeutique pour aider le soigné. La raison en est que l'utilisation du soi thérapeutique demande au soignant d'évaluer ses émotions pour se situer au regard de l'histoire criminelle du soigné; les émotions du soignant risquent d'avoir des effets sur la relation thérapeutique (Collins, 2000). Plusieurs écrits (Bowring-Lossock, 2006; Burrow, 1991a, 1991b, 1992, 1993a, 1993b, 1998; Collins, 2000; Fisher, 1995 Gilberg, 2010; Holmes, 2001; Holmes, 2002; Holmes, 2005; Jacob, 2010; Kumpula et Ekstrand 2009; Martin 2001; Mason, Richman et Mercer, 1999; Mason et Mercer,

1998; Mason 2002; Perron, 2007; Sheilds et Moya,1997) remettent en question la possibilité d'une relation thérapeutique entre le soignant et le soigné en milieu psycho-légal. Cette remise en question de la relation thérapeutique est principalement reliée aux effets néfastes des impératifs sécuritaires sur la relation soignant/soigné. Ces impératifs influencent les liens du soignant avec le soigné en rendant ces liens superficiels ; le fondement de la relation étant régi par les interventions de sécurité. Il est donc permis de dire que les idéologies thérapeutiques sont juxtaposées aux idéologies pénitentiaires. Kumpula et Ekstrand (2009) affirment, pour leur part que la menace, la violence, l'agressivité et les comportements destructeurs sont des variables modulant les interactions entre soignant et soigné.

Au cœur du dispositif psycho-légal, l'articulation des fonctions de soins infirmiers et de contrôle social est complexe, alors que la violence constitue une variable déterminante modulant l'interaction entre les soignants et les soignés (Holmes, 2002). Bien souvent, les aspects relatifs à la sécurité des lieux (surveillance, contrôle, etc.) ont préséance sur les soins. Par conséquent, le personnel infirmier est continuellement partagé entre la mise en place d'interventions sécuritaires et caritatives (Holmes, 2002; Mason, 2002). Les écrits en soins infirmiers psycho-légaux reconnaissent que le personnel infirmier travaille avec une population stigmatisée et potentiellement vulnérable. Goffman (1968) a identifié les unités de soins psychiatriques comme étant des institutions totales. En effet, toute institution qui cherche à modifier le comportement des individus en les isolant du reste de la société porte le nom d'institutions totales. Goffman (1968), a étudié les institutions totales et les a définies ainsi :

« Comme un lieu de résidence et de travail ou un grand nombre d'individus, placés dans la même situation, coupés du reste du monde extérieur pour une relativement longue période, mènent ensemble une vie recluse dont les modalités sont explicitement et minutieusement réglées » (p. 41).

Holmes (2002) statue sur le fait que « les infirmières en psychiatrie légale, comme les infirmières en prison exercent un contrôle sur les patients lorsqu'elles les soignent » (p.88), pour faciliter la gestion des comportements violents. L'exercice du contrôle sur le soigné se

reflète même au niveau de la rédaction des notes infirmières que Perron (2007) décrit comme une relation de pouvoir. Un tel comportement du personnel soignant ne facilite pas la prise en considération des dimensions humaines du soigné. Des études ont démontré que le champ de pratique et le type de soins infirmiers que les patients incarcérés reçoivent sont influencés par la perspective du personnel correctionnel (Droes, 1994). Pour ce faire, ce domaine particulier de l'exercice infirmier mérite d'être questionné pour comprendre les enjeux qui sont en cause.

La problématique de la présente recherche porte sur les activités du personnel infirmier en psychiatrie légale. Ces activités touchent les rapports sociaux de genre, les rapports soignant/soigné, le personnel institutionnel, l'environnement de la psychiatrie légale de même que les organisations qui régissent le milieu psycho-légal. Le travail « émotionnel » a traditionnellement été associé au travail des femmes et au rôle de famille. Ceci est particulièrement significatif étant donné que l'image de soins infirmiers résonne avec celle de la femme attentionnée, en particulier avec le prototype mise de l'avant par Florence Nightingale, qui représente les infirmières comme des « anges », des mères et des soignants naturels, subordonnés au patriarcat. Les aspects caritatifs des soins dans ce milieu de soin, peuvent être perçus comme un travail émotionnel et donc une entrave à la culture « macho » du milieu psycho-légal.

La pertinence de cette problématique pour une discipline professionnelle investie d'un mandat social comme celle des sciences infirmières ne fait aucun doute. Cette pertinence amène le besoin de mener des recherches qui s'intéressent à la diversité des groupes d'infirmières pour mieux situer leur pratique dans le milieu de psycho-légal. Ce besoin de recherche est également évident pour témoigner de la réalité de ce groupe d'infirmières et d'infirmiers exerçant en milieu psycho-légal.

1. 1 But de la recherche

Le présent projet de recherche a pour but d'explorer de façon critique l'expression des soins infirmiers au regard des rapports sociaux de genre dans un environnement fortement dominé par une présence masculine. Aussi, vise-t-il à situer la pratique infirmière en relation avec les soins psychiatriques et de santé mentale offerts à une population vulnérable, soit les patients psychiatisés dans le contexte, à la fois particulier et extrême des soins psychiatriques. Ce projet veut explorer comment les soins infirmiers diffèrent selon qu'ils sont donnés par des infirmières ou des infirmiers qui travaillent en milieu psycho-légal. De plus, le présent projet cherche également à comprendre de quelle façon les rapports sociaux de genre peuvent modifier l'articulation des soins infirmiers dans ce milieu de soins spécifique. Des auteurs, tels que Davies (1995), Holmes (2001), Miers (2000), ont abordé la question du genre de façon superficielle. Toutefois, à notre connaissance, la question n'a jamais été explorée en profondeur.

Originalité de la recherche

Cette recherche touche les rapports sociaux de genre dans le milieu psycho-légal. Par ailleurs, la *genrification* de la profession se trouve inversée dans le milieu psycho-légal. Cette inversion de genre s'explique par le fait que la profession infirmière est une profession à prédominance féminine, en raison de ses caractéristiques compassionnelles et de l'importante proportion de femmes qui l'exercent. Cependant, le milieu psycho-légal est un environnement à prédominance masculine. Les caractéristiques de la pratique infirmière attribuées au sexe féminin peuvent être une entrave aux dispositifs de sécurité. Bien que des recherches aient été effectuées dans l'environnement psycho-légal, la plupart d'entre elles ont davantage touché la compréhension de la complexité de la pratique infirmière, plutôt que les rapports sociaux de genre. Les chercheurs listés ci-après ont travaillé sur la complexité de la pratique infirmière dans le milieu psycho-légal :

- Collins (2000) a conclu que les enjeux d'ordre moral et éthique sont mis en évidence dans toutes les interventions infirmières;
- Fisher (1995), Holmes (2005), Sheilds & Moya (1997) se sont prononcés unanimement sur le fait que des soins holistiques devraient être donnés avec compassion et humanisme à la population carcérale qualifiée de violente et manipulatrice par les intervenants du milieu ;
- Mason, Richman & Mercer (1999), Jacob (2010) ont traité de la perception des intervenants en ce qui a trait au patient (*le détenu psychiatrisé*), celui-ci étant défini comme dangereux, voire diabolique ;
- Burnard (1992) s'est intéressé à la conciliation de la maladie, de la criminalité, à l'aspect déontologique et thérapeutique, à la détention et à la punition ;
- Burrow (1991a, 1991b, 1992, 1993a, 1993b, 1998) et Martin (2001) se sont attardés au fait que le personnel soignant est confronté à un double mandat social incompatible, soit celui de soigner, Mason et Mercer (1998) ont rajouté à ce double mandat, celui de punir dans le but de maintenir la paix et la sécurité;
- Baxter (2002), Dhondea (1995) se sont penchés sur l'ambiguïté du rôle infirmier ;
- Bowring-Lossock (2006), Collins (2000), Kumpula (2009) ont écrit sur l'impossibilité d'appliquer des interventions humanistes et déontologiques en raison du dilemme soin/punition;
- Holmes (2002), Mason (2002) ont travaillé sur la préséance des dispositifs de sécurité sur les aspects caritatifs. D'autres auteurs comme (Bowring-Lossock (2006), Gilberg (2010), Holmes (2001), Perron (2007) se sont intéressés à la fragilité de la relation thérapeutique en raison des interventions coercitives ;
- Goffman (1968) a décrit le fonctionnement du milieu correctionnel ;
- Drees (1994) a cherché à connaître l'influence de la perspective du personnel infirmier sur le type de soins à fournir et sur le champ de pratique ;

- Dhondea (1995), Kumpula (2009) ont voulu mieux comprendre la domination des hommes dans le milieu correctionnel ;
- Perron (2007) a mené une recherche doctorale intitulée : *Exploration de la construction identitaire du détenu par le biais du discours infirmier dans un milieu hybride de psychiatrie légale* ;
- Holmes (2001) a conduit une recherche doctorale intitulée : *Articulation du contrôle social et des soins infirmiers dans un contexte de psychiatrie pénitentiaire* ;
- Holmes et Jacob (2007) ont publié un article qui touche le rôle infirmier au regard de l'isolation des patients : *Seclusion practice: a critical examination of the nurses' decision-making process*;
- World Psychiatric Association (WPA) (Juin, 2007) a consacré sa conférence thématique sur les traitements coercitifs en psychiatrie : *Coercive Treatment in Psychiatry: A Comprehensive Review*.

Les recherches précédemment mentionnées justifient la pertinence et l'originalité de la présente étude pour les soins infirmiers, car son auteure souhaite comprendre la manière dont les rapports sociaux de genre peuvent avoir un impact sur la pratique infirmière. Ainsi, les éléments suivants motivent le besoin d'effectuer cette étude. En premier lieu, les rapports sociaux de genre influencent la pratique dans la mesure où ils touchent les intervenants en soins infirmiers qui n'adhèrent pas aux scripts hétérosexuels de la société. En effet, les infirmières, et toute autre personne qui ne cadre dans le moule masculin, peuvent être fragilisées, voire même relayées au second plan par leurs homologues masculins, puisqu'elles sont tenues de rencontrer les attentes implicites et explicites de ces derniers au regard de la sécurité.

Deuxièmement, les rapports sociaux de genre en milieu psycho-légal risquent de créer une dissonance cognitive chez le personnel infirmier, car ce dernier peut avoir la perception de ne pas donner des soins adéquats dans la mesure où les soins infirmiers cadrent difficilement dans les structures de sécurité établies du milieu psycho-légal. La dissonance cognitive est un

concept élaboré par Leon Festinger et utilisé en psychologie. Selon cette théorie, l'individu en présence de cognitions incompatibles (connaissances, opinions ou croyances sur l'environnement, sur soi ou sur son propre comportement) ressent un état de tension désagréable : c'est l'état de dissonance cognitive. Dès lors, cet individu mettra en œuvre des stratégies inconscientes visant à restaurer un équilibre cognitif. Ainsi, l'individu tentera de réduire la dissonance cognitive en modifiant, par exemple, ses croyances, attitudes et connaissances pour les agencer avec la nouvelle cognition (justifier certaines actions).

Dans le cadre ce projet, où le personnel infirmier doit travailler dans un milieu sécuritaire, il est important d'explorer les tensions genrées associées aux rôles « incompatibles » (maintenir la sécurité/punir et soigner) attribués au personnel infirmier. Les tensions générées par les rapports sociaux de genre dans le milieu de soins permettront de comprendre la signification d'être *infirmier* et *infirmière* travaillant dans un environnement *machiste*. On entend par machiste, « l'idéologie fondée sur l'idée que l'homme domine socialement la femme et que, à ce titre, il a droit à certains privilèges en société » (Larousse, 2016, p. 1497). Selon De La Torre (1999), le machisme est un produit social, ancrée dans des scripts oppressifs :

« I am a recovering macho, a product of an oppressive society, a society where gender, race and class domination do not exist in isolated compartments, nor are they neatly relegated to uniform categories of repression. They are created in the space where they interact and conflict with each other, a space I will call machismo. The understanding of machismo requires a full consideration of sexism, heterosexism, racism, ethnocentrism and classism. All forms of oppression are identical in their attempt to domesticate the *other*. The sexist, who sees women playing a lesser productive role than men, transfers to the non-elite male *other* effeminate characteristics, placing him in a feminine space for "easy mounting" » (p. 213).

Cette explication de De La Torre facilite la compréhension du terme machiste et représente un bon point de départ permettant de situer les rapports sociaux de genre dans le contexte de la psychiatrie légale; un milieu souvent qualifié de milieu d'homme (Holmes, 2005).

Troisièmement, les structures psycho-légales peuvent intensifier les dynamiques de genre et les manifestations hyper masculines, entraînant ainsi des retombées émotionnelles importantes chez les infirmières.

Cette recherche tente d'améliorer la compréhension du phénomène des rapports sociaux de genre en milieu psycho-légal, pour ainsi favoriser le changement dans la pratique infirmière. Différentes questions de recherche doivent ainsi être prises en considération pour (re) façonner la pratique infirmière selon un facteur important qui est le genre.

1.2 Questions de recherche

- Comment les infirmières et les infirmiers définissent-ils les soins infirmiers dans la culture de l'environnement psycho-légal ?
- Comment le genre, comme construit social influence-t-il les soins infirmiers dans le milieu psycho-légal ?
- Quelles sont les différences entre les infirmiers et les infirmières dans leurs interactions avec les patients et les autres acteurs du milieu psycho-légal ?

1.3 Position épistémologique

D'un point de vue critique, l'objectif de cette recherche n'est pas nécessairement d'imposer des façons nouvelles de pratiquer les soins infirmiers. Son objectif vise plutôt à briser le statu quo et ce, dans le but d'améliorer la sensibilisation et la compréhension du phénomène des rapports sociaux de genre dans le milieu de psycho-légal, afin de favoriser le changement. Cette position épistémologique s'inscrit dans le paradigme de la théorie critique. Kuhn (1998) définit un paradigme en ces termes:

« A worldview, a general perspective, a way of breaking down the complexity of the real world. As such, paradigms are deeply embedded in the socialization of adherents and practitioners: paradigms tell them what is important, legitimate and reasonable » (p.128).

Guba et Lincoln (1998) ont identifié quatre paradigmes qui guident la recherche. Ces paradigmes sont le positivisme, le postpositivisme, la théorie critique et le constructivisme. Dans le domaine des sciences infirmières, ces paradigmes teintent la substance et la syntaxe de la discipline. Parce que ces paradigmes coexistent simultanément, ils permettent des discours qui peuvent s'opposer les uns aux autres, ce qui favorise des courants de pensée divergents. Toutefois, alors que le positivisme et le postpositivisme admettent une méthodologie quantitative, la théorie critique et le constructivisme utilisent des devis qualitatifs. Une préférence sans équivoque pour les méthodologies quantitatives a traditionnellement caractérisé le développement des connaissances (Guba et Lincoln, 1998). Les paradigmes de la théorie critique et du constructivisme cherchent plutôt à contextualiser des phénomènes observables, selon ce que Guba et Lincoln (1998) qualifient comme le réalisme et le relativisme historique. Ces deux paradigmes ont toutefois subi de vives critiques, non seulement parce qu'ils privilégient la subjectivité, mais aussi en raison d'un présumé manque de fiabilité, d'irrésolution, de même qu'une impossibilité de généraliser des résultats de recherche. Des chercheurs tels (Holmes, Murray, Perron et Rail, 2006; Holmes, Perron et O'Byrne, 2006; Murray, Holmes, Perron et Rail, 2007) ont manifesté leur inquiétude quant à la domination du paradigme de recherche post positiviste. Ces chercheurs accusent le paradigme post positiviste de générer des connaissances et des discours au service des idéologies en cours qui raffermissent les normes (sanitaires, sociales, etc...) établies. Ils ajoutent que ce paradigme se complait dans un réductionnisme et un déterminisme qui entravent la pluralité des modes de génération des connaissances. La prépondérance du post positivisme tient du fait que ses assises épistémologiques ont été qualifiées comme étant les seules qui soient suffisamment rationnelles et rigoureuses pour être considérées comme susceptibles de générer des explications et des prédictions sûres et valides au regard de la nature et de ses phénomènes.

Kuhn (1998) soutient que l'histoire des sciences n'a pas la forme d'un progrès cumulatif, régulier et linéaire au regard des nouvelles découvertes. L'histoire est plutôt marquée par de

profondes révolutions qui rompent le cours de ce que Kuhn (1963) considère la « science normale » (p. 130). La science normale est fonction du modèle de paradigme qui oriente le regard des chercheurs. Ainsi, si des anomalies se présentent, le chercheur s'efforcera de les résoudre selon le paradigme sélectionné. Lorsque son action ne porte pas fruit, il se résigne à revoir sa conceptualisation de l'objet à l'étude et réorganise son schème de référence. Ces moments de perturbation sont, ce que Kuhn (1963) appelle des révolutions scientifiques qui alimentent alors la « science extraordinaire » (p. 6). Pour générer des connaissances, aucun paradigme ne doit dominer le domaine de recherche, par ailleurs différents paradigmes offrent une diversité pour explorer les phénomènes humains.

L'émergence de la critique postmoderne au regard de l'élaboration du corpus de connaissances scientifiques peut être apparentée aux révolutions scientifiques, dont fait état Kuhn (1963). La critique postmoderne remet en question la polyvalence de la démarche scientifique post positiviste et met en lumière ses lacunes au regard de sa capacité à dépeindre, expliquer et prédire les processus qui sous-tendent chaque phénomène social (Best et Kellner, 1991). Selon les théories postmodernes (incluant le poststructuralisme), toute représentation cognitive est façonnée par le contexte historique et le langage. Les théories postmodernes rejettent les macros perspectives sur la société au profit des micros politiques et des micros théories (Best et Kellner, 1991). Elles revendiquent le pluralisme, la multiplicité, l'indéterminisme et la décentralisation de la pensée. L'ère postmoderne est donc marquée par l'effondrement du rationalisme et de l'éthos du siècle des Lumières. Le paradigme de la théorie critique met au défi le post positivisme. Il regroupe plusieurs autres formes de pensée, notamment le féminisme et le néo-marxisme. Ces paradigmes s'apparentent sur le plan ontologique de par leur réalisme historique selon lequel la réalité, que tout chercheur tente d'appréhender est en fait le résultat de différents événements à caractère social, sexuel (relatives au genre), politique, ethnique, économique, éthique et juridique. « La réalité » constitue donc le résultat de la cristallisation de ces valeurs au sein de structures diverses (par ex: institutions, rites, etc...), considérées à tort

en tant que manifestations « naturelles » de processus historiques prédéterminés et immuables (Guba et Lincoln, 1998). Le paradigme de la théorie critique admet au contraire l'existence concomitante d'une multitude de réalités dictées par des contingences de toutes sortes. Un chercheur qui souscrit à cette position ontologique ne peut prétendre à un compte-rendu fidèle de cette réalité, car son entreprise est biaisée par ses propres valeurs qui ne permettent qu'une révélation restreinte du phénomène d'intérêt. Contrairement au paradigme positiviste, le chercheur opérant en théorie critique n'est pas extérieur à son objet d'étude et est en interaction avec celui-ci. Ce faisant, son influence sur ce dernier est indéniable et oriente le processus d'investigation, ce à quoi Guba et Lincoln (1998) font référence sous le vocable d'épistémologie transactionnelle évoquant ainsi l'effacement de la distinction traditionnelle entre ontologie et épistémologie.

Le présent projet s'inscrit dans une démarche qualitative qui cherche à explorer, définir, décrire et comprendre les rapports sociaux de genre dans le milieu psycho-légal, ce qui exige une proximité certaine entre la chercheuse et son objet d'étude, proximité qui privilégie les biais et supprime toute prétention à l'objectivité et à la neutralité de l'entreprise. Le chercheur fait partie du phénomène qu'il cherche à présenter et de la réalité à camper. Il y a une influence mutuelle entre la recherche et le chercheur. En raison de l'importance des processus historiques et politiques de deux types d'institution « totales » (l'asile et la prison), de même que des questions indéniables liées au genre des participants, le paradigme de la théorie critique s'est avéré tout indiqué pour mettre en évidence les contingences (sociales, politiques, etc...) dictées par l'imposition d'une réalité socialement construite. Plus précisément, nous avons souscrit à une perspective poststructuraliste afin, d'une part d'examiner les documents issus du milieu choisi et, d'autre part de déconstruire les discours courants des institutions psychiatriques et pénitentiaires. Cette perspective permettra de mettre en évidence les effets de pouvoir de ces institutions sur ceux qui y travaillent et ceux qui y sont enfermés.

1. 4. Théorie critique

Dans une perspective paradigmatique, notre recherche se situe dans un courant de pensée critique. Selon Guba et Lincoln (1998), le paradigme de la théorie critique inclut: le néomarxisme, le féminisme, le postmodernisme et deux subdivisions de ce dernier, soit le poststructuralisme et le post-colonialisme. Sur la lignée ontologique, il est entendu qu'une réalité existe, mais celle-ci est socialement construite et est donc le résultat des facteurs sociaux, politiques, culturels, économiques, ethniques et est basée sur le genre (Guba et Lincoln, 1998). Cette réalité construite est insérée dans les discours philosophiques, philanthropiques, idéologiques, théoriques, et scientifiques, mais aussi dans les structures sociales existantes à une époque donnée, comme c'est le cas de l'hôpital psychiatrique et de la prison. Dès lors, ce construit social, produit d'une réalité historique doit être contextualisé dans une période bien délimitée.

Épistémologiquement, les différents courants de pensée qui ont été regroupés sous la bannière de la théorie critique partagent les mêmes idéaux. Le chercheur n'est pas en relation de distance complète avec son objet d'étude. En fait, le chercheur est plutôt en étroite communication avec l'objet d'étude et, par le fait même ses valeurs, sa position paradigmatique de même que ses préférences théoriques influencent inévitablement le cours de sa recherche. Sa recherche porte les empreintes de ses valeurs, ses croyances et ses intérêts (Guba et Lincoln, 1998). Un paradigme est une vision globale où le chercheur se situe pour décrire, expliquer et comprendre les phénomènes d'intérêt. La position que nous prenons face aux enjeux et aux problématiques sociétales, de même que la forme de nos écrits porte la marque du paradigme (courant de pensée) dans lequel nous sommes situées. Cette façon de voir les choses définit aussi comment nous abordons les grandes questions de la société et comment cette façon de voir influence la recherche. Le regard que nous portons sur la réalité n'est donc pas un produit du hasard. C'est dans l'optique de cette pensée paradigmatique que nous prenons une position critique face aux grandes questions de la société moderne.

Le paradigme de la théorie critique mise sur un réalisme historique, une réalité virtuelle façonnée par des valeurs sociales, politiques, culturelles, économiques, ethniques et de genre. Sur le plan épistémologique, ce paradigme s'appuie sur le fait que les subjectivités sont transactionnelles et que les résultats sont basés sur des valeurs d'influence sociale. La théorie critique est un paradigme qui a pour fondement, non seulement de critiquer, mais aussi de transformer en vue de faciliter la restitution et l'émancipation des groupes qui sont en marge de la société. La nature des connaissances générées par ce courant de pensée se trouve enracinée dans les structures sociales et historiques. La nature même de ce paradigme porte sur l'ignorance et la méconnaissance des questions sociétales et sociales. Les adeptes de ce paradigme font appel à l'intellectualité pour s'engager dans des causes de justice sociale. Les tenants de ce paradigme invoquent également la reconnaissance et proposent des défis aux disciples d'autres paradigmes (positivisme, post positivisme, constructivisme) en ce qui a trait aux aspirations postcoloniales, dans le but de sensibiliser la communauté scientifique sur l'influence sociale de ce que nous considérons « réalité ». Polifroni et Welch (1999) affirment qu'une théorie critique doit être une théorie réflexive qui fournit un type de connaissances qui facilitent l'émancipation. Ces auteurs précisent que la théorie critique, sur le plan épistémologique doit maintenir les standards de la vérité ou les évidences comme des constructions empreintes des habitudes et des structures sociales. Notre perception est teintée de nos empreintes culturelles et de nos expériences historiques antérieures. Ce constat nous amène à comprendre que les phénomènes se construisent dans la société en fonction des normes, des conventions et des habitudes sociales.

1. 4. 1 Poststructuralisme

Le poststructuralisme accorde une place prépondérante au discours qui se réfère au rôle crucial du langage dans l'existence humaine. Le discours surpasse ainsi le cadre du langage, car il consiste en une gamme d'actions et de comportements ; il va au-delà des mots. Le

poststructuralisme, dont les philosophes français Deleuze, Derrida et Foucault se réclament, considèrent que les réalités sont construites à travers les structures sociales et institutionnelles. Dans la théorie poststructuraliste, le discours est également un facteur clé dans l'analyse de l'organisation sociale, des significations sociales, du pouvoir et de la conscience individuelle. Le discours représente l'endroit des formes réelles et possibles de l'organisation sociale. C'est aussi le lieu où le sens de nous-mêmes soit, notre subjectivité est construite. Cette subjectivité est socialement produite dans toute une gamme de pratiques discursives-économiques, sociales et politiques, un lieu de lutte pour le pouvoir. Les constructions humaines ont été prévues pour donner un aperçu de la manière dont les cultures influencent les réalités, le message et les significations contenues dans les médias du langage et des autres véhicules culturels. Une prémisse demeure, si les réalités sont construites à travers le contexte et la culture, elles peuvent être déconstruites. La déconstruction s'efforce de localiser les textes marginaux, les messages cachés ou moins évidents qui sont présents, les dynamiques de pouvoir dans les rapports sociaux de genre. Il est donc crucial de comprendre pourquoi et comment les infirmières en milieu psycho-légal peuvent occuper une position de second plan (ce que Derrida considère comme étant dans les marges). La question demeure entière, pourquoi dans une perspective poststructuraliste, est-il impératif d'analyser la notion de genre à travers des lentilles féministes ? La réponse pourrait être de deux ordres, soit de comprendre la façon dont le pouvoir social est exercé et, en deuxième lieu de comprendre comment les relations sociales de genre pourraient être transformées. La théorie poststructuraliste est nécessaire pour expliquer les hypothèses sous-jacentes au type de discours à partir duquel des questions féministes peuvent émerger, tant sur le plan social qu'institutionnel et surtout de comprendre les relations existantes entre le discours, la subjectivité, les organisations sociales et le pouvoir. La perspective postmoderne porte une attention particulière aux questions relatives au discours et au langage de même qu'au rôle joué par les pratiques symboliques dans l'établissement des formes de domination sociale. Cette perspective permet d'examiner

des éléments souvent exclus de l'étude des interactions sociales, tels que le discours ou encore les contextes politiques et historiques mettant en valeur les relations de pouvoir inhérentes à ces interactions. Cet intérêt découle d'une préoccupation dialectique au regard de la construction (sociale) de l'expérience (Kincheloe et McLaren, 1998). Le philosophe Michel Foucault (1979) s'est intéressé à ce concept de construction sociale de l'expérience, afin de comprendre la relation entre la langue, les institutions sociales, la subjectivité et le pouvoir. Pour Foucault, le champ discursif tente de fournir un sens au monde, aux organisations institutionnelles, ainsi qu'aux processus sociaux. Par ailleurs, pour Foucault tous les discours ne sont pas équivalents et n'ont pas le même niveau de pouvoir. Weedon (1999) prétend que les significations sociales sont produites au sein des institutions et des pratiques sociales dans lesquelles les individus, façonnés par ces établissements sont des agents de changement, plutôt que les auteurs de ces changements. Les changements peuvent servir les intérêts hégémoniques ou encore défier des relations de pouvoir existantes.

1. 4. 2 Féminisme

Le féminisme et la théorie critique sont des paradigmes qui ont des origines différentes, ils partagent toutefois certaines similarités. Ces similarités sont : l'accent sur la construction sociale de la réalité, l'influence de la politique et de l'économie sur la science de même que la prévalence du racisme et du sexisme. Selon Read, Shearer et Nicoll (2004), dans la reconnaissance de ces mécanismes d'oppression que sont le racisme et le sexisme, les appuis du féminisme et de la théorie critique sont pertinents pour favoriser la compréhension et l'émancipation des groupes opprimés. Ces paradigmes mettent au défi la tradition épistémologique de différents domaines de recherche. Ils ont servi de base aux travaux de Marshall (1989) en sciences sociales et en sciences infirmières, de même qu'aux recherches d'Allen (1988), Campell et Bunting, (1991), Holter (1988), Moccia (1988), et Thompson (1987). Le féminisme met l'accent sur la prépondérance de la domination du genre, de la classe et du milieu de travail.

Le féminisme est un courant de pensée qui cherche à promouvoir l'émancipation de la femme en mettant en relief les structures sociales en place, lesquelles sont favorisantes au genre masculin. Il existe différentes formes de féminisme : le féminisme marxiste, libéral, socialiste, radical, ou encore poststructuraliste. Ces formes de féminisme ont été répertoriées et analysées dans de nombreux écrits en sciences infirmières (McCormick, 1997). Le féminisme libéral milite pour le droit individuel des femmes (le droit d'avoir des enfants doit dépendre des choix individuels). Le féminisme radical cherche l'émancipation des femmes (la subordination biologique de la femme, constitue la forme fondamentale de l'oppression de la femme). Le féminisme social veut déconstruire la réalité sociale qui favorise les groupes masculins (l'expansion des idéaux marxistes, ou la nature humaine n'est pas naturelle, mais socialement construite). Le féminisme poststructuraliste, dont l'objectif est de voir les questions de discours et de pouvoir dans les institutions sociales. Les travaux de Weedon, (1999) sur le féminisme poststructuraliste sont des lentilles à travers desquelles les rapports sociaux sont observés pour permettre une meilleure compréhension des relations de genre dans les services psychologiques. Weedon (1999) articule son discours autour de certaines *suppositions*, soit la façon dont les subjectivités sont socialement produites ; l'importance du langage (discours) dans la production des subjectivités ; la production de connaissances et le concept de vérité; la production et la reproduction genrée des processus sociaux et les implications des relations de pouvoir. Toutes les formes de féminisme précédemment citées font partie du paradigme de la théorie critique, en raison de leur remise en question des structures sociales actuelles qui servent les groupes masculins. C'est en raison de ce refus de prendre pour acquis ce qui est établi, que toute étude féministe comporte un caractère ouvertement politique.

Le féminisme s'intéresse aux questions relatives au genre et aux relations de dominations qui s'y rattachent. Il considère la division et la domination basées sur le genre comme une forme d'oppression fondamentale. Le féminisme valorise les questions relatives au pouvoir, au savoir, aux valeurs et aux sentiments, ces questions peuvent être perçues comme

une source de connaissances émancipatrice potentielle. Le regard porté sur les rapports sociaux de genre dans le milieu psycho-légal appuie la pertinence de recourir à la perspective féministe. La profession infirmière est genrée de par sa nature, puisque la majorité de ses membres sont des femmes. Cette division genrée se trouve renforcée de façon inversée dans le milieu psycho-légal, lequel est fortement dominé par les hommes. Les écrits féministes s'accordent pour dire que le statut actuel de la femme est modulé par un système patriarcal d'interactions sociales, dont les fondements sont figés dans des propriétés proprement physiologiques. Le chercheur qui adopte une vision féministe doit clairement exprimer son but politique pour contrecarrer les stigmas cliniques et scientifiques qui oppriment les femmes, afin de générer des connaissances émancipatrices pour dénoncer la violence masculine (Polifroni et Welch, 1999).

La perspective féministe de ce projet est en lien étroit avec notre position épistémologique, car elle nous permet de comprendre la connaissance ; comme une construction sociale, qui n'est pas extérieure au contexte dans lequel elle a été créée. Ce lien est exprimé par la croyance des deux approches pour comprendre le schème des comportements humains à travers les structures sociales qui peuvent faciliter l'oppression. En ce sens l'ajout du féminisme à la théorie critique, permet de bien situer les rapports sociaux de genre dans le milieu psycho-légal. Il convient de mettre en évidence cette domination sexuée afin de critiquer les dynamiques de pouvoir, qui placent un sexe en position d'autorité. La perspective féministe est indispensable dans le cadre de ce projet pour décrire la domination sexuée dans un milieu machiste. Nous avons élaboré davantage sur le choix de mettre en opposition la tension ontologique du féminisme poststructuraliste, plutôt que les autres types de féminisme en regard de la perspective théorique de Foucault. L'intersection de ces deux perspectives est basée sur des intérêts politiques communs, semblables, elles ont des racines intellectuelles et des préoccupations similaires sur la production et la reproduction des relations de pouvoir à travers des pratiques discursives. Les deux points de vue de la théorie critique

examinent les catégories de genre et la sexualité, en reconnaissant la complexité des définitions et des ramifications des points de vue divergents. La perspective féministe poststructuraliste accorde une importance particulière à la situation des femmes, qui sont dans une position de subordination par rapport à leurs homologues masculins ; tandis que la perspective de Foucault peut être appliquée à tout groupe qui se trouve en marge de la société en raison de certains discours dominants. Bien que les deux perspectives aient la même position paradigmatique, celle de Foucault accorde une importance moindre au concept de genre et ne tient pas compte de l'expérience des femmes comme groupe opprimé. Les tenants féministes poststructuralistes sont concernés par la construction discursive de la subjectivité, les formes de pouvoir qui régissent les relations sociales et les institutions culturelles et de l'utilisation de ce pouvoir d'asservir à des sujets particuliers, dans le cas des féministes, des femmes (Weedon, 1997, p. 71).

La perspective de Foucault met l'accent sur le pouvoir et les relations de pouvoir qui s'exercent par le biais des pratiques discursives. Le pouvoir, ce n'est pas une institution et ce n'est pas une structure, ce n'est pas une certaine puissance dont certains seraient dotée ; c'est le nom qu'on prête à une situation stratégique complexe dans une société donnée (Foucault, [1976] 1994, p. 123). Il insiste sur le fait que : « le pouvoir est partout ; ce n'est pas qu'il englobe tout, c'est qu'il vient de partout » (Foucault, [1976] 1994, p. 122). Le pouvoir est polymorphe, multiforme ; il transite par les personnes ; il ne s'applique pas à eux et ne loge pas en eux ; il traverse les corps (Foucault, 1977). La domination n'est pas le pouvoir mais bien une forme de pouvoir parmi tant d'autres. La domination implique des formes multiples d'assujettissements qui se manifestent et fonctionnent dans tout le corps social (Foucault, 1977). Le discours est à la fois un effet et un instrument de pouvoir, il n'est pas fixe et immuable : il est fluide, en constant remaniement selon les contingences historiques et politiques qui l'ont vu naître. La perspective poststructuraliste, telle que celle qui se dégage des écrits de Foucault, permet l'exploration des processus de pouvoir qui sont en jeu dans les discours, processus

déterminants dans la mise en place et le maintien de certaines institutions en tant qu'autorité dans un domaine précis. Le discours permet d'établir un cadre discursif dans lequel s'inscrit une réalité précise, localisée sur le plan historique (Foucault, 1977). Tel qu'il est perçu par Foucault, le pouvoir ne saurait être oppressif.

1.4. 3 Perspective féministe poststructuraliste

Le féminisme poststructuraliste stipule que l'expérience ne comporte aucune signification qui lui est intrinsèque. Le sens qui lui est donné est plutôt le résultat de systèmes dialectiques qui énoncent tous des versions antithétiques de la réalité en raison des intérêts opposés qu'ils desservent (Weedon, 1997). Le féminisme poststructuraliste voit l'identité de la féminité comme un effet de la domination patriarcale, où le sujet féminin est contextualisé comme passif et doit subir l'hégémonie masculine. La réalité n'a aucun contenu en dehors de ces systèmes discursifs, contextualisés au sein de diverses institutions sociopolitiques, celui qui met en pratique un discours particulier devient assujéti à sa signification. Les champs discursifs propres à chaque institution (ex : le système légal, la famille, l'école ou encore l'Église) offrent à l'individu de vastes possibilités de discours et donc de subjectivités. Or, toute société comporte un régime discursif dominant pour chacune de ces institutions (exhaussé par exemple par les valeurs privilégiées par cette société), régime qui organise et structure un champ social bien circonscrit, qui favorise l'émergence de nouvelles institutions qui lui sont conformes, qui le perpétuent davantage. Ceci implique que la signification accordée à l'expérience au sein de ce régime discursif s'impose de manière « naturelle » aux individus et constitue la réalité dans le cadre dans lequel ils évoluent. Tout autre discours, toute autre conception de la réalité constituent des entités en marge de cette norme, incongrues et, par conséquent, illégitimes.

« Les apparences biologiques et les effets bien réels qu'a produit, dans les corps et dans les cerveaux, un long travail collectif de socialisation du biologique et de la « biologisation » du social se conjuguent pour renverser la relation entre les causes et les effets et faire apparaître une construction sociale naturalisée (les « genres » en tant qu'habitus sexués) comme le

fondement en nature de la division arbitraire qui est au principe et de la réalité et de la représentation de la réalité qui s'impose parfois à la recherche elle-même » (Bourdieu, 1998, p. 9).

La différence décrite par Bourdieu (1998) est inscrite dans une démarche acceptée comme conventionnelle et naturelle. La domination patriarcale est construite comme une norme objective qui trouve son origine dans la structure sexuée de la société. En reconnaissant les mécanismes d'oppression basés sur le sexisme, le féminisme tout comme la théorie critique, a pour objectif l'émancipation des femmes marginalisées et opprimées dans une société dominée par les hommes (Read, 2004). Les féministes reprochent par ailleurs aux théoriciens postmodernes d'éluider la question du pouvoir et de ne pas aborder la problématique de genre (Bell, Caplan et Karim, 1993). Bell et ses collègues (1993) préconisent une approche bipartite sensible aux questions de genre, qui combinerait les perspectives critiques postmodernes, telles que le poststructuralisme, au regard de la politique des représentations et les perspectives féministes en lien avec les politiques du savoir. La perspective féministe poststructuraliste cherche à déconstruire le binaire masculin/féminin et les pratiques qui sont associés à ce fichier binaire que l'on croit comme la vérité (Davies, Browne, Gannon, Hokins, McCann et Wihlborg, 2006). Weedon, (1997) considère que les grands principes du poststructuralisme sont la pluralité des sens, l'importance de la subjectivité, la force constitutive du langage et du discours de même qu'un engagement dévoué pour le changement social. L'identité historique est complexe en raison du passage continu dans la définition du discours, donc la subjectivité féminine est produite par des discours multiples, qui donnent un sens à l'expérience des femmes (Morgan, 2009). Selon Purvis (1996), d'autres approches féministes sont en conflit par rapport à l'approche poststructuraliste, qui ne semble pas tenir compte des expériences des femmes dans leur perception de la négation ultérieure de ces dernières comme une catégorie politique de classe subordonnée. Toutefois, Newman (1991) soutient que ce n'est pas la position et l'expérience des femmes qui n'ont pas de « sens déterminable » en

dehors du discours utilisé pour les définir. Il faut réfléchir sur les discours qui régissent et réorganisent le monde, il faut changer le pouvoir et les relations de domination existantes. Ce changement de conscience du sujet est possible lorsque nous considérons que les entités ne sont pas figées, mais en mesure de circuler avec de nouveaux discours (Davies et al, 2006). Selon Weedon (1997) : « Le féminisme poststructuraliste s'efforce de conceptualiser la relation entre le discours, les institutions sociales et la conscience individuelle, en mettant l'accent sur la façon dont le pouvoir est exercé et sur les possibilités de changement » (p. 19). Weedon (1997) affirme également : « les tenants poststructuralistes sont concernés par la construction discursive de la subjectivité, les formes de pouvoir qui régissent les relations sociales et les institutions culturelles de même que par l'utilisation de ce pouvoir d'asservir des sujets particuliers dans le cas des féministes, des femmes » (p. 71). La déconstruction permet l'exposition de la différence de sens, la découverte du pouvoir, et comment ce pouvoir est utilisé pour influencer sur les structures sociales. Le discours, est pris en charge par les structures de pouvoir invisibles sociales fondées sur les discours actuels et la domination masculine (Weedon, 1997). Les adeptes poststructuralistes ne croient pas que ces classifications inévitables existent, mais que ces classifications sont basées sur les discours qui ont été construits historiquement et politiquement, perpétuant ainsi l'hétéronormativité de la domination masculine. Le genre est un construit social à travers duquel est évoqué une image des femmes et des hommes. Le discours n'est pas fixe et les images des deux sexes qui sont évoqués sont des constructions du discours choisi, un discours qui est motivant dans le contexte utilisé. Les catégories féminin/masculin sont déterminées par les discours contradictoires qui prennent en charge différentes significations et les attributs reconnus de ces catégories. Cette capacité à déconstruire le discours critique et à identifier les discours contradictoires permet aux féministes poststructuralistes de mieux comprendre les structures du pouvoir. Les féministes poststructuralistes sont en mesure de produire des connaissances à travers l'analyse des

discours spécifiques en identifiant les intérêts du pouvoir, ainsi que les possibilités ultérieures de résistance et de changement.

Les femmes sont confrontées à un sentiment récurrent d'un rôle de premier plan lié à leur position au sein d'une famille par rapport aux hommes. Weedon (1997) affirme que cette compréhension des rapports sociaux consiste à percevoir d'autres réalités et d'autres possibilités pour promouvoir le changement. Ces comportements sexistes sont considérés comme des faits, mais ils sont intrinsèquement instables et ils sont sujets à des changements basés sur le discours dominant et les défis du pouvoir. Ces subjectivités sexuées sont basées sur la fixation de « la femme » du signifiant ou « l'homme ». Les féministes poststructuralistes ne prennent pas en charge ces signifiants qui sont fixés dans un discours spécifique, mais cherchent plutôt à soutenir leur déconstruction, à les ouvrir pour les défier et les changer. La différence anatomique entre les hommes et les femmes est livrée à la société sexo-spécifique des comportements qui sont renforcés par le discours. Weedon (1997), est en désaccord avec le concept de nature essentielle pour les hommes et les femmes, en faisant valoir que le genre est un construit social du discours et l'expérience des femmes modifieront leur subjectivité résultant en une pluralité de sens. Toutefois, Weedon (1997) prend en compte que les expériences des femmes sont spécifiques et uniques par rapport à celles des hommes et donc leur subjectivité et les relations de pouvoir sont différentes. Lorsque les catégories sont déconstruites, les modes de sujets qui ont été faits par les catégories ne détiennent plus de pouvoir ou d'influence (Davies et al, 2006). Weedon (1997) cherche à comprendre le rôle du patriarcat et du pouvoir politique par rapport aux femmes et leur oppression historique. L'auteur soutient de plus que dans une société patriarcale, l'utilisation du savoir et du pouvoir à travers le discours et la construction de la subjectivité tente de marginaliser les femmes. Les changements de la société poststructuraliste permettrait aux femmes de voir qu'elles sont déterminées par les structures du pouvoir patriarcal, qu'elles en sont soumises, qu'elles doivent

avoir des stratégies pour briser la domination discursive et de créer un nouveau sujet (Davies et al, 2006; Weedon, 1997).

Cette perspective féministe met l'accent sur les possibilités d'aller au-delà de ce qui est connu et compris. Elle ne s'intéresse pas à discourir sur les différences entre les hommes et les femmes, mais elle cherche les diverses possibilités de démystifier les schèmes de pensée sur le masculin et le féminin, de comprendre que le pouvoir est construit à travers les pratiques discursives. Le féminisme poststructuraliste rend visible et analyse le binaire homme/femme.

Cette perspective s'intéresse au discours et à l'expérience des femmes comme groupe opprimé. Elle offre un cadre pour comprendre la construction de la subjectivité et l'expérience des femmes ; ce qui peut servir comme une stratégie de changement radical. Cette perspective féministe énonce que le discours de la femme est nécessaire pour le changement sociopolitique de la femme. La perspective poststructuraliste offre une réflexion différente sur les relations de domination qui sont produites par les pratiques discursives socio-institutionnelles. Cependant, même lorsque les discours féministes n'ont pas le pouvoir social pour réaliser leurs versions du savoir dans les pratiques institutionnelles, ces discours peuvent offrir l'espace discursif à partir duquel l'individu (femme) peut résister à la position des sujets dominants.

L'analyse féministe poststructuraliste des discours sur le genre, offre une perspective différente sur la manière dont le pouvoir est constitué et les pistes de réflexion sur la réalité socio-politique des femmes.

Tensions ontologiques

De nombreuses critiques affirment que les projets féministes et les soins infirmiers sont incompatibles avec la théorie poststructuraliste. Cependant, plusieurs théoriciens féministes et des chercheurs en soins infirmiers ont appliqué avec succès la théorie poststructuraliste et les techniques de la recherche en éducation, afin d'exposer la façon dont les discours et les

identités se sont perpétués et ont été repris. Parmi ces chercheurs, il faut nommer : en sciences infirmières, Davies (1993), May et Fleming (1997), Rudge (1996) et Walkerdine (1990); en éducation, Francis (1998a). Bien que le couplage de la perspective poststructuraliste et de l'approche féministe puisse être problématique, ce couplage a été utile pour ouvrir de nouveaux horizons théoriques et fournir des explications sur les processus, rendant perplexes les recherches en soins infirmiers. D'autres critiques, affirment que la plupart de ces recherches ont seulement une dimension descriptive et analytique. La majorité des études n'ont pas directement été menées pour changer la pratique des soins de santé. Traynor (1997) souligne que la recherche poststructuraliste ne peut pas contribuer de façon directe à l'autonomisation des groupes particuliers. Il prétend cependant, que ces recherches pourraient être utiles à la pratique infirmière, en fournissant une pratique réflexive sur la domination d'un discours particulier en matière de soins de santé. Ainsi, le poststructuralisme est utile pour critiquer les discours actuels et les pratiques dominantes. Sutton (1996) et Davies (1989) ont fait valoir que la perspective poststructuraliste peut être utilisée pour conceptualiser des cadres, pour redéfinir les connaissances infirmières afin d'améliorer le champ de la pratique et faciliter la réflexion critique pour comprendre le discours dans la relation infirmier-patient.

La rencontre entre Foucault et le féminisme poststructuraliste peut être fondée sur des intérêts politiques communs, des racines intellectuelles, mais surtout sur leurs intérêts à décentraliser le pouvoir. Foucault et le féminisme poststructuraliste ont des points de similitudes à bien des égards, car de par leurs racines épistémologiques, ils sont critiques sur le plan social et culturel. Foucault, en abordant les questions de relations de pouvoir peut offrir au féminisme un cadre théorique, pour saisir la nature de sa position sociale. Ce philosophe fournit aussi les stratégies politiques pour transformer les relations de pouvoir et de genre, qui maintiennent les femmes dans une position de subordination. Sa réflexion sur le pouvoir offre un cadre théorique général pour déconstruire les pratiques discursives. Le féminisme poststructuraliste utilise la théorie foucauldienne sur la déconstruction des présupposés naturels qui sont inévitables à

l'hégémonie masculine. Cette théorie est nécessaire pour dénoncer les attributs, dits naturels du genre et les relations qui y sont associées. Le féminisme poststructuraliste cherche à déconstruire le discours qui tend à marginaliser les femmes. Pour Foucault, le pouvoir n'est pas oppressif, au contraire il est productif. Bien que les écrits de Foucault sur le pouvoir aient une valeur heuristique pour les féministes, la tendance d'une conception foucauldienne du pouvoir est moins articulée pour présenter l'expérience des femmes comme non oppressive. La notion foucauldienne sur la résistance s'est révélée particulièrement utile pour le féminisme poststructuraliste, afin de montrer les diverses sources de subordination, ainsi que de démontrer que nous nous engageons dans la résistance dans notre vie quotidienne. Le féminisme poststructuraliste utilise la perspective de Foucault pour critiquer les rapports de genre. À partir du moment où l'on propose ces valeurs comme une alternative aux valeurs dominantes, elles peuvent questionner non seulement l'exclusion des femmes, des structures sociales et des positions de privilège, mais aussi la nature même de ces structures et de ces privilèges. Leurs propres structures sont entièrement politiques et vont au-delà des pressions d'un groupe isolé qui concernent la société dans son ensemble. Contrairement aux services hospitaliers généraux, les services psychiatriques sont généralement caractérisés par une surreprésentation des hommes par rapport aux femmes. De nombreux chercheurs féministes ont utilisé cette sur-représentation masculine comme point de départ afin d'élaborer une critique de rapports sociaux sexués en psychiatrie (Busfield 1996). En ce sens, les femmes sont construites comme « l'autre » souvent associée à la soumission (McKeown et al, 2003).

Ces cadres de pensée pour comprendre le fonctionnement du système psychiatrique, sont situés dans une critique féministe des rapports sociaux en général. Il est un argument puissant que la société patriarcale maintient une construction particulièrement odieuse de la féminité. Cette discussion permet à la discipline infirmière de remettre en question sa pratique, de perturber ce qui est accepté comme vérité incontestable. Elle permet de comprendre que le sujet existe au niveau des points d'intersection de multiples pratiques discursives, il peut être à

la fois objet et sujet de pouvoir (Holmes, 2005). La perspective poststructuraliste peut être utilisée pour conceptualiser des cadres, pour redéfinir les connaissances que la discipline veut élaborer et pour améliorer le champ de sa pratique. Il est important de remettre en question le discours dans la relation patient-infirmier et infirmier-infirmière. Il est aussi crucial de se rappeler qu'en tant qu'infirmiers et infirmières, le pouvoir est compris en termes de rapports de force ; ce n'est pas la propriété d'un sexe, ses stratégies, ses manœuvres, ses tactiques sont toujours instables (Deleuze, 1986; Foucault, 1980). Les intervenants en soins infirmiers doivent être attentifs aux rapports de force dans les interactions avec les patients vulnérables, en raison du pouvoir qu'ils détiennent de leur savoir. La fonction première des infirmières et des infirmiers, est de prendre soin (Fagermoen, 1997; Murray et Chambers, 1990). Par ailleurs, ce discours du prendre soin comporte des connotations complexes et celles-ci sont fortement sexuées. C'est ce discours sexué de la discipline infirmière que la présente discussion tente de critiquer et de déconstruire. Elle offre un cadre non traditionnel de réflexion sur la pratique et sur la conceptualisation de la base de connaissances en soins infirmiers. Cette discussion permet de percevoir le patient non seulement comme un objet de la pratique clinique, mais aussi comme un sujet connaissant, qui peut exercer un ensemble de forces discursives sur les interactions dites thérapeutiques. Cette analyse est nécessaire pour exposer les diverses stratégies utilisées dans les discours et les identités pour se perpétuer et aussi pour critiquer les discours actuels de la pratique infirmière. Cette analyse est également importante pour prendre en considération le contexte discursif socio-institutionnel de la pratique infirmière et comprendre comment celui-ci influence les interventions infirmières en milieu psycho-légal. Nous sommes d'avis que cette discussion est nécessaire pour décoder l'histoire de la discipline à travers les différents discours et de surtout questionner son devenir, tant sur le plan académique que clinique.

Harmonisation et complémentarité des perspectives foucauldienne et féministe

Dans la présente recherche, il est crucial de comprendre comment le milieu psycho-légal, à travers son discours de sécurité et de gestion de risque place certains sujets (les femmes et toute personne qui ne s'identifie pas dans le cadre hétérosexuel) en arrière-plan. Ainsi, les infirmières qui possèdent des attributs féminins représentent, sur le plan du discours, un obstacle aux dispositifs de sécurité. La perspective de Foucault a été utilisée dans cette recherche pour avoir une compréhension approfondie des pratiques discursives et des relations de pouvoir dans le milieu psycho-légal. Cette perspective foucauldienne est surtout importante à considérer pour exposer les stratégies utilisées par les sujets pour créer de la résistance. Le discours et la subjectivité occupent une place importante au cœur de la perspective féministe et de la perspective de Foucault. Les deux perspectives ont été utilisées de façon complémentaire pour critiquer les discours (psycho-légal et infirmier) qui sont incompatibles et contradictoires. L'analyse foucauldienne a été utilisée pour examiner le discours explicite et implicite dans lequel la construction des pratiques discursives peut être identifiée. De plus, l'approche de Foucault a facilité la mise en lumière de la position du personnel infirmier par rapport au discours holistique dans le milieu psycho-légal. Cette harmonisation des deux perspectives a permis d'identifier et de déconstruire les stratégies managériales du milieu psycho-légal, ainsi que d'examiner leurs retombées pour les infirmières. La complémentarité des deux perspectives se révèle particulièrement importante pour remettre en question les différents discours qui peuvent circuler dans le milieu psycho-légal. La signification accordée à l'expérience au sein de ce régime discursif s'impose de manière « naturelle » aux individus et constitue *la* réalité. Quant à la perspective féministe, elle a facilité la compréhension de la position des femmes dans une société patriarcale et dans un contexte machiste en milieu psycho-légal.

L'analyse foucauldienne offre une compréhension approfondie des questions d'actualité de la pratique infirmière dans l'environnement psycho-légal. Questionner la pratique infirmière en milieu psycho-légal revient à reconnaître que le discours doit être compris dans un contexte

de développement historique. Les travaux de Foucault aident à réfléchir sur la manière dont les relations de pouvoir créent des sujets dans les pratiques discursives. Les questions d'actualité dans l'environnement psycho-légal surpassent l'explication des théories typiquement infirmières. Ces questions d'actualité exigent des théories plus poussées pour situer le discours infirmier par rapport au discours psycho-légal. En ce sens, la vision de Foucault aide à observer les différentes manières dont les relations de pouvoir modèlent les expériences des infirmières dans le milieu psycho-légal. Foucault conceptualise le pouvoir comme un ensemble de techniques disciplinaires qui contraignent les infirmières et tout intervenant qui ne s'identifie pas selon les normes hétérosexuelles. L'analyse de Foucault a des implications pour l'amélioration de la pratique infirmière, car sa perspective prétend que l'endroit où le pouvoir réside conduit à une approche qui suscite la réflexion sur le potentiel de changer la pratique des infirmières à travers des points de résistance. L'objectif de combiner la perspective de Foucault à l'analyse féministe est d'examiner en profondeur le discours psycho-légal au regard de la position des infirmières. L'application de l'approche poststructuraliste est essentielle dans une profession féminine comme la discipline infirmière. L'analyse foucauldienne a été utilisée pour étudier une généalogie infirmière, soit une profession historiquement féminine, subordonnée à la médecine. La conception de Foucault au regard du pouvoir peut contribuer à élargir le champ de réflexion sur la pratique infirmière en milieu psycho-légal et ainsi générer des connaissances pour mieux situer la pratique dans ce contexte de soins. L'approche foucauldienne suggère de conceptualiser une forme de réflexion radicale. Les concepts tels le pouvoir, la résistance, la gouvernementalité et le discours offrent une alternative pour revoir et repenser la pratique infirmière dans le milieu psycho-légal. L'approche de Foucault défie plusieurs idées et présupposées qui sont tenues pour acquises en soins infirmiers (ex: le personnel infirmier ne détient pas de pouvoir). Son analyse doit être perçue comme un instrument critique et réflexif pour déconstruire la pratique infirmière en une pratique apolitique (Holmes, 2005). Les

infirmières, même si elles sont dans une position désavantagée dans le milieu psycho-légal doivent considérer l'approche foucauldienne pour questionner les discours en place, afin de (re) façonner leur pratique. De ce fait, la perspective foucauldienne peut être utile au féminisme critique pour favoriser l'émancipation des infirmières. Les travaux de Foucault complètent l'analyse féministe, en ce qu'ils peuvent avoir un impact profond sur la manière dont la pratique infirmière est conçue en tant que discipline et profession. Dans l'analyse foucauldienne, le personnel infirmier est perçu comme des professionnels exerçant du pouvoir sur la vie en société, ce qui permet à leur discipline de passer à une dimension plus large au niveau de la recherche critique. Foucault permet de regarder le discours du « maternage » (*nurturing*) de la profession infirmière sous un angle différent.

La perspective de Foucault fournit une analyse historique détaillée sur la façon dont le pouvoir s'exerce et sur la façon dont les individus sont gouvernés à l'intérieur de l'appareil psychiatrique, de l'institution pénale, de la production discursive et du contrôle. Cette dimension de la perspective foucauldienne exige une attention particulière des théoriciennes féministes. Cette attention est requise, non seulement pour déconstruire la subjectivité féminine, mais pour renverser ce discours dominant et défier les relations de pouvoir entre homme-dominant et femme-subordonnée/dominée.

Les travaux de Foucault permettent de critiquer le concept de pouvoir en soins infirmiers, en accordant une attention particulière à deux domaines, soit le pouvoir disciplinaire et les relations savoir/pouvoir. Foucault affirme que le comportement est normalisé par le pouvoir disciplinaire et qu'un lien étroit existe entre le pouvoir et le savoir. Les infirmières doivent adopter une attitude plus critique en ce qui a trait à la compréhension du pouvoir et de *l'autodétermination* en soins infirmiers. Foucault nous invite à regarder le pouvoir, non comme une force répressive, mais plutôt de voir son effet productif en identifiant ses mécanismes positifs.

CHAPITRE 2

RECENSION DES ÉCRITS

La problématique dégagée dans le chapitre précédent suggère la nécessité de définir en premier lieu, des concepts très larges qui touchent la pratique infirmière. Ces concepts sont : la relation thérapeutique, les soins infirmiers, les soins infirmiers psychiatriques, les soins infirmiers psychiatriques légaux, les rapports sociaux de genre, ainsi que la construction sociale de la féminité et de la masculinité. Plusieurs sources documentaires comme des volumes, des articles scientifiques et des bases de données ont été consultées.

1.1 Relation thérapeutique

L'auteure de la présente recherche s'intéresse à la relation thérapeutique, puisqu'elle est la base des soins infirmiers. La relation thérapeutique a pour simple prétention d'amorcer une réflexion et de donner un éclairage sur ce que les infirmières appellent couramment la « relation soignants/soignés ». Qui plus est, la manière dont cette relation peut se trouver perturbée par le contexte pratico-clinique. En fait, cette notion cache un grand nombre d'interactions et de relations très diverses que nous avons tendance à amalgamer plutôt qu'à identifier et à analyser.

La relation dont il est question ici relève du champ professionnel, ce qui implique des rapports sociaux codifiés, préétablis fixant d'avance l'identité sociale, les rôles et les styles d'interactions des protagonistes. Ces relations sont enfermées dans des pratiques répétitives, voire des scénarios, ce qui semble être le cas dans les situations de soins. Cela tient, entre autres, au besoin de sécurité et d'efficacité des soignants qu'apporte la stabilisation dans les relations humaines. Ce type de relation permet au soignant, la plupart du temps, une relative économie de la charge affective et cognitive. Mais, en réalité, aucune situation relationnelle n'est identique. Dans une approche systémique, on ne peut plus avoir une vision unidirectionnelle, statique de la relation et se contenter d'un modèle linéaire basé sur le schéma

émetteur-récepteur. Il faut considérer les relations comme des éléments dynamiques qui font sans cesse évoluer les situations, en interdépendance avec l'environnement. Les relations de soins ne relèvent pas du hasard, avec les techniques de soins, elles sont l'expression, l'objectivation de la démarche clinique mise en œuvre dans la prise en charge de la personne soignée. Les relations soignants-patients sont donc à la fois codifiées et imprévisibles, ce qui les rend, quel que soit le contexte, toujours délicates. La délicatesse de la relation soignant-soigné est amplifiée dans le milieu psycho-légal. Bien entendu, cette distinction est analytique, les soignants vivent les différentes dimensions de la relation dans la simultanéité. Il faut cependant noter qu'avec le développement des protocoles et procédures (procédure d'accueil, recueil de données standardisées, enjeux légaux), il pourrait être attirant de parler d'interactions plutôt que de véritables relations.

Il faut comprendre que le milieu accentue la distance qui modifie la relation thérapeutique. Dans le milieu psycho-légal, cette relation se trouve perturbée par des objectifs qui sont opposés aux idéaux fondamentaux de la pratique infirmière. La relation thérapeutique est un exercice mutuel qui permet à l'infirmière d'identifier les besoins du patient, mais aussi de trouver des stratégies collaboratives pour les satisfaire. La condition de santé du patient représente l'occasion pour faciliter l'établissement de la relation, pour ce faire, l'infirmière doit assurer différents rôles suivant les besoins du patient. La relation ne devient possible que, lorsque chacun des individus, engagés dans une interaction perçoit l'autre comme un être humain (Bamber-Azzopardi, Forchuk, Hux, Kosterewa-Tolman, Martin et Westwell, 2000; Chalifour, 1999; Formarier, 2007; Newman, 2005; Peterneij-Taylor, et Yonge, 2003). C'est une relation qui comprend la dimension humaine de chaque partie, elle est une expérience mutuellement significative, où les buts sont déterminés par l'infirmière et le patient. Cette relation thérapeutique trouve sa pertinence dans le contexte de la psychiatrie, car elle permet

au patient d'exprimer son vécu expérientiel; elle favorise la résolution des problèmes et elle exige que l'infirmière soutienne le patient dans ce processus.

La relation thérapeutique représente l'instrument par lequel on instaure le processus interpersonnel de soins infirmiers ; utilisation du soi thérapeutique par l'infirmière. Le soi thérapeutique désigne la capacité d'utiliser sa personnalité de façon consciente et réfléchie pour tenter d'établir une relation et pour structurer les interventions infirmières (Chalifour, 1999; Curchod, 2009; Formarier, 2007; Kérouac, et al. 2003). Cette démarche nécessite une conscience et une compréhension de soi, elle nécessite une compréhension de la relation qui lie les valeurs, l'intelligence, les émotions, la capacité d'aider autrui et l'ampleur de l'aide qu'on peut apporter. Cette relation qui évolue sur un continuum, se révèle particulièrement importante dans le contexte de la psychiatrie, où l'infirmière doit se concentrer à aider le patient à trouver l'équilibre de sa santé mentale. Cette relation ne représente pas une simple rencontre où le soignant cherche à combler le besoin, mais une opportunité pour le soignant et le patient de décider d'un commun accord le but de la relation. Chalifour (1999), souligne que la relation d'aide est une interaction particulière entre deux personnes, le soignant et le soigné. Au cours de cette interaction, chacune des personnes contribue personnellement à définir les besoins, pour ainsi les satisfaire. Cette interaction est l'occasion idéale que le soignant doit saisir pour faire usage du soi thérapeutique, afin d'aider le soigné à combler ses besoins.

La relation thérapeutique représente l'épine dorsale des soins infirmiers psychiatriques, car elle est le lieu où le soignant rencontre le soigné pour former une alliance. Cette alliance suppose que le soigné soit accepté par le soignant. Chalifour (1999), affirme qu'une alliance consiste à établir un climat de confiance, fondé sur la connaissance de l'autre et sur la valeur qui est attachée à son caractère unique. Le soignant doit chercher à connaître le soigné comme un être humain (Chalifour, 1999) pour pouvoir l'apprécier et manifester de l'intérêt à son égard. Pour ce faire, le soignant doit inspirer confiance au soigné, il doit être authentique, ce qui

sous-entend qu'il doit utiliser sa personne pour aider le soigné. De son côté, Peplau (1952) affirme que la relation thérapeutique doit être au centre des interactions entre le soignant et le soigné en soins infirmiers psychiatriques, où le soignant doit saisir cette occasion pour déterminer les préoccupations du soigné. Le soignant à travers ses interventions doit favoriser le confort, le développement et la maturité, il doit encourager l'expression du problème, aider la personne à exprimer ses craintes et à faire émerger ses ressources personnelles. Le soignant doit conjuguer ses efforts pour intervenir en faveur du soigné. La relation interpersonnelle se présente sur un continuum où les deux partis travaillent ensemble à la résolution d'un problème (Chalifour, 1999, p.118). Ce continuum nécessite de démontrer une progression des conditions de santé du patient. L'infirmière, à travers ses connaissances, a deux obligations soit, aider le patient à cerner la signification de son problème de santé et définir le rôle de chacun dans cette relation. Mais surtout de développer des stratégies pour faciliter les soins. Les buts doivent être partagés à travers un processus de collaboration pour résoudre ensemble le problème de façon efficace. C'est ainsi que l'infirmière doit fournir des soins compétents pour favoriser l'épanouissement du patient. Elle a la responsabilité de créer des occasions, de reconnaître et de satisfaire les attentes du patient. Elle fait cet exercice à travers la relation infirmière-patient (Kérouac et al. 2003). Toutefois, pour saisir l'importance de la relation d'aide, il faut la situer dans son contexte de soins. La relation thérapeutique doit avoir lieu dans un environnement qui favorise sa réalisation, ce qui sous-entend que le milieu aussi doit être thérapeutique.

L'environnement thérapeutique se définit comme une structuration scientifique de l'environnement pour opérer des changements comportementaux de même que pour améliorer la santé psychologique et le fonctionnement de l'individu. Cet environnement a pour objectif de faciliter l'hospitalisation, afin de la rendre thérapeutique à tous les égards. Le client est censé acquérir des habiletés relationnelles et des capacités d'adaptation (Towsend, 2006).

2. 2 Soins infirmiers

Plusieurs auteures ont défini les soins infirmiers. Nightingale (1893), définit les soins infirmiers tels que : « les soins infirmiers nous mettent dans les meilleures conditions possibles pour que la nature puisse restaurer, préserver la santé pour prévenir ou traiter les maladies ou les blessures » (citée dans Seymer 1955, p. 334). Frederick et Northam (1938) prônent que : « les soins infirmiers requièrent l'application des connaissances scientifiques et des habiletés afin de saisir les opportunités d'un travail constructif dans les soins pour les patients et leur famille » (p. 3). Peplau (1952) décrit les soins infirmiers comme : « une relation importante, thérapeutique et un processus interpersonnel » (p.16). Henderson (1955) rejoint ses contemporaines sur le fait que : « les soins infirmiers sont tout d'abord d'assister l'individu (en santé ou malade) dans l'exécution des activités contribuant à la santé ou à son recouvrement ou encore une mort paisible vers laquelle le patient irait sans aide, s'il avait la force nécessaire, la volonté ou la connaissance » (p. 4). Orem (1959) et Kinlein (1977) traitent du concept « d'auto-soins », en mettant la responsabilité sur le patient ou la personne recevant les soins, l'infirmière assistant le patient seulement si nécessaire. Plusieurs auteurs se sont mis d'accord sur le fait que les soins infirmiers sont un processus interpersonnel, où l'infirmière joue le rôle de soutien pour aider la personne à composer avec ses problèmes de santé et à s'adapter aux nouvelles situations de changement dans le processus de soins. Pour plusieurs auteurs, le but des soins infirmiers est de promouvoir l'adaptation de la personne ou du groupe dans chacun des quatre modes d'adaptation afin de contribuer à la santé, à la qualité de vie ou à la mort dans la dignité. La pratique infirmière se centre sur l'acceptation, la protection, le soutien à la personne et à sa relation avec l'environnement. Les interventions infirmières visent à évaluer les comportements et les facteurs qui influencent les capacités d'adaptation du patient. L'infirmière modifiera, augmentera, diminuera, retiendra ou maintiendra les stimuli, de sorte que la personne ou le groupe puisse renforcer ses capacités d'adaptation. Les soins infirmiers facilitent la promotion de la santé, ils visent le maintien, le renforcement et le développement de la santé de la famille

et de ses membres. Les soins infirmiers sont considérés comme les ressources clés de la santé pour les individus. Ainsi en collaborant avec le reste de l'équipe soignante, l'infirmière assure la promotion de la santé ayant comme valeur centrale la santé, plutôt que l'entretien de la vie. Les soins infirmiers sont centrés sur les forces de la personne en l'accompagnant dans le continuum santé/maladie.

2. 3 Soins infirmiers psychiatriques

Selon Peplau (1952), les soins infirmiers psychiatriques sont des expériences interpersonnelles qui constituent des espaces d'apprentissage, tant pour les patients que pour le personnel infirmier. L'auteur affirme que le soin infirmier est une relation qui s'établit entre une personne touchée par la maladie ou qui a besoin de services de santé et une infirmière qui a bénéficié d'une formation spéciale pour reconnaître et combler les besoins d'aide et y répondre. Les soins infirmiers psycho dynamiques demandent à l'infirmière de comprendre son propre comportement, pour être en mesure d'aider les autres à faire le point sur leurs difficultés. L'infirmière se doit aussi d'appliquer les principes des relations humaines aux problèmes qui surviennent à tous les niveaux de l'expérience. Les compétences de l'infirmière l'amènent ainsi à jouer différents rôles auprès des patients. Elle peut agir à titre de personne-ressource, conseillère, enseignante, leader, technicienne et substitut. Le modèle de Peplau (1988) propose aux infirmières un cadre de référence pour les interactions avec les patients qui sont, pour la plupart « bloqués » à un stade antérieur de développement ou qui ont effectué une régression en raison de la maladie. Peplau suggère des modèles de rôles que l'infirmière pourra adopter, afin d'aider les patients à poursuivre, à atteindre ou bien à retrouver le niveau adéquat de leur développement.

Le concept de partenariat dans la relation infirmière-patient a été exploré dans plusieurs études (Bidmead et Cowley 2005; Cahill 1996; Courtney et al. 1996; Edwards 2005; Gallant et al. 2002; Hook 2006; McQueen 2009) qui démontrent qu'une relation basée sur le partenariat

a de multiples avantages en termes d'autonomie et de gestion individuelle responsable des patients. Plusieurs conditions doivent cependant être rencontrées pour que le partenariat soit possible. Ces conditions sont : l'ouverture d'esprit des deux partenaires (l'infirmière accepte de passer de l'approche paternaliste à l'approche partenariale); le patient qui renonce à son rôle passif; le partage de connaissances des structures bureaucratiques et administratives dans le milieu de la santé. Le partage de pouvoir est crucial dans une relation basée sur une approche de partenariat. Il doit y avoir un certain équilibre, soit au niveau du partage de connaissances, de l'information, de la prise de décision et du contrôle. En raison de l'importance clinique du concept de partenariat, il s'avère une nécessité de l'examiner en profondeur, afin de faire ressortir les facteurs favorables et les facteurs défavorables qui nuisent à son implantation dans le contexte de la psychiatrie médico-légale.

2. 4 Soins infirmiers psycho-légaux

Weisstub, (1980) affirme que : « l'action de la psychiatrie médico-légale a pris une envergure considérable et ses praticiens doivent adopter d'autres vues sur le monde et appliquer des règles de décision qui peuvent heurter les valeurs classiques et les considérations éthiques de la médecine » (p. 221). Cette citation démontre les enjeux entourant le monde de la psychiatrie médico-légale ainsi, soigner dans une telle structure implique des enjeux d'ordre légal, qui vont à l'encontre des valeurs fondamentales de la discipline. Pour travailler avec une telle clientèle, les professionnels de la santé doivent développer des habiletés spécifiques aux conditions particulières de cette population. Il faut ajouter que la complexité structurale des soins infirmiers dans l'environnement psychiatrique présente plusieurs enjeux sur le plan clinique et éthique. Les infirmières, de par leur mission déontologique, doivent soigner des populations vulnérables, mais elles se trouvent confrontées à un « double mandat, soit celui de protéger et de punir en même temps » (Holmes, 2002, p. 85). Dans leur pratique, les infirmières doivent donner des soins de santé qui répondent aux exigences imposées par la structure psycho-légale et le

contexte de la psychiatrie médico-légale. Pour ce faire, le personnel infirmier doit adopter une approche qui facilite la coopération et la participation des personnes dans le processus de soins, sans toutefois enfreindre les règles et les lois de l'institution psychiatrique. Cette approche se veut une nouvelle façon de voir et de considérer la personne sur une dimension qui englobe son humanité. La population de la psychiatrie médico-légale est souvent marginalisée et stigmatisée. Elle se trouve coincée entre « l'appareil psychiatrique et la justice pénale » (Holmes, 2002 p. 85). Mais, il faut se demander comment le personnel infirmier peut établir la relation thérapeutique avec les personnes en psychiatrie médico-légale, afin qu'elles soient des partenaires de leurs soins. Il faut rappeler que le partenariat dans les soins implique une information et une participation active de ces personnes dans la gestion de leur santé.

Le milieu psycho-légal, de par ses structures légales est considéré comme un milieu de travail extrême pour le personnel infirmier, qui doit concilier soins et punition. L'incapacité de fournir des soins de santé adéquats aux personnes incarcérées est une violation de leurs droits constitutionnels (Dubler, 1981). Les études démontrent que les patients en milieu psycho-légal n'ont pas accès ou ont un accès très limité aux soins de santé (Glaser et Greifinger, 1993; Shenson, Dubler et Michaels, 1990; Weiner et Anno, 1992). Dans cette perspective, l'Association Américaine des Infirmières et Infirmiers (1980a, 1985b) affirme qu'il est essentiel d'assurer des soins de santé aux groupes vulnérables et que les soins infirmiers dans le milieu psycho-légal sont sacrés. La recension des écrits démontre que la population en milieu psycho-légal est plus à risque de développer des maladies et des comorbidités telles que; des infections des voies respiratoires, l'influenza, la gonorrhée, la tuberculose, l'hépatite et le VIH. Cette population est aussi à risque de développer des affections qui sont reliées aux abus de substances illicites et des risques de traumatismes, en raison de la prévalence de la violence dans ce milieu (Droes, 1994).

Le personnel infirmier doit donc soigner en utilisant des stratégies, qui respectent les exigences psycho-légales. La psychiatrisation des malades mentaux s'inscrit dans une

perspective de contrôle social pour maintenir l'ordre public et pour assurer une meilleure prise en charge des individus dits dangereux. La psychiatrie en prison s'inscrit dans une démarche historique, qui nécessite des questionnements pour comprendre ses effets. La dualité de soigner et punir est un processus contradictoire (Alexander-Rodriguez, 1983; Bernheim, 2000; Hufftand et Fawkes 1994; Martin, 2001; Mason et Mercer, 1998; Moritz, 1982; Senior, 1998; Willmott, 1997), parce que la prison a voulu punir puis réintégrer, mais la prison se veut soignante, cette démarche constitue une stratégie adaptative pour les patients incarcérés. Cette perspective ouvre la voie pour engager des questionnements sur le processus de la psychiatrie et de la criminalité où certaines dimensions thérapeutiques se trouvent distordues. Le terrain incertain de la psychiatrie en milieu correctionnel catalyse la discussion sur le patient qui n'est pas réductible qu'à son comportement. Qu'il s'agisse de la *prison* ou de *l'asile*, ces lieux de détention représentent des lieux de ségrégation pour ceux qui perturbent l'ordre public et la sécurité civile. À ce niveau, le rôle de la prison demeure au niveau de l'incertitude de soigner et/ou punir. Toutefois, même si la psychiatrie ouvre de nouveaux horizons pour le malade mental, elle ne demeure pas sans effets. La psychiatrie en milieu correctionnel offre un nouveau cadre pour redéfinir le patient incarcéré. Aussi offre-t-elle aux intervenants le pouvoir et la compétence pour intervenir, diagnostiquer, restreindre, contrôler, diriger, gouverner l'institution ainsi que l'interné. La psychiatrie en milieu correctionnel permet de justifier les actions dites thérapeutiques en offrant un cadre pour rationaliser les interventions (Nikolas, 1998). Dans le milieu psycho-légal, les effets de ce pouvoir absolu s'intensifient parce que toute intervention peut être interprétée et justifiée à travers le cadre thérapeutique. Les caractéristiques psychiatriques légales de ce milieu de soins, le placent dans la catégorie d'institutions totales. Goffman (1968) souligne que les institutions totales sont des lieux de réclusion où le comportement des individus est modelé et contrôlé. La mise à l'écart des individus qui nuisent à la sécurité publique s'inscrit dans une démarche de contrôle social et du maintien de la sécurité

publique. Dans le but d'assurer le contrôle des individus ayant un comportement dérangeant et désagréable, le milieu psycho-légal comme *l'asile* représente l'endroit approprié pour façonner le comportement des individus. Hacking (1995b) définit la classification des individus à travers un système en ces termes :

« The interaction between classifications of people and the people classified. But also about the ways in which those who are classified, and who are altered by being so classified, also change in ways that causes systems of classification be modified in turn. I call this the looping effect of classifying human beings. Classifying changes people, but the changed people cause classifications themselves to be redrawn » (Hacking, 1995b, p.369).

Ce processus de classification des patients incarcérés, qui sont même catégorisés dans le système psycho-légal, offre une autre dimension de cette classification par le biais de la dimension thérapeutique. Nous pouvons comprendre que la classification a des effets sur l'individu, mais lui aussi a des effets sur le système de classification. Selon Hacking (1995), en classifiant les individus, on cherche à formuler une loi générale qui détermine les normes de conduite de tout individu dans la société. Ce processus permet la généralisation des schèmes de comportements à suivre à l'intérieur des structures institutionnelles. Cette forme de généralisation offre un cadre de référence pour mieux contrôler le comportement des individus. Le milieu psycho-légal comme institution totale n'échappe pas à cette forme de généralisation, puisque les patients psychiatisés doivent suivre un même horaire pour les activités. Bien que cette généralisation soit vue à travers des lentilles thérapeutiques, elle est une démarche qui, non seulement construit socialement l'individu, mais le contrôle aussi. Le patient psychiatisé ne peut plus définir ses actions en fonction de ses choix personnels, ses actions sont prédéterminées en fonction des choix imposés par les exigences psycho-légales. Il doit suivre les normes et il doit agir dans un système qui lui impose des actions et qui lui dicte les comportements à adopter pour redevenir un individu normal. Le milieu psycho-légal représente un lieu de coercition pour changer les individus, une cellule de la société où les rôles que les humains doivent jouer sont déjà préconstruits dans l'intersection des cadres institutionnel et

social. Le système psycho-légal déclassifie les individus ayant commis des crimes pour les classer en termes de patients à soigner, car il offre un autre cadre pour façonner l'individu dans le but de le normaliser. La normalisation revient à dire que les individus doivent suivre la norme sociale établie par les structures socio institutionnelles. Ce faisant cette action s'inscrit dans la perspective de la construction sociale de l'individu (Hacking, 1995).

En milieu psycho-légal, tous les comportements du patient sont interprétés comme une menace imminente pour le personnel infirmier, qui doit utiliser des mesures coercitives de contrôle dans le but d'assurer sa sécurité et celle des autres (Holmes, 2002; Mason et Mercer, 1998, 1999). Dans un tel contexte, le personnel ne peut soigner dans une perspective qui converge vers le *caring* de Watson (1985), en ce sens que le patient doit se soumettre au traitement et ne peut refuser de collaborer avec le personnel. Une autre considération pour la psychiatrie en milieu psycho-légal est le fait que de travailler avec des patients criminels peut susciter le sentiment de rejet, tout comme le sentiment de dégoût, de répulsion et de peur (Jacob, 2010). Le cadre de référence utilisé dans le milieu psycho-légal permet de définir le patient incarcéré comme un risque de dangerosité qui lui confère le stigma d'anormal. Bien que le personnel infirmier possède les compétences professionnelles pour soigner dans un contexte thérapeutique qui respecte la dimension humaine du patient, le potentiel de risque de percevoir le patient comme un être anormal peut être présent dans toutes les interventions. Dans une institution totale, le fossé constant entre ce qu'on fait et le sentiment ou la pensée de bien faire s'intensifie, parce que les structures exigent que le personnel soignant garde une distance, qui peut être définie comme thérapeutique. Comme le mentionne Jacob (2010), il ne faut surtout pas ignorer le risque de contamination physique et morale par l'histoire criminelle et la maladie mentale du patient, cette contamination l'enveloppe dans une relation de dégoût. Le personnel infirmier travaillant dans cet environnement est constamment confronté à des menaces physiques et verbales. Ainsi, tout comportement qui va à l'encontre des règles psycho-légales

risque de perturber l'ordre des choses. Pour contrecarrer ces menaces, le personnel doit utiliser des interventions punitives. Pour situer l'origine des soins en milieu psycho-légal, il est impératif de comprendre l'historiographie de cette institution. Il s'agit d'un discours historique qui justifie les intérêts du présent, à partir de la construction du passé quand Pinel offrait une stratégie de traiter les fous, par la psychiatisation des malades mentaux. La classification des internés dans le milieu psycho-légal leur confère un stigma d'anormaux, qui nécessitent une catégorie d'intervenants possédant des traits spécifiques pour répondre aux menaces. Cette situation intensifie la nécessité d'embaucher des hommes dont les traits hyper masculins peuvent prévenir ces menaces et protéger l'unité contre toute forme de violence (Kumpula, 2009). L'environnement étant sujet à des menaces, à un risque de violence physique et verbale, les attributs masculins sont ainsi plus pertinents pour la prévention des escalades de violence et d'agressivité. Tous les gestes et les comportements des patients sont interprétés à l'intérieur d'un cadre médical (psychiatrique) d'une part, et d'un cadre criminel (déviant) d'autre part. Ces particularités liées au genre permettent d'introduire la notion importante de genre dans les soins infirmiers psychiatriques légaux.

2. 5 Notion de genre

La société établit des normes et l'ordre des choses en fonction de la dualité des sexes. Bien que le terme sexe fasse la différence biologique entre les hommes et les femmes, par opposition, la différenciation sociale des activités est déterminée par le genre. Bourdieu (1998), nous aide à comprendre comment ce que nous sommes ne dépend pas de la biologie, mais des différents choix que les structures sociales nous offrent et les schèmes de comportements qui sont intériorisés de façon qu'ils deviennent automatiques et inconscients. Les rôles que nous jouons sur le plan social ne sont pas le fruit du hasard, mais le résultat des influences sociales auxquelles nous sommes exposés. Dès son jeune âge, le sujet masculin est socialisé à ne pas exprimer des émotions telles que l'amour, la peur, la honte, le deuil, parce que ce sont

des émotions qui sont interprétées comme des sentiments de faiblesse (Miers, 2000). Le sujet masculin établit sa domination en fonction de la différence anatomique du corps où il est présenté en ces termes : debout, haut, chaud, masculin, dominant, sacré et droit (Bourdieu, 1998). Cette domination dite masculine ne se limite pas aux activités sociales, elle se trouve même au niveau de la structure de la langue française, ce qui s'explique dans un texte que le masculin l'emporte sur le féminin pour alléger la lecture du texte (Académie de la langue française). Ce n'est par hasard que cette domination masculine s'établisse, elle est le fruit des structures sociales, que Bourdieu (1998, p.15) s'exprime en ces termes : « la domination masculine trouve ainsi réunies toutes les conditions de son plein exercice. La présence universellement reconnue aux hommes s'affirme dans l'objectivité des structures sociales et des activités productives et reproductives, fondées sur une division sexuelle du travail de production et de reproduction biologique et sociale qui confère à l'homme la meilleure part ».

L'effet de la construction de la domination masculine s'est fixé dans la mémoire collective. Par ailleurs, parce que le travail des femmes est plus souvent inconscient, il est en fait plus dangereusement soumis aux manipulations du temps des sociétés (Fahmy-Eid, 1997). Les rapports homme-femme, auxquels renvoie l'univers des sentiments et des comportements évoqués dans la perspective de rapports sociaux sont présentés comme un donné naturel, il faut déconstruire ce donné naturel. Scott (1988) a soulevé cette question de rapports hommes/femmes qui débordent la sphère des structures sociales et sont construits avant tout au niveau symbolique. Ce donné est construit à partir d'un discours social dominant relatif à la féminité, un discours qui ne parvient à s'imposer qu'au détriment des autres discours dominés, qu'il réduit au silence. C'est à partir de ce discours social dominant, que les constructions sociales sont formées et qu'il parvient à marginaliser le discours des femmes. Scott (1988) affirme que le discours social dominant est compris comme l'expression d'un pouvoir politique qui, selon la théorie foucauldienne, déborde la sphère étroite du politique. La situation sociale des femmes n'est pas le fruit du hasard, elle est le résultat de ce discours social dominant. La déconstruction du

discours social dominant conduit vers l'émergence et la lutte des discours marginalisés. Cette déconstruction du discours dominant, comme construit social enrichit la présente recherche d'une position féministe qui contribue à déconstruire le discours historique, qui confère aux hommes leur statut dominant. La place qu'occupent les hommes et les femmes dans les structures socio-institutionnelles, les faits, les gestes, les expressions et les attitudes traduisent une hiérarchie des places et des fonctions sociales (Scott, 1988).

Des auteurs comme Daffen, Mayer et Martin (2006) soutiennent que les hommes et leur apparence physique sont mieux perçus pour garder un environnement calme dans un milieu, où il y a risque de violence. De ce fait, les qualités et les attributs féminins comme la proximité, la compréhension et la capacité d'être intime, sans pour autant abandonner le statut professionnel pourraient être considérés comme des obstacles au maintien de la sécurité. Une conséquence de ce statut féminin pourrait empêcher les soignants de prendre en considération les besoins fondamentaux des patients (Kumpula et Ekstrand, 2009). Eriksson (2002) affirme que l'identité des intervenants masculins en psychiatrie repose sur la force physique et sur la compétence. Cette orientation des soins peut, non seulement en affecter la dimension thérapeutique, mais également placer les intervenantes féminines dans une position de faiblesse et de vulnérabilité. À cet effet, il est impératif de comprendre la signification des rapports sociaux de genre dans les interactions entre intervenants et patients. Pour ce faire, il faut considérer la dimension genrée dans le milieu psycho-légal et sa signification dans les aspects caritatifs des soins infirmiers dans le milieu psycho-légal.

L'environnement psycho-légal, souvent qualifié de milieu d'hommes (Holmes, 2005) est le site d'interventions autoritaires où les impératifs de contrôle viennent contrecarrer les idéaux thérapeutiques dont se réclame le personnel infirmier, particulièrement les infirmières (Holmes, 2002). Malgré les tensions que génère la cohabitation des aspects sécuritaires (voire disciplinaires) et des soins infirmiers, il est une réalité que le risque de menace et de violence de la population à soigner intensifie les manifestations « hyper masculines » des soins

infirmiers. Selon Holmes (2005), certains chercheurs ont abordé le sujet de façon superficielle. Pour Holmes (2005), le type de pratique qui considère les rapports sociaux de genre, la dimension genrée des soins infirmiers, jusqu'ici demeure sous-explorée, donc sous-théorisée et constitue une variable importante qui motive, la plupart du temps, la division « genrée » des rôles infirmiers au sein de l'appareil psycho-légal. Le genre est une variable importante au niveau des interventions soignantes (ou non) auprès d'une population dite « à risque ». Or, le processus précis de cette division « genrée » en milieu psychiatrique légal reste peu documenté dans les écrits et nécessite une attention particulière. La pratique infirmière dans un environnement potentiellement à risque de violence renforce la dynamique de genre et crée des divisions dans les soins infirmiers, de manière à être exprimées par des intervenants (hommes et femmes) (Jacob, 2010). Le terme hyper-masculinité a été utilisé pour la première fois dans les écrits de Nandy (1983) sur le colonialisme et le genre. Ce terme a été utilisé pour remplacer terme macho et pour décrire les schèmes de comportements dits, masculins. Le sujet masculin doit, par conséquent mettre l'accent sur le pouvoir et la domination. Cette perception de domination et de contrôle s'incruste dans la conscience des individus, comme étant la norme d'un phénomène naturel. Le fait de vouloir contrôler et dominer les autres ne consiste pas en une simple vertu, mais en un culte de masculinité, où le sujet masculin cultive les caractéristiques qui lui confèrent ce sentiment de pouvoir, l'hyper-masculinité peut donc se définir en termes de relation et d'émotion. L'hyper-masculinité est exprimée à travers les schèmes de comportements dits masculins tels que : ne pas manifester d'émotions lors d'une période de stress et avoir le contrôle sur ses émotions. Selon Goffman (1968), l'hypermasculinité peut conduire à la compétition et non aux liens d'attachement entre les individus, ce qui représente une caractéristique du milieu psycho-légal où les structures font en sorte qu'il n'y ait pas de proximité humaine entre soignant et soigné. Les traits féminins sont perçus comme un obstacle aux aspects sécuritaires du milieu psycho-légal. Ce milieu privilégie les traits masculins et ne laisse pas d'espace pour les traits féminins.

Ce rapport de domination entre les hommes et les femmes se fait sentir dans tous les espaces et les sous-espaces sociaux, mais plus encore dans un environnement qui privilégie les traits hyper masculins, comme le milieu psycho-légal. Socialement, les femmes sont construites pour être mieux adaptées à la profession infirmière (caring: émotions, compassion, etc...), nécessitant des attributs compassionnels. Par ailleurs la prise en charge des affaires agressives, la prise de décision de gestion et la politique font appel à des qualités (attributs) dites masculines (Weedon, 1999). Il faut souligner que les relations patriarcales sont structurelles et qu'elles existent dans les institutions et les pratiques sociales de notre société ; elles ne peuvent pas être expliquées par les intentions. Le genre, selon Connell (1993, 1995, 2003) est une production du contexte social, historique et culturel. Selon Zimmerman (1987), c'est un processus collectif assimilé dans le quotidien, qui trouve sa signification dans l'ordre social. Sa fondation est différente selon les idéologies et la culture. Le genre crée des relations de pouvoir, ce qui donne le sentiment d'être un phénomène naturel (Kumpula, 2009). Kristeva (1980) souligne la dualité des sexes qui s'articule à la spécificité des rôles paternels et maternels et attribue au sexe féminin seulement, un statut déconstructif. Cette dualité des sexes permet la définition de la maîtrise de l'homme sur la femme, obéissant à une logique binaire des oppositions. Le genre est aussi utilisé pour définir les aspects comportementaux tels que: les émotions, les pensées et les fantaisies en lien avec le sexe. Dans la théorie structuraliste, le discours est le facteur commun dans l'analyse de l'organisation sociale, des significations sociales, du pouvoir de même que de la conscience individuelle. Le langage est le lieu, où les formes réelles et possibles de l'organisation sociale et leurs conséquences sociales et politiques sont définies et contestées. Les structures sociales et les processus sont organisés à travers les pratiques institutionnelles telles que la loi, le système politique, l'église, la famille, le système éducatif et les médias, où chacun est structuré par un domaine particulier de discours.

La masculinité cherche à imposer un portrait de l'homme idéal, en fonction d'une certaine hiérarchie dans l'apparence physique. Il est important de comprendre comment cette masculinité a été construite dans le milieu psychiatrique légal. Le milieu psycho-légal est largement représenté par la figure masculine, ce que Connell (1995) définit comme l'hégémonie masculine. Cette hégémonie implique autant les relations que les hommes entretiennent avec les hommes qu'avec les femmes. Ce qui attire notre attention toutefois, c'est la position occupée par les infirmières dans cette relation et la manière dont elle peut affecter la relation thérapeutique. La compréhension de cette hégémonie masculine se situe au niveau de la signification de l'apparence physique de l'homme et l'influence qu'elle a sur la construction identitaire masculine dans le milieu psycho-légal. Étant donné que la priorité de ce milieu est le maintien de la sécurité et la prévention des menaces (physiques et verbales), la force physique des hommes est grandement privilégiée. Ce qui confère un statut de supériorité, d'autorité et de pouvoir aux hommes en milieu correctionnel (Kumpula, 2009). Il est indéniable que l'expression de la masculinité a des impacts importants sur les aspects caritatifs des soins en milieu psycholégal. La construction de l'identité des hommes forts dans le milieu psycho-légal peut intensifier la distance entre ceux qui sont : hyper masculinisés, qui n'épousent pas le portrait idéal, qui affichent des traits féminins et très certainement, la distance entre les femmes. L'hypermasculinité peut créer une division genrée du travail dans le milieu correctionnel et peut définir les tâches que les infirmiers et les infirmières peuvent accomplir. Kumpula (2009) appuie l'énoncé précédent, en disant que lorsque les hommes rétablissent l'ordre sur l'unité, les tâches secondaires de l'entretien de l'environnement reviennent alors aux infirmières. La force physique de l'homme, par opposition à celle des infirmières représente un atout dans la gestion de l'agressivité, ce qui renforce la dynamique de genre dans le milieu correctionnel. Il est nécessaire de comprendre les infirmières qui travaillent dans un milieu machiste et qui sont

perçues comme des êtres émotionnels, en raison de leurs attributs féminins, pouvant entraver l'aspect dimensionnel de la sécurité du milieu correctionnel.

2. 5. 1 Construction de la féminité et de la masculinité

Selon Eagly (1997), le processus de la naissance des stéréotypes de genre peut être expliqué par la théorie des rôles sociaux. Cette théorie repose sur deux aspects structurels : la division du travail et la hiérarchie sociale basée sur le genre. Selon Eagly (1997), ces facteurs structurels fondés sur le genre génèrent des représentations partagées socialement en ce qui concerne les hommes et les femmes. À titre d'exemple, l'éducation des enfants réclame des qualités de pourvoyeur de soins et de tendresse. Or, comme ce sont les femmes qui ont longtemps hérité de cette tâche, il est socialement attendu qu'elles soient douces et qu'elles prennent soin de leur entourage pour remplir leur rôle. Les enfants sont élevés dans la perspective d'endosser les traits dictés par ces rôles de genre (par exemple : on apprend aux filles à être chaleureuses et on les récompense lorsqu'elles agissent de la sorte). Les enfants adoptent ainsi les traits qui leur ont été appris sur la base de leur genre, ce qui augmente l'intensité avec laquelle ils démontrent des comportements correspondant à ces rôles (par exemple : lorsque les femmes deviennent mères, leur rôle social les incite à adopter des comportements de pourvoyeur de soins). La théorie des rôles sociaux d'Eagly (1997) présuppose que les stéréotypes de genre proviendraient de différences réelles entre les hommes et les femmes.

Le genre est un concept peu exploré dans les recherches en sciences infirmières. Il est permis de penser que la profession infirmière, en raison de sa nature domestique est un territoire réservé aux femmes et de ce fait, la nécessité de se pencher sur la question de genre présente peu d'intérêt pour les chercheurs en sciences infirmières. Cependant, soigner dans le milieu psycho-légal exige davantage que des caractéristiques féminines. Les structures du milieu psycho-légal renforcent la nécessité de soigner selon d'autres idéaux, qui ne sont pas

nécessairement convergents avec ceux de la profession infirmière. Dans le milieu psycholégal, l'accent est placé sur le maintien de la sécurité. Ainsi, tout infirmier et/ou infirmière qui fournit des soins selon des caractéristiques purement féminines, ne correspond pas au fil d'intervenant renforçant les règlements psychiatriques légaux. Ce constat fait ressortir l'importance de parler des inégalités des rôles sociaux. Le genre est un concept largement utilisé en sociologie, qui fait référence aux aspects sociaux et culturels des différences basées sur le sexe. Le genre est aussi utilisé pour définir les aspects comportementaux tels que: les émotions, les pensées et les fantaisies en lien avec le sexe. Cette construction sociale commence dans la cellule familiale, où l'enfant apprend et est conscient qu'il appartient à un sexe. Pour Miers (2000), cette socialisation du genre, qui étiquète les individus comme mâle ou femelle commence dès la naissance et perpétue l'idée que les hommes sont forts, rationnels, actifs et que les femmes sont faibles, émotionnelles et passives. Cette construction sociale de genre, qui est à l'origine masculinisée place les femmes dans une position de subordination en maintenant le discours dominant des hommes. Le discours est alors reconnu comme espace fondamental où se déroule toute lutte politique (Weedon, 1997).

Pour parler des inégalités des rôles sociaux, il faut avant tout comprendre la façon dont ils sont construits selon les normes de la société. Être un homme, revient à dire que la masculinité est un devoir, imposé par la société qui renforce la domination masculine, comme l'a signalé Pierre Bourdieu (1998), être un homme ou une femme est une représentation d'un rang, une place occupée dans la société, un rôle culturel et non selon les critères biologiques (avoir un pénis ou un vagin). La biologie est une norme de référence pour les différences sexuelles. Plusieurs se demandent si la masculinité est une donnée biologique ou une construction idéologique ? Deux courants féministes essaient de répondre à cette question selon leur courant philosophique. Les féministes différentialistes préconisent la similitude entre les deux sexes, ils ont insisté sur les différences physiques, une vision qui valorise un sexe plus fort que l'autre (Scott, 1998). Pour les constructivistes, la masculinité n'est pas une essence,

mais une construction idéologique qui alimente la domination masculine et dont les formes changent (Denoits, 2008). Construire un mâle, c'est lui conférer une identité sociale et/ou psychologique, donc, une relation d'inclusion et d'exclusion (Denoits, 2008). La femme accepte son identité, tandis que pour l'homme, la masculinité est construite et créée. La société utilise le genre comme un outil pour classifier les éléments. Selon cette classification, elle détermine les rôles de chaque sexe. L'homme dur est le machiste qui promeut l'hypervirilité et l'agressivité. Tout homme qui ne rencontre pas les exigences de cette classification est défini comme un homme mou. Dans l'environnement de psychiatrie légale, l'homme dur est sollicité avec son hypervirilité et son agressivité pour renforcer les règlements psychiatriques légaux et maintenir la sécurité.

L'homme dur a la priorité de contrer la violence, donc n'a pas d'intérêt pour les tâches dites domestiques. Ainsi, démontrer de la sensibilité dans les interventions caritatives serait le catégoriser en homme mou, et ce serait une déviation de son hyper-virilité. Plusieurs écrits reconnaissent que le personnel infirmier travaille avec une population stigmatisée et potentiellement vulnérable, de ce fait la priorité n'est plus orientée vers les interventions thérapeutiques caritatives, mais plutôt sur les différents dispositifs pour maintenir la sécurité. La nature thérapeutique de la relation infirmière-patient peut être définie à travers les mécanismes de contrôle, dans le but d'éviter l'escalade d'agression et de comportements violents. Il faut mettre l'accent sur la nécessité de comprendre tout intervenant masculin travaillant dans un milieu machiste. Ce dernier qui peut être perçu comme un être émotionnel, en raison de ses attributs non machistes, peut entraver l'aspect dimensionnel de la sécurité du milieu psycholégal. Le discours patriarcal énonce que le pouvoir sur les significations sociales est accordé à la différence sexuelle biologique et que le rôle de la nature sociale des femmes est défini par rapport à une norme, qui est originalement masculinisée et basée sur le genre.

2.6 Cadre théorique

Le cadre théorique qui sous-tend cette recherche aide à comprendre, non seulement les structures psycho-légales, mais aussi les mécanismes utilisés pour modéliser le comportement des individus et remettre en perspective les dynamiques de pouvoir de ce milieu. Le cadre théorique est basé sur les travaux d'Hacking (2004), ce dernier a combiné les écrits de Foucault et de Goffman pour remettre en question le statu quo de la prison. D'une part, l'analyse de Goffman (1998) est essentielle pour comprendre la structure interne et le fonctionnement interne des institutions totales. D'autre part, le point de vue Foucault harmonise la description de Goffman sur le fonctionnement interne de l'analyse des structures macro et pratiques, positionnant ainsi l'institution totale au sein d'une stratégie plus large de contrôle social (Lagrange, 2003). Alors que Goffman problématise les processus internes des « institutions totales », Foucault cherche à comprendre les origines et l'évolution de ces institutions, ainsi il cherche à explorer comment certaines techniques de pouvoir, étroitement liées aux structures sociales et politiques, sont déployées pour la gestion des individus (Hacking, 2004). La théorie foucauldienne s'avère nécessaire pour cette recherche, car elle permettra une compréhension approfondie du concept de pouvoir et des structures totales, qui sont la norme du milieu psycho-légal. Dans le but de comprendre les effets des structures du milieu psycho-légal sur la pratique infirmière, il s'avère nécessaire de saisir le fonctionnement de ce milieu. Pour ce faire, il faut comprendre les structures organisationnelles de la prison, afin de concevoir ses impacts sur la pratique infirmière.

2.7 Institutions totales

Toute institution qui cherche à modifier le comportement des individus en les coupant du reste de la société porte le nom d'institutions totalitaires ou totales. Le milieu psycho-légal répond aux critères de l'institution totale. Les détenus sont enfermés dans cet environnement, parce qu'ils représentent un risque élevé de violence. Ils ont dévié des normes de la société et portent le

stigma de la maladie mentale et des crimes commis contre la société. Pour comprendre l'institution psychiatrique totale, il faut porter un regard sur les caractéristiques des institutions totales.

Les caractéristiques psycho-légales de ce milieu de soins, le placent dans la catégorie des institutions totales. Goffman (1968) souligne que les institutions totales sont des lieux de réclusion où le comportement des individus est modelé et contrôlé. La mise à l'écart des individus qui nuisent à la sécurité publique s'inscrit dans une démarche de contrôle social et du maintien de la sécurité publique. Dans le but d'assurer le contrôle des individus ayant un comportement dérangeant et désagréable, le milieu psycho-légal comme *l'asile* représente l'endroit approprié pour façonner le comportement des individus. Goffman (1968) définit les institutions totales en ces termes :

« Un lieu de résidence et de travail ou un grand nombre d'individus, placés dans la même situation, coupés du reste du monde extérieur pour une période relativement longue mènent ensemble une vie recluse dont les modalités sont explicitement et minutieusement réglées » (p. 41).

Le milieu psycho-légal correspond aux caractéristiques de l'institution totale où les patients incarcérés sont coupés de la vie en société. Les détenus y sont placés pour que leur comportement soit modifié dans le but de réintégrer la société, en un mot, qu'ils redeviennent normaux. Puisque ces patients présentent des comportements imprévisibles, il faut s'arrêter au fait qu'ils sont internés de force et au fait que les structures totales modifient leur comportement. Ils sont enfermés dans cet environnement sécuritaire, parce qu'ils représentent un risque élevé de violence et de dangerosité. Pour comprendre comment fonctionne l'institution psychiatrique légale totale, il faut porter un regard sur les caractéristiques des institutions dites totales.

Goffman (1968) a dressé un portrait des institutions qui présentent des caractéristiques totales, ayant pour objectif de modeler le comportement des individus, parmi lesquelles on retrouve : les prisons, les hôpitaux psychiatriques, les couvents, l'armée, les camps de

concentration, les casernes, les internats, les monastères, les communautés religieuses. Ces institutions ont toutes les mêmes structures qui isolent les individus de la vie sociale soit, par des barrières ou d'autres infrastructures organisationnelles, ceci dans le but d'éviter tout échange social qui serait susceptible de nuire au fonctionnement de l'institution. Ces mêmes structures se retrouvent sur les unités psychiatriques, où toutes les portes sont verrouillées pour maintenir la distance non seulement entre le personnel soignant, mais aussi entre la vie recluse et la vie extérieure. Ces structures offrent l'apparence d'une forme de sécurité pour protéger le public contre le risque de violence potentiel des internés, mais en réalité elles facilitent l'isolement social des malades mentaux. L'uniformité des activités collectives permet à l'institution de maintenir un contrôle sur les détenus. Le personnel soignant a le mandat de les surveiller constamment, afin que les règles de l'institution soient respectées. Cette dimension de contrôle des reclus, par le biais des activités collectives crée une distance entre les soignants et les soignés. Les détenus doivent être surveillés pour assurer l'accomplissement des tâches et le maintien des normes de sécurité. Ce fossé entre le personnel et les reclus permet à chaque partie d'avoir une perception de l'autre, ainsi le personnel peut se sentir supérieur aux reclus et voit ces derniers comme des monstres ; les reclus quant à eux se voient inférieurs (Goffman, 1968).

L'observation constante agit comme un mécanisme de contrôle ; une conscience de la surveillance constante est intériorisée par celui qui est observé. L'environnement psycho-légal impose une routine aux détenus. Aussi, ils sont tous réveillés à la même heure, ils mangent tous en même temps et leur intimité est quasi inexistante, puisqu'ils sont constamment surveillés. Le rappel de ces contraintes, permet d'introduire la métaphore de Foucault (1978) sur le panoptique qu'il appelle une technique de « mode de régulation du pouvoir/savoir » (p. 30). Le panoptique est une conception architecturale inventée par Jeremy Bentham à la fin du XVIIIe siècle pour les prisons ou les institutions disciplinaires de toute nature (asiles d'aliénés, écoles, orphelinats, maisons de redressement). Plutôt que d'utiliser des méthodes violentes,

comme la torture et de placer les prisonniers dans des donjons, les états démocratiques modernes avaient besoin d'un autre type de système de régulation. Le panoptique offrait une contrainte puissante et sophistiquée intériorisée, soit : l'observation constante des prisonniers, séparés les uns des autres, donc aucune communication et interaction possible. Cette structure architecturale permettrait au gardien, installé dans haute tour centrale de voir à l'intérieur de chaque cellule, tout en étant invisible pour les prisonniers. Cette observation constante a agi comme un mécanisme de contrôle ; les détenus étaient conscients d'être toujours surveillés. Le Panoptique est une métaphore qui a permis à Foucault d'explorer la relation entre : 1) Les systèmes de contrôle social et des personnes dans une situation disciplinaire; 2) Le concept de pouvoir de la connaissance. Selon Foucault (1978), le pouvoir et le savoir proviennent de l'observation des autres. L'observation a marqué la transition vers un pouvoir disciplinaire à chaque mouvement supervisé et à tous les événements enregistrés. Le résultat de cette surveillance est l'acceptation de la réglementation et la docilité - une normalisation de toute sorte, provenant de la menace de la discipline. Le comportement approprié est atteint non pas par la surveillance totale, mais par la discipline panoptique, induisant une population à se conformer par l'intériorisation de cette réalité (Foucault, 1978). Les actions de l'observateur sont basées sur le suivi et les comportements qu'il voit exposés ; plus on observe, plus on devient puissant. Le pouvoir vient de la connaissance que l'observateur a accumulé de ses observations sur les actions de façon circulaire, avec des connaissances et du pouvoir qui se renforcent mutuellement. Foucault (1977) écrit : « en étant combinés et généralisés, ils ont atteint un niveau où la formation de la connaissance et la montée en puissance régulière se renforcent l'un l'autre dans un processus circulaire » (p. 27). Foucault (1977) poursuit sur le fait que, le vrai danger n'est pas nécessairement que les individus sont réprimés par l'ordre social, mais qu'ils en sont, « soigneusement fabriqués » et parce qu'il y a une pénétration du pouvoir dans le comportement des individus. Le pouvoir devient plus efficace à travers les mécanismes

d'observation, avec les traditions de connaissances toujours à la recherche de : « nouveaux objets de la connaissance sur toutes les surfaces sur lesquelles le pouvoir est exercé »

(Foucault, 1977, p. 27). Il faut considérer que les reclus sont séquestrés dans l'institution totale, ils subissent la mort civile ou la perte de la liberté totale. Les détenus sont soumis à des « lots de vie ». Goffman s'est basé à la fois sur les données qu'il a lui-même recueillies et sur les travaux de d'autres chercheurs qui se sont intéressés aux institutions totales (les monastères, les prisons et les internats scolaires), pour ainsi développer une théorie générale des caractéristiques de l'institution totale.

Ces institutions ont toutes les mêmes structures, elles isolent les individus de la vie sociale, soit par des barrières ou autres infrastructures pour éviter tous les échanges sociaux qui sont susceptibles de nuire au fonctionnement de l'institution. On retrouve ces mêmes structures sur les unités psychiatriques où toutes les portes sont verrouillées, pour maintenir la distance non seulement, entre le personnel soignant, mais aussi entre la vie recluse et la vie extérieure. Ces structures offrent l'apparence d'une forme de sécurité pour protéger le public contre le risque de violence potentiel des internés, mais en réalité, elles sont nécessaires pour faciliter l'isolement social des malades mentaux. La vie recluse de ces gens fait en sorte qu'ils perdent certaines habitudes normales. Ce qui peut s'expliquer par le fait qu'ils ne peuvent plus décider comment réguler leurs activités, une fois pénétrer l'enceinte de l'institution, il n'y a plus de distinction entre les sphères des activités sociales, personnelles et professionnelles que Goffman (1968) définit comme une caractéristique essentielle de ces institutions, qui consiste à briser les frontières délimitant les champs d'activités. L'uniformité des activités permet à l'institution de maintenir le contrôle sur les reclus. Il faut considérer la dimension du personnel soignant qui a le mandat de surveiller constamment les reclus, afin que les règles de l'institution soient respectées. Cette dimension d'avoir le contrôle des reclus par le biais des activités collectives crée une distance entre les surveillants et les surveillés. Les détenus doivent être

surveillés pour assurer que les tâches soient accomplies et les normes de sécurité soient maintenues. Ce fossé entre le personnel et les reclus, permet à chaque partie d'avoir une perception de l'autre, par exemple le personnel peut se sentir supérieur aux détenus et les voir comme des monstres, les détenus, quant à eux se voient inférieurs. Un autre aspect de l'institution totalitaire c'est le fait de garder les détenus dans l'ignorance quant aux décisions regardant leur santé et leur destination lors d'un déplacement. C'est un processus de maintenir les reclus dans l'ignorance et une stratégie de contrôle sur eux, c'est aussi une façon de garder les détenus à distance, ce qui risque d'agrandir l'image stéréotypée de chaque groupe.

Changement culturel

Dès leur naissance, les détenus ont appris la culture de leur cellule familiale. De ce fait, ils ont appris la façon de se comporter, la façon de faire les choses sans qu'elles leur soient dictées ou que ces choses suivent un ordre spécifique. Or, lorsqu'ils sont enfermés dans l'institution, ils doivent s'adapter à leur nouveau lieu, délaissant alors leurs anciennes habitudes pour adopter celles de l'institution. Goffman (1968) qualifie cette situation de désadaptation et d'adaptation, en un mot la réclusion conduit à leur déculturation.

Le détenu une fois admis à l'institution totalitaire, doit délaisser de sa culture pour adopter la culture de l'institution totalitaire. Le détenu doit abandonner sa propre culture, ce qui peut s'expliquer par les différents processus de mortification. Les différentes techniques de mortification de l'institution totale modifient le comportement des individus incarcérés (Goffman 1968). Ces techniques de mortification imposent la culture intégrale de l'institution aux détenus. À titre d'exemple, lors de leur admission, les détenus doivent subir une série de procédures, tels que : le dépouillement, le bain, l'enregistrement comportant un numéro matricule de la prison. Tout au long de leur séjour en prison, les détenus vivront une série d'humiliations, de dégradations, de mortifications et de profanations de leur personnalité de même qu'une contamination physique et morale (Goffman, 1968).

Isolement

Les reclus sont isolés et sont coupés du monde ; ils n'ont pas de contact avec la vie sociale antérieure. À l'intérieur de l'institution, ils subissent encore l'isolement comme une mesure coercitive, pour punir une action non conforme aux structures. L'isolement est la première adaptation à laquelle les détenus doivent faire face. Sur les plans social et personnel, les détenus avaient leurs habitudes, leur mode de vie, mais une fois isolés, ils ne peuvent plus jouer les rôles (époux, responsables de famille, rôle professionnel) qu'ils occupaient dans la société. Ils sont donc forcés de s'adonner aux activités offertes par l'institution totale. Dans certaines institutions totales, les détenus peuvent être privés de leurs droits, comme celui de recevoir des visiteurs ; dans le cas où les visites sont autorisées, il y a surveillance du personnel soignant. Ces stratégies sont mises en place pour faciliter la rupture avec la vie antérieure.

Pour les détenus, cette rupture de la vie antérieure est une perte douloureuse avec laquelle, ils doivent apprendre à vivre.

Leur incarcération les prive également de leurs droits civiques, soit le droit de : voter, se marier, divorcer ou de signer des chèques. Les détenus subissent un processus d'admission ardu. Les formalités d'admission cherchent à les rendre conformes aux structures totales. Ces formalités sont exercées le plus souvent par le personnel infirmier, une dimension non traditionnelle des soins infirmiers ; cette situation place le personnel soignant dans la gouvernamentalité des reclus. L'une des formalités d'admission est de dépouiller les détenus de leurs effets personnels, afin que ceux-ci ne conservent aucun objet qui puisse leur rappeler leur vie antérieure. Cette formalité leur donne un sentiment de dépossession et une mutilation de leur personnalité. Ce processus de dépossession heurte davantage les détenus, car tous les objets de leur environnement sont identifiés au nom de l'institution. Dès lors, ces derniers comprennent que tous les objets sont la possession de l'institution, que désormais, rien ne leur appartient plus.

L'institution totale favorise la dégradation de l'image de soi et conduit à la perte de l'identité. Cette perte se concrétise dans le port des vêtements de l'institution non familiers aux détenus et la peur qu'éprouvent ces derniers d'être défigurés par des sévices corporels. Comme le mentionne Goffman (1968), bien que ces pratiques ne soient pas en vigueur dans toutes les institutions totales, le fait que le prisonnier se retrouve dans un environnement fermé peut provoquer un sentiment d'insécurité. Les reclus peuvent se voir infantilisés dans certaines de leurs demandes. Par exemple, une demande très simple exige parfois des supplications pour être acceptée (par exemple : demander une cigarette, un verre d'eau ou avoir la permission d'utiliser le téléphone).

L'environnement psycho-légal impose une routine aux patients. Aussi, ils sont tous réveillés à la même heure, ils mangent tous en même temps et leur intimité est quasi inexistante, puisqu'ils sont constamment surveillés. Comme personne libre, on décide quoi dire aux autres, on peut décider de garder certains détails jugés déshonorants ou humiliants. Mais dans le cas des reclus, il faut qu'ils révèlent tout au public. Une autre atteinte à la personnalité des patients, c'est le fait d'ignorer la demande du patient ; une forme de pouvoir plus insidieuse; de ce que seul le personnel infirmier peut agréer à cette demande. Le fait que tout soit régulé selon un certain ordre, comme une heure précise pour manger, regarder la télévision, pour sortir dans la cours, aller fumer, pour se raser et la surveillance constante lors de l'exécution de ces activités banales, pose une entrave à l'intimité de la personne. Il faut saisir le sens du rôle infirmier en psychiatrie, où l'essence de soigner se trouve confrontée à une autre dimension de contrôle des patients, ce que Holmes (2002, p. 85) appelle le « paradoxe d'officier de paix et d'agent de soins », pour remplir cette fonction d'assurer la paix, ce que nous pouvons appeler la sécurité, il faut avoir le pouvoir et le contrôle de tout ce qui se passe dans l'environnement, dans un tel milieu, l'infirmière représente « un objet et sujet de pouvoir » (Holmes, 2002, p. 91).

L'infirmière doit établir son autorité pour dominer et pour contrer des actions jugées non conformes aux normes. Un autre aspect du contexte de soins, en psychiatrie, c'est la fouille que

le personnel infirmier doit faire pour assurer qu'elle se fait selon les principes, ce que Goffman (1968) considère comme une forme de mortification de la personnalité des patients. Les patients ont intérêt à se soumettre non volontairement, mais dans le but de ne pas perdre leurs privilèges. Le patient devient « un sujet obéissant, l'individu, assujéti à des habitudes, des règles, des ordres, une autorité qui s'exerce de façon continue autour de lui et sur lui, et qu'il doit laisser fonctionner automatiquement en lui » (Foucault, 1995 p.209). La psychiatrie est le prototype de la structure carcérale, où les patients doivent être traités en fonction de leur comportement et sont vus comme des objets de soins, dont leurs émotions, leur personnalité, leur dignité humaine ont été oubliées. Toutes leurs actions sont perçues en fonction de leur agressivité et de leur pathologie mentale. Ce qui évoque un sentiment de dégoût du personnel infirmier pour les patients et ce qui donne un sens au mot abjection. Dès lors, le patient est étiqueté de monstre uniquement par le fait qu'il porte le stigma de la maladie mentale. « Cette approche se fait en lien avec la croyance que, comme les animaux, les malades mentaux ne ressentent pas la douleur et n'ont point besoin d'abris ». (Foucault 1977, p.194). Le personnel infirmier garde une distance par rapport aux patients. Le poste infirmier verrouillé représente cette distance entre le soignant et le soigné. Mais, cet espace qui sépare le patient et le personnel infirmier, peut-il être considéré comme thérapeutique ? Le personnel infirmier oublie toujours que le patient est unique et en agissant de façon standard et rigide, il ne fait qu'augmenter la position de force de l'infirmière, pour assurer la gestion du risque de violence. Le risque de violence est très présent dans la réalité du personnel infirmier en psychiatrie médico-légale, ce qui peut renverser l'ordre des choses et encourager le jeu de pouvoir, renforcer la distance et le confinement comme moyen de contrôle. Étant donné que le patient est jugé comme un sujet de dégradation, il est difficile de le regarder dans l'esprit du *caring* de Watson (1985). La mentalité dans le milieu psychiatrique est totalitaire et coercitive, l'intervenant est l'autorité à laquelle le patient doit se soumettre, sinon il y aura une conséquence à la non-soumission. Dans de telles conditions, il est difficile de considérer le

patient dans une perspective thérapeutique. Dans une structure totalitaire comme les unités de psychiatrie médico-légale, l'infirmière ne peut renoncer à son rôle dominant, parce que celle-ci a le mandat de faire respecter les règlements, ce que Foucault (1980) définit comme de la domination qui est une forme de pouvoir. Dans les travaux de Castel (1968, 1998) et Goffman (1968, 1998) l'infirmière est : « le personnel infirmier travaillant dans une institution totalitaire se trouve confronté dans un paradoxe de soigner pendant qu'il renforce les règlements stricts qui compromettent ce processus de soins. Dans cette institution, non seulement le personnel infirmier a l'autorité pour renforcer l'ordre chez les prisonniers (nous appelons patients dans ce contexte), mais encore il a la responsabilité de rapporter et de punir les actes répréhensibles commis par les patients » (Goffman 1968, p. 22).

Il y a une autre « mortification de soi » qui standardise les patients. Des vêtements réglementaires leurs sont fournis, ils sont soumis à une multitude d'indignités, le manque de coopération les conduit en punition dans un service désagréable. Selon que les détenus respectent les normes, ils bénéficient de privilèges pour bonne conduite. Face à ces difficultés, les détenus ont le choix d'accepter la mortification de soi ou encore, se protéger de la menace sociale psychologique imposée par l'institution totale elle-même. Le comportement des détenus représente un indice favorable pour fournir des informations sur leur état mental. Par contre, Goffman nous affirme que les psychiatres peuvent avoir de faibles connaissances cliniques sur la condition de la santé mentale des détenus. Bien que les institutions totales aient pour objectif de modifier le comportement des individus, elles n'ont pas toujours réussi à le faire dans le bon sens. Les institutions totales sont des institutions de contrainte, les détenus changent leur conduite non pas parce que les structures le permettent, mais parce qu'ils comprennent que s'ils enfreignent les règlements, ils peuvent être passibles de sanctions. Les détenus savent que tous leurs gestes et leurs comportements sont régulés pour faciliter la gestion des risques. Ce rituel de comportement est au cœur de la psychiatrie légale que Goffman (1998) a identifié dans les institutions totalitaires. Au lieu de modeler le comportement des détenus, les structures

totales les dépersonnalisent pour qu'ils épousent la forme exigée par l'institution. Les voies de dépersonnalisation peuvent occasionner l'émergence de stratégies adaptatives chez les patients. Les patients peuvent : fraterniser pour se rebeller, se replier sur eux-mêmes en ignorant les activités et refuser d'y prendre part, créer la résistance en refusant de collaborer avec le personnel, ou encore accepter les conditions en s'installant dans un rôle de patient parfait. Dans cet environnement, ce ne sont pas que les reclus qui cherchent à s'adapter, le personnel soignant peut être dans une phase adaptative aussi pour transiger avec les patients (détenus), car la pratique des soins infirmiers se démarque des soins traditionnels. Bien que certaines critiques affirment que l'asile n'est plus à jour, il est entendu que les pratiques de l'asile prennent d'autres formes dans les prisons modernes. Ces mêmes pratiques se perpétuent encore sous d'autres formes, soit les systèmes de privilèges et de punition et les formalités d'admission qui sont toujours en vigueur.

CHAPITRE 3

CONSIDÉRATIONS MÉTHODOLOGIQUES

La recherche que nous avons conduite est essentiellement qualitative. Le but ultime de la recherche qualitative est de transformer les données en informations (savoirs) dont l'utilité peut être instrumentale, théorique, symbolique ou émancipatrice (Rossman et Rallis, 1998). Le premier produit du savoir consiste à son application ; le deuxième est sa contribution à l'évolution de la connaissance, à l'accroissement de la compréhension des faits et à son apport heuristique; le troisième est l'ouverture des perspectives dans la saisie des phénomènes complexes; le quatrième et dernier produit du savoir est d'offrir des pistes d'action pour la transformation des structures et des pratiques sociales (Rossman et Rallis, 1998). Pour explorer et comprendre notre phénomène, un devis qualitatif est une option sans équivoque afin de nous aider à saisir la complexité et les structures caractérisant le milieu psycho-légal. Ce devis permet ainsi de saisir la complexité du travail du personnel infirmier auprès d'une clientèle dite à risque et « dangereuse ». La recherche que nous avons menée n'obéit pas à une demande institutionnelle qui lui donnerait une valeur instrumentale, pratique et ponctuelle à l'égard de problèmes précis pour lesquels elle aurait été commandée. Toutefois, elle a une portée instrumentale anticipative dans la mesure où elle identifie différents aspects de la pratique infirmière en milieu psycho-légal et explore plus particulièrement la question des rapports sociaux de genre. Les résultats qui seront révélés suite à notre analyse faciliteront la compréhension de la pratique infirmière dans un milieu de soins hybride là où le soin et le contrôle se côtoient. C'est ainsi que cette recherche entend contribuer à la croissance des connaissances scientifiquement élaborées dans le champ de la discipline infirmière sous l'angle particulier de la socialisation professionnelle et des rapports sociaux de genre. Au point de vue des connaissances antérieures, nous avons remarqué que très peu d'études ont abordé cette question. Ce qui motive d'autant plus notre intérêt d'explorer la problématique de recherche par

l'entremise d'une méthodologie qualitative et afin de comprendre comment les rapports sociaux de genre influencent la pratique infirmière en milieux psycho-légaux.

3.1 Devis de recherche : Théorisation ancrée

La théorisation ancrée trouve ses racines dans la sociologie américaine du 20^{ième} siècle (Robrecht, 2002), dont les instigateurs les plus connus sont Glaser et Strauss (1967). Charmaz (2000), affirme que Glaser et Strauss remettaient en question la position dominante qui supposait que la recherche quantitative soit la seule forme de recherche scientifique reconnue en sciences sociales. Ces chercheurs s'étaient donné pour mandat de mettre au défi cette affirmation, en fournissant une explication minutieuse quant aux méthodes utilisées en recherche qualitative. À partir des recherches effectuées aux États-Unis, Glaser et Strauss (1964, 1965b), ont publié en 1967 leur ouvrage « The Discovery of Grounded Theory ». Leur but était de proposer une méthode plus générale, ayant pour objectif de développer une théorie à partir des données qualitatives (processus inductif), plutôt que d'utiliser des hypothèses quantitatives (processus déductif). Ainsi, la théorie ancrée est une méthode de recherche inductive qui a pour but de générer une théorie à partir des données recueillies plutôt que de tester des données en fonction d'une théorie existante. Elle a pour objectif d'identifier les éléments d'un contexte donné et l'exploration des liens entre ces derniers (Tesch, 1990). Comme le précise Paillé (1994), le mot théorisation peut susciter chez les chercheurs certaines appréhensions. Si la théorisation ancrée permet, par son potentiel de conceptualisation, d'obtenir parfois une théorie issue des données il faut garder à l'esprit que la plupart du temps, elle permet simplement de rendre explicite et compréhensible les grands thèmes, sous forme de grandes catégories, dégagés par l'analyse des entretiens et de les mettre en relation, sous la forme, par exemple, d'un schéma sur lequel on dispose les différents thèmes et signale les relations existantes entre ceux-ci.

Avant de passer à la description du processus d'analyse des données, il importe de souligner l'importance de la « sensibilité théorique » du chercheur, élément essentiel de la collecte et de l'analyse des données, selon Strauss et Corbin (1990, 1998). S'inscrivant au cœur des activités de collecte et d'analyse des données, la « sensibilité théorique » est un élément déterminant dans le processus menant à la conceptualisation (modélisation) ou à la théorisation du phénomène à l'étude. En effet, le chercheur qui s'est plongé dans un contexte social précis et qui observe des « *patterns* » de comportements doit demeurer sensible à la pertinence des informations qu'il est susceptible d'amasser (Strauss et Corbin, 1990). Il doit retenir les données qui décrivent ou expliquent le phénomène à l'étude. Cette sensibilité s'acquiert et se cultive. Elle renvoie à la sensibilité du chercheur à la pertinence théorique de certains concepts qui émergent (Strauss et Corbin, 1990) et sert tout au long de l'analyse.

Au-delà de la sensibilité théorique du chercheur, un autre aspect de la collecte et de l'analyse des données en théorisation ancrée mérite notre attention : la méthode de comparaison constante. La méthode de comparaison constante revêt elle aussi une importance fondamentale en théorisation ancrée (Paillé, 1994; Strauss et Corbin, 1990, 1998). Elle s'inscrit dans un processus continu à partir de la collecte et se poursuit tout au long de l'analyse. Ainsi, en théorisation ancrée, la collecte des données s'effectue de manière concomitante avec l'analyse de celles-ci. Cette comparaison constante entre les données recueillies permet le regroupement de celles-ci en une même catégorie ou, au contraire, facilite la création de nouvelles catégories (Strauss et Corbin, 1990, 1998). Par ailleurs, les concepts qui émergent spontanément sont aussi comparés avec ceux déjà existants dans les écrits théoriques (Strauss et Corbin, 1990, 1998). La théorie est construite et validée simultanément par la comparaison constante des données au sein de la réalité observée et l'analyse en émergence soutenue par les contributions d'autres chercheurs sur le sujet ; il y a donc simultanéité de la collecte et de l'analyse (Paillé, 1994). La théorisation ancrée est essentiellement utile pour décrire des phénomènes sociaux comme des processus.

À partir des informations brutes collectées par différents canaux (entrevues et recherche documentaire) nous avons créé un système de codes (codification) permettant de classer les données. Ces codes ou mots-clés ont ensuite été regroupés sous forme de catégories. C'est à partir des catégories que des concepts descriptifs et explicatifs ont émergé et ont été identifiés. Ces catégories ont ensuite été liées afin, d'une part, d'identifier une catégorie centrale (core category) à laquelle s'articule les autres catégories identifiées (Strauss et Corbin, 1990) et, d'autre part, de tracer une carte (modélisation) conceptuelle du phénomène à l'étude. La catégorie centrale constitue souvent le siège du processus social dominant.

Dans le cadre de ce projet doctoral, nous avons cherché à décrire la socialisation professionnelle du personnel infirmier, par le biais des relations de genre, dans un environnement de soins hybride. Nous percevons le personnel infirmier comme une entité partageant une sous-culture dans le contexte de la psychiatrie légale. L'exploration du processus de socialisation professionnelle nous incite à privilégier la théorisation ancrée, parce que nous sommes convaincus qu'elle est appropriée pour comprendre les processus sociaux. Selon Stake (1994), vouloir étudier un processus revient à voir ce processus comme un choix d'objet à être étudié, plutôt que comme un choix de méthodologie. Dans le cadre de notre recherche, le besoin d'explorer la socialisation professionnelle comme un processus consiste à privilégier la théorisation ancrée comme choix de méthode de recherche. Étant donné que nous cherchons à explorer l'expérience humaine telle qu'elle est vécue par les personnes, il est vital de privilégier une approche qui permet de saisir l'essentiel des rapports sociaux de genre dans le milieu d'étude. Les données ont été recueillies lors d'entretiens, qui ont ensuite été transcrits. En théorisation ancrée, différentes méthodes pour recueillir les données peuvent être utilisées. Ces données peuvent être amassées en observant, en écoutant, en posant des questions lors d'entrevues formelles et informelles et en consultant des documents. Dans le cadre de ce projet, nous avons fait des entrevues semi-dirigées, face à face, dans le site de la recherche.

3. 2 Milieu d'étude

Ce projet de recherche s'est déroulé dans une institution psycho-légale de l'est du Canada. Cette institution compte différentes unités de soins. Dans le cadre de notre recherche, nous avons ciblé les unités de soins psychiatriques légaux aigus et de réadaptation. Les unités visées par notre recherche comptent 61 lits au total. Les quarts de travail sont repartis sur 12 heures de jour et 12 heures de nuit. Durant les quarts de travail de jour, il y a 7 infirmiers/infirmières et 4 infirmiers/infirmières durant les quarts de nuit. Parmi le personnel infirmier, on peut compter une combinaison d'infirmières/infirmiers autorisés et d'infirmiers/infirmières auxiliaires autorisés. L'expérience de travail du personnel infirmier varie de 9 mois à 32 ans. Il faut spécifier que certains membres du personnel travaillent dans ce milieu par choix personnel et intérêt pour cette spécialité. Par ailleurs, d'autres se sont vus obligés de travailler dans ce milieu pour des raisons administratives. Ils ont toutefois développé depuis un intérêt pour la psychiatrie légale. Certaines unités comportent uniquement des patients masculins non seulement en raison du crime commis, mais aussi parce qu'ils sont violents envers les femmes. Le nombre de membres du personnel peut augmenter durant le quart de travail de jour et de nuit selon les besoins de l'unité. À titre d'exemple, il peut y avoir plus de personnel lorsqu'il y a des patients qui sont en salle d'isolement ou qui nécessitent une surveillance/observation individuelle 1:1 (une infirmière ou un infirmier doit assurer une surveillance constante pour ce patient uniquement). Chaque patient est soumis à un programme spécial suivant son diagnostic médical et légal. Il faut aussi mentionner que les patients sont affectés au personnel infirmier selon un modèle d'équipe primaire. Selon ce modèle, chaque patient est intégré à une équipe, dont les membres connaissent tous les détails sur les diagnostics des patients, leur « système de privilèges » et les programmes dans lesquels ils sont inscrits.

Le milieu psycho-légal est motivé par l'idéologie de contrôle social et de maintien de sécurité. Les soins infirmiers sont à la croisée de deux systèmes (système de santé et système

légal) qui s'opposent mutuellement. Pour assurer le maintien de la sécurité, le milieu sollicite une présence masculine soutenue. De ce fait, le machisme investit la plupart des interventions et des interactions infirmières pour assurer la sécurité. Nous avons contacté le milieu de recherche afin d'accéder au site de la recherche. L'administration nous a introduit au personnel soignant ce qui a facilité l'accès auprès de ces derniers. Nous avons établi nos premiers contacts avec le personnel soignant, en passant une journée à lier connaissance et se présenter au personnel. Nous avons remarqué une certaine résistance chez le personnel soignant, dans la mesure où il n'était pas ouvert à l'idée de la recherche. Nous leur avons expliqué que le but n'était pas d'évaluer leur pratique, mais bien de mieux comprendre leur pratique professionnelle. Les participants, avec qui nous nous sommes entretenus, viennent de deux unités de soins psycho-légaux aigus et de réadaptation en psychiatrie légale.

3. 3 Échantillonnage et recrutement

Certains écrits en recherche qualitative préconisent un échantillon de 6 à 15 participants afin de bien cerner le phénomène à l'étude (Denzin et Lincoln, 1994). En effet, Guest, Bunce et Johnson (2006) soulignent que la majorité des codes générés lors de l'analyse d'entrevues en recherche qualitative se fait lors des 6 à 12 premières entrevues. Très peu de codes additionnels (nouvelles informations) sont générés par la suite lorsque l'échantillon est homogène. Toutefois, le recrutement de participant et l'analyse de transcriptions additionnelles peuvent enrichir la diversité des expériences pour décrire le phénomène à l'étude et s'assurer que la saturation des données a bel et bien été atteinte.

Dans le cadre de notre étude, nous avons envoyé des lettres d'invitation aux participants potentiels fournissant les détails sur le but et les attentes de l'étude. Nous avons par la suite présenté notre projet au personnel infirmier sur les unités de soins. Suite à ces présentations, nous avons procédé à un échantillonnage de convenance et avons été en mesure de recruter

20 participants afin d'avoir un contenu riche et diversifié. Il va sans dire que nous n'avons pas refusé de participants qui voulaient participer à l'étude et que la participation s'est faite de façon volontaire. Étant donné les enjeux relatifs aux questions de genre dans l'environnement à l'étude nous avons privilégié une proportion équivalente d'hommes et de femmes (10 infirmiers et 10 infirmières), et ce, en vue de favoriser l'émergence du genre en tant qu'élément structurant de notre objet d'étude. Nous nous sommes entretenus avec les participants, tout en considérant les critères d'inclusion qui suivent : être infirmière autorisée et infirmier autorisé ou infirmière auxiliaire autorisée (Infirmiers Autorisés - IA, infirmières Autorisées - et Infirmières et infirmiers Auxiliaires Autorisés - IAA); avoir 18 ans et plus; travailler dans le milieu psycho-légal depuis au moins 6 mois. Au début de l'entretien, chaque participant a signé un formulaire de consentement éclairé, manifestant ainsi leur accord pour participer à l'étude. Les participants n'ont subi aucune pression ou influence ni de la chercheuse ni de l'administration.

Nous avons mis fin à la collecte de données, une fois que la saturation de données a été atteinte (Glaser et Strauss 1967) ; c'est-à-dire que nous avons noté une redondance marquée des codes générés après 15 entrevues, mais nous avons continué les entrevues afin de s'assurer qu'aucune nouvelle information n'était présente dans les données.

3. 4 Méthode de collecte de données

En théorisation ancrée, on peut utiliser différentes sources pour recueillir les données, qui peuvent satisfaire le but de l'étude. La décision de combiner l'entrevue et d'autres sources de données doit être prise dans le contexte de l'étude et suivant le but de la recherche. Il est important de se rappeler que différentes stratégies de recherche peuvent produire différentes données. Dans le cadre de notre étude, les données ont été collectées par des entrevues semi-structurées approfondies (entretiens d'environ 60 minutes). Cette collecte s'est échelonnée sur une période de 6 mois (de janvier à juin 2014). Bien que la collecte se soit limitée aux entrevues face-à-face, notre présence dans le milieu, a contribué à saisir le sens que le personnel

infirmier accorde aux rapports sociaux de genre, par exemple lors des discussions cliniques et des histoires de cas, les notes rédigées dans les dossiers cliniques, les communiqués internes, les lignes directrices et les discussions informelles (tant entre intervenants, qu'entre intervenants et patients). La collecte des données ne constitue donc pas un processus passif, dans le sens où le chercheur doit s'adapter au milieu et doit suivre les modalités imposées par le site de la recherche afin de s'y intégrer. Comme nous l'avons constaté le chercheur doit être flexible pour s'ajuster aux situations pouvant survenir tout au long de la période de la collecte des données. Ce que nous avons trouvé très important dans ce processus de recherche est le fait de s'impliquer activement auprès des participants et de démontrer un réel intérêt pour leur vécu.

Cette implication se fait, entre autres, par l'entremise de personnes (le personnel administratif) clés qui ont facilité l'accès au site de la recherche, en nous introduisant au personnel soignant; et qui ont permis le premier contact avec les participants. Ce premier contact s'est produit sur les unités de soins lors de notre première journée sur les lieux et a permis, d'une part, de discuter de la recherche, et d'autre part d'avoir un dialogue avec les membres du personnel infirmier sur le fonctionnement des différentes unités (le nombre de lits, la division des patients, la population soignée, etc.). Tel que mentionné plus tôt, durant les premières journées, nous avons remarqué une certaine résistance chez le personnel par rapport à la recherche. Nous avons pris le soin d'expliquer que notre but n'était pas d'évaluer la pratique infirmière en tant que telle, mais surtout de comprendre les rapports sociaux de genre dans ce milieu de soins infirmiers non traditionnel. Nous avons également partagé notre expérience professionnelle en tant qu'infirmière responsable des soins directs. Suite à ces échanges le personnel est devenu plus réceptif à l'étude et était plus ouvert pour nous parler et participer à la recherche ; créant un effet de boule de neige en regard du recrutement (les uns encourageaient les autres à y prendre part). Au moins trois fois par semaine, nous nous

rendions au site de la recherche pour collecter des données. Le site des entrevues variait selon les ressources disponibles sur les unités et la disponibilité du personnel. Bien entendu, il importe d'être sur les lieux afin d'être disponible lorsque l'opportunité de faire une entrevue se présente. La réalité du milieu faisait en sorte que bien des fois, aucun membre du personnel n'était disponible. Somme toute, nous avons passé en entrevue 20 participants dont 10 infirmières et 10 infirmiers (IA, IAA). Il est important de souligner que nous avons tenu un journal de terrain où nous inscrivions nos expériences afin d'enrichir le processus d'analyse. Après chaque entrevue, nous inscrivions nos impressions afin de repérer les thèmes émergents/récurrents de chaque entrevue afin de faciliter le processus de codification et catégorisation de l'analyse par théorisation ancrée. Nous utilisions également le journal pour y inscrire nos questionnements/hypothèses, les problèmes ainsi que les frustrations.

3. 5 Analyse des données

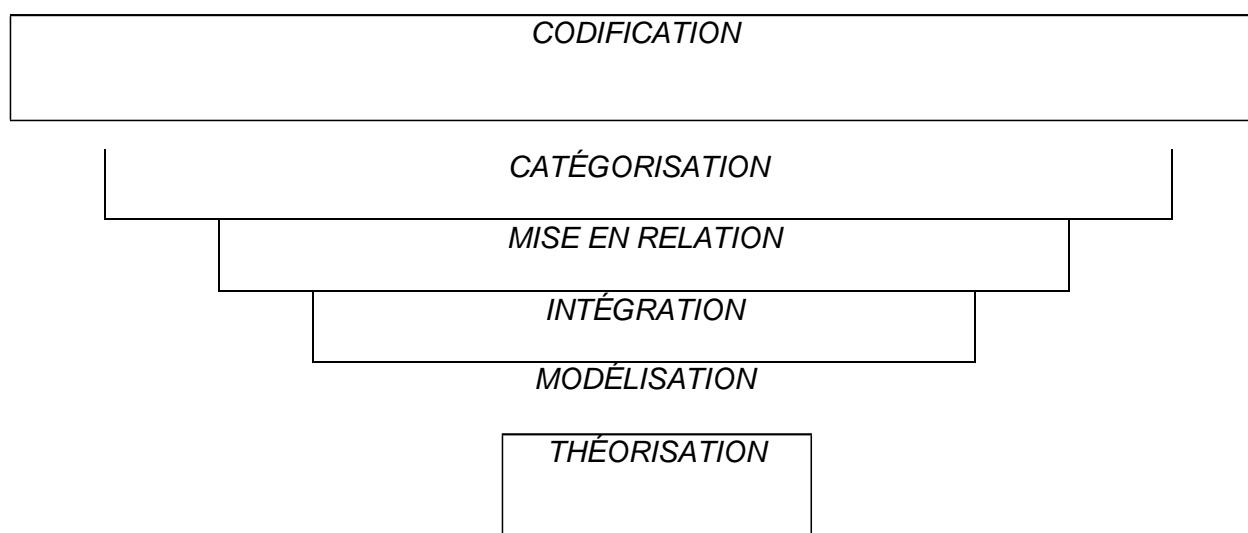
La méthode d'analyse par théorisation ancrée permet d'arriver à ce qu'il y a de plus substantiel dans les données empiriques. « Cette adéquation est obtenue entre autres par le biais de la comparaison constante (Glaser et Strauss, 1967) entre la théorisation en construction et la réalité empirique » (Paillé, 1996, p.185). D'envergure plus modeste, elle s'attarde sur un objet d'étude et vise la théorisation en appliquant un certain nombre d'opérations aux données empiriques. L'analyse par théorisation ancrée ne débute pas après l'étape de la collecte des données, mais en même temps. C'est une analyse itérative ; elle « ne parvient que progressivement, par le jeu d'approximations successives, à la conceptualisation de son objet » (Paillé, 1996, p.185). Les thèmes, codes, catégories sont constamment soumises à une analyse progressive dans la collecte des données, et peuvent évoluer autant que nécessaire. Paillé (1994) propose l'analyse par théorisation ancrée comme une *adaptation-transformation*. L'expression « analyse par théorisation ancrée » constitue une traduction-adaptation de *Grounded Theory*, l'approche de théorisation empirique et inductive mise de l'avant en 1967 par

Glaser et Strauss. Elle est « une démarche itérative de théorisation progressive d'un phénomène, [...] c'est-à-dire que son évolution n'est ni prévue ni liée au nombre de fois qu'un mot ou qu'une proposition apparaissent dans les données » (Paillé, 1994, p.151). L'auteur désigne la théorisation ancrée comme un acte de conceptualisation qui s'inscrit dans une démarche de théorisation, proche du sens de la théorisation empirique et inductive de Glaser et Strauss en 1967.

L'analyse des données comporte six étapes : codification; catégorisation; mise en relation, intégration, modélisation et théorisation (Figure 3).

Figure 3

Étapes de l'analyse par théorisation ancrée
Paillé (1994)



Codification : la première étape, consiste en une lecture préliminaire, mais minutieuse des extraits afin d'extraire ligne par ligne les mots clés ou les codes (l'idée principale) qui sont communiqués (Paillé, 1994). L'étape suivante requiert ensuite l'organisation des codes selon des catégories plus larges. Il s'agit simplement de dégager, relever, nommer, résumer, thématiser, presque ligne par ligne, le propos développé à l'intérieur du corpus sur lequel porte l'analyse (Paillé, 1994). La codification consiste donc à étiqueter l'ensemble des éléments

présents dans le corpus initial. Nous avons répété cette lecture une dizaine de fois pour chacun des extraits, afin de raffiner l'analyse. Les extraits ainsi codés permettent de mettre en évidence des catégories plus générales. Cette étape, nommée codification, est décisive étant donné qu'elle oriente la suite de l'analyse. Une codification minutieuse est donc de mise afin d'assurer des résultats précis et de qualité. À cette étape, la codification est largement empirique parce qu'elle traite des données brutes qui ne sont pas encore analysées (Paillé, 1994).

Catégorisation : renvoie à la mise en commun des codes obtenus, afin de les regrouper en catégories (Paillé, 1994). Si les codes en soi peuvent être très nombreux, les catégories, elles, désignent des dimensions qui englobent le phénomène de recherche, et donc moins nombreuses. Dans notre démarche, nous avons pu extraire 3 grandes catégories qui sont présentées dans le tableau ci-dessous (Tableau 3.1).

Tableau 3.1

1.	Risques de violences et contraintes sécuritaires
2.	Socialisation professionnelle
3.	Souffrances et mécanismes d'adaptation

Mise en relation : à partir de cette étape, une relation a été établie entre les catégories pour donner un sens aux données. Ce travail permet de mettre en relation des catégories qui étaient relativement indépendantes les unes des autres jusqu'à ce que leur lien soit identifié. Pour débiter cet exercice, il pourra être utile de recourir à la schématisation (Paillé, 1994). Selon Paillé (1994), cette étape est importante car elle permet de voir les liens entre les catégories.

Intégration : moment central où l'essentiel du propos doit être cerné, de la modélisation, où l'on tente de reproduire la dynamique du phénomène analysé, et enfin de la théorisation, qui

consiste en une tentative de construction minutieuse et exhaustive de la « multidimensionnalité » et de la « multicausalité » du phénomène étudié.

Modélisation : La modélisation consiste à reproduire le plus fidèlement possible l'organisation des relations structurelles et fonctionnelles caractérisant un phénomène, un événement, un système (Paillé, 1994). Nous avons constaté la nature du phénomène (les rapports sociaux de genre) et ses impacts sur la pratique infirmière. Ce qui a permis de décrire comment la domination masculine ancrée dans les rapports stéréotypés de genre, affecte les relations professionnelles entre infirmiers et infirmières.

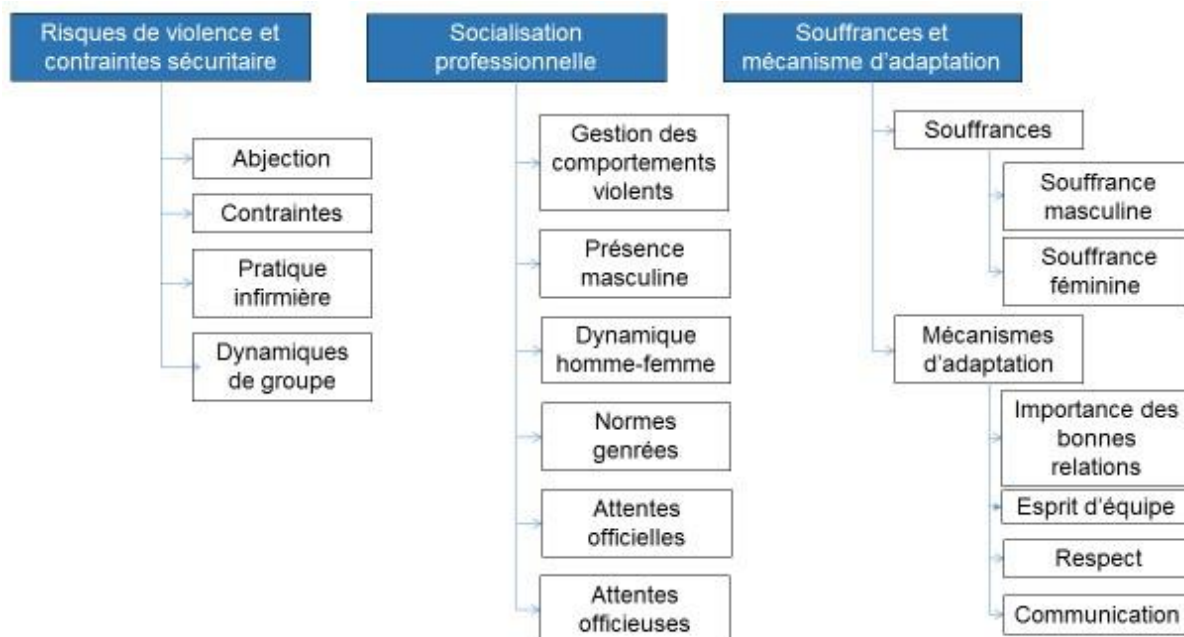
Théorisation : La progression a été graduelle, accessible, mais, chemin faisant, le corpus a été analysé dans une perspective conceptuelle et théorique avec toute l'attention conceptuelle que l'on puisse souhaiter: d'abord examiné, puis codifié patiemment qui a débouché sur la création de catégories qui a ensuite fait l'objet d'une « lecture » plus large, d'ordre conceptuel, afin de mettre à profit toute la richesse de la langue et tenter de qualifier les aspects importants du phénomène étudié (Paillé, 1994). À partir de la méthode de Paillé (1994), nous avons émis une représentation des données facilitant l'expression des rapports sociaux de genre dans un milieu de soins infirmiers psychiatriques légaux, au regard de la pratique infirmière.

Dans le cadre d'une étude de théorisation ancrée féministe, telle que la nôtre, le genre doit nécessairement être inclus dans le processus d'analyse des données (McCormick, 1997). Le choix de la méthode d'analyse des données a été basé sur les écrits de Paillé (1994), plus précisément l'analyse thématique (qui est à la base de toute analyse qualitative) qui consiste à repérer les thèmes abordés dans nos entrevues. Cette démarche exigeait des lectures répétitives, permettant d'établir un système de codes (codification) afin de classer les données. Ces codes ou mots-clés étaient ensuite regroupés sous forme de thèmes ou, comme nous l'avons décrit dans notre étude, des catégories. Ces catégories sont ordinairement liées entre elles. Dans le cadre de notre étude, nous avons pu identifier une catégorie centrale (core

category) vers laquelle les autres catégories convergent et s'articulent (Strauss et Corbin, 1990). Selon Chenitz et Swanson (1986), la catégorie centrale constitue souvent le centre d'un processus social dominant.

L'interprétation des données a été faite à partir de différents écrits qui ont façonné notre compréhension de l'objet d'étude : les travaux sur la prison de Foucault (1975, 1995); de Goffman, les travaux du l'asile (1972, 1996); les institutions totales (1968, 1998), les rites d'interaction (1974, 1993) et les stigmates (1975, 1996); de Lupton (1999) sur la notion de risque; et les travaux de Weedon (1997) en regard de la perspective féministe poststructuraliste. Nous avons utilisé des travaux en sociologie afin de faciliter la compréhension des concepts tels que la domination masculine de Bourdieu (1998), les travaux de Connell (1995, 1993, 1998, 2000, 2004, 2005) sur le genre, Attwood (2005, 2006, 2009), la virilisation de Bourdieu (1998) et de Holmes (2001) et finalement les travaux de Wittig (1978) sur l'hétérosexualité. La figure 3.2 ci-dessous présente l'organisation des différentes catégories et sous-catégories dont les principaux regroupements sont présentés au chapitre 4, plus précisément dans le tableau 4.1.

Figure 3.2



3. 6 Considérations éthiques

Toute recherche impliquant des humains comme sujets d'étude, doit prendre les mesures nécessaires pour protéger les personnes et leurs droits contre toute forme d'exploitation et d'abus. La théorisation ancrée n'échappe pas aux préoccupations éthiques. La nature unique des aspects sécuritaires en milieu psycho-légal, soulève des tensions éthiques concernant les soins des patients souffrant de troubles mentaux (Holmes, 2005; Holmes et Federman, 2003; Mason, 2002). Il est évident que faire de la recherche dans un tel environnement est délicat, car les pratiques et les interventions dites thérapeutiques, professionnelles et organisationnelles sont soumises au questionnement et à la critique. La recherche, comme un regard invasif dans les réalités du personnel soignant travaillant dans le milieu, pourrait être perçue comme une menace à l'organisation et aux participants éventuels de la recherche. En raison des aspects sécuritaires, il est indéniable que cette recherche répond aux critères de recherche sensible (Renzetti et Lee, 1993). Selon Sieber et Stanley (1988) la recherche sensible :

Une recherche ayant des conséquences ou des implications potentielles et directes sur les participants de la recherche ou pour le groupe d'individus représenté dans la recherche et ce qui peut avoir des conséquences à un niveau plus large, sur le plan social (p. 49).

La nature « perturbatrice » de la recherche sensible, qui remet en question le statu quo, peut créer un malaise ; cela doit être prévu par le chercheur, dont la recherche peut être considérée comme une menace potentielle pour les participants ou les organisations impliquées. Si une menace perçue existe entre le chercheur et le participant, il y a toujours la possibilité que des mécanismes défensifs se développent (ex. la méfiance, la dissimulation) par les participants afin de résister à l'intrusion du chercheur. Selon Renzetti et Lee (1993), trois grands domaines de préoccupation ont été identifiés comme des menaces possibles à la recherche sensible, il s'agit de la menace intrusive, la menace de sanction et la menace politique.

Un projet de recherche est dit *sensible* pour plusieurs raisons, allant de répercussions directes sur les participants à la recherche et sur l'organisation. Il peut causer de l'inconfort lié à la recherche (McCosker, Barnard et Gerber, 2001), et/ou sur l'environnement dans lequel la recherche a eu lieu (Renzetti et Lee, 1993). Il est entendu que les recherches impliquant des sujets sensibles posent un niveau de risque pour ceux qui sont étudiés ; ce risque peut affecter la collecte, l'analyse et/ou la diffusion des résultats. Nous étions conscients de la nature sensible de cette recherche, non seulement en raison du phénomène à l'étude, mais aussi en raison du milieu dans lequel il est étudié. Ainsi en étudiant des problématiques sensibles, le chercheur doit assumer certaines responsabilités (protéger les participants et minimiser les risques de menaces autant que possible) (Seiber 1993; Seiber et Stanley, 1988).

Il est apparu au cours de la collecte des données que la notion de recherche sensible était extrêmement importante dans ce projet. La résistance se faisait sentir chez certains participants, qui hésitaient à participer. En général, nous avons tenté d'identifier les menaces potentielles et de rassurer les participants sur la nature du projet de recherche qui n'a pas été conçu comme une évaluation de la pratique professionnelle, mais avait plutôt pour but de

fournir une meilleure compréhension d'un processus social: comment les rapports sociaux de genre influencent sur la pratique infirmière en milieu psycho-légal. Nous avons assuré que les données demeureront confidentielles et ne seront utilisées qu'aux fins de la recherche. Par exemple, lors de la collecte des données, nous avons (dans la mesure du possible) fait nos entrevues dans un endroit approprié pour assurer la confidentialité. Lorsque viendra le temps de publier et de diffuser les résultats de recherche, le chercheur saura judicieusement prendre en compte la nature sensible des données.

3.7 Critères de rigueur en recherche qualitative

Guba et Lincoln (1998) ont établi les critères de rigueur pour la recherche qualitative : la crédibilité, la fiabilité, la consistance interne et la transférabilité. À ces derniers, nous ajoutons également le critère de réflexivité (Bourdieu, 2001; Denzin et Lincoln, 2011). Le critère de crédibilité en recherche qualitative s'intéresse à vérifier la congruence entre le sens véhiculé par les participants et le sens dégagé par le chercheur, notamment dans la collecte, l'analyse et l'interprétation des données (Gohier, 2004; Guba et Lincoln, 1998; Lincoln et Guba 1985; Savoie-Zajc, 2011). Ainsi, le critère de crédibilité vise à répondre à la question : sommes-nous devant un portrait authentique de ce qui a été observé? Notre présence prolongée sur les lieux de l'étude, le processus de collecte des données (entrevues confidentielles et transcription intégrale des entrevues) ainsi que notre journal réflexif ont permis de soutenir la crédibilité des résultats de la recherche. Nous avons assuré que le phénomène étudié (les rapports sociaux de genre) soit identifié et délimité. Nous avons demeuré le plus proche possible de nos données afin qu'elles parlent d'elles-mêmes. La fiabilité vise à démontrer la transparence du chercheur et, par le fait même, l'indépendance de ses interprétations par rapport à ses biais (Gohier, 2004; Pourtois et Desmet, 2007). À la base de ce critère se trouve la lucidité du chercheur à l'égard de ses jugements et la reconnaissance de ceux-ci en tant qu'éléments influençant ses analyses et ses interprétations. Le chercheur doit démontrer qu'il est conscient

de sa subjectivité (Miles et Huberman, 1994) et prendre des mesures pour attester que les résultats émergent des données. La collaboration de plusieurs chercheurs dans la recherche qui peuvent comparer leurs observations et leurs interprétations des données peut soutenir la fiabilité de la recherche.

Dans le cadre de notre recherche, trois personnes (l'étudiante et les superviseurs de thèse) ont participé à l'analyse afin de répondre à ce critère et nuancé l'apport subjectif de chaque chercheur. Les inspirations théoriques ont également été présentées au début de la thèse afin d'exposer les influences théoriques du chercheur pour cette étude.

La consistance interne revient à « l'indépendance des observations et des interprétations par rapport à des variations accidentelles ou systématiques » (Gohier, 2004, p. 7). En effet, la consistance interne cherche à fournir un degré d'assurance que les résultats de la recherche n'ont pas été influencés, par exemple, par la personnalité du chercheur, les instruments utilisés ou les conditions de collecte des données (Guba et Lincoln, 1998; Mucchielli, 2009). Pour augmenter la consistance interne de la recherche, Pourtois et Desmet (2007) citent de nouveau la triangulation, plus précisément la triangulation des chercheurs, où au moins deux chercheurs collaborent à toutes les étapes de la recherche, ainsi que la triangulation temporelle, où le chercheur tient compte de l'évolution du phénomène dans le temps. À défaut d'autres chercheurs participant à la recherche, la vérification par un chercheur externe peut servir aux fins de la triangulation des chercheurs (Creswell, 2007; Miles et Huberman, 2003). Les superviseurs de thèse, Dr. Holmes et Dr. Jacob, ont participé à toutes les étapes de la recherche, mais surtout à l'étape de l'analyse des données, afin d'assurer que les résultats de la recherche représentent fidèlement le récit des participants. Pour ce faire, des lectures comparatives rigoureuses des verbatim et des résultats ont été effectuées.

Le critère de transférabilité vise à déterminer si les conclusions d'une recherche peuvent avoir un sens dans un autre contexte que celui étudié (Gohier, 2004; Guba et Lincoln, 1998; Pourtois et Desmet, 2007). Ce critère se partage entre le chercheur et celui qui cherche à

utiliser les résultats de la recherche dans son milieu. Il revient alors au chercheur de fournir des descriptions riches du contexte et de l'échantillon de l'étude et à l'utilisateur de s'interroger sur la pertinence et la ressemblance entre le contexte de la recherche et son propre milieu (SavoieZajc, 2011). Les résultats de notre recherche peuvent être utilisés dans un contexte pour regarder un phénomène similaire (présence des femmes dans d'autres professions, d'autres domaines, ou métiers typiquement masculins, tels que l'armée, la police, la construction, etc.). Les résultats de recherches seront disponibles pour faciliter l'utilisation par d'autres chercheurs qui veulent regarder un phénomène semblable au phénomène étudié.

Enfin, la réflexivité est une démarche méthodologique consistant à appliquer les outils de l'analyse à son propre travail ou à sa propre réflexion et donc d'intégrer sa propre personne dans son sujet d'étude. La réflexivité est d'abord une activité critique, et comme telle, invite à une théorisation des expériences de vie dépassant les limites disciplinaires (Bourdieu, 2001; Denzin et Lincoln, 2011). La dynamique d'appropriation des résultats fait partie intégrante de la recherche puisqu'elle est un enjeu de recherche, qui consiste à décrire l'expérience de terrain du chercheur ainsi que ses répercussions sur les résultats de la recherche. Il y a interaction continue entre le chercheur et la recherche, ce qui implique que les valeurs et la perception du chercheur influencent le processus de recherche. Le chercheur fait partie intégrante de la recherche, de par sa façon de comprendre comment ce processus se développe ; la recherche vise aussi à faire émerger des dynamiques d'expérimentation et d'action réflexive sur le terrain, à dégager quelques pistes d'action pour mieux faire. La manière dont le chercheur se présente au milieu de recherche a une incidence sur l'ouverture des participants à se livrer. Nous avons démontré la « réflexivité » dans la recherche, et plus précisément lors de l'analyse et la présentation des résultats, par la description et l'interprétation notre comportement et nos expériences dans le contexte de la recherche.

CHAPITRE 4

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Ce chapitre présente les résultats de l'analyse des données recueillies lors des entretiens avec les 20 participants à cette recherche. Suivant le cadre d'analyse inductif de la théorisation ancrée, nous avons été en mesure de faire ressortir trois grandes catégories. Ces catégories sont : 1) risques de violence et contraintes sécuritaires; 2) socialisation professionnelle; 3) souffrances et mécanismes d'adaptation. L'identification de ces catégories est le fruit d'un travail d'analyse ardu et rigoureux, qui a permis de mettre en lumière un processus social dominant, qui se dégage des données recueillies (Strauss et Corbin, 1990). Cette tendance est l'ajustement du personnel infirmier au milieu psycho-légal et plus précisément, le processus de socialisation professionnelle « genré » auquel il est soumis. Ce processus représente la catégorie centrale de l'analyse vers laquelle les autres catégories convergent.

Le présent chapitre se divise en trois sections. La première section présente les risques de violence et les contraintes sécuritaires. Cette section aussi, se rapporte aux contraintes comprend également les thèmes qui touchent la pratique infirmière et la dynamique de groupe. Dans la deuxième partie, nous aborderons toute la dimension de la sécurité, des mécanismes de protection et les interactions genrées du personnel infirmier. Dans la troisième section se présente la souffrance, tout autant féminine que masculine est explorée, les mécanismes d'adaptation occupent également une grande place dans cette section. Un résumé des résultats présenté à la fin du chapitre dresse le portrait le plus fidèle possible de la réalité de la pratique infirmière et des rapports sociaux de genre dans le milieu psycho-légal où la recherche a été conduite. L'ensemble des catégories est présenté dans le schéma ci-dessous. Le tableau 4.1 présente l'organisation détaillée des différentes catégories et sous-catégories.

Tableau 4.1

4.1 Risques de violence et contraintes sécuritaires	4.2 Socialisation professionnelle	4.3 Souffrances et mécanismes d'adaptation
4.1.1 Sécurité et mécanismes de protection <ul style="list-style-type: none"> • Abjection • Contraintes de genre 	4.2.1 Gestion des comportements violents <ul style="list-style-type: none"> • Présence masculine • Dynamique homme/femme 	4.3.1 Souffrances <ul style="list-style-type: none"> • Souffrance masculine • Souffrance féminine
4.1.2 Pratique infirmière	4.2.2 Normes genrées <ul style="list-style-type: none"> • Attentes officielles • Attentes officieuses 	4.3.2 Mécanismes d'adaptation <ul style="list-style-type: none"> • Importance des bonnes relations • Esprit et le travail d'équipe - S'appuyer sur les forces de chacun • Respect • Communication
4.1.3 Dynamiques de groupe		

4.1 Risques de violence et contraintes sécuritaires

Tout comme le présentent les participants, le risque de violence est un phénomène social omniprésent qui touche le quotidien des infirmières et des infirmiers. Le personnel infirmier doit ajuster ses pratiques pour pallier aux risques de violence dans la mesure où ces risques sont considérés comme faisant partie intégrante de leur réalité en psychiatrie légale. Le personnel doit donc être alerte pour faire face aux risques de violence perçus et mettre en place des mécanismes de protection dans leur milieu de travail. Ainsi, ces risques ne sont pas sans conséquences et incidences sur la pratique, car cette dernière est subséquemment réorientée

vers le maintien de la sécurité. Cette réalité représente bien les dires des participants qui partagent une expérience commune d'hyper-vigilance, en dépit de l'existence d'un système de surveillance constant au sein des unités de soins. Les risques de violence et les contraintes qu'ils entraînent seront explorés dans les sous-catégories qui suivent.

4.1.1 Sécurité et mécanismes de protection

Tel que présenté par les participants, la sécurité est l'une des dimensions de la pratique infirmière psycho-légale qui influence les interventions infirmières. C'est-à-dire que les soins infirmiers sont intimement reliés au besoin de maintenir un environnement sécuritaire. Les risques de violence créent un effet de stress constant où le personnel doit toujours être en état d'alerte afin de non seulement identifier les risques (pour eux-mêmes et pour autrui), mais surtout pour les maîtriser afin d'être en mesure de travailler.

The most challenging thing is to always have your finger on the pulse. You hear one loud noise, you're going to look for it like your, you got your spider senses or whatever it is, as soon as you walk in the door in the morning it's like, ok, who's got a problem, who's going to give me a problem you got to be so aware, and as soon as you hear anything, you're right on top of it, you know ok what's the problem? Is there anything we can do to solve this, like, you know let's have a nice day a quiet day, a good day the best day we can have and nobody gets hurt and everybody goes home safe, that's all I want. (Inf. 19; lignes: 146-158)

Travailler dans un environnement où les risques de violence sont constants, représente un défi pour le personnel infirmier. Les risques de violence deviennent un dénominateur commun de la pratique infirmière en psychiatrie légale, ce que les participants expriment comme étant un défi en soi.

It's challenging at times, fun at other times, it's, I haven't had a lot of bad experiences, been attacked a few times whatever, but that's kind of a, a role I think that is to be expected in this type of nursing. (Inf. 4; lignes: 10-13)

It could, well we were hurt physically, and more so the other nurse than I was, like I had, I'd bang my arm on the edge of

the door but I mean she had a great big bruise on her stomach where she had been kicked. She had a bruise on her leg. It was pretty sad, it was pretty sad, and in nowhere our monitors are, in the nursing station, it was right outside the door there (Inf. 12; lignes: 340-446)

Tel que décrit par ces participants, les risques de violence touchent principalement l'intégrité physique des personnes et mettent en lumière certaines dynamiques contextuelles (environnementale et situationnelles) entre le personnel infirmier et les patients modulant ce risque. Toutefois, ces risques peuvent également mettre en lumière certaines dynamiques interpersonnelles qui amplifient ces risques. D'une part, les participants affirment avoir été victimes de violences physiques et, d'autre part, ont expliqué comment certains éléments humains ont menées aux situations violentes et à leurs conséquences.

[...] I was in the wrong place at the wrong time, I had been outside with some patients and I came in, she didn't like what was said to her by the other nurses, I was in the, her road, so she attacked me [...] I have also been in another situation, where myself, and another nurse where taking a patient out for a cigarette and she decided she was going to come after us. And it was very hard for us to handle her and there were three other nurses in the nurse, in the cure desk... (Inf. 12; lignes: 292-303)

Yeah, last year I had a patient that tried to leave the unit, raised his hands to me, and I stopped him, pushed him away from me. Came back at me, I had to restrain him again... (Inf. 14; lignes: 63-66)

Les participants estiment que la sécurité est l'une des dimensions de la pratique infirmière psycho-légale qui influence les interventions infirmières. C'est-à-dire, que les soins infirmiers sont intimement liés au besoin de maintenir un environnement sécuritaire. Ainsi la perception d'une menace influence indéniablement le processus décisionnel des infirmières lors d'interventions auprès des patients.

I'm just thinking back before I got here. Well obviously, because of the security aspect of it, you have to shift your thinking a little bit in terms of safety, security of the patients so that's, that's a significant change from just working in, for example, med-surge in the hospital, although that's always a

bit of a consideration, it's more highlighted here. (Inf. 18; lignes: 64-72)

Pour maintenir la sécurité, les participants ont parlé de certains mécanismes de maintien de protection au sein de leur milieu de travail. Ces mécanismes peuvent s'étendre des contentions chimiques et physiques (incluant l'isolement), à l'utilisation d'alarmes personnelles et de codes blancs, afin de déployer du personnel lors de situations (potentiellement) violentes. Le maintien de la sécurité dépend directement du bon fonctionnement de ces dispositifs. Toute irrégularité au niveau de ces dispositifs et mécanismes de protection représente un obstacle compromettant la sécurité et place le personnel dans un état de vulnérabilité. Cette participante note d'ailleurs comment, dans le passé, certaines difficultés reliées aux mécanismes de protection intensifient la menace d'être violentée et ne pas avoir le support nécessaire à temps.

So they're like our personal security alarms, when people pull them they'll send up sensors in the wrong spot, so staff support, or support staff shows up, but they go to the wrong spot, so sometimes that had been an issue in the past [...]. Yeah, but some kind of staff from other floors respond to the code as well [...] So they do an overhead page and they've had it happen where, it'll send everybody to the second floor when really the code was on the fourth floor. So, everybody responds to the wrong area so that just delays them actually dealing with the situation, but that hasn't happened in a while, that was when I first started here, think they have that resolved now so. (Inf.-H 6; lignes: 259 [...] 278)

Pour les répondants, l'utilisation de mécanismes de protection sert à limiter et à restreindre les comportements violents et perturbateurs. Toutefois, un souci du bien-être des personnes impliquées (infirmières et patients) dans ces interventions s'avère primordial.

No, it's just, it's a, it's a safety thing I guess in general for everybody I mean safety for the other nurses involved, safety for the patient, if we have to restraint somebody and get them under control, we want to do that as safely as possible for everybody including the patient. (Inf.-H 6; lignes: 169-173)

Nous notons également dans la description des mécanismes de protection des caractéristiques physiques bien particulières à ces interventions, notamment la division des rôles « genrés » ainsi que l'importance attribuée au nombre de personnes impliqué dans l'intervention.

That you know the male would do the hands on and the hold down and if there's a female nurse, or especially RN, would give, get the needles drawn up and getting ready to administer so. I always needed to know that it was going to be safe, that I would, that they were going to be well restrained eh? Before I ever gave an injection, and that, so that, that carried through all the way to, to where we are here too. We need the male staff to help restraint the individual (Inf.-F 10; lignes: 250-258)

Well with code whites, or just a violent patient on the unit or somebody in locked seclusion, we go as a team; we go in a group, the larger the group the better. So, we deal with that in numbers. But when an incident comes up where [...] It's just one to one, like or we have to put our hands on somebody and put them in locked seclusion or, or stop them from hurting somebody else, its, that's us. (Inf.-H 14; lignes: 78 [...] 86)

Selon les dires des participants, les dimensions d'application des mécanismes de protection ne se limitent pas aux actes de violence, mais sont également utilisés à des fins dissuasives. Tout comme le décrit ce participant, l'isolement peut être utilisé comme un élément de marchandage.

Yeah if a patient's becoming verbally aggressive or agitated and I have seen people, I call it tact, when I say tact, you know you go there and you say "if you don't quit this nonsense you will go to seclusion". You know there is so many better ways around that to say it. You can offer to go talk to that person. Maybe that person didn't have a good rapport with that patient. I don't know I am good at it and I think that is why. (Inf.-H 2; lignes: 83-91)

Abjection

Le concept d'abjection, largement exploré par Kristeva (1982), est un concept utilisé pour décrire la réalité corporelle selon un regard subjectif – une rupture entre soi et l'autre (abject). Dans les écrits de Kristeva (1982), l'abject est utilisé pour le corps et les choses suscitant le dégoût (liquides biologiques). Il est aussi utilisé pour explorer comment l'autre est perçu de façon différente en raison d'un handicap ou dans la mesure où il suscite un état de dégoût. La

réaction face à l'abject est le rejet, le refus de prendre contact. Dans le cadre de notre recherche, il a été mentionné par les participants que les antécédents médicaux et légaux des patients portent atteinte au soi des soignants. Cette réaction forte sera développée dans cette section.

Tel que décrit par les participants, les risques de violence du milieu représentent une menace pour l'intégrité (émotionnelle et physique) du personnel infirmier, induisant ainsi certaines réactions négatives envers la population à soigner. Par exemple, il est apparent dans nos données que l'historique des patients (ex. dossier criminel) impose un dilemme auquel le personnel infirmier doit faire face. Bien que cette réalité soit difficile, les soignants ne peuvent y échapper. Les soignants, en dépit de l'histoire de santé des soignés (dossier criminel), doivent dispenser des soins à ces derniers, selon les principes fondamentaux des soins infirmiers. Les antécédents criminels des patients peuvent comporter des éléments qui suscitent le dégoût ou la peur chez les soignés. Toutefois, le personnel infirmier a la responsabilité de soigner malgré ce sentiment négatif. Malgré la menace (perçue ou réelle) que peut engendrer une interaction avec ces patients, ces derniers doivent tout de même recevoir des soins.

[...] It's hard know that certain things that they have done, like killing their parents, things they are done to kids, it's hard, and I have never realized that until, that's what bothered me, well bothered me. And I am a father it's bothered me that a human being can do this. So, you have to get pass that, do your job and treat them just like they are like anybody else. (Inf.-H 2; lignes: 242-249)

[...] You worry too much and it's like, oh, that was the most frustrating time I think I ever spent like, you know, these people are sick, like they're scared they want somebody to look after them and because I feel of all my skills here are because if you don't listen to what a client is saying you could get a, swat up the side of the head like. (Inf.-F 19; lignes: 403-408)

L'une des dimensions des soins infirmiers est d'accompagner les patients dans leur souffrance. Cette dimension est encore plus importante dans les soins infirmiers psychiatriques, cependant

les diagnostics créent des sentiments qui séparent les soignants des soignés (séparation de soi des autres). L'expérience des soignés, les place dans une situation sociale où ils sont confrontés à une rupture dans la distinction entre ce qui est soi-même (soignants) et ce qui est l'autre (soignés). La lecture du dossier des soignés ou le fait de se familiariser avec leur histoire médicale est considérée comme débilante. La relation de soins est perçue comme un état d'abjection et porte atteinte à leur « soi propre » de soignants.

That is the problem. I hate prejudging people, I hate it, I won't do but you need to know what you are dealing with. Some people, I have heard some nurses say that that I don't want to read the chart because I am going to treat them differently. Yeah, but you do need to read the chart; and this is what you chose to do. You may look at them differently, but you try not to, yeah you really can't. It's hard know that certain things that they have done, like killing their parents, things they have done to kids, it's hard, and I have never realized that until, that's what bothered me, well bothered me? And I am a father it's bothered me that a human being can do this. So you have to get pass that, do your job and treat them just like they are like anybody else. (Inf.-H 2; lignes: 235-249)

Cet état d'abjection est étroitement lié aux troubles mentaux des patients. Il génère des sentiments désagréables chez les soignants et entraîne un prendre soin avec des sentiments mitigés.

No, it, whenever I'm down there with it, it's not nice to hear, it's disgusting but you just, you have to think, you can't, he doesn't know, he's had his dementia now, he, I'd just tell him to give it up and, and sometimes he'll laugh and he'll say sorry but then he does it again, but I just, I don't know, I always remind myself that the other day he, he doesn't, it's just part of his illness.[...] Probably; I would yeah; it would probably bother me, but now, now that I've been here, now it's just. [...] Yeah understanding the illness and, what's, what goes along with it, it's still not nice and it's still not ok to hear it but. It happens and, same as other things hearing things from other patients to just, that's stuff part of the nursing role, that's what goes along with the whole forensic. (Inf.- F 13; lignes: 423 [...] 440)

Le contexte extrême de travail peut imposer certaines pratiques qui ne convergent pas toujours avec les principes fondateurs des soins infirmiers. Ces pratiques nécessaires pour maintenir un environnement sécuritaire intensifient la distance entre soignant et soigné. Bien qu'il soit difficile de soigner dans un climat d'ambivalence, il est tout de même impératif que les soignés reçoivent les soins nécessaires.

Well back to, like seclusions and stuff, I've had a hard time with that too cause, as a man, it's like I say it's a given you're going to go in because you got the patient and you're going to restrain him, you know stuff like that but, I think that needs to be looked at. Maybe it's getting off track a little bit but we're, I'm trying to have a therapeutic relationship with this person and two days ago I've hold him on the floor. Restraining him, and gave him a needle and stuff and then two days after that now I'm trying to like have a conversation with him and, and I think there's an element of, like the rooster and the rooster you know what I mean? (Inf.-H 4; lignes: 336-345)

Contraintes

Les risques de violence en milieu psycho-légal génèrent des contraintes à différents niveaux, dont l'environnement de soins, la pratique infirmière (rôle professionnel et relation thérapeutique) et les dynamiques de groupe. Ces contraintes seront explorées dans les sections qui suivent.

L'environnement de soins joue un rôle important dans la capacité des infirmières à donner des soins. La pratique infirmière est soumise aux contraintes de l'environnement dans lequel elle évolue. Ainsi, l'environnement affecte directement les interventions dans la mesure où, il peut faciliter ou limiter la mise en place de celles-ci. Tel que mentionné par les participants, l'environnement de soins en psychiatrie légale est un espace où la gestion des risques de violence encourage le maintien d'une distance entre soignants et soignés et oblige une réorientation des interventions thérapeutiques. Ainsi, les structures sécuritaires du milieu

constituent des obstacles à l'utilisation du soi thérapeutique du soignant pour aider le soigné ;
c'est-à-dire que l'environnement force le personnel à être dans un état d'alerte permanent.

Well back to, like seclusions and stuff, I've had a hard time with that too cause, as a man, it's like I say it's a given you're going to go in; cause you got the patient and you're going to restrain him, you know stuff like that but, I think that needs to be looked at. Maybe it's getting off track a little bit but we're, I'm trying to have a therapeutic relationship with this person and two days ago I've held him down on the floor. Restraining him, and gave him a needle and stuff and then two days after that now I'm trying to like have a conversation with him and, and I think there's an element of, like the rooster and the rooster you know what I mean? (Inf.-M 4; lignes: 337-346)

Well just normally when we call a code white, lots of people respond and they're there quickly, we've had issues when you mentioned the resources, we've had issues in the past with the alarms not working properly, so the...So they're like our personal security alarms, when people pull them they'll set up sensors in the wrong spot, so staff support, or support staff shows up, but they go to the wrong spot, so sometimes that had been an issue in the past 'cause then... (Inf.- H 6; lignes: 252-263)

4.1.2 Pratique infirmière

À la lumière des propos des participants, la gestion de la violence, couplée au mandat de soins du personnel infirmier, les placent dans une position vulnérable au niveau professionnel. En effet, les interventions pour maintenir la sécurité (incluant la gestion de la violence) peuvent entraîner un conflit de rôle pour le personnel infirmier. Il se trouve « coincé » entre une philosophie caritative associée aux idéaux infirmiers (éléments fondateurs) et une philosophie coercitive (sécuritaire) associée au milieu psycho-légal. Le rôle du personnel infirmier est donc modifié afin de répondre à ce double mandat soit, soigner et assurer la sécurité.

Yeah, last year I had a patient that tried to leave the unit, raised his hands to me, and I stopped him, pushed him away from me. Came back at me, I had to restrain him [...], and, basically what they told me [...] was that I'm a nurse first and I'm not a security guard, but I'm still treated like a security guard here. (Inf.-H 14; lignes: 63-70)

Il faut noter que la complexité des soins psychiatriques dans un milieu fermé impose des défis constants au personnel soignant. Comme les participants le présentent, les exigences du milieu peuvent créer une sorte de dissonance cognitive (tension), où la gestion des risques de violence (ex. comportements perturbateurs, assauts, etc.) et le besoin de créer un lien thérapeutique sont en opposition. Nous notons également que cette tension ou dissonance peut varier selon le genre. Par exemple, les infirmiers éprouvent la nécessité d'assumer un rôle de protection (bien que ce rôle ne soit pas défini) tout en tentant d'assumer des fonctions liées aux soins. Les extraits suivants attestent de cette réalité:

That's something that's been ongoing here, I mean, I get paid the same as a woman that's standing beside me, but I would not, I would go in first no matter what. Like I wouldn't put a woman right in front of me that, that's just my, my thing, know what I mean? And I think most, all of them, all of them; I know that all of them in here are like that. You know it's, that's just kind of a role you assume. Just because I mean, again we're stronger, we can be a little more aggressive and it's, and I don't want to see a woman get hurt, you know? (Inf.-H 4; lignes: 116-125)

Well, whenever a crisis arises or a code white, it's usually, generally the men that respond, and I'm going to say this probably to help you out... But we get treated as security here. Basically what they told me [...] was that I'm a nurse first and I'm not a security guard, but I'm still treated like a security guard here. All guys are here. (Inf.-H 14; lignes: 41 [...] 70)

Par ailleurs nos résultats nous poussent à réaliser qu'une certaine vulnérabilité est associée au genre. Cette vulnérabilité se trouve imbriquée dans la dynamique soignant (infirmier)-soignée (femme). Les patientes, en raison de leurs troubles mentaux, ont une perception déformée de la réalité. Leur façon de considérer, de comprendre ou d'interpréter leur impression mentale de la réalité est biaisée par leur diagnostic médical. De ce fait, elles déforment la nature de la relation infirmière-patient que les infirmiers ont durant les interactions.

Because, I, over the course of the years here in, in this place I've known many a time where, a, a female patient is wrongly accused male staff of, of touching her, of molesting her,

raping her, you know somehow violating, peaking in on her, or, and so on and so forth, just there's so many examples of, of things that, that have happened with the male staff over the years, whereas put them in a position where they felt.

[...] Vulnerable, vulnerable, vulnerable. And its, and its, it's an awful thing, I mean I've, I've seen, seen how some of the male staff its, it was anguish that they been put through such a horrible experience of being wrongly accused by female patient, and then to have later on the female patient admit that, no I made it up. And its, it's a, it's, it's hard, its, its, it's hard. And so I think there has to be some kind of maybe like a, like an understanding or something that sometimes we have to call upon one gender or another and, and I think that, I think that should be respected. (Inf. - F 10; lignes: 299 [...] 318)

Yeah, I mean I don't have a problem with female patients but I know being a female in psychiatry, I know in the past some male nurses have been accused of touching or something sexual or inappropriate with a female patient, and, I know a lot of time it's not true, if you're dealing with a female that has personality disorder. So, we're trying to let female staff deal with that or two staff will, will deal with her. (Inf.-H 14; lignes: 145-152)

Cette vulnérabilité associée au genre s'inverse quand on s'attarde aux interactions des soignantes (infirmière)-soigné (homme). Cette vulnérabilité se situe au niveau des comportements perturbateurs et violents.

[...] At the same time and this is kind of where, you know coming from a, a guy's perspective it's, it's a real kind of balancing act, because I don't want to have, one of my female co-workers go in cause, like I like everybody I work with, well I like most people I work with, I shouldn't say everybody, I don't want to see somebody go in and get hurt right? Because as a man, seeing one of the ladies I work with get hurt would really make me angry (Inf.-M 5; lignes: 231-239)

If I were a woman in this setting? I guess if I were a woman I would be more aware of my surroundings, I guess maybe if a male patient maybe attracted to you, or just focus on you, I guess I would make myself more aware of my surroundings, where the people are in case I need them. (Inf.-H 2; lignes: 334-339)

4.1.3 Dynamique de groupe

La dynamique de groupe est l'ensemble des phénomènes, mécanismes et processus qui émergent et qui se développent dans les petits groupes sociaux. Selon Lewin (1946) et Festinger (1957), la "dynamique d'un groupe" peut faciliter des changements au niveau des comportements et/ou des attitudes des membres d'un groupe. Selon ces mêmes auteurs, l'environnement peut également être un facteur déterminant pouvant faciliter un groupe à développer une dynamique. Dans le cas de notre étude, les participants ont abordé la dynamique de groupe qui influence leur pratique en psychiatrie légale. Cette dynamique est présentée dans les lignes qui suivent.

Soigner dans un environnement où les risques de violence sont présents en permanence peut se révéler difficile. Cet environnement de soins impose le développement d'une dynamique, qui non seulement force le personnel infirmier à repenser la pratique, mais aussi à ajuster les interventions selon les structures du milieu de soin. Toutefois, nous notons que les dynamiques de groupe sont des facteurs non négligeables au regard du sentiment de sécurité et de gestion des comportements violents.

So, I think that, I think that any, any, or the station any, or do talking specifically forensic, I think that, that there's a zero tolerance on that bullying has to be, has to be, we're dealing with serious population patients, where there's, there's people always at risk and there's always safety concerns where we need to rely on each and every person and there's no place (Inf.-F 10; lignes: 866-872)

La dynamique de groupe peut être perturbée par les attentes officieuses du personnel. On entend par attentes « officieuses » le fait de remplir une fonction sans avoir une nomination officielle (Larousse, 2016). Dans le cadre de cette étude, les attentes officieuses seraient des tâches (domestiques/infirmières) ou des fonctions (assurer la sécurité des lieux/infirmiers) que le personnel infirmier doit remplir ou accomplir, sans que ces fonctions soient officiellement décrites au sein de l'organisation. Une attente officieuse peut se manifester par le fait que

certaines membres du personnel doivent assurer le maintien de la sécurité et que d'autres doivent assurer l'entretien ménager de l'unité. Ces attentes peuvent s'exprimer selon une perspective genrée ; une perspective qui sous-entend que la force physique soit nécessaire durant les interventions de maintien de sécurité. Ces attentes génèrent de la frustration au sein du personnel, notamment les hommes.

Well I know there's been times when there's been a problem and it's kind of a, you, you got to think of it in terms of balance because if there's an agitated patient, ok, you want the people that can deal with that person if, if they need to physically intervene, you need the people that will deal with that person more effectively so if it's a, a bigger stronger guy, then that's fine I would not want to see you know, a tiny lady go in and get hurt right? Because that, I, I would feel exceptionally bad about that. (Inf.-H 5; lignes: 182-190)

La dynamique de groupe peut être perturbée par le manque de constance nécessaire dans ce domaine de pratique (constance des interventions auprès des patients). Quand les interventions ne sont pas consistantes, cela risque de créer une modification dans la structure même de l'unité de soins et peut faciliter le clivage entre les membres de l'équipe soignante.

Oh that, that, that's happened before actually, and, and I've gone right up to my colleague and approached them and said, you know, the most important part of what we do here is remaining consistent, and I said, it's very important for everybody in this team be consistent, and by you giving this person an extra privilege they shouldn't have or let him do what they shouldn't have, that breaks down the whole model of consistency and I said it just, it kind of goes and pulls the carpet out from under the rest of the staff that are trying to remain consistent.... (Inf.-H 5; lignes: 111-120)

Dans un même ordre d'idée, l'absence de soutien entre collègues affecte négativement le fonctionnement de l'équipe soignante. Cette absence de soutien place le personnel dans une position de vulnérabilité et peut générer une certaine frustration. Dans ce milieu de soins, il est impératif de pouvoir compter sur le support de ses collègues pour assurer sa sécurité. Le potentiel de violence et de menace est omniprésent. La collaboration de chaque personne est primordiale pour maintenir la sécurité. Le fait de travailler avec des personnes qui facilitent le

travail d'équipe par leur attitude, soit par le partage d'information et l'entraide réduit le sentiment de vulnérabilité et de frustration.

[...] You know there's some shifts that you work where everybody's on the same page and, you know you anticipate the needs of, of each other and the shift just goes really smooth right? And then there's days where it's not really that bad a day but attitudes and (laughs) can really, you know underscore the mood of the day and make things kind of horrible and that's just kind of the way it is here, and I think for the most part it's not that bad, but there are some in, in just, like anywhere you work there's some people that proudly shouldn't work here because, you know they're not suited for the environment... (Inf.-H 5; lignes: 407-417)

Ainsi, la dynamique du groupe dépend de la collaboration et de la présence de tous. Lorsque le soutien est présent, le personnel développe un sentiment de sécurité, ce qui renforce le sentiment d'appartenance au groupe.

I will say there are some staff I know that I can depend on if I'm in a situation, I had a situation, just after I started over here. A very large female patient, I was in the wrong place at the wrong time, I had been outside with some patients and I came in, she didn't like what was said to her by the other nurses, I was in the, her road, so she attacked me. And all the nurses that were there were right there in a split second to get her off of me... (Inf.-F 12; lignes: 290-298)

Yeah, yeah, yeah and I mean those, those, those days work well too, I think, I think the most important thing is, is and maybe it's sometimes it's a day, you know sometimes when, it's a really tough day and everybody just looks at each other and says we got to work together to make this a good day. And everybody works together, anticipates each other's needs, cooperates with each other and, and the day goes well and a tough day, at the end of it you can go, wow that was kind of tough, we all worked together it wasn't bad. And I've had just the opposite where the day wasn't too bad but there's just people that are miserable (laughs) (?) problems and it's just like oh my goodness this day should not have been like it was because it wasn't that bad. (Inf.-H 5; lignes: 453-461)

Les participants notent également que le type de travail en milieu psycho-légal représente un fardeau mental pour les soignants. Ce fardeau est une conséquence, non seulement due aux

patients et à leurs pathologies mais, il est aussi attribuable aux dynamiques de groupes. Dans ce milieu, la dynamique de groupe est importante pour assurer la sécurité. L'extrait suivant démontre l'importance de la dynamique de groupe lors du besoin d'assistance au soignant impliqué dans une situation violente.

Well actually whenever I first started one of the patients when he'd come in he was very ill and I just walked out of the nursing station and he was coming out of his room I think right there and he was out in the hall and he started yelling at me, and it was, I just kind of, I just scare oh my goodness what, what do I do, and then everybody was just there right away. (Inf.-F 13; lignes: 250-256)

Il faut noter, toutefois, que des divergences existent entre certains membres de l'équipe quant à leur pratique respective. Ainsi, on note dans l'extrait qui suit un va et vient entre les règles qui régissent la pratique, et la latitude que les membres du personnel se donnent dans leur pratique. Un souci de vérification des politiques et procédures est de mise afin d'assurer un bon fonctionnement.

And so I said ok well, again I like to verify everything so I had to call, I called my boss and he says well it's not a directive yet, although we may be moving that way. So, I, I talked to the staff member who had mentioned that to me and I just basically said well I'm still going to purchase this guy's cigarettes today, I, I agreed I would and it's not a directive yet so until we're all on board and you know there's going to be a little variance in terms of whether staff agree to do that or not so. But I told him what I was doing, so I think as long as you keep it. (Inf.-H 18; lignes: 144-154)

L'extrait qui suit met bien en valeur les tensions exprimées par les participants au regard des dynamiques de groupe et du besoin de prendre des décisions dans l'immédiat. Certaines situations cliniques font en sorte qu'une personne doit trancher et, par le fait même, peut créer certaines tensions entre les membres de l'équipe qui ne sont pas en accord avec la décision du moment.

I think most challenging would be, was the, very difficult case maybe a, a, an individual see a patient who was, some kind of a serious problem going on that needs to be addressed

and, and say there was a, a team leader be called upon to make a judgement call, what to do, so, those, those could be difficult times because not everybody would agree and, you, you should do this and you should do that, and say if I'm the team leader well it's like, people look, look to make, make the call you know ... (Inf.-F 10; lignes: 70-78)

4. 2 Socialisation professionnelle

La socialisation peut être définie comme l'intégration des éléments socioculturels d'un milieu par l'entremise d'agents sociaux afin de permettre à un individu de s'adapter à son environnement (Dubar, 2000). Lai et Lim (2012) indiquent d'ailleurs que : « la socialisation est un processus par lequel sont transmises des valeurs et des normes dans le but de construire une identité sociale et d'intégrer l'individu à la société » (p. 32). La socialisation professionnelle consiste à former une identité professionnelle dans le cadre d'une profession. La socialisation professionnelle est une extension de la socialisation générale. Dans le cas de notre étude, le personnel infirmier a été socialisé dans la sous-culture de la profession infirmière. Une sous culture de la société, où les valeurs caritatives ont été transmises pour soigner. Cependant dans le milieu psychiatrique légal cette socialisation doit être modifiée pour accommoder la structure psycho-légale. Cette socialisation permet l'intégration des valeurs et des normes de la profession. Ainsi, elle facilite l'acquisition d'un statut social et des rôles professionnels bien précis. Toutefois, pour reprendre les propos de Dubar (1992) : « parler de formes identitaires dans le champ professionnel, ne signifie en aucune manière de réduire la question de l'identité à des catégories pertinentes d'identification dans la sphère du travail, de l'emploi et de la formation » (p. 505). Nous pouvons donc conclure que la socialisation, bien que fortement influencée par le milieu de travail s'inscrit également au sein des grandes tendances et du discours social (dominant) en vigueur. Tel que sera exposé dans cette section, le milieu psycho

légal, orienté vers la gestion des risques de violence et de maintien de la sécurité renvoie à un type de socialisation tout particulier.

4. 2.1 Gestion des comportements violents

Tel que présenté par les participants, l'environnement psycho-légal impose une culture de soins axée sur les caractéristiques physiques stéréotypées entre hommes et femmes qui confèrent un sentiment de sécurité dans cet environnement de travail. Selon la nomenclature présentée par les participants dans cette étude, les aspects physiques tels que : les muscles, la taille (plus on est grand plus on devrait être fort), le genre (homme est synonyme de force) sont des composantes qui inspirent la confiance, la force et la sécurité. Bien que ces aspects soient des construits sociaux, ils demeurent encore une réalité bien ancrée dans le discours des participants. De ce fait, ces composantes sont des atouts souhaités et recherchés pour assurer le maintien de la sécurité des lieux en psychiatrie légale. Le maintien de la sécurité et la gestion des risques de violence sont confiés ou attendus des hommes.

[...] You got to think of it in terms of balance because if there's an agitated patient, ok, you want the people that can deal with that person if, if they need to physically intervene, you need the people that will deal with that person more effectively so if it's a, a bigger stronger guy... (Inf.-H 5; lignes: 183-188)

Le milieu d'étude est également fortement occupé par des hommes (patients et infirmiers). Ainsi, nous notons l'existence de rôles infirmiers genrés (ou stéréotypés), dans la mesure où la gestion des comportements violents et la sécurité des lieux et des interactions est reléguée aux hommes.

It's just one to one, like or we have to put our hands on somebody and put them in locked seclusion or, or stop them from hurting somebody else, its, that's us. (Inf.-H 14; lignes: 8486)

Comme l'indique ce participant, l'intervention dans une situation de crise (violente) semble interpeller davantage les hommes que les femmes. Il est intéressant de noter d'ailleurs que le

participant est bien conscient que cette pratique stéréotypée est désuète, mais force est de constater que cette mentalité perdure.

Yeah, I think it, I think it does, sometimes I think that, whenever there's like a crisis situation that happens, there's kind of historically with end, the, the whole facility but especially forensics, the, there's a crisis situations that the males go and deal with that, so often times, like I don't know if it's, if the patients view the males more as jailers and the nurses, the female nurses, more of the, the caring type, caregiver, although I try to, you know step away from that stereotype and, and engage many different levels with the patients, but I think that sometimes, that that antiquated thinking still remains in a lot of ways... (Inf.-H 5; lignes: 168178)

Aucune politique explicite ne dicte la division des rôles, par contre ceux-ci semblent être assumés quasi-automatiquement.

Just they ; there's a different relationship they feel more, maybe more comfortable with, with the same, same sex staff you know like, male just feel maybe a little more comfortable with a you know, dealing with a male staff and a female patient feels more comfortable with the female staff its. It's, for whatever reason, whether be, cultural or, or socialist, sometimes it's just the way it is. And they, you know as a male staff sometimes typically if you know in code situations, the males are, I don't want to say expected, typically kind of take-over, like in a code white situation, I'm not saying it's right or wrong it's just the way it is you know. (Inf.-H 16; lignes: 139-151)

Selon les données recueillies, il existe des manières de faire eu égard aux interventions pour gérer la violence. Comme ces participants l'expliquent, bien qu'un besoin d'aide ne soit pas spécifiquement adressé à un sexe en particulier, ou que la personne responsable d'un code soit une femme, il est entendu que les hommes doivent répondre à l'appel.

Pops all the time. It's not supposed to happen. Most of the time, like when they call here for assistance, a lot of time they are calling for men, but they can't say that they required male, but we understand what they mean (Inf.-H 2; lignes: 275-279)

I think it does yeah, like I mentioned earlier, usually on our round or on our daily planer sheet that the nurse in charge makes out, is the designated code coordinator, and no matter who it is, usually the male in the ward responds, whether or not he's in that spot the day or to, it's just usually general rule of thumb that the male goes (laughs) [...] Yeah, yeah definitely, yeah, I mean if somebody's actively psychotic and lashing out and I was the only male staff on, I would just feel that it's right to go. Sometimes I work with middle-aged to older women (Inf.-H 6; lignes: 151 [...] 164)

Certains éléments ont été présentés comme étant fondateurs dans la division genrée des rôles.

D'une part, nous notons que les infirmières sont perçues comme étant vulnérables et, d'autre part, que la rhétorique de « la force masculine » (c'est-à-dire admettre que les hommes sont généralement plus forts que les femmes) est très présente dans le milieu, où s'est déroulée la recherche.

That's something that's been ongoing here, I mean, I get paid the same as a woman that's standing beside me, but I would not, I would go in first no matter what. Like I wouldn't put a woman right in front of me that, that's just my, my thing, know what I mean? And I think most, all of them, all of them; I know that all of them in here are like that. You know it's, that's just kind of a role you assume. Just because I mean, again we're stronger, we can be a little more aggressive and it's, and I don't want to see a woman get hurt, you know? (Inf.-H 4; lignes: 116-124)

Thank you, I'm not wanting to roll around the floor, but instinctively, you do what you have to do, I mean if you've got patient attacking one of them, you're stuck, you just instinctively jump in and try and help while you call for help. So, the men just being bigger and stronger, and this is that whole feminist point that always bothers me. Men are bigger, stronger, they can handle physical things generally speaking more than women, and there are women that can do a man's role when it comes to strength and physical ability but, generally speaking, in this setting, men are stronger than women. (Inf.-F 11; lignes: 128-139)

Présence masculine

Selon les données recueillies, l'homme impose une certaine présence sur les unités. On note d'ailleurs dans cette notion de présence, un rapport de force entre les infirmiers et les patients ; ce rapport est perçu comme étant favorable au maintien d'un environnement calme et respectueux des règles en vigueur. Les infirmières, quant à elles, représentent une certaine souplesse et ne semblent pas incarner cette même autorité.

Oh, it's really different yeah. Again, it goes back to where men of kind they, they they're just follow the rules more, make the clients understand the rules a little more. Like today it's really quiet, there are five men on, it's quiet. Like there, the clients aren't hounding at the door ad asking you fifteen times for the same thing and it's, I think it's when we put it out there we make them understand that no, you know, it's the same thing you asked five minutes ago, the answer's no and this is why so, drop it, type thing it's. Whereas I think when there's M's, a woman on, they just, they have the softer side and they kind of give them a little more. From my experience. Where not talking huge things, but it's... (Inf.-H 4; lignes: 214-225)

[...] the main difference I find in the men and women here is that men have a physical presence with our patients if they, if they start to escalate, if you can't deescalate them, you could have two men walk in and that might settle the patients down, whereas two women walk in and it doesn't matter, cause most of our patients are men, are men. So just the presence of a man sometimes... (Inf.-F 11; lignes: 116 -123)

Par ailleurs les propos recueillis montrent aussi que la présence masculine est une variable nécessaire au respect et au maintien des règles en vigueur. On parle également du respect que les infirmiers seraient capables d'imposer.

Being a man? Big difference yeah. I don't think that the wards could run without men, for a couple reasons, one we just are naturally having the blunt, you know? Like when there's patients getting violent and stuff, when a man shows up it tends to settle. (Inf.-H 4; lignes: 93-96)

Oh, it's really different yeah. Again, it goes back to where men kind of just, they, they they're just follow the rules more, make the clients understand the rules a little more. Like

today it's really quiet, there are five men on, it's quiet... (Inf.-H 4; lignes: 215-218)

I think some of the challenges we have, the men don't have. Because the clients have more respect for them. I don't know if it's because of most of our clients are men, if that's why, but, I know some of the times, they'll do things for men faster than they would for a female. So, I don't know if it's just a gender thing or if it's a power thing, a physical, you know, power or, or what it is but, yeah I do see that. (Inf.-F 3; lignes: 95-102)

La comparaison que ce participant fait entre la présence des infirmiers et des agents de sécurité est particulièrement intéressante dans la mesure où, il est possible de noter un rapprochement entre les soins infirmiers et le maintien de la sécurité. C'est-à-dire qu'on note un rapprochement des notions caritatives et sécuritaires, où les participants décrivent un changement au niveau de l'identité professionnelle – un changement qui incorpore l'identité d'un garde de sécurité.

Yes, in a way yeah, same like when patients see security comes here it changes the whole dynamic, either it's good or bad. Either they are ready to go or they calm right down, now they know the consequences. And also, if I see a female nurse who can be older, you know an older female nurse who can be frail, there is one lady here who is close to 80, she is 75 years old, yeah I take it upon myself to watch for her, make sure she is safe. I do try to make sure that the ladies are safe here. (Inf.-H 2; lignes: 283-292)

Dynamiques homme-femme

À partir des données recueillies, il semble que la dynamique de groupe dans le milieu psycho-légal joue un rôle significatif dans les interactions sociales du personnel infirmier et elle a facilité les dynamiques hommes-femmes. Selon les participants, les dynamiques hommes-femmes influencent les représentations et les actions individuelles du groupe, tant au niveau des interventions infirmières qu'au niveau des interactions sociales. Ces dynamiques hommes-femmes orientent les hommes vers le rôle rigide de protection, ce qui semble faire partie

intégrale de l'identité des hommes qui sentent, entre autres, le besoin de protéger les femmes. Nous notons, qu'au niveau de la gestion des risques, la présence de normes attribuables au genre est non seulement importante lors des interventions pour contrer la violence, mais aussi au niveau des dynamiques entre les infirmiers et les infirmières.

[...] And also, if I see a female nurse who can be older, you know an older female nurse who can be frail, there is one lady here who is close to 80, she is 75 years old, yeah I take it upon myself to watch for her, make sure she is safe. I do try to make sure that the ladies are safe here. (Inf.-H 2; lignes: 287-292)

Yeah, this is the way I was brought up, make sure that the women are okay, I guess. It's just me, I don't want to see a lady gets hurt you know, it just been ingrained in me when I was growing up that the ladies are safe, any other co-worker too, but I do. (Inf.-H 2; lignes: 298-302)

Outre la force physique, cette participante explique qu'il existe des différences fondamentales (différences naturelles) entre les hommes et les femmes au niveau de l'instinct caritatif. D'une part, les hommes sont plus enclins à imposer les règles, tandis que les femmes seraient plus flexibles et plus souples dans leur approche.

Compared to a man, that's so general I mean you do have some men who have that extra, you know, caring intuitive nature. I don't think the majority of them do. Here I find a lot of them are more of a punitive type rather than [...]. Exactly rather then, you know let's see how we can handle this differently so that you don't lose your privileges, that kind of stuff... (Inf.-F 11; lignes: 106 [...] 114)

Cet accent placé sur le rôle des hommes, sur leur force physique et sur la protection qu'ils doivent assurer en plus de maintenir la sécurité, engendre et produit de même coup un discours où, les infirmières représentent un risque pour la sécurité des lieux.

[...] If one, one person might be doing something they think they're doing something nice and then somebody else does something they think they're doing nice, but after a while that whole deck of cards falls down, right? House of card, so I think that it's very important to remain consistent that hand of, I've called people on that before. And when I'm in charge

or even when I'm not in charge because I think that that's important. (Inf.-H 5; lignes: 121-128)

Ainsi, les comportements attendus par les infirmiers et les infirmières engendrent une division du travail sur les unités de soins, entendu que cette division (perçue comme « allant de soi ») a des effets probants sur l'exercice professionnel, en plus d'avoir pour effet de « naturaliser » certains rôles attribués aux hommes et aux femmes. Par exemple, selon certains participant(e)s, les hommes tendent à démontrer une certaine fermeté lorsqu'il s'agit du respect des règlements, tandis que les femmes seraient plus enclines à être manipulées de par leur nature « souple ».

Like the rules that are in place, the guys tend to follow them more and don't let, well I don't want to say manipulation but it is what it is. The women tend to get manipulated a little more I think. Just because they, the clients know that they're, they're softer and they're motherly and. You know what I mean? Or guys are just like, well no this is a rule and, it's got to be followed. Yeah. (Inf.-H 4; lignes: 104-109)

Yeah well I think there's some things that come maybe a little more natural and I mean when, in terms of strongly and assertively setting limits and sticking to it and being firm and sometimes seeming a little mean and, although it's not meant to be of course but certain firmness and maybe, yeah the firmness of responses and, limit setting is something that I think a lot of us guys jump in to try and to and... (Inf.-H 18; lignes: 250-257)

À partir de ces extraits une représentation « négative » des femmes est relevée, dans la mesure où ces dernières sont caricaturées comme étant plus facilement manipulées, donc plus à risque (vulnérables). Il est donc question de construction identitaire, où les hommes représentent une présence ferme/sécuritaire, tandis que les femmes sont perçues comme une présence souple représentant un risque « sécuritaire » (pour elles-mêmes et pour autrui).

4. 2. 2 Normes « genrées »

Les données recueillies parmi les participants permettent d'affirmer qu'une certaine division « genrée » officieuse existe au sein du milieu d'étude. Tel que décrit par cette participante,

certaines infirmières conceptualisent leur rôle au sein de l'institution selon la structure familiale traditionnelle. Elle voit donc le rôle de certaines infirmières comme mère ou grand-mère – une présentation qui s'apparente aux qualités d'aidants naturels.

(Laughs) Yeah, women tend, tend to be a little more nurturing, and, and a lot of women here are like myself and, like more than middle aged, so we tend to be the mom, grandma types and, and are more the caregiver type of person. So, so I find that and if you take that role, you're expected to always be that person (Inf.-F 1; lignes: 85-90)

Cette participante renforce la conceptualisation du rôle de l'infirmière et du rôle de mère sur son unité de soins. Elle fait référence à l'instinct maternel et aux tâches qui y sont rattachées – soit certaines tâches domestiques et soins corporels.

Well I'm, I'm not just speaking for myself in this instance, I find that the women that work on this unit, we seem to take the initiative to do, bathing, that people weren't, aren't going to be bathing themselves, or tidying up their room, or changing their bed linens, like we seem to be doing that. I'm not saying the men wouldn't do it if you asked them but, we seem to do it without being asked. And that's probably the mother in us too [...] so, that's a for instance, or, I don't know, we, we just seem to even with fluids or nourishment or that we seem to take the first step to offer it. I mean we have great guys working here, but it's, I don't know it's just probably, a female instinct that we do this. We take the mothering responsibility over. But, other than that, I really don't know, I'll work with anything else. (Inf.-F 15; lignes: 166 [...] 182)

Cette autre participante contraste le rôle des infirmières et celui des infirmiers, où les tâches domestiques, ainsi que certains soins sur l'unité sont réservés aux femmes, tandis que les hommes ont un rôle axé vers le respect des règles, un rôle plus paternel.

They are doing more of the rules but some of the older staff definitely not [...] Like we do little house keeping things you never see the male staff doing any of those sorts of thing. And they tend to sit back and would let the female staff do a lot of the work on the unit, you know (Inf.-F 3; lignes: 125 [...] 131)

Attentes officielles

Comme l'indique un participant, la présence d'hommes et de femmes au sein de l'équipe soignante répond, entre autres, à certains besoins de l'institution. La composition mixte du personnel soignant (hommes et femmes) permet aux patients d'interagir avec un intervenant ou une intervenante avec qui il/elle se sent plus confortable de discuter. Le personnel infirmier s'entend pour dire que cette mixité au sein du personnel soignant est nécessaire tant pour l'environnement de soins que pour les patients.

I think it's good to have both males and females here. Definitely two [...] Well just some people relate better to male, some people relate better to female, some, sometimes, females are better at certain situations (laughs) males are better at others. Well, well like my prime patient she, there's a lot of things I don't think she would go to a male staff to talk about, whether it's just female issues or just concerned about something, she'd talk to me about her boyfriend or boy troubles or just... (Inf.- F 13; lignes: 282 [...] 294)

Pour un autre participant, la mixité au niveau du personnel va bien au-delà du sexe biologique, mais inclut aussi un besoin de diversité au niveau des intérêts, afin de faciliter les relations avec les patients.

Well you know a lot of time we can relate better to male patients, a lot of time, or sometimes I should say we have common interests. Like you might get a guy that comes in that likes working on motorcycles, well we might have a staff here that likes motorcycles. Something common to talk about, about common ground, establish a rapport with that, that patient [...] Yeah, I mean I don't have a problem with female patients but I know being a female in psychiatry, I know in the past some male nurses have been accused of touching or something sexual or inappropriate with a female patient, and, I know a lot of time it's not true, if you're dealing with a female that has personality disorder. So, we're trying to let female staff deal with that or two staff will, will deal with her. (Inf.-H 14; lignes: 137 [...] 152)

Les participants parlent également de complémentarité des rôles. La proportion d'hommes et de femmes est importante pour créer un équilibre, afin de pallier les différents types d'interactions qui relèvent du milieu clinique. De plus, les participants ont souligné certains aspects liés à

l'intimité des soins infirmiers pouvant être considérés « risqués ». En effet, la possibilité que les interventions auprès de patients de sexe opposé qui ont un comportement inadéquat soient perçues comme inappropriées, impose une division sexuée au travail des intervenants.

L'interaction entre un membre du personnel soignant qui se trouve seul avec une patiente lors d'une intervention invasive est complexe. En effet, ce type d'intervention fait en sorte que le membre du personnel peut se sentir à risque, voire même vulnérable. Sur le plan du fonctionnement de l'unité, le fait d'avoir une mixité d'intervenants procure un sentiment de sécurité aux patients, ainsi qu'au personnel. D'une part, les patients peuvent choisir l'intervenant et, d'autre part, la mixité offre une certaine sécurité pour le personnel lors de situations difficiles.

I think you need females, or most of the reasons I mentioned, but I think it's, it's a good balance when you have both sexes here, because if, if these people were living at home, there'd be a mother and a father or. An interaction of the sexes and, I think you need that everywhere. I don't think it would work quite as well if there was just, males on a ward. I think there'd probably be more disruptive I guess [...] But, I don't know. 'Because even, even in corrections, it's a nice balance but there's, you know female correction officers and males. So, I think, I don't know I think it kind of keeps, keeps them mood a little bit more. (Inf.-F 15; lignes: 261 [...] 273)

Absolutely, and you need the balance, you need both genders, I had, and sometimes you get client that will only listen to women, like guys are like a threat, like they're like ready, let's go, you know right away. The female, they tend to, certain ones, it depends on the client but one in particular comes to mind, absolutely would not listen to anybody and we had a bit of an altercation on a, on an outing to, to, for medical reasons trying to get him back in the vehicle, that, he with this, this is where we're going, this is where you need to, not want to get back and, and I told him I said, sit down and put your seat belt on right now. Which he did, I go really? (Laugh). (Inf.-F 8; lignes: 188-199)

Le sexe biologique est donc perçu comme un atout pour répondre aux besoins relationnels sur les unités, dans la mesure où un homme (patient) peut avoir accès à un infirmier, tout comme une femme (patiente) peut avoir accès à une infirmière si nécessaire.

Well typically, I, I don't necessarily have an issue with this but you know sometimes, if, if you have a difficult male patient you know they'll send you down to, you know whatever it may be if. The personal shower or, or something and, and maybe to get in the shower and they're typical patient they'll typically send the guy down. And, and it's not necessarily, I don't think, cause sometimes male patients relate better to the male staff, it's just, it's the way it is. And it's the same with female patients relate better with the female staff sometimes, it's just... (Inf.-H 16; lignes: 119-129)

En plus de remplir un besoin relationnel, la mixité des intervenants hommes et femmes répond à un besoin officiel du milieu psycho-légal. Les trois prochains extraits d'entrevues avec des participants expliquent bien en quoi certaines dispositions légales nécessitent la présence de l'un ou l'autre des sexes. Les trois éléments se rapportent à chacun des trois extraits : sortie en communauté, protection du public et aspects logistiques.

Yeah definitely, sometimes a lot of the patients, well a lot of the male patients are staff, are gender specific, their privileges, so they can only go in the community with male staff [...] It all depends on their, well usually when they start getting community privileges, it's automatically is just what male staff for male patients and female staff for female patients, as they get more privileges, they can, and they can get that privilege to go with either gender staff. (Inf.-H 6; lignes: 180 [...] 189)

That's, and you protect the public, and, and the thing is what if they have to go to the washroom, well, what are you going to do, you know, here you are, you're escorting your patient out, one to one, or one to two, or one to four, he responds both of your patient in your care at all times, so they got to go to the washroom [...] You got to do, you know what you going to go on the washroom, when the female washroom, the male staff is going to go on the male washroom, that's what you got to do, so protection of the public, protection of the patient and protection of the public, so. I think we, I think there's a need for a strong need. (Inf.-F 10; lignes: 417-429)

The only benefit to having guys here is that we have patients that have community privileges they can only go out in the community with a guy. Yeah, so if you have the gender specific things, then it helps like obviously on a weekend we have the patients going, is there guys working this weekend, because we want to go out and do something right? (Inf.-H 5; lignes: 484-494)

Attentes officieuses

L'environnement potentiellement violent du milieu d'étude ainsi que sa forte concentration d'hommes (patients et infirmiers), semble alimenter une perception qu'il (le milieu) ne peut exister sans la présence des hommes infirmiers ; leur contribution physique au travail est perçue comme indispensable.

Being a man? Big difference yeah. I don't think that the wards could run without men, for a couple reasons, one we just are naturally having the blunt, you know? Like when there's patients getting violent and stuff, when a man shows up it tends to [...]. They seem to settle more than if it's a woman. And on the flip side women tend to be more understanding sometimes men are little more aggressive but, I think we're both needed on the ward for sure. We have good balance you know? The guys tend to set rules a little more I find, like (Inf.-H 4; lignes: 93 [...] 102)

Tel que le décrit le prochain participant, l'utilisation des hommes, lors de situations violentes semblent relever des attentes officieuses – une forme d'instrumentalisation implicite. Il semble clair que la compétence au niveau des soins n'est pas l'affaire d'un sexe plutôt qu'un autre. Toutefois, on note que l'intervention physique offerte par la gent masculine demeure une affaire d'hommes, même si elle n'est pas officialisée par l'institution.

No, there's no written expectation that as a male you will attend, I mean, we can all attend crisis situations and, if you happen to be in the midst of it when it's happening, male or female, you have to deal with it at the time. Again, there are a lot of ladies that I would rather have talking to a patient because we have some ladies that are exceptionally good at talking people down right? We have some guys that are exceptionally good at talking people down, so I mean, I think when I look at it from a gender perspective, there is no better

person to, to lead, it just depends on the person that happens to be there at the time and, and are they good in that situation, but I just think when it comes to the hands-on stuff there is that expectation and there's nothing documented that says that. (Inf.-H 5; lignes: 204-217)

Well typically, I, I don't necessarily have an issue with this but you know sometimes, if, if you have a difficult male patient you know they'll send you down to you know whatever it may be if. The personal shower or, or something and, and maybe to get in the shower and they're typical patient they'll typically send the guy down. And, and it's not necessarily, I don't think, cause sometimes male patients relate better to the male staff, it's just, it's the way it is. And it's the same with female patients relate better with the female staff sometimes, it's just [...].Possibly, possibly, I mean, it, it could be you know I mean whatever, whatever, the reason it might be is sometimes it just works, and, and like I say it's the same with female staff, like there's certain female patients that I can ask them to do something all day and they won't do it and, it's just they, there's a different relationship they feel more, maybe more comfortable with, with the same, same sex staff you know like, male just feel maybe a little more comfortable with a you know, dealing with a male staff and a female patient feels more comfortable with the female staff its. It's, for whatever reason, whether be, cultural or, or socialist, sometimes it's just the way it is. And they, you know as a male staff sometimes typically if you know in code situations, the males are, I don't want to say expected, typically kind of takeover, like in a code white situation, I'm not saying it's right or wrong it's just the way it is you know (Inf.-H 16; lignes: 119 [...] 151)

Le système en place, par l'entremise d'attentes officieuses ou implicites, encourage donc une instrumentalisation des rôles dévolus aux infirmiers et aux infirmières. Comme le mentionne la prochaine participante, certaines attentes stéréotypées peuvent entraîner des pratiques discriminatoires à l'égard d'un sexe plutôt que l'autre. Bien que cette perception n'ait pas été validée auprès de l'administration, ce sentiment était partagé par d'autres participantes.

Ok, well I, well I went to school, I had to pay for my education, ok back in those days, a guy's got their education paid for, the RPNs. I don't know how many years that one ran for. They got hired here, they were called PNA one's back then, and they got hired here because they were male, because hospital needed male staff. So, they had their

education paid for, automatically had a job to come to [...] And now if we call a unit and ask for a man, a man it's you can't be gender specific, and you know who were the worst ones for saying that, are the guys that got their education paid for because they were a man. So, it's very annoying. Yeah, yes. Yeah, that's why they got hired here, that's why they got their education paid for so don't be squawking to me if we want to be gender specific if we need a man down here to just, well take control of a situation, like... (Inf.-F 12; lignes: 436 [...] 455)

Ce participant fait état du favoritisme masculin. Pour assurer le maintien de la sécurité, le milieu sollicite les atouts masculins. Ce favoritisme pour la gent masculine ne vient pas sans conséquences. Il impose des attentes et des responsabilités implicites auprès du personnel masculin, lorsque vient le temps de gérer les risques de violence.

Definitely welcome and it may have had something to do with the fact that I was a male. I think that just sort of the general impression I got was, they liked having male nurses on the units, a lot of the female nurses have told me that in the past that they like seeing young new males working here because in case of a code or anything, it's nice to, have people that are willing to go in and help restraint patients [...] Yeah, I don't know they just seem to like to have guys on, like sometimes they will call around on different units just to see how many male nurses are working that day, depending, that they're going to try to give an injection to a psychotic patient or something, they like to know how many people are going to respond to the codes and stuff. And I'm not saying that female nurses don't respond to codes but, in general usually. Whoever, (Inf.-H 6; lignes: 9 [...] 26)

Comme le décrit un autre participant, certaines attentes sont implicites lorsqu'il est question des pratiques basées sur le sexe biologique. Cet infirmier réfère à ses organes génitaux pour parler de son identité.

Well because I said, I don't consider myself, you know a penis or, or whatever, I consider myself a nurse [...] And I can work just as effectively as you can, I said I have strengths that you don't have, you have strengths that I don't have, but together, you know, let's work together and do it right? And I said, I said I know that we do these things well together and, you know this one person that you know kind of continues to be pervasively negative was like ok and the other ladies were like, ok I just didn't really know that that's

the way you guys thought so they were maybe a little humbled by it and this other lady just whatever (laughs) but I think for the most part it worked out well and we kind of get a little better understanding, but I mean, if we hadn't taken the time to like say you know (Inf.-H 5; lignes: 696 [...] 710)

Cet extrait semble être une indication d'une tension réelle à l'œuvre dans un milieu où les hommes se voient imposer des attentes stéréotypées (force physique), alors que leur capacité de soigner est remise en question, et ce, par plusieurs infirmières. L'environnement à l'étude reproduit, de manière extrême, voire violente, la polarisation des rôles attribués aux hommes et aux femmes, dans la mesure où les pratiques en cours sont fortement axées sur les stéréotypes de chaque groupe. Les extraits qui suivent réitèrent ces divisions stéréotypées, où les hommes sont utiles pour les interventions violentes, tandis que les femmes sont plus confortables avec les aspects caritatifs de la pratique.

I'd be hoping there might be a couple men that could jump in a bit first, that's reasonable, given strength differences and, yeah. Anything else, maybe, I don't know; I found some of the women are, are more, comfortable with some of the intimate aspects of care, you know, oh your feet are looking rough, here I'm going to cream them up for you. And I see that, and that's great, I, I think that there's a complimentary. (Inf.-F 19; lignes: 235-241)

Yeah, yes, yes, yeah so that's, so there are times when it's forced upon you. But other than that, I mean we all, pretty well, most things can either gender gets involved with, I think sometimes, some things are better suited for the female nurses and some for the male nurses. And then a lot of overlap where we're just you know, we, we all do a good job. Yeah, so there's two circles effectively, there's those over yeah, those to circles, and the area in the middle there is a nice overlap. (Inf.-F 18; lignes: 265-273)

I think to sum it up simply is that women tend to help women. Women see what has to be done without being asked. So, a lot of times you working, and it's not, certainly isn't all the time, because there's someone you have to ask, can you do this? And you wonder why didn't you see that? Why, why do I have to ask you to do that? You know, why haven't you seen it? Generally speaking, women see what has to be

done and then do it. Whereas sometimes men don't see it.
(Inf.-F 11; lignes: 203-212)

Like we do little house keeping things you never see the
male staff doing any of those sorts of thing. And they tend to
sit back and would let the female staff do a lot of the work on
the unit, you know. (Inf.-F 3; lignes: 128-131)

Ces construits sociaux font de la pratique infirmière une division de travail « genrée » qui définit les standards interventionnels du milieu psychiatrique. En d'autres mots, cette classification des interventions infirmières place chaque intervenant dans une catégorie pour accomplir certaines tâches selon une nomenclature socialement sexuée et « genrée ». Dans un milieu traditionnel de soins, on ne ressent pas nécessairement la scission des rôles du personnel infirmier qu'il soit homme ou femme. Un homme ou une femme soigne selon les principes fondamentaux de la profession infirmière. La pertinence des aspects sécuritaires dans ce milieu influence fortement la pratique infirmière à un point, où ni les infirmiers, ni les infirmières n'assument pleinement leurs responsabilités professionnelles.

4. 3 Souffrance et mécanismes d'adaptation

« Adapter » provient du latin *apere* (lier, attacher), dont le participe passé *aptus* (apte) ajouté à la locution *ad* (à, vers) a donné le verbe *adaptare* (ajuster à, en vue de) (Roy, 2006). Pour les participants, s'adapter consiste à utiliser un éventail de mécanismes pour s'ajuster au milieu de travail, en vue de soigner dans un contexte inhabituel. Plus important encore, dans le cadre de cette étude, c'est l'exploration des mécanismes d'adaptation « genrés » – ces mécanismes d'adaptation qui relèvent de construits typiquement féminin et masculin. La première catégorie a exposé les effets du milieu sécuritaire sur la pratique des infirmières et des infirmiers. La deuxième a exposé les divisions « genrées » qui s'opèrent dans le milieu d'étude. La troisième catégorie mettra plutôt l'accent sur la souffrance vécue par le personnel infirmier et les mécanismes d'adaptation qu'il déploie dans ce contexte.

4. 3. 1 Souffrance

Le concept de souffrance fait référence à une dimension abstraite de la réalité. Comme notre étude le fait ressortir, ce concept n'est pas tangible ; il est difficile à définir. Lorsqu'on parle de souffrance, certains font automatiquement référence à quelque chose de purement physique. Toutefois, nous notons qu'elle comporte une dimension subjective dont les origines sont complexes soit : mentale (psychique), physique, sociale, politique, économique, etc. Dans le cadre de ce projet, nous avons répertorié une dimension « genrée » de la souffrance que l'on qualifie de morale et dont l'origine peut être retracée dans les structures organisationnelles. En effet, les participants et participantes ont partagé certains sentiments négatifs par rapport à leurs expériences comme professionnels de la santé dans le milieu d'étude. Les structures organisationnelles dictent le mode de fonctionnement et compromettent l'autonomie professionnelle, ce qui impose une souffrance morale aux soignants. La dimension « genrée » de la souffrance se subdivise en deux composantes : la souffrance masculine et la souffrance féminine. Il est impératif de comprendre cette distinction, dans la mesure où la souffrance diffère selon le genre et les rôles qui lui sont attribués.

Souffrance masculine

Les rôles des intervenants en milieu psycho-légal sont fluides, car il est souvent difficile de comprendre les rôles spécifiques associés aux intervenants et peuvent donc porter à confusion. Selon les expériences partagées par les participants, cette confusion peut générer certains sentiments négatifs que nous qualifions de « souffrance ». Dans cet extrait, une participante, fait état de cette confusion et des frustrations que la souffrance suscite auprès du personnel infirmier.

We do have conflict and, and like to say with, with some people disagree about how things should be handled and, and so on so forth and. Some people get upset even too about the gender issues, well, that, she who don't have any men around here gets, we need some men around here, what kind of place we running

here and, when we have me and the male patients and we don't have enough male staff [...] So on so forth and the, and then some, otherwise, on the other side of the corners, lots of male staff and have female staff, well, wait a minute I can't do everything, female staff [...] there's conflicts in the, in the team today on a given day with, you know, I'm so sick of doing all the work here and why is, and so and so [...] what's the role of male staff what's the role of the female staff and you know, how do you, how do you come together as a team... (Inf.-F 10; lignes: 85...114)

Comme il est permis de le constater, une dimension « genrée » s'ajoute à cette confusion des rôles et à la frustration qu'elle génère. Ces prochains participants nous indiquent d'ailleurs que certaines attentes (officieuses) encadrent les interventions pour contrer la violence et maintenir la sécurité. Ces attentes reposent principalement sur la force physique associée au personnel infirmier (homme). Ces participants partagent, entre autres, le rôle associé aux hommes dans ce milieu ainsi que le sentiment de vulnérabilité qu'il génère.

Nothing other than what I've already told you. We do get treated like security guards [...]. If that setting had security guards, then yeah it would be different, but I know here if a patient's escalating they'll call around to different units to see what men are working and get all the men here. (Inf.-H 14; lignes: 178 [...] 185)

Well I know there's been times when there's been a problem and it's kind of a, you, you got to think of it in terms of balance because if there's an agitated patient, ok, you want the people that can deal with that person if, if they need to physically intervene, you need the people that will deal with that person more effectively so if it's a, a bigger stronger guy, then that's fine I would not want to see you know, a tiny lady go in and get hurt right? Because that, I would feel exceptionally bad about that. But the fact that, you know often times, it was like the guys they kept getting called and called and called; you know you're putting yourself at risk of getting injured, right? And it was almost seeming to be, for the longest time an expectation of when there was a problem because we get called and that kind of really ground on a lot of the guys, that I know, there's like you know, you know we want to go, we want to help out but there's that expectation, and that expectation just kind of doesn't sit well right? (Inf.-H 5; lignes: 182-199)

Nous constatons également que ce cadre d'intervention (maintien de sécurité) est influencé par une perception de vulnérabilité du personnel infirmier féminin, dans la mesure, où les femmes sont considérées comme étant plus vulnérables (faible force physique) dans ce milieu de travail. Ce qui explique, en partie certains fondements reliés aux attentes « genrées » de protection (masculine).

If I were a woman in this setting? I guess if I were a woman I would be more aware of my surroundings, I guess maybe if a male patient maybe attracted to you, or just focus on you, I guess I would make myself more aware of my surroundings, where the people are in case I need them. (Inf.-H 2; lignes: 334-339)

I think I would be scared as a woman. Yeah, I do I think women that work here got really thick skin and they're tough and they're good at what they do. Cause there is some really, I mean I get intimidated by a lot of guys, where my heart's thumping and pounding and the women here, I mean they're here, they're doing it, like, takes a special woman to do this job for sure. And that's like a, communication becomes really big then too right. Communication is, is really, your front, your front line defence here. Even if someone is violent and stuff I mean if, you talk and I'm trying to calm them down and stuff you know? Before all other, yeah, a woman in this field is, I would think is really challenging. (Inf.-H 4; lignes: 152-163)

[...] At the same time and this is kind of where, you know coming from a, a guy's perspective it's, it's a real kind of balancing act, because I don't want to have, one of my female co-workers go in cause, like I like everybody I work with, well I like most people I work with, I shouldn't say everybody, I don't want to see somebody go in and get hurt right? Because as a man, seeing one of the ladies I work with get hurt would really make me angry. (Inf.-H 5; lignes: 231-239)

Au sentiment de vulnérabilité lié au besoin d'intervenir pour protéger les autres, s'ajoute une dimension professionnelle conflictuelle. Comme le soulèvent ces deux participants, il existe une

tension entre le rôle attendu des hommes et la capacité d'établir une relation thérapeutique auprès des patients par ces mêmes hommes.

If they're acting out if they're verbally aggressive, physically aggressive, that would make it, it makes it hard to, to create any relationship with them to treat, give them any kind of treatment but [...]. Yeah, so that's what I find, that's what I mean by difficult, like if you have somebody like that it's, it is hard to get, get going with them, to get, treat them at all [...] (Inf.-F 13; lignes: 128 [131...137] 141)

Well back to, like seclusions and stuff, I've had a hard time with that too cause, as a man, it's like I say it's a given you're going to go in because you got the patient and you're going to restrain him, you know stuff like that but, I think that needs to be looked at. Maybe it's getting off track a little bit but we're, I'm trying to have a therapeutic relationship with this person and two days ago I've hold him on the floor. Restraining him, and gave him a needle and stuff and then two days after that now I'm trying to like have a conversation with him and, and I think there's an element of, like the rooster and the rooster you know what I mean? (Inf.-H 4; lignes: 336-345)

You know like it's, form a guy, I mean guys are you know a little, Yeah, that's not what I want to be but that's what I had to be. Right. And now that's over but that guy I that I had held down, I think has a certain amount of [...]. That's right and, maybe that's, I think that's probably breaking down our relationship a little bit because we don't have one yet. We're trying to build one but, you know I'm trying to start off with, we, we had this wrestle and [...]. Yeah. I mean I tend, I think I've gotten around it, but it definitely takes more time to build trust. Definitely, well that's when you, you're communication comes in, I was doing it, not because I wanted to and I'm not trying to be the man, I'm just, you know it's, that's definitely a hurdle. (Inf.-H 4; lignes: 35 [...] 368)

Bien que les femmes soient décrites comme étant « vulnérables » dans le milieu d'étude, nous notons également que l'organisation du travail pour assurer la sécurité de tous engendre une certaine souffrance chez les hommes et les femmes, tant au niveau personnel (intégrité

physique) qu'au plan professionnel (incapacité de tisser des liens thérapeutiques avec les patients).

Souffrance féminine

Comme l'indique la prochaine participante, le milieu de soins étant largement composé d'hommes (infirmiers, patients, administration), donne l'apparence d'un « club de gars ». Ce qui peut susciter chez les femmes (infirmières), un sentiment d'isolement (mise à l'écart) où elles se sentent reléguées au second plan. En effet, une participante exprime comment à la fois être femme et travailler dans un milieu typiquement masculin génère des sentiments d'exclusion. La souffrance féminine peut être générée aussi par les attentes officieuses et implicites de l'environnement de travail. Tout comme il était question d'une souffrance associée aux interventions violentes pour les hommes, nous notons que les femmes sont confinées à des tâches plus féminines, soient certaines interventions soignantes (relation d'aide) et les tâches domestiques (ex. aspects intimes des soins, soins d'hygiène, réfection des lits, etc.).

I have been, as a female, I've been quite discouraged some days working here with some male staff that absolutely did not work, and there's really nothing you can do about it. Because, I've complained and nothing was done. I don't know if that's because most of our management happens to be male as well. They're all kind of buddies. Sometimes you think it's just that old boys club which is unfortunate. (Inf.-F 3; lignes: 248-256)

Not so much now, at one time absolutely, absolutely, like you know if we had to do dressing it was always the female nurses that did it. It was the female nurses that did medications and, more hands-on care with both male and female patients at one time... (Inf.-F 12; lignes: 253-257)

Comme l'indique le prochain participant, la conception stéréotypée des femmes transmise dans la société est amplifiée en psychiatrie légale. En effet, on attribue aux femmes des qualités maternelles ; ces qualités sont perçues comme étant dangereuses pour le milieu, notamment

au regard des risques sécuritaires qu'elles soulèvent, car les femmes sont perçues comme étant trop souples pour appliquer les règles.

Like the rules that are in place, the guys tend to follow them more and don't let, well I don't want to say manipulation but it is what it is. The women tend to get manipulated a little more I think. Just because they, the clients know that they're, they're softer and they're motherly and. You know what I mean? Or guys are just like, well no this is a rule and, it's got to be followed. (Inf.-H 4; lignes: 104-109)

Par ailleurs, à l'inverse des hommes, les femmes sont perçues comme faibles et facilement manipulables pour le milieu en raison des risques de violence. Certains participants expriment la crainte qu'ils éprouvent pour leurs collègues féminins, tandis que d'autres expriment la peur qu'ils vivraient s'ils étaient des femmes travaillant dans ce milieu.

If I were a woman in this setting? I guess if I were a woman I would be more aware of my surroundings, I guess maybe if a male patient maybe attracted to you or just focus on you, I guess I would make myself more aware of my surroundings, where the people are in case I need them. (Inf.-H 2; lignes: 334-339)

I think I would be scared as a woman. Yeah, I do I think women that work here got really thick skin and they're tough and they're good at what they do. Cause there is some really, I mean I get intimidated by a lot of guys, where my heart's thumping and pounding and the women here, I mean they're here, they're doing it, like, takes a special woman to do this job for sure. (Inf.-H 4; lignes: 152-157)

Bien que les infirmières et les infirmiers ne vivent pas la souffrance de la même manière, un lien direct existe entre les deux réalités. Ainsi, il est fait mention de l'expérience des hommes qui implique une vulnérabilité (souffrance) liée au maintien de la sécurité et au besoin de protéger, les collègues jugées moins fortes. Bien que les participants aient exprimé cette obligation pour le bon fonctionnement du milieu, des enjeux éthiques et professionnels demeurent. Les hommes sont confrontés à une réalité qui leur demande de jouer un rôle ambigu, celui d'être

infirmiers avant tout (soigner) et d'assurer la sécurité des lieux (punir). Les femmes, par ailleurs se font reprocher leur souplesse – invoquant le manque de rigueur dans le renforcement de règles. D'autres vont jusqu'à souligner leur faiblesse physique. Un lien direct existe entre ces deux réalités, dans la mesure où elles s'opposent et impliquent une division « genrée » des rôles sous une rhétorique de la complémentarité. Il est donc question ici d'une réalité double qui limite l'exercice infirmier dans son ensemble. Le personnel soignant exerce dans un environnement empreint de construits axés vers le maintien de la sécurité – empêchant ainsi, de part et d'autre, le déploiement d'une pratique professionnelle complète.

4. 3. 2 Mécanismes d'adaptation

Les mécanismes d'adaptation sont des stratégies que le personnel soignant utilise pour s'adapter à son environnement de travail. Comme expliqué plus tôt, le contexte extrême de travail peut imposer certaines pratiques qui ne correspondent pas toujours aux principes fondamentaux des soins infirmiers. Le personnel infirmier doit donc intégrer certaines pratiques contradictoires (aspects sécuritaires), mais indispensables à la pratique infirmière, afin de répondre aux besoins des patients. Ainsi, pour soigner dans ce système psycho-légal, le personnel infirmier doit développer des mécanismes et des stratégies pour éviter de dévier des normes de la pratique infirmière, mais aussi pour soigner, tout en tenant compte des contraintes du milieu. Les mécanismes d'adaptation ont deux dimensions : 1) importance des bonnes relations ; 2) respect et communication.

Importance des bonnes relations

Comme le décrivent les participants, il est vital d'entretenir de bonnes relations dans le milieu de travail, afin de non seulement, établir un environnement calme pour soigner, mais également garder le milieu sécuritaire. Ainsi, nous notons des relations extrêmement étroites entre les membres du personnel infirmier, où il n'est pas rare que l'on réfère aux collègues de travail comme on le ferait avec un membre de la famille.

Most exciting is, again, that your co-workers are kind of like your family too, you get to know them so well and it's, coming to work it's always. Like we horse around a bit you know too, we get the job done but there's, you know, you kind of drag each other and you poke fun and stuff like that... (Inf.-H 4; lignes: 31-36)

Oh, I'd say it's kind of like a family setting, you know? I, I like coming to work just because I know I'm going to see people I haven't seen in a while and, you joke around and have fun. It's part of your life, half of these people are, here are my life. (Inf.-H 4; lignes: 171-176)

Ainsi, travailler ensemble se révèle extrêmement significatif. Certes, assurer le bien-être des patients exige la collaboration de chacun, bien que des tensions violentes puissent exister dans l'environnement, la qualité de la relation interpersonnelle permet d'apaiser le climat.

Well, most of the, most of my colleagues I have a good relationship and a good rapport with. And I, like right now though, we're having like a shift in, a shift in staff and some staff are in temporary positions and they're going to be kind of bumped out of them and things. So, it's a little more intense, and, but, on the whole, the staff here get along great and, and work as a whole. So, it's, it's been really good. More so even then other places I've worked in this hospital (Inf.-F 1; lignes: 165-173)

Yeah, and they, and the staff here seem to, like you know, they want to, you know they always want to take up a collection for somebody for something and, and stuff like that so they're quite a caring bunch. So that's nice. (Inf.-F 1; lignes: 179-182)

Outre la structure familiale, on note également une structure de groupe hiérarchique. Les participants ont partagé le fait qu'il existe une certaine dynamique entre les soignants seniors qui mettent leur expérience au service des novices. Au cœur de cette réalité existe également un sentiment d'appartenance non négligeable.

I think it's pretty significant, I mean, I work with a lot of really good nurses who've been here for a long time, especially in this floor it seems that some of the nurses, many of the nurses have worked here twenty, twenty-five, thirty years, so when I started here they

were all really helpful and orienting me and, so we've developed pretty good relationships, I feel that way, and then some of the nurses have become friends of mine, like we hang out socially as well. (Inf.-H 6; lignes: 298-306)

Dans l'extrait suivant on rappelle une certaine intégration à l'équipe de soins – une intégration qui nécessite une adaptation au milieu. Cette intégration représente un processus où la personne développe une identité professionnelle teintée par la culture de soins (perception des collègues, pratiques courantes, etc.).

Well, when I started, I started upstairs right on the fourth floor, and I was very quiet, very just, and submissive almost. I'd just kind of sit back and, I, I just started, didn't have a clue what I was doing and, but I didn't really take a whole lot of initiative either. And there, upstairs there are a lot of very strong personalities; everybody is very, very strong (laughs), so is hard for me almost to fit in. But then once I came down here, I was like nope, new start and I was more outgoing. I, I think if I had to do it again I'd be right from the start, I would be very, very outgoing, very interested in what's going on, I would try, I'd try harder to, to learn and to fit in and to [...] Yeah, when I was up there I had, it was one time, she had just asked me like are you, I said, I said I just don't know what's going on, and she said just that you're quiet and are you just kind of asked me I think if I was shy or if I was. But that, you know it's kind of after that it kind of opened my eyes like ok I've got to be a little more assertive [...] That, it didn't bother, well it almost made me kind of wonder what people thought of me I guess, it made me concerned that they didn't like me or they didn't think, they didn't think I, I was just a dumb kid. And I didn't, I didn't want them to think that, so. But, but I was glad she told me that though. I'm glad she talked to me and, but then just whenever, it just wasn't very long after that, which I moved down here and... (Inf.-F 13; lignes: 491 [...] 527)

L'importance des bonnes relations est nécessaire, peu importe le milieu de travail. Cependant, à ce niveau, nous avons remarqué un accent particulier dans le milieu psycho-légal. D'une part, la dimension familiale des liens sociaux permet en partie, de contextualiser certaines des

constructions « genrées » présentées plus tôt. D'autre part et tel que nous le verrons dans les différentes dimensions des mécanismes d'adaptation (esprit d'équipe, s'appuyer sur les forces de chacun, respect, communication), les enjeux du milieu imposent une certaine redéfinition des interventions professionnelles, afin de répondre aux aspects sécuritaires du milieu psycholégal.

L'esprit et le travail d'équipe - S'appuyer sur les forces de chacun

L'esprit d'équipe est un concept clé qui ressort des expériences partagées par les participants.

L'esprit d'équipe fait référence à une dynamique d'entraide – un mécanisme d'adaptation incontournable en psychiatrie légale. En effet, l'esprit d'équipe sollicite une cohésion entre les membres du corps infirmier qui s'avère particulièrement nécessaire pour assurer la sécurité de chacun. Ainsi, on note les avantages de l'esprit d'équipe et comment celui-ci procure un sentiment de confiance aux soignants.

I think be yourself, and you know just kind of, just be part of the team and you know if you have questions, you can ask. You're, even if you're not sure about something you're not sure about yourself, just. Again, just ask, and, it's I think, like again I think we're a pretty good team so if you know, we all try to help one another so if, if there's a situation or anything that you don't feel comfortable with and... (Inf.-H 16; lignes: 388395)

Yeah, at any time, anytime anything happens everybody, and, there is kind of a situation that you're not sure about everyone is usually really aware of it and, and watches if. Yeah, and if you're down somewhere people will come check on you and yeah, no I'm very, very confident (Inf.-F 13; lignes: 258-263)

L'esprit d'équipe favorise le travail d'équipe, un élément que la prochaine participante souligne en expliquant l'importance que l'esprit d'équipe revêt en psychiatrie légale. Les deux prochains extraits de la même participante expriment une tolérance zéro en regard à l'intimidation au sein des équipes de soins – exprimant ainsi comment la cohésion entre les membres du personnel soignant est un élément primordial pour maintenir la sécurité.

So, I think that, I think that any, any, or the station any, or do talking specifically forensic, I think that, that there's a zero tolerance on that bullying has to be, has to be, we're dealing with serious population patients, where there's, there's people always at risk and there's always safety concerns where we need to rely on each and every person and there's no place (Inf.-F 10; lignes: 866-872)

Then I think that somehow that people will help, help, everybody get through it somehow an, but absolutely, bullies do not belong, in, in the team and, and you know have that over the years, they need to be reported and they need to be dealt with because it drags everybody down, it's just, it's just demoralizing and, and, and we get, its, it's horrible effect. Toxic and degrading it's awful. When, when somebody's singled out and getting picked on, and picked on, and picked on it's, it's sad and then we just, you know, so I feel, I think that, I think that that always needs to be nipped in about an ending, even if it happens in a male, it happened to females I mean, males to females, females to males. It's just wrong and that needs to be dealt with [...]. No, and, and I think more awareness about bullying in, in, in workplace is getting out there. But more needs to be done to, I mean, like I see, they always have, have a webcast about bullying in the workplace well, yeah, I think it needs to be more aware I think we need to keep having in, in, person, in service not on the web, or not on the. Not on the, on the, not on the internet, you've got a module and you got to you know say that I will not this and that and another thing, the distant deal with a bully (Inf.-F 10; lignes: 817-843)

Au sein de l'équipe, les participants ont noté que les habiletés de chacun peuvent être diversifiées. Cette notion d'équipe vient donc, encore une fois, englober les divisions « genrées » présentées précédemment. La force de chaque membre contribue au bon fonctionnement de l'équipe et est nécessaire pour que l'équipe fonctionne comme un tout et non des parties distinctes et isolées. Ce constat est toutefois paradoxal avec l'ensemble des résultats qui indiquent que le travail d'équipe crée certaines divisions pratiques « genrées », auxquelles l'exercice professionnel est contraint.

Flexible so, I mean I always when I'm working with the group I always think you know who everybody has

certain strengths you know I drop on those strengths and individuals or, or some people have more expertise or more whatever, I always, like think of that, who's got the strength and then I always look at fairness to distribution of, of work tasks, fairly, it, it fairly balanced, and I always tell them too that we work as a team today and yes we may have challenges, some people think we may not have enough staff but I think we do, and I think we'll get through all together as a team and, (Inf.-F 10; lignes: 750-766)

It's like any strength, you know? Some, unfortunately some patients just trigger you in the wrong way, you know, you react to them, and whether you choose to mentally or not, it happens. So, you not, you might not be the best person in that situation, to have the conversation, whereas somebody else might, so if you know about a, a staff if you know each other, you know you can say. Or come help, come, come fill in the blanks that I miss. (Inf.-F 11; lignes: 178-186)

Il est également important de noter que l'esprit d'équipe ne répond pas seulement aux impératifs de sécurité. Il permet une entraide afin de pallier aux difficultés cliniques engendrées par certains patients. Un soignant peut avoir un meilleur rapport avec un patient, parce qu'il maîtrise certaines habiletés de communication et/ a développé une relation thérapeutique avec ce patient. Ainsi, la conception des soins en équipe permet de miser sur les forces de chacun, renforcer et tisser des liens socio-professionnels. L'esprit d'équipe favorise également le sentiment du travail accompli. L'extrait suivant est empreint d'une certaine animosité exprimée envers l'administration la participante renforce le besoin de voir sa pratique liée à une action collective « bonne » et gratifiante.

The most exciting is, I think the most exciting was, is when, you're satisfied that something went well. And like for say for example, for a, a patient to say thank you I really appreciate what it did to help me, a lot. And, so that, and so I mean I just finally I'm very satisfying, we don't get a lot of praised from above from our, from our superiors eh so. I think the, what we kind of get is, is what we can give maybe from each other about some, and we do, we do need, as, as, as humans you do need some kind of validation or some kind of strokes for being, doing something right or, or

doing something good or something that satisfaction of a job well done, you need to have some of that, so, I mean we, we wish we had some more of that as nurses here in this facility, of course. From above but, but we don't always, yeah. We don't always get that, so. I think we, we have even as a, like a, a team role we'd done something and we'd done something good about something and as a team we feel good about it and you know, job well done and, and so on and, yeah. And a good thing is, did, really well the patient, help them go all through the system and, and then come to a point where doing discharge planning and then, and get ready to go in the community and you know, the patient does reflect on how they, what they've learned and so on, so you've made a difference in their life, and you made an impact and, you know their future too. So yeah. (Inf.-F 10; lignes: 161-188)

Respect

Toujours dans une conception du soin en équipe, le respect est une autre dimension importante, soulignée par les participants pour faciliter les interactions entre les différents membres. Comme le souligne cette participante, la notion de respect renvoie au respect des décisions de chaque infirmière. Toutefois, elle note également l'importance d'un partage d'information entre les infirmières lors de la prise de décision. Ce partage d'information et de décisions collectives indiquent un partage d'imputabilité.

Not like, I'll give you an example just kind of like when I'm in charge, 'because we take turn being in charge here, we don't have a Monday to Friday head nurse. All the RN's take turns being in charge. If there's a decision to be made, I'll discuss it with the whole treatment team. Ad I won't go over another nurse's head. She's made a decision that seems appropriate but we try and make decisions as a team. And that it's not just put on one person it's the whole team that's made the decision. (Inf.-H 14; lignes; 249-258)

Bien que le respect ne soit pas un mécanisme d'adaptation en soi, il devrait être présent dans tous les milieux de travail ; l'accent sur l'imputabilité partagée lui confère une dimension particulière. On note également une dimension plus personnelle à la notion de respect entre les

membres de l'équipe. Ce respect prend la forme d'une certaine empathie pour la réalité que chacun et chacune vivent en dehors du milieu de travail. Comme le note ce verbatim, on note une dimension genrée des obligations familiales et du respect de ces effets au travail.

Yeah, yeah so I would like to see that, you know, that everybody's coming to work and they're, they're ok to work and so on and if they're not well, that means somebody maybe to have a death in the family, something, or, or something happened at home, the child is sick or something situation, you know where they may be even called away or, or have to be contacted by, you know their care giver or somebody they may, you get pulled away, I mean once again, the female nurse would get a lot of them, they have to do a lot of the home care role if we have children and would make it theirs, there are certain things that may play it to that as well and then, well of course the fathers too but, but thing is to be flexible ad working together and be respectful of others, respectful of other's emotions and theirs, and their needs to, I think is, is huge eh? Cause you know some people it's, some, or some people I, you know you kind of feel bad for, cause they've had the, the weight of their world on their shoulders before they even came to work in the morning you know they had do all kinds of care at home for family members or whatever, then they show up and , yeah they're maybe a bit tired and they, but you know what, as long as everything's fair and across the board and it's not unbalanced eh?[...] (Inf.-F 10; lignes: 793-814)

La communication

Dans le domaine de soins infirmiers en général, la communication est d'une importance capitale pour transmettre des informations de santé dans le but de faciliter la provision des soins. Elle est donc considérée comme un élément essentiel dans la pratique des soins infirmiers. Selon nos participants, la communication entre les membres de l'équipe soignante en psychiatrie légale est particulière, car elle peut être interprétée comme un élément essentiel dans le maintien de la sécurité. Or, les échanges avec les participants de l'étude permettent de

comprendre en quoi la façon dont le personnel soignant communique représente un mécanisme d'adaptation à un milieu perçu comme empreint de violence.

Communication is key really, we need to know where everybody is because it's like, I'll look around and I'll think, I haven't seen so and so in a while, and probably I'll go look for them, or again on my cameras. You know and take a look around because, like I said, it's keeping your pulse on and knowing where everybody is. (Inf.-F 7; lignes: 308-313)

Ce type de communication soulève un aspect très fonctionnel de l'équipe de soins. Le prochain participant précise comment il est essentiel de communiquer pour maintenir la consistance des interventions, afin que tout le monde soit sur la même longueur d'onde. Cette explication fait certes référence à la continuité des soins. Tout, comme nous le verrons plus loin, elle s'inscrit également dans une logique sécuritaire.

That's it yeah, part of it. Plus, I just enjoy the psychiatry the emotional and cognitive aspects of the work. And a lot of the, I find, a lot of the teamwork is required, because, I don't know there can be in this environment manipulation going on by the patients trying to, yeah so, I think that it's important that staff communicate a lot, talk a lot and be on the same page and that goes on and that, I really enjoy that part of them as well so there's a lot of communication going on among staff. Yeah so you may, you know, sometimes see staff in the office a lot for example but there's always a lot of discussion going on and keeping each other aware of what's happening. (Inf.-M 18; lignes: 90-101)

Communication becomes really big then too right. Communication is, is really, your front, your front line defense here. Even if someone is violent and stuff I mean if, you talk and I'm trying to calm them down and stuff you know? (Inf.-H 4; lignes: 158-161)

Comme le mentionnent les participants, la question de la manipulation est un élément récurrent dans le discours du personnel infirmier. En soi, l'importance que revêt le mode de communication est un autre exemple d'ajustement au milieu potentiellement dangereux. Le

risque d'être manipulées, force ainsi les infirmières à intensifier leur communication, afin de s'adapter au contexte et d'assurer la sécurité.

Yeah I've learned over the time now that I mean I usually, before committing to a patient, I usually go back and speak with staff and make sure that these requests haven't been coming forward already, so there always seems to be a verification process or a double checking process. Yes, I've learned that over the, over the years although we all sometimes still get wrapped up in the moment. And maybe I agree to something before checking but usually that's on my mind to verify and yeah, so that's important. I've had to step back, I've had to go, I've had to go back to patients many times over the years and say oh sorry I didn't realize this discussion had already happened between you and another nurse and this is, was the plan already in place. Yeah so, yeah, it's important to do that. (Inf.-H 18; lignes: 110-123)

Le risque de se faire manipuler par les patients est présent pour tout le personnel, mais plus prononcé pour les infirmières et les infirmiers novices dans le domaine.

Yeah, I guess. I have learnt that the hard ways a couple of times sure, I am sure I underestimated the patient, because somebody's patient is manipulative I have been manipulated, I have burned before. Actually, on this floor, so I have come to, I am fair, I treated them well, I treat them the way that I want to be treated. It comes down to; I found it tact when it comes to these clients. (Inf.-H 2: lignes: 101-107)

Résumé des résultats

Notre recherche a eu lieu dans une institution de psychiatrie légale à sécurité moyenne, dont le mandat social est de soigner et de protéger. Il faut souligner que ce milieu de soins psychiatriques, reçoit majoritairement des patients (détenus) masculins, aux prises avec une maladie mentale et qui doivent purger une peine en Ontario. Bien que le mandat prioritaire des soins infirmiers psychiatriques soit d'assurer le bien-être des patients à tous les égards, il n'en demeure pas moins que cette culture de soins implique une dimension sécuritaire. Ces patients doivent être soignés, tout en considérant l'aspect de sécurité, qui souvent prime sur les idéaux thérapeutiques.

Les soins infirmiers psychiatriques visent l'amélioration de la santé mentale et le bien-être des patients (détenus) atteints d'une maladie mentale. Cependant, pour atteindre cet objectif, le personnel infirmier doit surcompenser pour les risques de violence et de menaces proférées par les patients. L'unité de soins psycho-légale est régie par l'aspect thérapeutique et la nécessité de maintenir la sécurité (contrôle social). Les patients nécessitent des soins infirmiers psychiatriques toutefois, ils représentent une menace au point de vue social, en raison de leur histoire criminelle. Ces risques de violence et de menace représentent non seulement des contraintes pour les soins infirmiers, mais constituent la toile de fond de l'unité de soins. Dans notre recherche, nous avons remarqué comment les risques de violence et les menaces handicapent les soins infirmiers, au point qu'il peut se révéler difficile de soigner sans compromettre les principes directeurs de la profession infirmière. Les gestes de violence et les menaces exigent des interventions rigoureuses pour être maîtrisés. Le milieu reçoit une forte présence masculine, ce qui intensifie le potentiel de risques de violence et, par conséquent, nécessite des interventions musclées. Bien que ces interventions soulèvent des questionnements au regard des standards de la profession infirmière, elles sont posées dans un cadre thérapeutique soumis aux exigences structurales de la psychiatrie légale. Cela implique que toutes les interventions infirmières et de maintien de sécurité sont justifiées dans une perspective de sécurité et de gestion des risques. La relation thérapeutique se heurte aux exigences de la psychiatrie légale, parce que le maintien de la sécurité devient l'élément fondamental. Plusieurs soignants font état de ce constat et ils se trouvent confrontés à une réalité ambivalente – soigner vs punir. Les soignants expriment leur désarroi sur l'ambiguïté de leur rôle (soignant vs agent de sécurité). Certains expriment comment leur rôle chevauche, au point où la relation thérapeutique est asphyxiée par le maintien de la sécurité. La présence des aspects sécuritaires sur les aspects thérapeutiques soulève des questionnements d'ordre éthique, mais aussi elle génère un conflit moral chez les soignants. D'une certaine façon les soins infirmiers psychiatriques dépendent du maintien de la sécurité, dans la mesure où si la

sécurité n'est pas établie, il est impossible de soigner ; les interventions infirmières sont en quelque sorte, tributaires des aspects sécuritaires.

Pour faciliter les soins, le personnel développe des stratégies pour soigner en dépit des contraintes. Des contraintes qui, souvent compromettent leur intégrité physique et mentale. Ces contraintes posent une entrave aux valeurs fondamentales des soins infirmiers. Donc, le personnel est partagé entre soigner et maintenir la sécurité (punir). Deux tâches complètement contradictoires mais qui, qui sont complémentaires. Cet équilibre entre soigner et punir interpelle le personnel infirmier pour ajuster la pratique infirmière et pour accommoder les aspects sécuritaires. Cet équilibre contradictoire motive une situation d'hyper-vigilance. Nonobstant un système de surveillance constante, les risques de violence et les menaces, demeurent une équation que le personnel infirmier doit résoudre. La pratique des interventions incompatibles place le personnel infirmier dans un état de stress permanent. D'où le besoin (qui se fait sentir) pour les plus forts de protéger les plus faibles. Nos participants ont confirmé que la meilleure stratégie utilisée pour prévenir l'escalade de l'agression et de la violence, c'est de pouvoir identifier et prévenir les risques avant qu'ils ne se manifestent. La gestion des risques de violence, mobilise des mesures coercitives pour préserver l'intégrité physique et morale des occupants (soignants et soignés) de l'espace de soins. Cette gestion des risques de violence implique l'utilisation des contraintes, qui compromettent la sécurité de tous les acteurs impliqués (soignants et soignés). Nos participants ont affirmé avoir été victimes de violence physique et verbale, au moins une fois durant leur expérience comme infirmiers et infirmières. Le personnel infirmier est conscient que certaines situations de violence ont été déclenchées par des facteurs humains, voire même par l'environnement. Il se révèle impossible de soigner sans prendre en considération les aspects sécuritaires. La perception des risques de violence affecte considérablement le processus décisionnel lors des interventions de maintien de la sécurité. On peut comprendre que le personnel infirmier puisse se sentir vulnérable quand les dispositifs de

sécurité (système de surveillance, alarmes portatives) sont défaillants et inefficaces. D'une certaine manière, la sécurité de tous en dépend. Bien que l'histoire criminelle des soignés puisse créer une distance entre soignants et soignés, la responsabilité professionnelle oblige les soignants à dispenser des soins, en dépit des risques de violence réels et perçus. Certains soignants ont exprimé comment ils ont été souillés par l'histoire criminelle des soignés et leur intégrité morale en est atteinte. La lecture du dossier des patients, constitue une forme de souillure et de dépersonnalisation du soignant. Ce qui intensifie la distance entre soignant et soigné, et amplifie des sentiments négatifs et d'ambivalence chez le soignant. Les soignants sont déchirés en accomplissant des tâches qui sont contraires aux valeurs de la profession infirmière. La distance entre soignant-soigné impose une réorientation des interventions infirmières, vers une tangente de gestion des risques de violence. Donc cette pratique est jaugée entre deux perspectives divergentes, ce qui relègue le mandat principal des soins infirmiers au second rang.

Dans un milieu traditionnel de soins, point besoin de soulever la question de socialisation professionnelle, car elle se fait naturellement et automatiquement. Cependant, dans le milieu psycho-légal, une socialisation professionnelle s'impose, puisque le personnel infirmier n'a pas été socialisé professionnellement à maintenir la sécurité. Le personnel infirmier doit s'approprier une identité professionnelle dans ce milieu de soins. Toutefois, les grandes tendances et le discours social dominant du milieu, représentent des obstacles à la construction identitaire du personnel infirmier. L'intégration des normes et des valeurs de la psychiatrie judiciaire intégrée, renvoie à une socialisation bien particulière. Cette socialisation implique une gestion des comportements violents, qui est centrée sur des construits sociaux stéréotypés. Ces construits sociaux confèrent un sentiment de sécurité. Donc, la gestion des comportements violents implique des attributs qui exigent la force et la rigueur. Les participants à l'étude indiquent que la force physique représente un élément essentiel dans le maintien de la sécurité et devient une responsabilité du personnel infirmier masculin. Cependant, lorsqu'ils assument

cette responsabilité, ils se font rappeler qu'ils sont des infirmiers et non des agents de sécurité. Cette situation place le personnel infirmier dans une confusion professionnelle. Cette situation génère une dissonance cognitive pour les infirmiers, qui souvent questionnent leur rôle professionnel. Le rôle infirmier est juxtaposé aux aspects sécuritaires. La dimension du genre affecte considérablement les interventions thérapeutiques. La division des tâches se fait en fonction des attentes stéréotypées de la société. La présence masculine assure un environnement calme, qui favorise le maintien de la sécurité. La modulation des comportements des patients s'articule autour des stéréotypes ancrés dans le genre. Dans l'imaginaire collectif social, l'homme impose du pouvoir. Par opposition, la femme inspire de la souplesse, du maternage. Les femmes (infirmières) sont orientées instinctivement vers des tâches domestiques. Les rôles infirmiers sont attribués et assumés automatiquement et implicitement suivant une nomenclature basée sur le genre. La présence des hommes (infirmiers) engendre un rapport de force important. Ce rapport de force est absent chez les femmes, car elles n'ont pas la même autorité sur l'unité. La présence masculine est une condition sine qua non au maintien de la sécurité. Les infirmiers endossent la responsabilité de protéger leurs homologues féminins, jugés faibles. Par contre, les infirmières sont trop souples, flexibles et manquent de rigueur dans leur approche. Le milieu psycho-légal s'apparente à une structure familiale, où l'infirmier représente le père rigide et ferme, à l'opposé la femme qui représente la figure maternelle. Bien que souvent ces rôles soient source de frustration, ils facilitent une mixité en favorisant l'équilibre. Les patients ont un choix dans leurs demandes de nature « genrée ». Certains aspects intrusifs (l'insertion d'une sonde à demeure, administration de suppositoires, etc.) de la pratique infirmière amplifient les risques pour les infirmiers durant les interactions entre soignants (infirmiers)-soignées.

La dimension légale/judiciaire des soins définit les balises des interventions thérapeutiques à un point que, ni les infirmières, ni les infirmiers n'assument pleinement leur rôle infirmier. Pour faciliter l'adaptation professionnelle, le personnel infirmier utilise des

stratégies, qui incluent l'esprit d'équipe, l'appui sur les forces de chacun, le respect et la communication. Les contraintes imposées par les aspects légaux et les risques de violence imputent un déchirement moral pour les soignants. Les participants affirment avoir éprouvé des sentiments négatifs, car l'expérience de soins engendre des souffrances. Le personnel infirmier (homme et femme) devrait être autonome sur le plan professionnel, cependant cette autonomie se trouve compromise par les structures organisationnelles. La souffrance ressentie est liée au genre. Ainsi, la souffrance masculine est liée au besoin de maintenir la sécurité et de protéger. Les infirmiers reçoivent des reproches au regard de l'établissement de la relation thérapeutique avec les patients. La souffrance féminine est liée à un sentiment de faiblesse car le milieu de soins est le bastion des hommes. Elles se font reprochées d'être trop clémentes, trop passibles dans le renforcement des règlements et de mater les patients. En dépit des mécanismes déployés par le personnel infirmier pour assumer sa responsabilité professionnelle, il s'avère qu'il soit difficile de punir et de soigner en même temps. Les stratégies utilisées pour faciliter la socialisation professionnelle ne parviennent pas à pallier l'incompatibilité des deux mandats du personnel infirmier. Le travail infirmier en milieu psycholégal demeure un travail extrême et contradictoire. Les infirmières et les infirmiers sont au carrefour d'une multitude d'enjeux contradictoires, où des personnes et des rôles s'affrontent, des objectifs institutionnels se contredisent, des missions se concurrencent, des logiques disciplinaires se heurtent. Les soignants doivent respecter le code de déontologie de la profession infirmière. Ils doivent veiller à soigner selon les standards de la pratique infirmière. Cependant, les soignants doivent répondre aux exigences du milieu de soins, en respectant les règles organisationnelles en vigueur. Ce qui peut se révéler un défi pour combiner les standards de la pratique aux contraintes organisationnelles et imposer des enjeux éthiques considérables.

CHAPITRE 5

DISCUSSION

Cette recherche a tenté d'améliorer la compréhension du phénomène des rapports sociaux de genre en milieu psycho-légal, pour ainsi favoriser le changement dans la pratique infirmière. Les questions de recherche qui ont guidé la collecte ainsi que l'analyse des données sont : comment les infirmières et les infirmiers définissent les soins infirmiers de psychiatrie-légale ? Comment le genre influence les soins infirmiers dans le milieu psycho-légal ? Quelles sont les différences entre les infirmiers et les infirmières dans leurs interactions avec les patients et les autres acteurs du milieu psycho-légal ?

Afin de répondre à ces questions, nous avons organisé la discussion selon les trois axes suivants : sexe biologique, sexe social et sexualisation des soins; violence des sexes et discours hétéronormatif et enfin; danger du binaire.

Sexe biologique, sexe social et sexualisation des soins

Le sexe biologique est traditionnellement conceptualisé selon des représentations binaires : soit homme ou femme (Oakley 1972). Ainsi, le sexe biologique se définit en fonction des organes génitaux et serait par convention le sexe avec lequel un enfant naît (Oakley (1972)². En contrepartie, le sexe social - le genre - se définit comme l'ensemble des comportements que la société attend d'une personne qu'elle soit un homme ou une femme (Krauss, 2000). Bien que le sexe biologique ne prédise pas comment un individu doit se comporter en société, il existe cependant un lien étroit entre le sexe biologique (composantes physiques de la personne) et le sexe social (comportements attribués au sexe biologique) (Money et Ehrhardt, 1972), dans la

² L'objectif des spécialistes qui ont traité des enfants « intersexe », dans les années 1950 et 1960, était en effet de produire un alignement parfait entre le sexe assigné à l'enfant, son identité sexuelle, son rôle sexuel et son orientation sexuelle. Ces experts ont mis l'accent sur la différence entre les comportements « masculin » et « féminin ». Une telle différenciation des rôles sexuels, soulignèrent-ils, est essentielle pour la santé mentale des individus. Les attributs de la masculinité et de la féminité peuvent varier considérablement dans des lieux et des périodes différentes, mais il est essentiel de maintenir une structure dichotomique, et de bannir toute ambivalence des rôles sexuels. Ce qui est reconnu comme typiquement « féminin » ne peut pas être perçu comme « masculin » et inversement, et les individus doivent mettre en accord leur identité et leur comportement. Cependant certaines conditions médicales (l'hermaphrodisme) peuvent rendre la réassignation de sexe complexe, donc un choix doit être fait quand l'hermaphrodisme se présente afin de réassigner quel genre, quel sexe. Donc une lutte du genre contre le sexe.

mesure où certaines normes « stéréotypées » viennent définir comment un individu devrait agir (Wittig, 1978). La convergence des recherches féministes, des études sur le genre, ainsi que les études sociales et culturelles de la science a rendu possible la remise en question des préconceptions attribuées au « sexe biologique » comme élément atemporel et immuable.

Quoique cette vision simpliste des divisions humaines ait largement été contestée (De Beauvoir, 1949; Delphy 1977; Dworkin 1979; Mathieu 1991; Wittig, 1978; 1992) il reste que l'emprise de ces normes au regard des interactions humaines, et tout particulièrement des interactions en milieu hospitalier, se manifeste de manière déterminante (Roy, Holmes et Chouinard 2011).

Dans le cadre de notre étude, nous avons remarqué en quoi le milieu psycho-légal renforce certains stéréotypes sexués/ « genrés ». En effet, l'aspect sécuritaire du milieu nous a permis d'explorer comment les risques de violence polarisent les interventions selon le sexe biologique du personnel soignant, dans la mesure où le sexe biologique est lié à des caractéristiques/attributs stéréotypés. Les infirmiers sont orientés vers la gestion des risques de violence (ex. assurer la sécurité physique), tandis que les infirmières sont orientées vers des tâches dites « maternelles » ou « domestiques ». Par exemple, les infirmiers se dirigent automatiquement vers le maintien de la sécurité (maîtrise les patients lors de situation violente). Les infirmières se chargent plutôt de la gestion domestique de l'unité (réfection des lits, s'assurer que les patients reçoivent les soins d'hygiène, etc.).

Bien que ces divisions semblent « naturelles », nous avons remarqué qu'elles causent une certaine souffrance auprès des participants (hommes et femmes). Par exemple, le besoin de sécurité et les interventions qui y sont associées font en sorte qu'il y a une confusion des rôles professionnels et une identification toute particulière aux rôles joués par les agents correctionnels. Plusieurs auteurs ont abordé cette question de confusion du rôle infirmier en milieu psycho-légal. À l'instar de ces auteurs, nos données appuient le fait que le rôle infirmier

est souvent confondu avec celui des agents correctionnels (Baxter, 2002; Bowring-Lossock, 2006; Collins, 2000; Kumpula, 2009; Dhondea, 1995), réduisant l'exercice infirmier à un rôle unique – le maintien de la sécurité. Ainsi, un participant utilise la métaphore du « pénis », pour exprimer une certaine instrumentalisation sexuée des hommes, malgré le fait que ces derniers soient des professionnels de la santé. Ainsi, on peut comprendre la réduction des infirmiers à un stéréotype sexué selon deux logiques exclusives. D'une part, le milieu incite les hommes à mettre leur force physique au service du maintien de la sécurité et, d'autre part, ils sont perçus comme ayant moins de capacité à établir une relation thérapeutique avec les patients (caractère relationnel féminin). Selon Bourdieu (1998), cette logique relève des construits de masculinité et de féminité. Pour lui, c'est avant tout dans l'opposition avec le féminin que le masculin peut se construire et s'exprimer : « la virilité [...], est une notion éminemment relationnelle, construite devant et pour les autres hommes contre la féminité, dans une sorte de peur du féminin, et d'abord en soi-même » (p. 32). Le travail « au corps » et la socialisation sont au centre des processus de ce qu'il appelle la virilisation. Bourdieu (1998) parle ainsi d'un « travail psychosomatique » appliqué aux garçons qui « vise à les viriliser, en les dépouillant de tout ce qui peut rester en eux de féminin » (p. 32). Et c'est par ce travail psychosomatique de virilisation ou de féminisation des corps que les phénomènes de dominations obtiennent une apparente légitimité biologique. « La masculinisation du corps masculin et la féminisation du corps féminin [...] déterminent une somatisation de la relation de domination, ainsi naturalisée » (p. 32). Les attributs de la masculinité et de la féminité peuvent varier considérablement dans des lieux et des périodes différents, mais il est essentiel de maintenir une structure dichotomique, et de bannir toute ambivalence des rôles sexuels. Bien que cette distinction ait été notée dans notre étude, il nous semble évident qu'elle incite à une masculinisation du milieu de travail, ce que Holmes (2001) a associé à la virilisation des soins infirmiers. Contrairement à des auteurs tels que : Eiley et Bernier (2003), Greenfeld (1980), Lemkau (1983), Legault (2001), Stringer et Duncan (1985), qui expliquent en quoi les femmes sont amenées à adopter des

rôles masculins, nos données semblent davantage supporter les propos de Bourdieu qui met l'emphase sur une ségrégation hiérarchique des rôles. Il y a virilisation des hommes et féminisation des femmes.

Holmes (2001) affirme que certains milieux encouragent la virilisation des soins. Le milieu psycho-légal en est un dans la mesure où, il renforce le patriarcat en tant que système hiérarchique fondé sur la domination masculine. Toujours selon Bourdieu, cette hiérarchie (et dichotomie) du masculin-féminin doit être comprise comme domination masculine socialement construite : « c'est à travers toute une éducation, composée de rituels d'intégration de la norme masculine, que se façonne l'identité masculine, et que l'homme assure dans la société une fonction de reproduction de la domination » (p. 88). Tout comme nous l'avons observé dans notre recherche, « le travail de virilisation et de déféminisation se poursuit à l'occasion de cette introduction dans le monde des hommes » (Bourdieu, 1998, p.32), dans le fait que le milieu psycho-légal soit considéré comme un milieu d'hommes (Dhondea, 1995, Kumpula, 2009). Bourdieu (1998) affirme que c'est à travers le « domptage » des corps que s'imposeront les dispositions les plus fondamentales de la virilisation et de la déféminisation. Le milieu psycholégal, un milieu « hyper-masculinisé », encourage cette masculinisation (virilisation) excessive en imposant des impératifs sécuritaires nécessitant bien souvent une présence « physique forte ». Dans de telles circonstances, les différences biologiques entre les sexes sont dès lors perçues comme des marqueurs mobilisés pour répondre aux besoins de l'institution. Toutefois, comme les participants et participantes l'ont souligné, ces normes « sexualisantes » ne sont pas nécessairement interprétées comme des manifestations d'une indépassable différence des sexes, mais plutôt comme des formes de contrôle et de pouvoir, dans un contexte de maintien de sécurité, de concurrence et de relations entre hommes et femmes.

Selon Wittig (1978), l'utilisation d'une différence physique dite naturelle pour fonder une domination ne peut être que le produit d'un processus social. Dans le cadre de notre étude,

cette domination est imposée dans la mesure où le personnel soignant ne peut travailler sans la présence masculine. Une présence indispensable qui, selon nos participants bloque toute manifestation de comportements souples à l'égard des patients. Rappelons que la rigueur est de mise dans le renforcement des rôles et que le soin doit être fait dans un contexte de « machisme » pour éviter des actions associées à la femme (Holmes 2001, p. 145) pour éviter toute forme de maternage. Des participants ont exprimé combien les infirmières sont trop souples et qu'elles éprouvent des difficultés à renforcer les règlements. Cette présence « masculine » indispensable implique certaines frustrations sur le fait que les infirmiers sont à la merci de la violence démontrée par les patients (violence physique, mais également possible plainte de harcèlement sexuel). Plusieurs participants ont exprimé qu'ils sont souvent sollicités pour maintenir la sécurité et gérer les risques de violence. Le besoin impératif de maintenir un environnement sécuritaire place les infirmiers au cœur d'une « vulnérabilité sexuée ». Le discours des participants nous permet de comprendre l'impact des enjeux légaux et sécuritaires sur l'augmentation de la quantité des interactions dans le milieu de soins. Cette situation accentue, non seulement la distance entre soignants et soignés, mais teinte les interactions sociales voire professionnelles et les pousse vers des stéréotypes sexués.

L'application des mesures de contrôle associées aux aspects sécuritaires du milieu est un aspect important qui intensifie les rôles sexués. Tout comme le soulignent Fisher (1995) et Mason et Mercer (1998), le milieu psycho-légal est un site théâtral de violence potentielle, où tout est interprété et perçu dans un cadre de gestion des risques. Cette situation motive un état d'hypervigilance chez le personnel infirmier, où tous les gestes et les comportements des patients sont déchiffrés et interprétés dans l'optique de situations toujours potentiellement explosives (Mason et Mercer, 1998). Ainsi, les interventions dites « thérapeutiques » s'inscrivent dans une logique d'auto-préservation (Mason et Mercer, 1998). Ces auteurs s'interrogent d'ailleurs sur la nature des interventions en psychiatrie légale. Ces interventions

sont-elles déployées pour protéger le patient ou pour se protéger soi-même ? Bien que les soins soient centrés sur le patient pour assurer son bien-être, les interventions en psychiatrie légale sont quant à elles motivées implicitement et explicitement par la peur et le besoin de maintenir la sécurité (Mason et Mercer, 1998). Notre étude nous a permis d'observer une relation étroite entre le besoin de maintenir la sécurité et l'intensification des rôles selon les stéréotypées sexués.

Cette intensification des rôles « masculins » n'est pas sans implications pour les infirmières. Comme nous l'avons noté, l'infirmière est également caricaturée en fonction de stéréotypes sexués – des stéréotypes qui font d'elle une personne vulnérable et dangereuse dans la mesure où ses attributs représentent un obstacle à la sécurité. On peut, par ailleurs constater dans quelle mesure les stéréotypes sexués sont productifs de sens, polarisés et complémentaires. En effet, les femmes sont essentiellement stéréotypées comme étant sociables, chaleureuses et axées sur les relations humaines. Les participants ont d'ailleurs noté que les infirmières font preuve de clémence lorsqu'elles doivent appliquer et renforcer des règlements – une attitude « maternelle » auprès des patients qui est considérée comme étant une cible de manipulation des patients.

Bien que ces divisions sexuées soient à l'origine d'une souffrance professionnelle (tel que mentionné dans l'analyse des résultats), la complémentarité des caractéristiques sexuées s'avère importante pour maintenir un équilibre et favoriser les interventions dites thérapeutiques. À ce titre, le maintien de la sécurité assuré par un groupe de personnes est nécessaire pour faire en sorte que des interventions thérapeutiques puissent être déployées auprès des patients. Nos données suggèrent qu'un certain « ordre » sexué existe lors de certaines interventions. Par exemple, lors d'une intervention physique, chaque personne se place automatiquement dans un rôle prédéterminé. Les hommes maîtrisent le patient, tandis que les femmes s'occupent des autres patients, des injections, etc.

Le fait d'effectuer un travail « sexué » dans une culture masculine implique une réorientation des rôles professionnels. Ceci sous-entend que le personnel infirmier ne soigne plus selon la socialisation professionnelle infirmière, mais en fonction des structures du milieu psycho-légal. Les habiletés en relation d'aide, telles que la compassion, l'écoute, le toucher thérapeutique qui consolident l'aspect caritatif des soins infirmiers, représentent une entrave à la sécurité. Des études ont ainsi rapporté que la féminité ou la masculinité pouvaient apparaître comme des ressources mobilisables dans le cadre de la gestion des risques de violence (Mason et Mercer, 1998). Toutefois, les travaux féministes (Delphy 2001; Scott 1988; Weedon, 1997; Wittig 1978) montrent que la féminité ne pouvait être pensée qu'au regard des usages de la masculinité dans une société hétéronormée. Cette perspective ouvre un nouveau volet d'analyse sur les possibles identités professionnelles des infirmières en psychiatrie légale, montrant notamment les difficultés des femmes à endosser certains rôles (ex. renforcement des règlements) historiquement attribués aux hommes.

Maintenir la sécurité ne s'inscrit pas dans les tâches « typiquement infirmières ». Comme le mentionnent Roy et al (2011), les soins infirmiers s'inscrivent dans une histoire sexuée, et relèvent tout particulièrement une nature dite « féminine ». « Les écrits de Nightingale soulignent d'ailleurs comment soigner est un acte naturel chez la femme et que les soins infirmiers ne sont qu'une extension normale de son rôle d'épouse et de mère » (Roy et al, 2011, p. 41). Selon nos données, nous sommes en mesure d'apprécier comment le milieu psycho-légal reproduit et polarise cette « nature » et confine les infirmières dans les rôles d'épouse et de mère en assurant la logistique domestique à l'unité de soins. Par opposition, les infirmiers incarnent la figure de père, ils assurent la protection de l'unité. La socialisation des infirmiers et des infirmières se heurte ainsi aux idéologies légales de l'environnement de soins, des idéologies qui cohabitent difficilement avec les fondements professionnels des soins infirmiers (Baxter 2002). D'une part, l'extension du rôle maternel des infirmières limite le champ de pratique de ces dernières. D'autre part, ce rôle est identifié comme pouvant être un risque

pour la sécurité des lieux. Selon Holmes (2001), l'attitude de maternage des infirmières en prison serait anti-thérapeutique: « dans le discours du personnel masculin (agents de correction et infirmiers confondus) le « maternage » est considéré comme un attribut principalement féminin et se veut, en prison, « anti-thérapeutique » (p. 181). Ce même discours promeut le machisme, la force et l'intransigeance des infirmiers, pour faciliter la gestion des risques de violence. Cependant, tout comme pour les infirmières, ce discours limite le champ de pratique des infirmiers en leur attribuant difficilement la capacité de créer un lien thérapeutique. Aucun soignant, qu'il soit infirmière ou infirmier, n'est donc à l'abri des effets des stéréotypes sexués.

Les résultats de notre recherche nous amènent à conclure que le milieu psycho-légal favorise une division des rôles professionnels qui polarise et problématise les aspects féminins des soins infirmiers. Dès lors, dans ce milieu, les aspects intimes du soin sont considérés comme des risques à la sécurité et sont réservés aux infirmières, tandis que l'aspect sécuritaire, voire physique est attribué aux hommes et impose un type de sexualisation des soins. Parler de sexualisation, c'est se questionner sur le rôle qu'a le sexe biologique des intervenants dans la provision des soins. Dans le cadre de notre étude, les impacts de la sexualisation se font tout particulièrement sentir au niveau des rôles attribués aux infirmiers et aux infirmières, ces rôles étant basés sur le sexe biologique et sur les stéréotypes qui leur sont attribués. Afin de donner un sens à cette division sexuée (genrée), il est important de comprendre les fondements de ces construits. Pour Wittig (1978), cette division sexuée relève d'une vision hétéronormative des interactions sociales, qui fait en sorte que le fonctionnement social est basé sur la répartition binaire des êtres humains en classe de sexes, soit les femmes et les hommes, selon des critères biologiques. À ces deux sexes sont attribués deux genres (féminin et masculin), auxquels correspondent des caractéristiques (la douceur vs la force, l'intuition vs la raison, la tempérance vs l'initiative); des rôles sociaux (division socio-sexuelle du travail, répartition des tâches domestiques, appropriation des fonctions directives par la classe des hommes); une orientation sexuelle (l'attraction pour le sexe opposé) et un destin (être une mère ou un père).

Lors de la collecte des données, nous avons noté que la répartition des tâches se fait en fonction des caractéristiques/stéréotypes attribuées à chacun des sexes (force physique pour les hommes, souplesse pour les femmes). Nos données nous permettent de croire que les patients ont tendance à démontrer plus de considération aux exigences des infirmiers, qu'à celles des infirmières, c'est-à-dire que le personnel soignant perçoit une certaine autorité attribuée aux hommes dans le milieu psycho-légal. Ce type d'observation concorde avec ce que Bourdieu (1998) considère comme étant la domination masculine, où certains caractères masculins (force, virilité, etc.) dictent les interactions interpersonnelles. La domination masculine est basée sur une virilisation du « masculin » (création de l'homme fort et intransigeant) et donc, du rejet de l'homme mou. Dans le milieu de la psychiatrie légale, c'est l'homme fort qui prime pour faciliter la gestion de la violence et des menaces, il ne démontre pas de clémence, ni de souplesse dans l'application des règlements. Ainsi, sexualiser les soins infirmiers renvoie à déconstruire les valeurs fondatrices de la profession infirmière, alors que son caractère féminin est discrédité. L'insertion professionnelle du personnel infirmier dans l'environnement psychiatrique s'inscrit dans une perspective d'action masculine, qui est appelée à redéfinir et à reconstituer la trajectoire antérieure féminine de la profession infirmière. Lors de nos entrevues, cette sexualisation s'est fait sentir dans le discours du personnel infirmier. Bien que cette sexualisation des soins infirmiers soit bénéfique au maintien de la sécurité, elle ne demeure pas sans conséquences sur la pratique, car elle mobilise l'affrontement des sexes et intensifie les rôles sexués et stéréotypés.

Les soins infirmiers ont été historiquement conceptualisés comme un « travail naturel aux femmes » (Evans, 2004 p. 322). Evans (2002) abonde en ce sens, en reprenant les propos de McDougall (1997): « caring for and about others is historically associated with women and nursing, and more than any other quality it captures the process and goal of nursing' work » (p. 441). Dans le cadre de notre étude, certaines habiletés et compétences clinico-pratiques qui font des soins infirmiers une pratique caritative, sont perçues comme un blocage aux aspects

sécuritaires. D'une part, parce que ces habiletés sont naturelles chez les femmes (Evans, 2004) et qu'elles sont utilisées pour établir la relation thérapeutique (Peplau, 1988). D'autre part, ces habiletés sont un enjeu pour les infirmiers, car ces derniers sont au centre d'une vulnérabilité reliée au genre. Evans (2002) explique d'ailleurs que tous les gestes comme le fait de toucher, de parler d'une voix douce et de faire l'accolade sont utilisés pour démontrer de l'empathie et exprimer des sentiments. Ces gestes sont le plus souvent utilisés par les femmes, car ils démontrent leur bienveillance (Evans, 2002; Paterson et al, 1996). Selon Evans (2002), le toucher est un geste de compassion fortement sexué et très souvent réservé aux infirmières. Ce même auteur ajoute qu'en raison de sa connotation sexuelle, le toucher représente un obstacle pour les hommes dans le domaine des soins infirmiers psychiatriques légaux. Ce construit est bien présent dans le discours de nos participants qui ont rapporté la possibilité d'accusations à caractère sexuel s'ils posent des interventions de nature intrusive (l'insertion d'une sonde à demeure, surveillance lors des soins d'hygiène, fouille d'une patiente, etc.). Ainsi, le risque que comporte le toucher thérapeutique pour les hommes est un exemple concret de dynamiques « genrées » qui encourage les divisions du travail entre les hommes et les femmes.

Il est important de noter que les gestes intimes répétitifs et non sexuels (le toucher thérapeutique, octroyer une accolade, installer une sonde à demeure, observer une patiente lors d'une douche ou qui se rase, etc.) font partie des interventions infirmières. Ces gestes sont normaux pour les infirmières cependant, ils sont dénaturés et sexualisés à travers les multiples médiums de la société (films, blagues, cartes, romans) et même dans les costumes des fêtes traditionnelles (Halloween) ou le professionnel de la santé mâle, représente la force, la rigueur, l'agressivité, etc. Par opposition à l'infirmière est représentée comme un symbole sexuel. Bien que ces représentations festives soient anodines, elles véhiculent des messages sociaux qui heurtent non seulement l'image féminine, mais encore l'habileté affective des infirmiers à soigner les patients. Harding, North et Perkins (2008) stipulent que le meilleur exemple de la

sexualisation du toucher masculin en soins infirmiers s'intériorise à travers un discours stéréotypé qui insinue qu'un infirmier ne peut pas être laissé seul avec une patiente vulnérable sans risque d'être accusé d'inconduites sexuelles. La société a construit un discours dans lequel il est acceptable pour les infirmières de pratiquer le toucher thérapeutique durant les interactions avec les patients (tout sexe et genre confondu), mais le toucher thérapeutique est perçu comme un geste à connotation sexuelle et inapproprié durant les interactions entre un infirmier et une patiente. Bush (1976) abonde dans le même sens que Nightingale (1955), pour affirmer que les soins infirmiers seraient une extension du rôle de mère des femmes, donc les aspects affectifs des soins infirmiers paraissent comme une activité normale pour les infirmières. « These affective skills, such as nurturing, caring, tendering, are those traditionally assigned to, or assumed to be intrinsic in, women. Thus, nursing on its affective side is an extension of mothering from the home to the greater society » (p. 391). Les rôles sociaux (force masculine, l'agressivité, maîtrise de soi, affirmation de soi et leadership) de l'homme s'opposent donc aux rôles traditionnels affectifs (caring, attentionné, tendresse, souplesse et sympathie) de l'infirmière (Bush, 1976). Harding, North & Perkins (2008) expliquent cette réalité comme suit: « Gender stereotypes that distance men from physical nurturing have constructed a discourse in which it is acceptable for female nurses to intimately touch patients, but it is strange for men to do so. Since people have been conditioned from childhood to expect such behavior from women, such care from a man can lead to feelings of discomfort for both parties » (p. 88). Non seulement, ce geste représente un défi pour les hommes, mais il les campe au centre d'une vulnérabilité liée aux stéréotypes sexués. Le geste renvoie à la sexualisation des soins, où les interventions se font suivant un ordre sexué. La sexualisation est le processus qui tend à rendre quelque chose sexuelle en termes de caractère et de qualité (Atwood, 2009). Dans le cas de notre étude, la sexualisation est perçue différemment, car elle oriente les interventions vers une pratique sexuée. Mead (1953) affirme que le genre est ainsi l'identité construite par

l'environnement social des individus : la masculinité ou la féminité ne sont pas des données naturelles, mais le résultat de mécanismes de construction et de reproduction sociale.

Consciemment ou inconsciemment, la société s'organise selon le paradigme des « choses des hommes » et des « choses des femmes », au point que l'on se convainc qu'il existe des domaines ou des niveaux de domaines socialement réservés au sexe féminin ou au sexe masculin. Dans le milieu psycho-légal, la pratique est orientée selon cette catégorisation de division sexuée. En ce qui concerne notre étude, la sexualisation ne vise pas à attribuer un sexe à une personne mais à polariser les interventions selon le sexe biologique et le sexe social (genre) du personnel soignant.

Nous avons jugé intéressant de faire une comparaison entre le milieu de la psychiatrie légale (un milieu de travail typiquement masculin) et le domaine de la maternité (un milieu de travail typiquement réservé aux femmes). Il est important de faire la comparaison entre ces domaines de soins infirmiers opposés afin d'explorer en quoi les construits sexués affectent le travail infirmier. Selon Evans (2002), les infirmiers en maternité sont vulnérables et choisissent des domaines de soins qui nécessitent moins le toucher, en raison de la nature stéréotypée du toucher. Cet auteur rapporte que : « one male nurse was accused of molesting a newborn boy. The male nurse was accused by the father who discovered the nurse changing the baby's diaper » (p. 444). Cet exemple appuie la vulnérabilité des infirmiers lorsqu'ils pratiquent dans certains domaines où ils sont limités à exercer leurs habiletés affectives pour soigner, au même titre que leurs homologues féminins. Les patientes en maternité/obstétrique refusent également de se faire soigner par des infirmiers, et ce refus serait de nature sexuelle (Morin et al, 1999). Evans (2002) a soutenu que le toucher est un geste intime, qui est pratiqué souvent dans les domaines des soins infirmiers comme la maternité et l'obstétrique, de ce que ces domaines de soins qui portent un caractère intime évoquant l'inconfort. L'auteur l'a exprimé ainsi : « the sexualization of men nurse' touch in particularly evident in the area of obstetric nursing, where

the nature of touch is extremely intimate. Situation in which obstetric and gynaecological women patients refuse to be cared for men nurses and men nursing students, provide valuable insight into the sexualized character of men nurses' touch » (Evans, 2002, p. 446).

Les infirmiers sont conscients du risque que comporte le toucher thérapeutique, un geste caritatif et affectif qui comporte une charge de vulnérabilité pour ces derniers. Selon Evans (2002), plusieurs facteurs (la nature intime du geste, les stéréotypes) peuvent entraver la pratique du toucher thérapeutique par les infirmiers. L'auteur affirme en ces termes comment la perception sexuée affecte les habiletés des infirmiers, et les rend vulnérables: « once in the profession, however, prevailing gender of men as sexual aggressors and men nurses as gay, negatively influence the ability of men to develop comfortable and trusting relationships with the patient » (Evans, 2002, p. 441). Ainsi, les infirmiers font face à des obstacles à connotation sexuelle qui les empêcheraient d'établir une relation thérapeutique avec les patients ; les recherches d'Evans, (2002) nous montrent clairement que les infirmiers ont les habiletés et les compétences pour soigner selon les standards de la profession infirmière. Ces habiletés sont mises de côté dans le milieu psychiatrique légal, où les infirmiers doivent assurer le maintien de la sécurité selon l'idéologie psychiatrique. D'une part, cette tâche les place dans un rôle stéréotypé qui évoque leur machisme. D'autre part, les infirmiers ne peuvent utiliser leurs habiletés caritatives, car ces habiletés sont synonymes d'une vulnérabilité associée au genre et ne sont pas compatibles aux exigences sécuritaires de l'environnement psycho-légal. La sensibilité affective des rôles traditionnels en soins infirmiers et la vulnérabilité que ces rôles engendrent pour les infirmiers, catalysent une division sexuée de la pratique infirmière dans l'environnement psycho-légal. Cette division sexuée affecte le rôle du personnel infirmier et force les infirmiers à adopter une attitude d'auto préservation (Mason et Mercer, 1998) pour pallier leur vulnérabilité liée au genre. Evans (2002) abonde dans le même sens: « The sexualization of men nurses' touch provide insight into how gender stereotypes create

discomfort and suspicion on the part of the patients. This in turn impacts on men nurses' perception of their own safety while performing intimate and caregiving tasks » (p. 441).

À l'instar des travaux d'Evans (2002), nos données indiquent que les infirmiers adoptent certaines façons de faire, comme des stratégies d'autoprotection, par peur d'être accusés de toucher les patients de façon inappropriée et pour minimiser les risques d'accusation à connotation sexuelle. À titre d'exemple, les infirmiers confient les tâches reliées à l'intimité des patients aux infirmières ou encore, ils les accomplissent avec d'autres intervenants. Dans le cadre de notre étude, la culture psycho-légale force, mais justifie également la reproduction des rôles sexués dans l'exécution des interventions thérapeutiques. En conséquence, la sexualisation des soins implique une réorganisation de la dynamique de l'unité de soins. L'empreinte des stéréotypes sexués dans le milieu psycho-légal est identifiable. Ainsi, l'infirmier (homme) est reconnu pour sa capacité physique, sa confiance et sa force. Par opposition, l'infirmière (femme), est identifiée à son corps, un corps qui inspire la souplesse et l'attraction sexuelle, ce qui sous-entend qu'elle puisse être manipulée par les patients. Dans ce sens l'infirmière (femme) représente un risque pour la sécurité des lieux.

Les précédents constats ne nous autorisent pas à voir l'infirmière comme un objet, mais nous permettent plutôt de comprendre comment le discours sexué participe aux divisions « genrées » dans le milieu de psycho-légal. L'analyse de nos données, nous a permis de bien saisir le fait que la femme ne doit pas uniquement être considérée comme un risque, mais bien comme toute personne qui n'épouserait pas le moule masculin fort et intransigeant. Dans le milieu psycho-légal, l'homme macho est vulnérable en raison de certains aspects intimes des soins. Cette vulnérabilité est amplifiée par le discours « généré » du milieu psycho-légal. Bien que la socialisation professionnelle des infirmières et des infirmiers soit identique, il demeure que la pratique infirmière est soumise à la culture de l'environnement. Les différences biologiques entre les sexes sont des marqueurs « neutres » mobilisés pour consolider et légitimer la domination masculine. Tel que le discours des participants le démontre, la légitimité

de la domination masculine supporte la gestion des risques de violence et le maintien de la sécurité (contrôle social).

Violence des sexes et discours hétéronormatif

Selon Handman (1995), « la violence est une notion qui entretient avec celle de la domination, des rapports trop complexes pour qu'il soit possible d'en donner une définition fidèle. Mais il semble qu'elle ne se limite pas à sa définition traditionnelle de *force brutale à laquelle une personne est soumise*, mais plutôt d'une force, fût-elle seulement psychologique, qui permet de contraindre quelqu'un est une violence » (p. 205). Tout comme Handman (1995), il nous semble toutefois évident que ces rapports entre violence et domination ne se limitent pas à une conception traditionnelle (physique) où une force brutale utilisée dans le but de soumettre quelqu'un. Nous considérons plutôt que toutes forces physiques, psychologiques ou spirituelles qui permettent d'assujettir quelqu'un, sont des formes de violence. Dans le cadre de notre étude, nous avons noté une violence subtile qui trouve ses fondements dans le binaire homme/femme. Cette « violence des sexes », bien que normalisée dans le milieu, nécessite un regard plus poussé afin d'en comprendre la dimension « genrée ».

Selon Dhonda (1995) et Holmes (2001), le milieu psycho-légal est considéré comme un milieu d'hommes, car la gestion des risques de violence et des comportements perturbateurs accentue les caractéristiques « masculines », telles que la froideur et l'intransigeance qui sont traditionnellement attribuées aux structures disciplinaires et pénitentiaires. Tel que mentionné précédemment, les besoins sécuritaires du milieu engendrent un certain clivage sexué entre hommes et femmes dans la prestation des soins et provoquent l'instrumentalisation du personnel infirmier selon des stéréotypes sexués. Bien que ces divisions nous apparaissent « naturelles », nous avons pu nous rendre compte qu'elles ont des répercussions sur la capacité du personnel infirmier à donner des soins compétents, car des tensions entre les infirmiers et les infirmières sont créées. Cette section sur la violence des sexes cherche donc à explorer la

soi-disant « nature » des divisions « genrées » de nos résultats. Pour ce faire, les travaux de Wittig (1978) nous semblent incontournables pour nous aider à comprendre la violence issue des rapports hétéronormés dans le milieu d'étude. Selon Wittig (1978), les rapports hétéronormés sont définis comme étant les normes hétérosexuelles qui sous-tendent les relations entre hommes et femmes en société. Cette violence issue des rapports hétéronormés ne s'exprime pas nécessairement par des actes physiques, mais également en termes de privilèges d'un sexe au détriment de l'autre, selon un cadre social rigide et inconscient (Wittig, 1978).

Selon Wittig (1978): « toute différence fondamentale (y compris la différence sexuelle) entre des catégories d'individus, toute différence qui se constitue en concepts d'opposition est une différence d'ordre politique, économique et idéologique » (p. 20). Les divisions « naturelles » que nous avons notées dans notre étude seraient, selon le même auteur, un produit de la *pensée straight* fondée sur une structure hétéronormative. En effet, Wittig (1978) suggère que l'hétérosexualité est un système politique qui désigne un fonctionnement social basé sur la répartition binaire des êtres humains en deux catégories sexuées (femmes et hommes) selon des critères biologiques comme marqueurs de l'identité sexuelle. Au sein d'un système politique hétéronormatif, Wittig (1978) ne parle donc pas de relations entre individus, mais plutôt de relations entre différentes catégories sexuées. Les catégories « hommes » et « femmes » existent parce qu'elles ont établi des relations entre elles – des relations qui établissent comme « naturelle » l'hétérosexualité ainsi que les rôles sociaux qui lui sont associés. Wittig (1978) explique d'ailleurs que l'hétérosexualité comme régime politique est un système autoritaire aux effets violents qui hiérarchise les êtres humains selon leur sexe biologique conditionnant ainsi les termes de la pensée et du mode de vie. Le binaire homme-femme au sein du système politique hétérosexuel désigne un fonctionnement social basé sur la répartition des êtres humains en classes de sexes (femmes et hommes). À ces sexes sont attribués un genre (féminin et masculin), auxquels (sexes) correspondent des caractéristiques (la douceur vs la

force, l'intuition vs la raison, la tempérance vs l'initiative), des rôles sociaux (division sociosexuelle du travail, répartition des tâches domestiques, appropriation des fonctions directives par la classe des hommes), une orientation sexuelle (l'attrance pour le sexe opposé) et un destin (être une mère ou un père et fournir des citoyens à la nation).

Dans le cadre de notre étude, nous avons remarqué une dynamique similaire dans la mesure où, les participants reproduisent les normes hétérosexuelles et potentialisent les différences entre les sexes dans leur milieu de travail. Ici, il ne s'agit pas des différences au niveau des compétences professionnelles, des habiletés théoriques et pratiques, mais des différences physiques et stéréotypées. Les participants reconnaissent que les hommes sont perçus comme étant plus forts et répondent « naturellement » au besoin primaire de sécurité du milieu psycho-légal. Par opposition, les infirmières sont perçues comme étant plus souples n'inspirant donc pas la même autorité que les hommes. Un rapport de domination existe, dans la mesure où, les aspects féminins des soins infirmiers représentés par la figure féminine de l'infirmière, sont mis en arrière-plan ou même sont considérés dangereux (dominé). La femme (infirmière) est ainsi conceptualisée comme étant une personne à risque et l'homme (infirmier) comme étant la personne qui doit assurer sa sécurité.

Wittig (1978) affirme également que ces divisions naturelles relèvent des scripts normatifs de la sphère publique (traditionnellement réservée aux hommes) et de la sphère du privé (traditionnellement réservée aux femmes). La différence entre les sexes est définie, légitimée et rendue irrémédiable par le postulat suivant : les mâles et les femelles sont différents par nature, cette différence ontologique se manifeste physiquement et intellectuellement, les manques de l'un trouvent leurs compléments dans les attributs de l'autre. Dans le cadre de notre recherche, les divisions publique-privé sont représentées sous la forme des interventions autoritaires et sanitaires. Les infirmiers ont la responsabilité (officieuse) de faire respecter les règles et de maintenir la sécurité, tandis que les femmes s'occupent davantage des tâches considérées domestiques (qui relèvent du privé), à titre d'exemple, les

soins au corps, l'organisation de l'unité, la médication, etc. Ce rapport de complémentarité s'inscrit donc dans une logique hétéronormée. Selon Bourdieu (1998), cette complémentarité fait état de la domination masculine, où le sexe masculin est par convention le sexe dominant (fort) et le sexe féminin est le sexe dominé (faible).

Dans le cadre de notre étude, nous assistons à l'intensification et au renforcement du discours hétéronormatif par l'entremise des besoins sécuritaires du milieu. Les participants ont exprimé comment la présence masculine s'avère nécessaire sinon indispensable pour gérer les risques de violence. Non seulement les infirmières semblent avoir intériorisé ce besoin, il est également perçu comment étant un facteur qui module le comportement des patients – une comparaison qui s'apparente avec la présence d'agents de sécurité qui influence le comportement des patients agités. Comme Mason (1999), nous considérons que la potentielle violence des patients représente le produit et renforce ce discours hétéronormatif. Cette (re)production du discours hétéronormatif par l'entremise de la violence, comme le mentionne Jacob (2012), nous rappelle en quoi le pouvoir agit non seulement sur les individus, mais aussi à travers eux en tant que sujets. Cette notion de « subjectivation » suppose qu'il y a une production de connaissances et de discours concernant les patients et les infirmiers (ières). Ces connaissances et ces discours influencent les pratiques et façonnent les identités (du patient et du personnel infirmier). Notre conception des patients comme étant violents contribue à définir ce que signifie être un infirmier et une infirmière en psychiatrie légale. Dans le cadre de notre recherche, la conceptualisation des patients à risque de violence s'est avérée importante dans la production des rôles infirmiers pour gérer les patients potentiellement violents. Les effets de la violence sur les infirmières renforcent les discours hétéronormatifs, où les hommes (infirmiers) ont un rôle dominant et les femmes (infirmières) un rôle dominé (à risque). Bien que nous ne nous soyons pas entretenus avec les patients, les participants nous ont expliqué que les patients auraient plus tendance à exécuter les demandes des infirmiers que celles des infirmières. Les participants soulignent également comment ces derniers modulent leurs

comportements selon qu'ils sont en présence des infirmiers ou des infirmières. Ceci est un exemple concret du discours hétéronormatif sur les rapports sociaux de genre, où les comportements sont modulés par notre conception de l'homme fort et de la femme à risque dans un milieu potentiellement violent.

Danger du binaire

Selon Pichevin (1995), les stéréotypes hétérosexuels représentent : « l'ensemble des traits et attributs censés caractériser les membres d'un groupe de sexe » (p. 458). Ils « donnent forme et contenu à nos perceptions, normalisent nos jugements, nos évaluations, nos interprétations, nos attentes relatives aux hommes et aux femmes, guident nos comportements, modifient nos rapports à autrui et génèrent un monde à leur image. En orientant et en altérant le regard sur autrui et sur soi ils contribuent, non seulement à créer des différences entre les sexes, mais aussi à hiérarchiser les deux sexes. Ils confèrent un contenu valorisant aux croyances et aux préjugés, ils fournissent des explications aux places différentes assignées à chaque sexe et, s'ils ne créent pas les discriminations sociales sexuelles, ils fournissent les éléments pour les maintenir et les justifier » (p. 459). Ainsi, dans le cadre de notre recherche, nous notons en quoi l'hétéronormativité sous-tend les ratios entre les différents acteurs (infirmiers, infirmières, patients). Selon Jacquet (2000), toute personne qui ne s'identifie pas selon les standards hétérosexuels se voit attribuer une étiquette d'infériorité. À l'intérieur du discours hétérosexuel, on peut également parler d'hégémonie sexuelle, où le sexe masculin est classifié comme fort et de ce fait domine l'autre ou les autres sexes. Ainsi, parler de la violence des sexes revient à considérer le binaire homme-femme à l'intérieur du discours hétéronormatif (Wittig, 1978).

L'auteur souligne d'ailleurs qu'il reste au sein de la culture moderne un noyau soi-disant naturel qu'on se refuse à examiner, c'est à dire la relation hétérosexuelle ou relation obligatoire entre « l'homme » et la « femme » – un noyau qui relègue toute identité non masculine comme étant inférieure. Pour la plupart des auteurs qui étudient le genre (Connell, 2000; Messner, 2007) l'hégémonie masculine est le fruit d'un apprentissage social. Cet apprentissage social repose

sur ce que Butler (2006) appelle la performativité du genre ; une performativité qui, elle-même repose sur des normes qui la conditionne. Il n'y a pas de lieu dans la société qui échapperait aux normes de genre. Des auteurs comme Phillips (2009) et Richard (2010) ont soutenu que les hommes sont perçus comme normaux quand ils accomplissent de manière répétitive des gestes et des postures comme l'agilité, la dureté, le stoïcisme émotionnel, la domination et l'hétérosexualité. En psychiatrie légale, le personnel infirmier exécute des activités (stéréotypées) selon le sexe de l'intervenant. La répétition de ces gestes, de ces tâches et de ces manières d'agir, devient officieusement des attentes. Ces attentes officieuses, quoique bénéfiques à la dynamique de groupe, catalysent la violence des sexes exercée dans le milieu et causent des souffrances au personnel soignant.

Nos résultats indiquent que le binaire homme-femme en psychiatrie légale promeut l'exclusion des interventions « non-masculines ». Murray (2008), souligne d'ailleurs le danger des représentations binaires dans le domaine des soins de santé, en invoquant leurs effets réducteurs et limitants. Selon Murray (2008), ces termes ne sont pas naturels et doivent être remis en question. Le danger de tout binaire qu'il soit santé-maladie, homme-femme, féminin-masculin est qu'il ne laisse aucun espace pour d'autres alternatives. Le binaire exerce une violence contre toute opposition à son fondement. Lors de la collecte des données, nous avons constaté le même scénario avec le binaire homme-femme, féminin-masculin. Le binaire est, non seulement problématique pour les infirmiers et infirmières dans la prestation des soins, mais il crée un climat, où la diversité est difficile à concevoir (ex. un infirmier qui démontre des aptitudes maternelles plutôt que sécuritaires). La réflexion de Murray (2008) nous force à remettre en question le rôle des infirmiers au sein de la structure sécuritaire et à revoir la prestation des soins. Des auteurs tels (Holmes, Perron, Michaud & Hervé, 2005; Jacob, 2013) nous invitent à réfléchir à une possible scission du sanitaire et du sécuritaire, afin de repenser les soins en milieu psycho-légal; une réflexion qui romprait les liens hétéronormatifs, si fortement ancrés dans la gestion des risques de ce milieu. Pour Wittig (1978) ce qui doit être

rompu (scission), c'est l'hétérosexuel qui régit les relations entre hommes et femmes. Dans le cadre de notre étude, nous avons noté à quel point il était difficile pour le personnel infirmier de briser ces relations hétérosexuelles, afin de s'établir comme professionnel. Le cadre hétéronormatif jumelé au milieu psycho-légal, intensifient les normes hétérosexuelles. Les hommes entretiennent des relations complémentaires stéréotypées avec les femmes.

La violence des sexes dans un milieu typiquement masculin peut se révéler difficile à saisir, car elle est très ambivalente. Cette ambivalence s'observe, d'une part par l'implantation d'une profession typiquement féminine dans un espace typiquement masculin (macho); d'autre part, les femmes sont enjointes de pénétrer des milieux où l'hégémonie masculine est présente. Dans le milieu psycho-légal, l'affrontement des sexes se fait sentir toutefois, entrer dans ce type d'espace macho implique une confrontation particulière entre les sexes. L'enjeu consiste à se faire accepter en tant que membre du groupe professionnel, sans pour autant perdre l'appartenance à son groupe sexué.

Limites de la recherche

Bien que notre recherche puisse avoir contribué à mieux comprendre les rapports sociaux de genre au regard de la pratique infirmière dans un contexte de psychiatrie légale, elle comporte aussi des limites qu'il convient de souligner. Mentionnons tout d'abord que toutes les entrevues se sont déroulées dans le milieu de travail. Dès le début du projet, nous avons senti une tension évidente lors des entrevues que nous avons menées dans le milieu de travail auprès des participants et ce, particulièrement au moment de l'enregistrement des entrevues. Bien que nous ayons créé un lien de confiance avec les membres du personnel et comme le mentionnent Gagnon, Jacob et McCabe (2014), le fait que les participants nous aient fait part de leurs expériences sur les lieux mêmes de leur milieu de travail aurait pu influencer le type d'information qu'ils nous ont partagée.

En deuxième lieu, il est important de noter une limite au niveau des structures du milieu. Cette limite a fait en sorte que nous n'avons pas pu observer directement les interactions entre les membres du personnel infirmier, tout comme leur façon de donner des soins aux patients. Ces observations auraient pu contribuer à tracer un portrait plus global des rapports sociaux de genre dans ce milieu de soins.

Finalement, la sensibilité théorique, issue des perspectives théoriques, expérientielles, empiriques et personnelles de la chercheuse est une autre limite, puisque cette sensibilité théorique de la chercheuse oriente l'interprétation des résultats. Cette sensibilité a notamment influencé les extraits d'entretiens qui ont été choisis et utilisés pour appuyer la description et l'interprétation des résultats.

Implications pour la recherche, la pratique et la formation en sciences infirmières

Recherche

Les résultats de cette étude qualitative contribuent au corpus de connaissances sur les rapports sociaux de genre en psychiatrie légale. La consultation des écrits qui se sont intéressés à la psychiatrie légale nous ont amenée à penser que les dynamiques de genre qui modulent l'exercice infirmier dans ce domaine ont été négligées. À ce jour, aucune recherche qualitative n'a abordé directement la notion de rapports sociaux de genre, bien que plusieurs études en aient fait mention de façon directe ou indirecte. Nous considérons que notre devis de recherche et les perspectives théoriques que nous avons choisies pour guider ce projet, auront contribué à décrire et à mieux comprendre la notion des rapports sociaux de genre en psychiatrie légale, telle que vécue par les infirmiers et infirmières qui œuvrent dans ce domaine. Nous estimons que ce projet de recherche est unique dans la mesure où, il combine un devis qualitatif, tout en considérant les dimensions sociales et politiques du soin dans le but de montrer comment les rapports sociaux de genre influent la pratique et les interactions sociales des infirmières et des infirmiers. À cet égard, nous croyons essentiel que la recherche en sciences infirmières s'inscrive davantage dans un paradigme de recherche critique, puisque ce type de recherche

visé non seulement le développement des connaissances dans la discipline, mais sert également à explorer les dimensions politiques qui affectent les soins.

Les recherches qui ont trait aux soins infirmiers en psychiatrie légale ont principalement abordé les dimensions sécuritaires du milieu (confusion du rôle, double mandat, etc.), sans toutefois s'attarder à la dimension « genrée » des soins ». En ce sens, notre étude est innovante. Dès lors, il nous apparaît évident que les recherches futures devraient porter sur les structures sécuritaires et sur le travail infirmier « généré », afin d'explorer les tensions qui émergent lorsque des impératifs caritatifs sont introduits dans un milieu traditionnellement punitif. Nos résultats de recherche mettent en évidence le besoin de mieux comprendre les divisions « genrées » dans les milieux de soins en psychiatrie légale. Il est important d'explorer comment la pénétration des impératifs caritatifs dans un milieu traditionnellement punitif génère des tensions. Les recherches futures doivent explorer d'autres éléments comme les stéréotypes, l'influence de l'orientation sexuelle, etc. Elles peuvent chercher à comprendre comment les soins peuvent être dispensés par des soignants homosexuels dans un milieu macho ? Il me semblait important, que la discussion sur la notion du genre et les tensions sécuritaires, en milieu psycho-légal comme ailleurs, pouvait être enrichie et re-problématisée pour comprendre comment le genre réoriente les soins dans ce milieu macho et complexe, ou les aspects féminins du soin sont confrontés à une virilisation de l'expression de ce soin. Il faut sensibiliser les gens sur les particularités de ce milieu de soin et comment le soin épouse la forme de l'environnement dans lequel il est donné. Un dialogue ouvert et honnête dans les salles de classe, pour exposer cette réalité. Il faut approfondir les recherches sur le genre dans les milieux typiquement masculins.

Pratique professionnelle

Ce projet de recherche contribue à l'avancement des sciences infirmières en psychiatrie légale, en identifiant les éléments « genrés » qui contribuent à la division des rôles infirmiers dans ce

domaine et, en quelque sorte à une certaine souffrance du personnel infirmier. Nos résultats nous portent à croire que la professionnalisation des infirmières aux niveaux académique et clinique est différente. Cette différence se fait sentir dans le fait que le milieu clinique redéfinit les assises de l'exercice infirmier enseigné durant la formation de base. Notre recherche permet de dire que le rôle infirmier peut être redéfini car, dans le milieu de psycho-légal il prend une dimension « genrée » officieuse reliée aux besoins sécuritaires de l'établissement. Cette dimension « genrée » apporte une division « naturelle » du travail (qui est conforme à la raison ou à l'usage commun, qui est accepté par convention une division qui semble rencontrer les attentes officieuses et officielles du milieu de soins), laquelle pourrait être définie de façon explicite, afin de clarifier les rôles et d'éviter les tensions reliées aux attentes officieuses sexuées du milieu. Nous espérons que notre projet qui remet en question la neutralité des pratiques infirmières en psychiatrie légale pourrait être la pierre angulaire d'un dialogue sur un sujet considéré tabou.

Formation

Les résultats de notre recherche sont importants pour la formation en sciences infirmières, non seulement parce qu'ils concernent le personnel infirmier, mais également pour comprendre la manière dont les structures du milieu influencent les soins prodigués. Les enjeux relatifs aux soins infirmiers « genrés » en psychiatrie légale comportent des implications pour la formation infirmière tant la formation académique, que la formation continue dans les milieux de soin. Les résultats de notre recherche soulignent l'importance de la socialisation professionnelle des infirmières en lien avec différents courants de pensée, pour ainsi mieux comprendre les pratiques actuelles. L'influence des recherches sur le genre a permis d'explorer des dynamiques intra professionnelles encore très peu documentées et de remettre leur « nature » en question, pour ainsi en faire ressortir les construits c'est-à-dire, les normes « genrées ».

Ainsi, notre recherche s'ajoute au corpus de connaissances en sciences infirmières qui doit être pris en compte en éducation et ce, particulièrement dans l'étude du métaparadigme

infirmier, des modèles conceptuels et des théories en sciences infirmières. Ainsi, l'introduction de certains travaux (féministes, queer, etc.) permettra aux futures infirmières de développer une pensée critique face aux enjeux cliniques qui touchent leur pratique et le bien-être de leurs patients. Il faut introduire les questions de genre dans le matériel d'enseignement pédagogique, en exposant les différents aspects des soins infirmiers dans le corpus de connaissances infirmières. Sensibiliser les étudiants et les étudiantes, sur le fait que d'être un homme ou une femme dans certains milieux de soin, aura des conséquences tangibles (homme en maternité, femme en milieu psycho-légal) ; le soin prend la couleur de l'environnement dans lequel il est donné.

CONCLUSION

Le but premier de cette thèse doctorale consistait à explorer les rapports sociaux de genre en psychiatrie légale – un milieu typiquement masculin. Notre recherche a d'ailleurs clairement fait ressortir en quoi le maintien de la sécurité (risques de violence) est un élément indispensable à la pratique infirmière dans ce milieu de soins. L'importance du maintien de la sécurité nous a permis d'explorer une division « genrée » des rôles infirmiers. La compréhension des rapports sociaux de genre dans la pratique infirmière et au niveau du personnel infirmier a permis de repenser l'exercice infirmier selon un binaire homme-femme hétéronormatif. Notre étude met ainsi au premier plan une forme de déterminisme biologique, dans la mesure où le système de représentation qui assigne des comportements sexués aux hommes et aux femmes, dicte en partie, les divisions du travail. Dans le cadre de notre étude, ce système de représentation est représentatif de la relation hétéronormative. L'hétérosexualité comme régime politique impose une certaine violence, non seulement pour les femmes, mais aussi pour toute personne qui ne s'identifie et ne se définit pas à travers le cadre hétérosexuel dit normatif. Cette logique binaire place les hommes au centre d'un discours de risque et intensifie les manifestations hyper masculines ; ou les hommes sont instrumentalisés pour leur force physique, et les femmes pour leur souplesse et leurs attributs maternels.

À son dénouement, notre projet doctoral aura servi à faciliter la compréhension de la pratique infirmière au regard des rapports sociaux de genre, dans un environnement où deux systèmes contradictoires doivent cohabiter. Ce projet de recherche se situait à l'interface des soins infirmiers et des pratiques sécuritaires en milieu de psycho-légal. Il visait, non seulement à situer la pratique infirmière dans un contexte de travail extrême, mais visait surtout à explorer une pratique professionnelle influencée par une philosophie coercitive, soutenue par une forte présence masculine. En effet, l'aspect sécuritaire du milieu nous a permis d'explorer comment les risques de violence polarisent les interventions selon le sexe biologique du personnel soignant, dans la mesure où ce sexe est lié à des caractéristiques/attributs stéréotypés. Les

infirmiers sont orientés vers la gestion des risques de violence ; les infirmières quant à elles sont orientées vers des tâches dites « maternelles » ou « domestiques ». Bien que ces divisions semblent être conventionnelles, nous avons remarqué qu'elles causent une certaine souffrance professionnelle auprès du personnel infirmier masculin ou féminin. Le milieu de psycho-légal promeut une virilisation des soins et ce discours sexué participe aux divisions « genrées ». Selon nos résultats, ce discours génère une vulnérabilité pour le personnel infirmier. Les résultats ont permis d'apprécier l'impact des stéréotypes sexués sur la pratique infirmière et comment celle-ci se trouve coincée entre deux perspectives divergentes. Les rôles sexués entraînent selon nous une violence entre les sexes dans la mesure où ils facilitent l'instrumentalisation des deux sexes. Les besoins sécuritaires du milieu engendrent un certain clivage sexué au sein du personnel infirmier. La (re)production du discours hétéronormatif par l'entremise de la violence nous rappelle en quoi le pouvoir agit non seulement sur les individus, mais aussi à travers eux en tant que sujets. L'effet du discours hétéronormatif sur les rapports sociaux de genre, se situe dans un cadre hétérosexuel où les comportements sont modulés par la conception de l'homme fort et de la femme souple à risque. Le cadre hétéronormatif jumelé au discours psycho-légal facilite ainsi l'intensification et l'amplification des normes hétérosexuelles ; un cadre qui ne laisse aucune place pour la diversité non-binaire. Selon nos résultats, le milieu de psycho-légal comme une sous-culture de la société, a exercé une influence considérable sur l'exercice infirmier, au point qu'il a redéfini son expression.

En résumé, les résultats de cette recherche ont permis de voir comment le personnel infirmier dans l'atteinte des objectifs psycho-légaux font face à un ensemble d'injonctions, de mandats contradictoires, de loyautés et de hiérarchies opposées (couplage d'une philosophie caritative et d'une philosophie coercitive). En dépit des stratégies déployées par le personnel infirmier, l'exercice des soins infirmiers demeure difficile vu les contraintes organisationnelles et psycho-légales. Ces stratégies représentent d'ailleurs un obstacle à la pratique infirmière et soulèvent des enjeux éthiques importants.

RÉFÉRENCES

- Agger, B. (1992). *Cultural Studies as Critical Theory*. London: Falmer Press.
- Allen, D. (1988). Record-keeping and routine nursing practice: the view from the wards. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 1223-1230.
- American Nurses' Association (1980a). Generating a scientific basis for nursing practices: Research priorities for 1980s. *Nursing Research*, 29, 219.
- American Nurses' Association (1985b). Directions for nursing research: Toward the twenty-first century. Washington, DC: Author.
- Amnesty International. (1998). *Briser le silence*, Toulouse, Amnesty International
- Amnesty International. (2001). Identité sexuelle et persécutions, Paris, Amnesty International.
- Anadón, M. (2006). La recherche « qualitative ». De la dynamique de son évolution aux acquis indéniables et aux questionnements présents. *Recherches qualitatives*, 26(1), 5-31.
- Anno, B. J. (1985). Pattern of suicide in Texas department of corrections: 1980-1985. *Journal of Prison and Jail Health*, 5, 82-93.
- Anzieu, D., & Martin, J-Y. (1968). *La dynamique des groupes restreints*. PUF.
- Anzieu, D. (1981). *Le Groupe et l'Inconscient*. Paris, éd. Dunod.
- Anzieu, D., & J.-Y. Martin. (1994). *La Dynamique des groupes restreints*, Paris, PUF.
- Atkinson, P. & Hammersly, M. (2004). *Ethnography: Principles in practice*. (2d Ed). Routledge, London and New York.
- Atkinson, P. & Hammersly, M. (2007). *Ethnography: Principles in practice*. (3. Ed). Routledge, London and New York
- Attenborough, F. T. (2011). "Complicating the sexualization thesis: The media, gender and 'sci-candy'". *Discourse & Society (Sage)*, 22(6), 659–675.
- Attwood, F. (2005) Tits and ass and porn and fighting: Male heterosexuality in magazines for men. *International Journal of Cultural Studies* 8(1), 83–100.
- Attwood, F. (2006) Sexed up: Theorizing the sexualization of culture. *Sexualities* 9(1), 77–94.
- Attwood, F. (2009). Mainstreaming sex the sexualization of Western culture. London : I.B. Tauris.
- Aucoin-Gallant, G. (1990). L'Infirmière Canadienne. *The Canadian Nurse*, 32-35.

- Badinter, É. (1992). *XY, de l'identité masculine*. Paris, Odile Jacob.
- Barker, P. (2000) The Tidal Model of mental health care: personal caring within the chaos paradigm. *Mental Health Care and Learning Disabilities*, 4, 59–63.
- Barker, P. (2001) The Tidal model: developing an empowering, person-centred approach to recovery within psychiatric and mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 8, 233–240.
- Batt, M. (2005). L'engagement des femmes dans des métiers « masculins », Mémoire pour le Master 1 Sciences de l'Éducation, Université de Bordeaux 2.
- Baxter V. (2002) Nurses' perceptions of their role and skills in a medium secure unit. *British Journal of Nursing* 11, 1312–1319.
- Bell, D., Caplan, P., & Karim, W.J. (1993). *Gendered Fields: Women, Men & Ethnography*. London: Routledge.
- Bernier S.L. (1986) Corrections and mental health. *Journal of Psychosocial Nursing*, 24, 20-25.
- Berenii, L., Chauvin, S., Jaunait, A., & Revillard. (2008). *Introduction aux Gender Studies: manuel des études sur le genre*. De Boeck.
- Bergling, T. (2001). *Sissyphobia, Gay Men and Effeminate Behavior*. New York, Harrington Park Press.
- Berthelot, J. M. (2000). *Sociologie. Épistémologie d'une discipline. Textes fondamentaux*. Belgique, De Boeck Université.
- Best, S., Kellner, D. (1991). *Postmodern Theory: Critical Interrogations*. London and New York: MacMillan and Guilford Press, and (1997).
- Best, R. (1983). *We've All Got Scars: What Boys and Girls Learn in Elementary School*. Bloomington, Indiana University Press.
- Bidmead. C., & Cowley, S. (2005). A concept analysis of partnership with clients. *Community Practitioner*, 78(6), 203-208.
- Borrilo, D. (2000). *L'homophobie*. Paris, Presse universitaire de France, coll. « Que-sais-je? ».
- Bourdieu, P. (1998). *La domination masculine*. Paris. Collection Liber. Seuil.
- Bowring-Lossock, E. (2006). The forensic mental health nurse-a literature review. *Journal of psychiatry and mental health nursing*, 13, 780-785.
- Brod, H. (1987). *The Making of Masculinity, the New Men's Studies*. Winchester, Allen and Unwin Inc.

- Bujold, C, & Gingras, M. (2000), *Choix professionnel et développement de carrière*. Paris, Edition Gaëtan Morin (2ème édition), 223-251.
- Burgess, A. W. (1998). *Psychiatric Nursing*. Stamford, CT: Appleton & Lange.
- Burnard, P. (1992). The expanded role of the forensic psychiatric nurses. In P. Morrison & P. Burnard (Eds). *Aspects of Forensic Psychiatric Nursing*. Aldershot: Avebury.
- Burrow, S. (1991a). Special hospital: Therapy vs custody. *Nursing Times*, 87, 64-66.
- Burrow, S. (1991b). The Special hospital nurse and the dilemma of therapeutic custody. *Journal of Advances in Health and Nursing Care*, 1, 21-38.
- Burrow, S. (1992). The treatment and security needs of special hospital patients – A nursing perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 1267-1278.
- Burrow, S. (1998). Therapy versus security: reconciling healing and damnation. In T. Mason and D. Mercer (Eds), *Critical perspectives in forensic care: Inside out*. (pp. 171-197). London: Macmillan.
- Burrow, S. (1993a). An outline of the forensic nursing role. *British Journal of Nursing*, 2(18), 899-904.
- Burrow, S. (1993b). The role conflict of the forensic nurse. *Senior Nurse*, 13(5), 20-25.
- Bush, P. (1976). The male nurse: a challenge to traditional role identities. *Nursing Forum*, 15, 391-405.
- Butler, J. (1993). *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*. London: Routledge.
- Butler, J. (2006). *Trouble dans le genre. Le féminisme et la subversion de l'identité*. Paris: La Découverte.
- Cahill J. (1996) Patient participation: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 561-571.
- Campbell, J., Bunting, S. (1991). Voices and paradigms: Perspectives on critical and feminist theory in nursing. *Advances in Nursing Science*, 3, 3.
- Canadian Centre for Occupational Health & Safety. (2012). Violence in workplace. Available from: <http://www.ccohs.ca/oshanswers/psychosocial/violence.html>.
- Caplan, C. (1993). Nursing staff and patient perceptions of the ward atmosphere in a maximum security forensic hospital. *Archives of Psychiatric Nursing*, 1, 23-29.
- Castel, R. (1991). *From dangerousness to risk*. Dans G. Burchell, C. Gordon & P. Miller (éds). *The Foucault Effect*. (pp. 281-298). Chicago: University of Chicago Press.

Castel, R. (1998). Préface. Dans E. Goffman. *Asiles: études sur la condition sociale des malades mentaux*. Paris: Éditions de Minuit.

Chalifour, J. (1999). *L'intervention thérapeutique, volume 1. Les fondements existentiels-humanistes de la relation d'aide*. Gaetan Morin. Éditeur.

Chaloner C. (2000) Characteristics, skills, knowledge and inquiry. In: *Forensic Mental Health Nursing: Current Approaches* (eds). Chaloner, C. & Coffey, M.), pp. 1–20. Blackwell Science, Oxford.

Chambon, A. (1999). *Foucault's Approach: Making the Familiar Visible*. In A. Chambon, A. Irving & L. Epstein (eds.). *Reading Foucault for Social Work* (pp. 51-82). New York: Columbia University Press.

Charmaz, K. (2000). *Grounded Theory: Objectivist and Constructivist Methods*. In N.K. Denzin & Y. S. Lincoln (dir). *Handbook of Qualitative Research* (p. 509-535). London: Sage Publications.

Cheek, J. (2000). *Postmodern and Poststructural Approaches to Nursing Research*. Thousand Oaks, CA: SAGE.

Chen, C. P-L. (2000). « Provocation's privileged desire: the provocation doctrine, "homosexual panic," and the non-violent unwanted sexual advance defense ». *Cornell Journal of Law and Public Policy* September 22, <http://www.highbeam.com/doc/1G1-78475643.html>.

Chiovitti, R. F. & Piran, N. (2003). Rigour and grounded theory research. *Journal of Advanced Nursing*, 44(40), 427-435.

Clegg, S. (1989). *Frameworks of power*. London: Sage.

Clegg, S. (1998). *Foucault, Power and Organizations*. In A. McKinlay & K. Starkey (Eds). *Foucault, Management and Organization Theory*. Thousand Oaks: Sage.

Coffey M. (2000) Stress and coping in forensic community mental health nurses: demographic information and qualitative findings. *Nursing Times Research*, 5, 100–111.

Coffey M. & Coleman M. (2001). The relationship between support and stress in forensic community mental health nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 34, 397–407.

Cohen, L., Manion L. et Morrison, K. (2011). Validity and reliability. Dans L. Cohen, L. Manion et K. Morrison (dir.), *Research Methods in Education* (p. 179-216). London, New York: Routledge.

College of Nurses of Ontario Practice Standard. (2006): *Therapeutic Nurse-Client Relationship, Revised*.

Collins. M. (2000). The practionner new to the role of forensic psychiatric nurse in the UK. In:

- Forensic Nursing and multidisciplinary care of the mentally disordered offender (Eds). Robinson, D. & Kettles, A.), (pp. 39-50). Jessica Kingsley Publishers, London.
- Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse. (2007). De l'égalité juridique à l'égalité sociale vers une stratégie de lutte contre l'homophobie. Dépôt légal — Bibliothèque et Archives nationales du Québec — 2007. ISBN 978-2-550-48955-9.
- Connell, R. W. (2000). *Masculinités et mondialisation*. Dans Welzer-Lang, Nouvelles approches des hommes et du masculin (p. 195-219). Toulouse: Presses universitaires du Mirail.
- Connell, R. W. (2000). *The men and the boys*. Cambridge: Polity Press.
- Connell, R. W. (2004). « Les armes et l'homme: comment la nouvelle recherche sur la masculinité permet de comprendre la violence et de promouvoir la paix dans le monde d'aujourd'hui ». Dans R. Connell, I. Breines, & I. Eide, Rôles masculins, masculinités et violence (p. 21-35). Paris: UNESCO.
- Connell, R.W. (1993) « The big Picture: Masculinities in Recent World History » *Theory and Society*, 22, 597-623.
- Connell, R.W. (1998). « Masculinities and Globalization » *Men and Masculinities*, 1 (1), 3-23
2003 « Masculinities, change, and conflict in global society: Thinking about the future of men's suites. *Journal of men's studies*, 11(3), 249-266.
- Connell, R.W. (2005) [1995]. *Masculinities*, Berkely, University of California Press.
- Courtney R., Ballard E., Fauver S., Gariota M. & Holland L. (1996). The partnership model: working with individuals, families, and communities toward a new vision of health. *Public Health Nursing*, 13(3), 177-186.
- Corbin, J. & Strauss, A. (1990). Grounded theory research: procedures, canons, and evaluative criteria. *Qualitative Sociology*, 13(1), 3-21.
- Cranny-francis, A. (1998). Gender and genre: Feminist rewritings of detective fiction. *Women's Studies International Forum*, 1(11), 69-84.
- Creswell, J. W. (2003). *Research Design* (2nd Edition). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Creswell, J.W. (1998). *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Traditions*. Thousand Oaks: Sage Pub.
- Curhod. C., (2009). *Relation soignants-soignés : Prévenir et dépasser les conflits*. Elsevier Masson.
- Daffern, M., Ogloff, J., & Howells, K. (2003). Aggression in an Australian forensic psychiatric hospital. *British Journal of Forensic Practice*, 5 18-37.

- Daffern, M. & Howells, K. (2002). Psychiatric inpatient aggression: A review of structural and functional assessment approaches. *Aggression and Violent Behavior, 7*, 477–497.
- Daffern, M., Mayer, M. & Martin, T. (2003). A preliminary investigation into patterns of aggression in an Australian forensic psychiatric hospital. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology, 14*, 67–84.
- Daffern, M., Mayer, M. & Martin, T. (2004). Environment contributors to aggression in two forensic psychiatric hospitals. *International Journal of Forensic Mental Health, 3*, 105–114.
- Daffern, M., Mayer, M., & Martin, T. (2006). Staff gender ratio and aggression in a forensic psychiatric hospital. *International Journal of Mental Health Nursing, 15*(2), 93–99.
- Dallera, C., et Ducret, V. (2004). Femmes en formation dans un métier d'homme. Résultats d'une recherche de terrain menée dans le canton de Vaud en 2002-2003 auprès d'un échantillon d'apprenantes.
- Davies, B, Browne, J., Gannon, S., Hopkins, L., McCann, H., & Wihlborg, M., (2006). Constituting the feminist subject in poststructuralist discourse. *Feminism & Psychology, 16*(1), 87-103.
- Davies, B., & Banks, C. (1992). The gender trap: a feminist poststructuralist analysis of primary school children's talk about gender. *Journal of Curriculum Studies, 24*, 1.
- Davies, B. (1989). *Frogs and Snails and Feminist Tales*. Sydney: Allen & Unwin.
- Davies, B. (1993). *Shards of glass*. Sydney: Allen & Unwin.
- Davies, C. (1995). *The gendered predicament in nursing*. Milton Keynes. Open University Press. Milton Keynes.
- Davies, B. (1997). The subject of post-structuralism: A reply to Alison Jones. *Gender & Education, 9*, 271-283.
- Davidson, M. J. (1988). In a man's world -- essays on women in male-dominated professions. *Journal of Organizational Behavior, 9*(1), 98-99. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/60911134?accountid=14701>.
- Deans, C. (2004). Who cares for nurses? The lived experience of workplace aggression. *Collegian, 11*(1), 32-36.
- De Beauvoir, S. (1949). *Le deuxième sexe. II L'expérience vécue*, Gallimard, coll. « Folio ».
- De La Torre, M. A. (1999). Beyond Machismo: A Cuban Case Study. *Annual of the Society of Christian Ethics, 19*, 213-233.
- Deleuze, G. (1986). *Foucault*. Paris : Éditions de Minuit.

- Denoits, M. (2008/). *Fiche de lecture : « XY, de l'identité masculine »* De E. Badinter.
- Dezin, N. K. & Lincoln, Y. S. (2011). *The Sage Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks: CA: SAGE.
- Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (1998). *Strategies of Qualitative Inquiry*. Thousand Oaks: CA: SAGE.
- Dhondea, R. (1995). An ethnographic study of nurses in a forensic psychiatric setting: education and training implications. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 4, 77-82.
- Dickson, R., Cox, T., Leather, P., Beale, D., & Farnsworth, B. (1993, Nov/Dec). Violence at work. *Occupational Health Review*, 46, 22– 24.
- Doyle, J. (1998). Prisoners as patients: the experience of delivering mental health nursing care in an Australian prison. *Journal of Psychosocial Nursing*, 36, 25-29.
- Droes, N. S (1994). Correctional nursing practice. *Journal of Community Health Nursing*, 11(4); 201-210.
- Dubar, C. (1992). Formes identitaires et socialisation professionnelle : *Revue française de sociologie*, 33, 505-529. Published by: Sciences Po University Press on behalf of the Association Revue Française de Sociologie.
- Dubar, C. (2000). *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*. Paris :Armand Colin.
- Dubar, C. (1991). *La socialisation : construction des identités sociales et professionnelles*. Paris, A. Colin.
- Dubler, N. N. (1981). Editorial. *Journal of Prison and Jail Health*, 1, 3-6.
- Dunbar, C. (2003). *Correctional Nursing - A Practice in Contradiction*. Nursing Spectrum (New York/New Jersey Metro Edition).
- Duret, P. (1999). *Les jeunes et l'identité masculine*. Paris, Les Presses Universitaires de France.
- Duru-Bellat, M., & Van Zanten, A. (1999). *Sociologie de l'école*. Paris, Armand Colin, Collection U.
- Duru-Bellat, M. (1994). Filles et garçons à l'école, approches sociologiques et psychosociales. Des scolarités sexuées, reflet de différences d'aptitude ou de différences d'attitudes. *Revue Française de Pédagogie*, 109, 111-133.
- Eagly, A. H. (1997). "Sex differences in social behavior: Comparing social role theory and evolutionary psychology". *American Psychologist*, 52(12), 1380–3.

- Eagly, A. H., & Fetterolf, J. (July 2011). "Do young women expect gender equality in their future lives? An answer from a possible selves experiment". *Sex Roles*, 65(1–2), 83–93.
- Edwards. K., (2005). Partnership in working in Mental Health care: The nursing dimension. Churchill Livingstone; 1 edition. Buckinghamshire Chilterns University College, Buckinghamshire, UK.
- Egeland J. & Brown J. (1989) Men in nursing: their fields of employment, preferred fields of practice and role strain. *Health Services Research*, 24, 693–707.
- Eriksson, M. (2002). Men's violence, men's parenting and gender politics in Sweden. *Nordic Journal of Feminist and Gender Research*, 10(1), 6-15.
- Evans, J. (1997). Men in nursing: issues of gender segregation and hidden advantage. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 226–231.
- Evans, J. (2004). Men Nurses: A Historical and Feminist Perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 47(3), 321-328.
- Evans, J. (2002). Cautious caregivers: Gender stereotypes and the sexualization of men nurses' touch. *Journal of Advanced Nursing*, 40(4), 441-448.
- Evens, L., & Davies, K. (2000). « No Sissy Boys Here: A Content Analysis of the representation of Masculinity Elementary School Reading Textbooks » *Sex Roles*, 42, (3-4),255-270.
- Fawcett, J. (1995). Analysis and evaluation of conceptual models of nursing. (3rd edition). Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Fahmy-Eid, N. (1997). L'histoire des femmes. Construction et déconstruction d'une mémoire sociale». *Sociologie et sociétés*, 29(2), 21-31.
- Federman, C. & Holmes, D. (2000). Caring to Death: Health Care Professionals and Capital Punishment. *Punishment and Society*, 2(4), 439-449.
- Federman, C., Holmes, D., Jacob, JD. (2009). Deconstructing the Psychopath: A Critical Discursive Analysis. *Cultural Critique*, 72, 36-65.
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford University Press, Stanford, California.
- Fisher, A. (1995). The ethical problems encountered in psychiatric nursing practice with dangerous mentally ill persons. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 9(2), 193-208.
- Fisher, J. E. (2007). Mental health nurses: De facto police. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16, 230–235.

Formarier, M. (2007). « La relation de soin, concepts et finalités ». *Recherche en soins infirmiers*, 2(89), 33-42.

Foucault, M., (1988). *Madness and Civilization* (trans. Richard Howard). New York, Vintage Books.

Foucault, M. ([1966] 1997). *Les mots et les choses*. St-Amand : Éditions Tel/Gallimard.

Foucault, M. ([1972] 1996). *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris : Éditions Tel/Gallimard.

Foucault, M. ([1975] 1995). *Surveiller et punir*. St-Amand : Éditions Tel/Gallimard.

Foucault, M. ([1976] 1994). *Histoire de la sexualité : la volonté de savoir*. St-Amand : Éditions Tel/Gallimard.

Foucault, M. (1978). *Cours au collège de France*. Paris: Editions Gallimard.

Foucault, M. (1980a). *Body and power*. In C. Gordon (Ed). *Power/Knowledge and selected Interviews and other writings 1972-1977* by Michel Foucault. New York: Pantheon Books.

Foucault, M. (1980b). *Truth and power*. In C. Gordon (Ed). *Power/Knowledge and selected interviews and other writings 1972-1977* by Michel Foucault. New York: Pantheon Books.

Foucault, M. (1980c). *Power and strategies*. In C. Gordon (Ed). *Power/Knowledge and selected interviews and other writings 1972-1977* by Michel Foucault. New York: Pantheon Books.

Foucault, M. (1980d). *Two lectures-January 1976*. In C. Gordon (Ed). *Power/Knowledge and selected interviews and other writings 1972-1977* by Michel Foucault. New York: Pantheon Books.

Foucault, M. (1980e). *The eye of power*. In C. Gordon (Ed). *Power/Knowledge and selected interviews and other writings 1972-1977* by Michel Foucault. New York: Pantheon Books.

Foucault, M. (1980f). *The politics of public health in the 18th century*. In C. Gordon (Ed). *Power/Knowledge and selected interviews and other writings 1972-1977* by Michel Foucault. New York: Pantheon Books.

Foucault, M. (1988). *The technologies of the self*. In L. H. Martin, H. Gutman, & P. H. Hutton (Eds). *The technologies of the Self – A Seminar with Michel Foucault*. Amherst: The University of Massachusetts Press.

Foucault, M. (1991). *Governmentality*. In G. Burchell, C. Gordon & P. Miller (Eds). *The Foucault's Effect*. Chicago: The University of Chicago Press.

- Foucault, M. (1994a). *Dits et écrits, tome 3*. Paris: Éditions Gallimard.
- Foucault, M. (1994b). *Dits et écrits, tome 4*. Paris: Éditions Gallimard.
- Foucault, M. (1997). *Il faut défendre la société*. Paris: Seuil / Gallimard.
- Fraser, N. (1989). *Unruly Practices. Power, Discourse and Gender in Contemporary Social Theory*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Gadrey, N. (1992). *Hommes et femmes au travail: inégalités, différences, identités*. Paris, L'Harmattan « Logiques sociales ». Gollac Michel, Volkoff Serge (2002). « La mise au travail des stéréotypes de genre. Les conditions de travail des ouvrières ». *Travail, genre et sociétés*, n° 8 « Ouvrières : les dessous de l'embellie ».
- Gagnon, M., Jacob, J.D., & McCabe, J. (2014). From distress to illness: a critical analysis of medicalization and its effects in clinical practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21, 257–263.
- Gallant, M.H., Beaulieu, M.C. and Carnevale, F.A. (2002). Partnership: an analysis of the concept within the nurse–client relationship. *Journal of Advanced Nursing* 40(2), 149–57.
- Gastaldo, D. & Holmes, D. (1999). Nursing and Foucault: A History of the Present. *Nursing Inquiry*, 6(1), 17-25.
- Gilberg, A. F., Elverdam, B., & Hounsgaard, L. (2010). Forensic psychiatric nursing: a literature review and thematic analysis of staff–patient interaction. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17, 359–368.
- Glaser, B.G. & Strauss, A.L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. New York: Aldine.
- Glaser, J. B., & Greifinger, R. B. (1993). Correctional health care: A public health opportunity. *Annals of Internal Medicine*, 118, 139-145.
- Glover, D., & Kaplan. C. (1986). *Genders*. Routledge, London and New York.
- Goffman, E. (1959). *The presentation of self in everyday life*. Anchor Books Edition. United States of America.
- Goffman, E. ([1968] 1998). *Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux*. Paris : Éditions de Minuit.
- Goffman, E. ([1975] 1996). *Stigmates: les usages sociaux des handicaps*. Paris : Éditions de Minuit.
- Goffman, E. (1979) *Gender Advertisements*. London: Macmillan.
- Goffman, E. (2002). *L'arrangement des sexes (1977)*. Paris, La Dispute.

- Gohier, C. (2004). De la démarcation entre critères d'ordre scientifique et d'ordre éthique en recherche interprétative. *Recherches qualitatives*, 24, 3-17.
- Grbich, C. (1999). *Qualitative Research in Health: An Introduction*. St. Leonards Australia: SAGE.
- Greenfeld, S., Greiner, L., Wood, M. M. (1980). The "feminine mystique" in male-dominated jobs: A comparison of attitudes and background factors of women in male-dominated versus female-dominated jobs. *Journal of Vocational Behavior*, 17(3), 291-309.
- Greenson, R. (1964). «On homosexuality and gender identity». *International Journal of Psychoanalysis*, 45.
- Grimshaw, J. (1986). *Feminist Philosophers: Women's Perspective on Philosophical Traditions*. Brighton: Wheatsheaf.
- Guba, E. & Lincoln, Y. (1998). *Competing paradigms in qualitative research*. Dans N. Denzin & Y. Lincoln (éds.). *The Landscape of Qualitative Research* (pp. 195-220). Thousand Oaks, CA.
- Guba, E. & Lincoln, Y. (2005). *The Landscape of Qualitative Research*. Thousand Oaks, CA.
- Guest, G., Bunce, R., & Johnson, L. (2006). How Many Interviews Are Enough? An Experiment with Data Saturation and Variability. *Field Methods*, 1(18), 59–82.
- Guillaumin, C. (1978). «Pratique du pouvoir et idée de Nature (1) L'appropriation des femmes [archive] ». *Questions Féministes No. 2, les corps appropriés* (février 1978), pp. 5-30.
- Guy, R. (1970). *Introduction à la Sociologie générale*. Éditions Hurtubise.
- Hacking, I. (1995a). *Rewriting the Soul: Multiple Personality and the Sciences of Memory*. Princeton University Press.
- Hacking, I. (1995b). 'The looping effects of human kinds', in D. Sperber, D. Premack and A. Premack (eds) *Causal Cognition: An Interdisciplinary Approach*, Oxford: Oxford University Press, pp. 351–83.
- Hacking, I. (2004). Between Michel Foucault and Erving Goffman: between discourse in the abstract and face-to-face interaction. *Economy and Society*, 3(33), 277-302.
- Harding, T., N, North., & R, Perkins. (2008). Sexualizing Men's Touch: Male Nurses and the Use of Intimate Touch in Clinical Practice. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*, 22, 2.
- Harding, S. (1990). *Feminism, Science, and the Anti-Enlightenment Critiques*. In L.J. Nicholson (Ed). *Feminism/Postmodernism* (pp. 83-106). NY: Routledge.

- Hamilton, B. & Manias, E. (2006). 'She's manipulative and he's right off': A critical analysis of psychiatric nurses' oral and written language in the acute inpatient setting. *International Journal of Mental Health Nursing*, 15, 84-92.
- Hammersley, M. and Atkinson, P. (2007). *Ethnography: principles in practice*. London: Routledge
- Handman, M-E. (1995). Violence et différence des sexes. *Lignes* 1995/2 (n°25), p. 205-217. DOI 10.3917/lignes0.025.0205.
- Héritier, F. (1996). *Masculin-féminin. La pensée de la différence*. Odile Jacob.
- Holmes, D. (2001). Articulation du contrôle social et des soins infirmiers dans un contexte de psychiatrie pénitentiaire. Thèse de doctorat inédite, Université de Montréal, Canada.
- Holmes, D. (2001). From Iron Gaze to Nursing Care: Mental Health Nursing in the Era of Panopticism. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8(1), 7-15.
- Holmes, D. (2002). Police and pastoral power: governmentality and correctional forensic psychiatric nursing. *Nursing Inquiry*, 9(2), 84-92.
- Holmes, D. & Gastaldo, D. (2002). Nursing as Means of Governmentality. *Journal of Advanced Nursing*, 38(6), 557-565.
- Holmes, D. & Federman, C. (2003). Capital Crimes. *Nursing Inquiry*, 10(2), 140-141.
- Holmes, D. & Federman, C. (2003). Killing for the State: The Darkest Side of American Nursing. *Nursing Inquiry*, 10(1), 2-10.
- Holmes, D. & Federman, C. (2003). Constructing Monsters: Correctional Discourse and Nursing Practice. *International Journal of Psychiatric Nursing Research*, 8(3), 942-962.
- Holmes, D. & Perron, A. (2004). Effects of patient-focused care on seclusion in a psychiatric intensive care unit. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 11(11), 508.
- Holmes, D. & Gastaldo, D. (2004). Rhizomatic Thought in Nursing: An Alternative Path for the Development of the Discipline. *Nursing Philosophy*, 5, 258-267.
- Holmes, D., Kennedy, S. L., & Perron, A. (2004). Mentally Ill and Social Exclusion: A Critical Examination of the Use of Seclusion from the Patient's Perspective. *Issues in Mental Health Nursing*, 25(6), 559-578.
- Holmes, D. (2005). Governing the Captives: Forensic Psychiatric Nursing in Corrections. *Perspectives in Psychiatric Care*, 41(1), 3-13.
- Holmes, D., Murray, S., Perron, A., & Rail, G. (2006). Deconstructing the Evidence-Based Discourse in Health Sciences: Truth, Power, and Fascism. *International Journal of Evidence-Based Health Care*, 4, 180-186.

- Holmes, D., Perron, A., & O'Byrne, P. (2006). Understanding Disgust in Nursing: Abjection, Self, and the Other. *Research and Theory for Nursing Practice. An International Journal*, 20(4), 305-315.
- Holmes, D., Perron, A., Michaud, G., Montuclard, L. & Hervé, C. (2006). Scission entre le sanitaire et le pénitentiaire : réflexion critique sur les (im) possibilités du soin infirmier au Canada et en France. *Journal de Réadaptation Médicale*, sous presse.
- Holmes, D., Perron, A., & O'Byrne, P. (2006). Evidence, Virulence, and the Disappearance of Nursing Knowledge: A Critique of the Evidence-Based Dogma. *Worldviews on EvidenceBased Nursing*, 3(3), 95-102.
- Holmes, D., Jacob, J.D. (2007). Seclusion practice: a critical examination of the nurses' decision-making process. *BMC Psychiatry*, 7(1), 5147.
- Holmes, D. (2011). Aporia. *Journal de réadaptation médicale*, 31(3), 4.
- Holmes, D. & Murray, S. (2011). Civilizing the Barbarian: A Critical Analysis of Behaviour modification Programs in Forensic Psychiatry Settings. *Journal of Nursing Management*, 19(3), 293-301.
- Holmes, D., Rudge, T., & Perron, A. (2012). *(Re)Thinking Violence in Healthcare: A Critical Perspective*. Surrey: Ashgate.
- Holmes, D. & Jacob, JD. (2012). Entre soin et punition: la difficile coexistence entre le soin infirmier et la culture carcérale. *Recherche en soins infirmiers*, 111, 57-66.
- Holmes, D. and Murray, SJ. (2012). A Critical Reflection on the Use of Behaviour Modification Programmes in Forensic Psychiatry Settings. In D. Holmes, T. Rudge, and A. Perron (Eds). *(Re)Thinking Violence in Health Care Settings Surrey: Ashgate*.
- Holmes, D., Rudge, T., Perron, A., and St-Pierre, T. (2012). *Introduction: (Re)Thinking Violence in Health Care Settings*. In D. Holmes, T. Rudge, and A. Perron (Eds). *(Re)Thinking Violence in Health Care Settings Surrey: Ashgate*.
- Holmes, D. & Murray, SJ. (2012). Pouvoir psychiatrique et corps déviants: analyse biopolitique des plans de modification de comportements en milieux de psychiatrie légale. In S. Frigon (Ed). *Corps suspect, corps déviant*. Montréal: Éditions du Remue-Ménage.
- Holmes, D., Jacob, JD, & Perron, A. (Eds). (2014). *Power and the Psychiatric Apparatus: Repression, Transformation, and Assistance*. Surrey: Ashgate.
- Holmes, D. and Murray SJ (2014). Censoring Violence: Censorship and Critical Research in Forensic Psychiatry. In D. Holmes, JD. Jacob, and A. Perron (Eds). *Power and the Psychiatric Apparatus: Repression, Transformation and Assistance*. Surrey: Ashgate.
- Holmes, D., Murray, SJ, & Knack, N. (2015). Experiencing Seclusion in a Forensic Psychiatric Setting: A Phenomenological Study. *Journal of Forensic Nursing*, 1(4), 210-213.

- Holter, I. M. (1988). Critical Theory: A foundation for the development of nursing theories. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 2(3), 223-232.
- Hook M. L.(2006). Partnering with Patients- a concept ready for action. *Journal of Advanced Nursing*, 56(2), 133-143.
- Huberman, A. M., Miles, M. B. (1991). *Analyse des données qualitatives, recueil de nouvelles méthodes*. Belgique, De Boeck Université.
- Hugues, E.C. (1958). *Men at their Work*. Glenoce : The Free Press.
- Hutchison, S.A. (1993). Grounded Theory: The method. In P.L. Munhall, C. Oiler Boyd (Eds). *Nursing Research: A Qualitative Perspective* (2nd Ed.) (pp. 180-212). New York: National League for Nursing.
- Jacob, JD., Holmes, D., & Buss, N. (2008). Humanism in Forensic Psychiatry: The Use of the Tidal Nursing Model. *Nursing Inquiry*, 15(3), 224-230.
- Jacob, J. D., Gagnon, M. & Holmes, D. (2009). Nursing so-called ‘monsters’: on the importance of abjection and fear in forensic psychiatric nursing. *Journal of Forensic Nursing*, 5, 153161.
- Jacob, JD., Gagnon, M, Perron, A., & Holmes, D. (2009). Sovereign Power, Spectacle and the Deviant Body: The Use of the Seclusion Room in Psychiatric Nursing. *International Journal of Culture and Mental Health*, 2(2), 75-85.
- Jacob, J. D. (2010). Fear and Power in Forensic Psychiatry: Nurse-Patient Interactions in a Secure Environment. Thèse doctorale, sous la supervision de Dr Dave Holmes, Université d’Ottawa, Canada.
- Jacob, J. & Holmes, D. (2011). The Culture of Fear: Expanding the Concept of Risk in Forensic Psychiatric Nursing. *International Journal of Culture and Mental Health*, 4(2), 106-115.
- Jacob, JD & Holmes, D. (2011). Working Under Threat: Fear and Nurse-Patient Interactions in a Forensic Psychiatric Setting. *Journal of Forensic Nursing*, 7, 68-77.
- Kauffmann, P. (2011). *Humiliation, Degradation, Dehumanization: Human Dignity Violated*. Editors: Kaufmann, P., Kuch, H., Neuhaeuser, C., Webster, E. (Eds.).
- Kauppinen-Toropainen K. & Lammi J. (1993). Men in female dominated occupations: a cross cultural comparison. In Doing “Women’s Work”. *Men in Occupations* (Williams C. ed.). Sage, London, pp. 91–112.
- Kérouac, S., Pépin, J., Ducharme, F., Duquette, A., Major, F. (1994-2003). La pensée infirmière. Ed Études vivantes Laval – Québec.

- Kergoat, D. (2000). « Division sexuelle du travail et rapports sociaux de sexe », Hirata H., Laborie F., Le Doare H. et Senotier D., *Dictionnaire critique du féminisme*, Paris, PUF, p. 35-44.
- Kuhn, T. S. (1963). *The Structure of Scientific Revolutions*. 1962, 1970 by The University of Chicago. All rights reserved. Published 1962. Second Edition, enlarged, 1970. Printed in the United States of America.
- Khun, T. S. (1998). The natural and the human sciences. In. E. D. Klemke, R. Hollinger & D. W. Rudge (Eds), *Introductory Readings in the Philosophy of Science* (pp.128-134). Amherst: Prometheus Books.
- Kincheloe, J. L. & McLaren, P.L. (1998). Rethinking critical theory and qualitative research. Dans N. Denzin & Y. Lincoln (éds.). *The Landscape of Qualitative Research* (pp. 260-299). Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Kinlein, M. L. (1977). *Independent nursing practice with clients*. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Kinlein, M. L. (1977). Self-care concept. *The American Journal of Nursing*, 77(4), 598-601.
- Krauss, C. (2000). « La bicatégorisation par sexe à l'épreuve de la science' : le cas des recherches en biologie sur la détermination du sexe chez les Humains ». In Gardey Delphine, Löwy Ilana (eds). *L'invention du naturel. Les sciences et la fabrication du féminin et du masculin*. Paris, Archives Contemporaines.
- Kristeva, J. (1980). *Desire in Language: A Semiotic Approach to Literature and Art*. Leon S.
- Kristeva, J. (1982). *Powers of Horror: An Essay on Abjection*. New York: Columbia University Press.
- Kumpula, E. et Ekstrand. P. (2009). Men and masculinity in forensic psychiatric care: An interview study concerning male nurses' experiences of working with male caregivers and male patients. *Issues in Mental Health Nursing*, 30, 538-546.
- La Centrale des syndicats du Québec. (2003). *Prévention de la violence au travail en milieu scolaire – Outil de sensibilisation*.
- La Centrale des syndicats du Québec. (2003). *Quand le travail devient indécent : le harcèlement psychologique au travail*. DVD 1, pour que cesse le harcèlement psychologique (documentaire). DVD 2, pour comprendre le harcèlement psychologique.
- Lagrange, J. (1976). Foucault et les psy. *Psychanalyse et université*, 4, 704-707.
- Lagrange, J. (2003). Situation du cours. In M. Foucault, *Le pouvoir psychiatrique*. Cours au Collège de France. 1973-1974. (pp. 352-372). Paris: Gallimard, Seuil.
- Larousse, P. (2014). *Le petit Larousse illustré*. Éditions Larousse. Paris, France.

- Lee, R. M. & Renzetti, C. M. (1993). The problems of researching sensitive topics. In C.M. Renzetti & R.M. Lee (Eds). *Researching Sensitive Topics*. London: Sage.
- Legault, M-J. (2001). « Violence auprès des femmes dans les secteurs d'emploi non traditionnellement féminins et indemnisation ». *Pistes* [Montréal], (3); 1.
- Lemkau, J. P. (1983). Women in male-dominated professions: Distinguishing personality and background characteristics. *Psychology of Women Quarterly*, 8(2), 144-165. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/61042336?accountid=14701>.
- Lewin, K. (1935). *A dynamic theory of personality*. New York: McGraw-Hill.
- Lewin, K. (1936). *Principles of topological psychology*. British Library. UK
- Lewin, K. (1946). Frontiers in Group Dynamics: Concept, Method and Reality in Social Sciences; Social Equilibria and social change. *Sage Journal*, 1-37.
- Lewin, K. (1946). Psychological Problems in Jewish Education. *The Jewish Social*, 290-297.
- Lewin, K. (1948). *Resolving social conflicts*. Gertrud Weiss Lewin. University of Michigan.
- Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. (2000). Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds), *The Handbook of Qualitative Research* (2nd Ed.) (pp. 163-188). Thousand Oaks: Sage.
- Lindsey, L. L. (2005). *Gender roles. A sociological perspective*. 4th edition, Pearson education international.
- Lipscom, J., & Love, N. (1992). Violence towards healthcare workers. *American Association Occupational Health Nursing Journal*, 40(5), 219-227.
- Lorenzi-Cioldi, F. (1988). *Individus dominants et groupes dominés. Images masculines et féminines*, Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble, Collection Vies Sociales.
- Lutz (1981) dans Hammersley & Atkinson 1995 ou 1998.
- Lupton, D. (1999). *Risk*. London: Sage.
- Lynch, V. A. (2006). Forensic Nursing Science. In R. Hammer, B. Moynihan, & E. Pagliaro (Eds), *Forensic Nursing. A Handbook for Practice*. (pp. 1-40). Boston: Jones & Bartlett Publishers.
- McCabe, J. & Holmes, D. (2011). Reversing Kristeva's First Instance of Abjection: The Formation of Self Reconsidered. *Nursing Inquiry*, 18(1), 77-83.
- MacDougall, G. (1997). Caring – a masculine perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 809– 813.

- MacDonald, G. (1976). Un Nouveau regard sur l'homophobie et l'hétérosexisme au Canada [archive], Société canadienne du SIDA, p. 5, consulté le 26 février 2016.
- Marshall, C. & Rossman, G. B. (1989). *Designing Qualitative Research*. Newbury Park: Sage.
- Martin, T. (2001). Something special: forensic psychiatric nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8(1), 25-32.
- Martin, P. M. (2003). Exploring the nature of the nurse-patient relationship in an acute, high security forensic psychiatry unit. Thesis submitted for the degree of Doctor of Nursing, La Trobe University, Bundoora, Australia.
- Martin, T. & Street, A.F. (2003). Exploring evidence of the therapeutic relationship in forensic psychiatric nursing. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 10(5), 543-551.
- Marx, K. (1946). *Capital – Volume 1*. London: George Allan & Unwin.
- Mason T. & Mercer D. (1998). *Introduction: the silent scream*. In T. Mason & D. Mercer (Eds). *Critical Perspectives in Forensic Care Inside Out* (pp. 1-8). Hampshire, UK: Macmillan.
- Mason, G. (2002). *The spectacle of violence: homophobia, gender, and knowledge*. Routledge, London and New York.
- Mason, T. (1997). Censorship of research in the health service setting. *Nurse Researcher*, 4(4), 83-92.
- Mason, T. (2002). Forensic psychiatric nursing: a literature review and thematic analysis of role tensions. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, 511-520.
- Mason, T., & Chandley, M. (1998). *Seclusion: a catacomb of control*. In T. Mason & D. Mercer. *Critical Perspectives in Forensic Care* (Eds) (pp. 127-139). London: MacMillan.
- Mason, T., Richman, J. & Mercer, D. (2002). The influence of evil on forensic clinical practice. *International Journal of Mental Health Nursing*, 11(2), 80–93.
- Mason, T., Lovell, A. & Coye, D. (2008). Forensic psychiatric nursing: skills and competencies: I role dimensions. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 1(5), 118–130.
- Mathieson E. (1991) A question of gender. *Nursing Times*, 87, 31–32.
- Maxwell, J.A. (2005). *Qualitative Research Design (2nd Ed.)*. Thousand Oaks, CA: SAGE.
- May, C., Fleming, C. (1997). The professional imagination: narrative and the symbolic boundaries between medicine and nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 1094-1100.

- McCormick, J. L. (1997). *The Discourses of Control: Power in Nursing*. Thèse de doctorat inédite, University of British Columbia, Vancouver, Canada.
- McHoul, A. & Grace, W. (1993). *A Foucault Primer*. NY: New York University Press.
- McCosker, H., Barnard, A., & Gerber, R. (2001). Undertaking Sensitive Research: Issues and Strategies for Meeting the Safety Needs of All Participants. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research*, 2(1), Art. 22, <http://nbnresolving.de/urn:nbn:de:01114-fqs0101220>.
- McKeown, M., Anderson, J., Bennett, A., & Clayton, P. (2003). Gender politics and secure services for women: reflections on a study of staff understandings of challenging behaviour. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 10(5), 585-591.
- McQueen A. (2000) Nurse-Patient relationships and partnership in hospital care. *Journal of Clinical Nursing* 9(5), 723-731. *Journal of Advanced Nursing*, 56(2), 133-143.
- Melchior, F., (2004) Feminist approaches to nursing history. *Western Journal of Nursing Research*, 26(3), 340-355.
- Meleis, A. I. (2011). *Theoretical Nursing: Development and progress*. (3rd Ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Meleis, A. I. (1997). *Theoretical Nursing: Development and progress*. (3rd Ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Mennesson, C. (2006). *Être une femme dans le monde des hommes. Socialisation sportive et construction du genre*, Paris, L'Harmattan.
- Mennesson, C. (2007). « Les sportives "professionnelles" : travail au corps et division sexuée du travail », *Cahiers du genre*, 47.
- Mercer, D. (2012). Girly mags and girly jobs: Pornography and gendered inequality in forensic practice. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22, 15–23.
- Mercer, D., Mason, T., & Richman, J. (1999). Good and Evil in the Crusade of Care: Social Constructions of Mental Disorders. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 37(9):13-17.
- Mercer, D. & Mason, T. (1998). *From delivery to diagnosis: the painful birth of Forensic Psychiatry*. In T. Mason and D. Mercer (Eds), *Critical perspectives in forensic care: Inside out*. (pp. 9-30). London: Macmillan.
- Messner, M. A. (2007). *Out of play. Critical essays on gender and sport*. New York: State University of New York Press.
- Miers, M. (2002). Developing an understanding of gender sensitive care: Exploring concepts and knowledge. *Journal of Advanced Nursing*, 40(1), 69–77.

- Miers, M. (2000). Gender issues and Nursing practice. Geoff Wilkinson and Margaret Miers Eds).
- Miles, M.B. & Huberman, M. (1994). *Qualitative Data Analysis: A Source Book of New Methods*. Thousand Oaks : Sage.
- Mills, J., Bonner, A. & Francis, K. (2006a). Adopting a constructivist approach to grounded theory: Implications for research design. *International Journal of Nursing Practice*, 12, 813.
- Mills, J., Bonner, A. & Francis, K. (2006b). The Development of Constructivist Grounded Theory. *International Journal of Qualitative Methods*, 5(1), 1-10.
- Mills, J., Chapman, Y., Bonner A. & Francis, K. (2007). Grounded theory: a methodological spiral for positivism to postmodernism. *Journal of Advanced Nursing*, 58(1), 72-79.
- Moccia, P. (1988). At the faultline: Social activism and caring. *Nursing Outlook*, 36(1), 30-33.
- Mohr, W.K. (1999). Deconstructing the language of psychiatric hospitalization. *Journal of Advanced Nursing*, 29(5), 1052-1059.
- Moon, G. (2000). Risk and protection: The discourse of confinement in contemporary mental health policy. *Health and Place*, 6, 239–250.
- Money, J., & Ehrhardt, A, A. (1972). *Man & Woman, Boy & Girl: The Differentiation and Dimorphism of Gender Identity from Conception to Maturity*. Baltimore, Johns Hopkins University Press.
- Money, J. (1955). «*Hermaphroditism, Gender and Precocity in Hyperadrenocorticism: Psychological Findings* ». Bulletin of the Johns Hopkins Hospital, 96 (6).
— (1988). *Gay, Straight and In-Between: The Sexology of Erotic Orientation*. New York, Oxford University Press.
- Morgan, S., (2009) Theorising feminist history: a thirty-year retrospective. *Women's History Review*, 18(3), 381-407.
- Morin K., Patterson B., Kurtz B. & Brzowski B. (1999) Mothers' responses to care given by male nursing students during and after birth. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 31, 83–87.
- Morin, P. & Michaud, C. (2003). Mesures de contrôle en milieu psychiatrique : trois perspectives pour en guider la réduction, voire l'élimination. *Santé Mentale au Québec*, 28(1), 126150.
- Morrison, E. F. (1990). The tradition of toughness: A study of nonprofessional nursing care in psychiatric settings. *Journal of Nursing Scholarship*, 22(1), 32-38.

- Morrison, E. F. (1994). The evolution of a concept: Aggression and violence in psychiatric settings. *Archives of Psychiatric Nursing*, 8, 245-253.
- Morrison, E. (1998). The Culture of caregiving and aggression in a psychiatric setting. *Archives of Psychiatric Nursing*, 12(1), 21-31.
- Morrison, E., Morman, G., Bonner, G., Taylor, C., Abraha, I., & Lathan, L. (2002). Reducing staff injuries and violence in a forensic psychiatric setting. *Archives of Psychiatric Nursing*, 16(3), 108-117.
- Moyle, W. (2003). Nurse–patient relationship: A dichotomy of expectations. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12, 103–109.
- Mucchielli, A. (2009). Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines (3e éd.). Paris : Armand Colin.
- Mucchielli, R. (1967). *La Dynamique des groupes. Processus d'influence et de changement dans la vie affective des groupes*, ESF, (23e édition). 2015 (ISBN 2-7101-1794-0).
- Murray, S., Holmes, D., Perron, A., & Rail, G. (2007). No Exit? Intellectual Integrity under the Regime of 'Evidence' and 'Best-Practices'. *Journal of Evaluation in Clinical Practice – International Journal of Public Health Policy and Health Services Research*, 13(4), 512-516.
- Murray, SJ & Holmes, D. (2014). A New Form of Homicide in Canada's Prisons: The Case of Ashley Smith. Truth-Out.org. <http://www.truth-out.org/news/item/22321-a-new-form-of-homicide-in-canadas-prisons-the-case-of-ashley-smith>.
- Murray, SJ. & Holmes, D. (2015). Seclusive Space: Confinement and Behavior Modification in canadian Forensic Psychiatric Settings. In K. Reiter & A Koenig (Eds). *Extreme Punishment: Comparative Studies in Detention, Incarceration, and Solitary Confinement*. Palgrave Publisher: Hampshire, UK.
- Nandy, A. (1983). *The Intimate Enemy: Loss and Recovery of Self Under Colonialism*. New Delhi, Oxford University Press.
- Nelson, S. & Holmes, D. (2003). Servants of the state: nurses caught between professional ethics and deathwork. *Nursing Inquiry*, 10(1), 1.
- Newman, L. (1991) Dialogue: critical theory and the history of women: what's at stake in deconstructing women's history. *Journal of Women's History*, 2(3), 58-68.
- Nicole, C. (1987). Une carrière en famille, masculin pluriel, féminin singulier, rapport de recherche CNAF-MAIL-CNAM, Paris, novembre.
- Niskala H. (1986) Competencies and skills required by nurses working in forensic areas. *Western Journal of Nursing Research*, 8, 400–413.

- Niskala H. (1987) Conflicting convictions: nurses in forensic settings. *Psychiatric Nursing*, 28, 10–14.
- Nikolas, R. (1998). Governing risky individuals: The role of psychiatry in new regimes of control. *Psychiatry, Psychology and Law*, 5(2), 177-195.
- Oakley, A. (1972). *Sex, Gender and Society*. London, Maurice Temple Smith Ltd.
- Orem, D. E. (1991, [1959]). *Nursing: Concepts of Practice*, 4th edn. C. Mosby, St. Louis, MO.
- Orem, D. E. (1995 [1959]). *Nursing: Concepts of Practice*, 5th edn. C V Mosby, St. Louis, MO.
- Paillé, P. (2003). Analyse qualitative, (dans) Mucchielli, A. (dir.), *Dictionnaires des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*. Paris, Armand Colin.
- Paillé, P. (1994). De l'analyse qualitative et de l'analyse thématique en particulier. *Revue pour la recherche qualitative*, 15, 179-190.
- Parker, I. (1992). *Discourse dynamics: Critical analysis for social and individual psychology*. London: Routledge.
- Parker, J. & Gardner, G. (1992). The silence and the silencing of the nurses' voice: a reading of patient progress notes. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 9(2), 3-9.
- Paterson, B., Leadbetter D., & Tringham, C. (2000). Critical incident management: aggression and violence. In: *Forensic Mental Health Care: A Case Study Approach* (eds Mercer, D., Mason, T., McKeown, M. & McCann, G.), pp. 139–148. Churchill Livingstone, Edinburgh.
- Paterson, B., Tschikota, S., Crawford, M., Saydak, M., Venkatesh, P. & Aronowitz, T. (1996). Learning to care: gender issues for male nursing students. *Canadian Journal of Nursing Research*, 28(1), 25-39.
- Patton, P. (1998). Foucault's subject of power. In J. Moss (Ed). *The later Foucault*. Thousand Oaks : Sage.
- Peplau, H.E. (1952). *Interpersonal relations in Nursing*. New York: G.P. Putnam.
- Peplau, H.E. (1988). *Interpersonal Relations in Nursing*. London: MacMillan Education.
- Peplau, H.E. (1988). Watson, J. (1994). *Applying the art and science of human caring*. National League for Nursing: Center for Human Caring.
- Perron, A., Holmes, D., Hamonet, C. (2004). Capture, mortification, dépersonnalisation : la pratique infirmière en milieu correctionnel. *Journal de Réadaptation Médicale*, 24(4), 124-131.
- Perron, A., Fluet, C. & Holmes, D. (2005) Agents of care and agents of the State: Bio-power and nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 50(5), 536-544.

- Perron, A., Holmes, D. & Hamonet, C. (2005). Capture, mortification et dépersonnalisation: la pratique infirmière en milieu correctionnel. *Journal de Réadaptation Médicale*, 24(4), 124-131.
- Perron, A. (2007). Exploration de la construction identitaire du détenu par le biais du discours infirmier dans un milieu hybride de psychiatrie correctionnelle. Thèse doctorat en Sciences Infirmières, sous la direction de Dr Dave Holmes, Université d'Ottawa, Canada.
- Perron, A. & Holmes, D. (2010). En marge de l'expérience citoyenne : le cas des personnes atteintes de maladies mentales. *Santé Mentale*, 147, 17-22.
- Perron, A., Rudge, T., & Holmes, D. (2010). Citizen Minds, Citizen Bodies: The Citizenship Experience and the Government of Mentally Ill. *Nursing Philosophy*, 11, 100-111.
- Perron, A. & Holmes, D. (2011). Constructing Mentally Ill Inmates: Nurses' Discursive Practices in Corrections. *Nursing Inquiry*, 18(3), 191-204.
- Perron, A., Holmes, D., & Jacob, JD. (2013). The Politics of Threats in Correctional and Forensic Settings: *The Specificities of Nursing Research*. In J. Kilty, M. Felices
- Perron, A., Jacob, JD, and Holmes, D. (2014). Unmasking the Psychiatric Apparatus. In D. Holmes, JD. Lacob, and A. Perron (Eds). *Power and the Psychiatric Apparatus: Repression, Transformation and Assistance*. Surrey: Ashgate.
- Peternelj-Taylor, C. (1999). Forensic psychiatric nursing: the paradox of custody and caring. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 37(9), 9-11.
- Peternelj-Taylor, C. (2000). The role of the forensic nurse in Canada. An evolving specialty. In D. Robinson & A. Kettles (Eds.). *Forensic nursing and multidisciplinary care of the mentally disordered offender* (pp. 192-212). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Peternelj-Taylor, C., & Johnson, R.L. (1995). Serving Time: Psychiatric Mental Health Nursing in Corrections. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 33(8), 12-9.
- Peternelj-Taylor C. A. & Johnson R. (1996). Custody and caring: clinical placement of student nurses in a forensic setting. *Perspectives in Psychiatry Care*, 32; 23-29.
- Phillips, D. (2009). « Masculinity studies ». Dans J. O'Brien, *Encyclopedia of gender and society* (p. 512-516). Californie: SAGE Publication.
- Pichevin, M.F. (1995). *De la discrimination sociale entre les sexes aux automatismes psychologiques*. Serions-nous tous sexistes ? Diffusées sur Cairn.info ou sur un portail partenaire.

- Poland, B., Lehoux, P., Holmes, D., & Andrews, G. (2005). How Place Matters: Unpacking Technology and Power in Health and Social Care. *Health and Social Care in the Community*, 13(2), 170-180.
- Poland, B. & Holmes, D. (2015 - REPRINT). Celebrating Risk: The Politics of Self-Branding, Transgression and Resistance in Public Health. *Textura*, 17(33), 173-192.
- Polifroni, E., & Welch, M. (1999). *Perspectives on philosophy of science in Nursing*. Philadelphia: Lippincott. Puhl, R., & Brownell, K. (2001). Bias, discrimination.
- Poovey, M.(1988). Feminism and Deconstruction. *Feminist studies* 14, 52-53.
- Pourtois, J.-P. et Desmet, H. (2007). *Épistémologie et instrumentation en sciences humaines* (3e éd.). Wavre, Belgique : Mardaga.
- Pourtois, J.-P., Desmet, H. et Humbeeck, B. (2013). La recherche-action, un instrument de compréhension et de changement du monde. *Recherches qualitatives – Hors-Série*, 5, 99-111.
- Purvis, J. (1996). Women's history and poststructuralism. *Women's History Review*, 5(1), 5-7.
- Ramazanoglu, C. (1993). *Up Against Foucault: Explorations of Some Tensions Between Foucault and Feminism*. London: Routledge.
- Read, P.G. (2004). Transforming practice knowledge into nursing knowledge – a revisionist analysis of Peplau. In P.G. Reed, N.C. Shearer & L.H. Nicoll (Eds). *Perspectives on Nursing Theory* (4th Ed.)(pp. 485-493). Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins.
- Reed, P. G., & Crawford Shearer, N. B. (2008). *Perspective on Nursing Theory*. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins.
- Registered Nurses Association of British Columbia, Council of Licensed Practical Nurses & Registered Psychiatric Nurses Association of British Columbia. (1995). *Nurse-client relationships: A discussion paper on preventing abuse of clients and expectations for professional behaviour*. Vancouver: Author.
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2002). July). Nursing best practice guideline: Client centred care. Toronto: Author.
- Renzetti, C. M. & Lee, R. M. (1993). *Doing Research on Sensitive Topics*. London: Sage.
- Richard, R. & Dugas, E. (2012) « *Le genre en jeu. De la construction du genre dans les interactions en tennis de table* », Sociologies [En ligne], Théories et recherches, mis en ligne le 09 mai 2012, URL : <http://sociologies.revues.org/3969>.
- Rocheblave-Spenlé, A. M. (1964). Les rôles masculins et féminins, Presses universitaires de France.
- Rich, A. (1977). *Of Woman Born: Motherhood as Experience and Institution*. London : Virago.

- Robrecht, L. C. (2002). Grounded Theory: Evolving methods. *Qualitative Research*, 5, 169-177.
- Rodgers, B.L. (1997). Deconstructing the dogma in nursing knowledge and practice. In: L. H.Nicoll (Ed.). *Perspective on Nursing Theory* (pp. 348-356). Philadelphia: LippincottRaven Publishers.
- Rosenthal, T.L., Edwards, N. B., Rosenthal, R. H. & Ackennan, B. J. (1992). Hospital Violence: Site, Severity, and Nurses' Preventive Training. *Issues in Mental Health Nursing*, 13(4), 349-356.
- Royal College of Nursing (1998). *Dealing with violence against nursing staff: an RCN guide for nurses and managers*. Royal College of Nursing, London.
- Roy, B., Holmes, D., & Chouinard, V. (2011). « Contribution à une éthique de la sollicitude – Masculinités et genre dans la profession infirmière ». *Recherche en soins infirmiers*, 4, 107, 38-48.
- Rudge, T. (1996). (Re)writing ethnography: the unsettling questions for nursing research raised by post-structural approaches to 'the field'. *Nursing Inquiry*, 3(3), 146-152.
- Rudge, T. & Holmes, D. (Eds) (2010). *Abjectly Boundless: Bodies, Boundaries and Health Work*. Surrey: Ashgate
- Sarup, M., (1993). *An Introductory Guide to Post-Structuralism and PostModernism* 2nd ed. Athens GA: University of Georgia Press.
- Savoie-Zajc, L. (2000). La recherche qualitative/interprétative en éducation. Dans T. Karsenti et L. Savoie-Zajc (2001.), *Introduction à la recherche en éducation* (p. 171-198). Sherbrooke : Éditions du CRP. Savoie-Zajc, L. (2001). La recherche-action en éducation : ses cadres épistémologiques, sa pertinence, ses limites. Dans M. Anadón et M. L'Hostie (dir.), *Nouvelles dynamiques de recherche en éducation* (p. 15-49). Sainte-Foy : Les Presses de l'Université Laval.
- Savoie-Zajc, L.(2007). Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide? *Recherches qualitatives– Hors-Série*, 5, 99-111.
- Savoie-Zajc, L. (2011). La recherche qualitative/interprétative en éducation. Dans T. Karsenti et L. Savoie-Zajc (dir.), *La recherche en éducation* (p. 123-146). Saint-Laurent : Éditions RPI.
- Sekula, K., Holmes, D., Olshansky, E., Zoucha, R., & DeSantis, J. (2001). Forensic Psychiatric Nursing: Discursive practices and the emergence of a specialty. *Journal of Psychosocial Nursing*, 39(9), 51-57.
- Scott, J.W. (1996). *Feminism and History*. Oxford: Oxford University Press.
- Scott, J. (1988). *Gender and the politics of history*. New York, Columbia University Press.

- Schwandt, T.A. (1997). *Qualitative Inquiry: A Dictionary of Terms*. Thousand Oaks : Sage.
- Scully, D. (1990). *Understanding Sexual Violence: A Study of Convicted Rapists*. London: Routledge.
- Service Correctionnel du Canada (2000). *Le nouveau centre régional de santé mentale (CRSM)*. Sainte-Anne-des-Plaines, QC : Service Correctionnel du Canada.
- Service correctionnel du Canada (2003a). *Notre mission*. Consulté sur www.csc-scc.gc.ca/text/organi/organe01_f.shtml, en date de février 2012.
- Service correctionnel du Canada (2003b). *Prévention et contrôle des maladies infectieuses dans les pénitenciers fédéraux canadiens, 2000-2001*. Gouvernement du Canada : Service correctionnel du Canada.
- Service Correctionnel du Canada (2007). *Infirmière et infirmier*. Consulté sur www.csc-scc.gc.ca/text/carinf/nursing_f.shtml en date du 20 février 2012.
- Sheilds, K.E. & de Moya, D. (1997). Correctional health care nurses' attitudes toward inmates. *Journal of Correction Health Care*, 4, 37-59.
- Shenson, D., Dubler, N., & Michaels, D. (1990). Jails and Prisons: The New Asylums? *American Journal of Public Health*, 80, 6.
- Seymer, L. R. (1954). *Editor, Selected Writings of Florence Nightingale*. New York: Macmillan.
- Sieber, J.E. (1993). The ethics and politics of sensitive research. Dans C.M. Renzetti & R.M. Lee (Eds). *Researching sensitive topics* (pp. 14-26). Newbury Park, CA: SAGE.
- Sieber, J.E. & Stanley, B. (1988). Ethical and professional dimensions of socially sensitive research. *American Psychologist*, 43, 49-55.
- Smiler, A.P. (2006). « *Conforming to masculine norms: evidence for validity among adult Men and women* », *Sex Roles*: (54), 767-775 (DOI 10.1007/s11199-006-9045-8, résumé [archive], lire en ligne [archive]).
- Smith, L.L., Taylor, B.B., Keys, A.T. & Gornto, S.B. (1997). Nurse-patient boundaries: Crossing the line. *American Journal of Nursing*, 97(12), 26-32.
- Stake, R. E. (1994). Case studies. In N. K. Denzin et Y. S. Lincoln (dir). *The Handbook of Qualitative Research* (p.105-117). London: Sage Publication.
- Stoller, R. (1968) *Sex and Gender: On the Development of Masculinity and Femininity*, *Science House*; republié en 1994 par Taylor & Francis Group (ISBN 0-9464-3903-6).
- Société canadienne du SIDA. *Nouveau regard sur l'homophobie et l'hétérosexisme au Canada* [archive], Société canadienne du SIDA, p. 25, consulté le 26 février 2016.

- Strauss, A. L., & Corbin, J. (1990). *Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques*. Newbury Park: Sage.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1998a). Grounded theory methodology: An overview. In N. K. Denzin and Y. S. Lincoln (Eds), *Strategies of Qualitative Inquiry*. (pp. 158-183). Thousand Oaks: Sage.
- Strauss, A. L. & Corbin, J. (1998b). *Basics of Qualitative Research. Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory* (2nd Ed.). Thousand Oaks: Sage.
- Stringer, D. M., & Duncan, E. (1985). Non-traditional occupations: A study of women who have made the choice. *Vocational Guidance Quarterly*, 33(3), 241-248. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/63398365?accountid=14701>.
- Sutton, A. F. (1996). Nursing education: the marriage of two normative worlds creating a sustainable relationship? *Nurse Education Today*, 16, 443-449.
- Tabet, P. (1998). *La construction sociale de l'inégalité des sexes. Des outils et des corps*. Paris, L'Harmattan « Bibliothèque du féminisme ». Travail, genre et sociétés (2001). Dossier « Harcèlement et violence : les maux du travail », n° 5. Dossier « Violence et travail », n° 3.
- Thompson, J. L. (1987). Critical scholarship: The critique of domination in nursing. *Advances in Nursing Sciences*, 10(1), 27-80.
- Traynor, M. (1997). Postmodern research: No grounding or privilege, just free-floating trouble making. *Nursing Inquiry*, 4, 99-107.
- Tesch, R. (1990). *Qualitative Research: analysis types and software tools*. New York: The Falmer Press.
- Uhalde, M. (2008). L'instrumentalisation de la sociologie en situation d'intervention : analyse critique d'une notion ordinaire. *Dans Sociologies pratiques* 1(16); 95-113.
- Vollmer, M. & Mills, D. L. (1966). *Professionalization*. NJ - Englewood Cliffs: Prentice-Hall. Om.
- Walkerdine, V. (1990). *Schoolgirl Fictions*. Verso Books, University of Virginia.
- Watson, J. (2002). Intentionality and caring-healing consciousness: A practice of transpersonal caring. *Holistic Nursing Practice*, 16(4), 12-19.
- Watts, D. & Morgan, G. (1994). Malignant alienation. Dangers for the patients who are hard to like. *British Journal of Psychiatry*, 164, 11-15.
- Weber, M. (1986). *Domination by economic power and by authority*. In S. Lukes (Ed). *Power*. NY: New York University Press.

- Weedon, C. (1997). *Feminist practice and post structuralism theory*. (2nd Ed.). Cambridge, MA: Blackwell Publishers.8). Interpersonal Relations in Nursing. London: MacMillan Education.
- Weedon, C. (1999). *Feminist practice & poststructuralist theory*. Second edition. Blackwell Publishers, Massachusetts, USA.
- Weber, M. (1970). Class, status and party. In H. Gerth & C. W. Mills (Eds). *From Max Weber :Essays in sociology*. London : Routledge & Paul Kegan.
- Weberman, D. (1995). Foucault's reconception of power. *The Philosophical Forum*, 26(3), 189-217.
- Weiner, J., & Anno, B. J. (1992). The crisis in correctional health care: The impact of the National Drug Control Strategy on correctional health services. *Annals of Internal Medicine*, 17, 71-77.
- Weisstub, D. N. (1980). Psychiatry the political question. *International Journal of Law and Psychiatry*, 30(3), 219-233.
- Welch, M. (2005). Pivotal moments in the therapeutic relationship. *International Journal of Mental Health Nursing*, 14, 161-165.
- Wells, J. & Bowers, L. (2002). How prevalent is violence towards nurses working in general hospitals in the UK? *Journal of Advanced Nursing*, 39(3), 230-240.
- Welzer-Lang, D. (2008). *Les hommes et le masculin*. Paris: Payot & Rivages.
- Welzer-Lang, D. (2002). « Virilité et virilisme dans les quartiers populaires en France » VEI Enjeux, (128) mars, 10-32.
- Welzer-Lang, D. (2000). « Pour une approche proféministe non homophobe des hommes et du masculin ». Dans D. Welzer-Lang, *Nouvelles approches des hommes et du masculin* (p. 109-138). Toulouse: Presses universitaires du Mirail.
- Welzer-Lang, D. (1994). L'homophobie : la face cachée du masculin. Dans d. Welzer-Lang, P. Dutey, & M. Dorais, *La peur de l'autre en soi* (p. 13-88). Montréal: V.L.B. éditeur.
- Welzer-Lang, D., Dutey, P., et Michel Dorais, M. (1994). *La peur de l'autre en soi*. Montréal, VLB.
- West, C., & Zimmerman, D. H. (1987). Doing gender. *Gender & Society*, 1(2) 125-151.
- Williams C. (1989). *Gender Differences at Work: Women and Men in Non traditional Occupations*. University of California Press, Los Angeles.
- Williams C. (1995). Hidden advantages for men in nursing. *Nursing Administration Quarterly*, 19, 63-70.

- Williams, C. L. (1987). Women marines and male nurses: Stratification in non-traditional occupations Retrieved from:
<http://search.proquest.com/docview/61705860?accountid=14701>.
- Wittig, M. (1992). *The Straight Mind and Other Essays*. United States. Beacon Press.
- Wolf, M. (1992). *A Thrice Told Tale*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Wolf, D.L. (1996). Situating feminist dilemmas in fieldwork. In D.L. Wolf (Ed). *Feminist dilemmas in fieldwork* (pp. 1-55). Boulder, CO: Westview.
- World Psychiatric Association (WPA). (2007). Thematic Conference. Coercive Treatment in Psychiatry: A Comprehensive Review (June, 2007).
- World Health Organization. (1978). *Primary Health Care, Report of the International Conference on Primary Health Care*, Alma Ata, USSR. WHO, Geneva.
- World Health Organization. (1984). *Health Promotion: a Discussion Document on the concept and Principles*. Author, Geneva.
- World Health Organization. (1991). *Sundvall Statement on supportive Environments for Health*. Author, Geneva.
- World Health Organization. (1997). *The Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century*. Author, Geneva.
- World Health Organization. (2001). *Solving mental health problems. In The world health report – mental health: New understanding, new hope* (chap. 3). Retrieved February 3, 2006, from www.who.int/whr/2001/chapter3/en/index2.html.
- Zanchetta, M. Z., Tocantins, F., & Holmes, D. (2003). *Pourquoi pas ? Similarités et écarts du leadership social au sein de la profession d'infirmière à Rio et à Montréal*. L'infirmière du Québec – Janvier -Février, 18-21.

Annexe A

INTERVIEW GUIDE

1. I want to thank you for accepting to participate in this research
2. In your own words, can you tell me about your experience as a male/female nurse working in a forensic psychiatric setting?
3. In your point of view, what essential characteristics/qualities must a nurse have to work in this environment?
4. Have you noticed a change in your practice or the way you think about your practice since you started working in this setting? If yes, please describe?
5. Do you think being a woman/man affects your roles in practice? If yes, please describe.
6. As a man/woman, are there specific tasks that you are required to do?
7. Question to a woman: If you were a man in this setting, would you practice differently? If yes, please describe.
8. Question to a man: If you were a woman in this setting, would you practice differently? If yes, please describe.
9. Do you find your interactions/practice vary when you work with men and/or women?
10. Is there anything else you feel I should know about being a man/woman in this environment?

Annexe B



Université d'Ottawa
Faculté des sciences de la santé
École des sciences infirmières
University of Ottawa
Faculty of Health Sciences
School of Nursing

Consent Form

Researcher: Nancy Paris, RN., PhD(C)
School of Nursing
Faculty of Health Sciences
University of Ottawa

Supervisors: Dave Holmes, RN., PhD
Full Professor
School of Nursing
Faculty of Health Sciences
University of Ottawa

Co-Supervisors: Jean Daniel Jacob, RN., PhD
Associate Professor
School of Nursing
Faculty of Health Sciences
University of Ottawa

Project Title: *Nursing practice in a forensic psychiatric setting: Towards an understanding of gender relations*

Introduction

You are invited to participate in a study which the goal is to gain a better understanding of gender relations in forensics. Before you decide to participate, it is important that you understand the content of this consent form, the risks and benefits to make an informed decision, and ask any questions if there is anything that you do not understand. Please read this entire consent form and take your time to make a decision. If you decide to participate in this study, you will be asked to sign this consent form.

Research Objective

This research project seeks to explore and situate nursing practice where opposing professional roles converge: providing care and managing security. The main objective of the study is to describe and understand how gender relations influences nurses' experience in forensic psychiatry.

Participation

If you wish to participate to the study, you will be scheduled to meet with the main researcher on an individual basis in order to answer questions regarding your experience in forensic psychiatry. Only one interview will be scheduled and should last no more than 60 minutes. The interview will be digitally recorded unless you are opposed to it. If you do not wish to be recorded, notes will be taken during the interview to capture your verbal account. At no time will your physical integrity be at risk. The interview will take place during working hours in a private office at the research facility. Criteria for participation: 18 years of age or older, work at the research facility (unit) as a nurse (RN or RPN), taking into considerations 12-hour shift, for at least 6 months

Risk

You could find it difficult to talk about your experience as a nurse working at the research facility. You can chose not to answer some questions if they create a discomfort for you and you will not have to justify why you do not chose to answer them. If you felt anxious or stressed regarding the content of our discussion, you will be oriented toward the necessary resources (Employee Assistance Program). Your Employee Assistance Program is provided at your work place. This service provides confidential counselling for any personal problems. Confidentiality is respected at all times. No one at the facility or anyone else will receive information from the EAP without the written, informed and voluntary consent from the consumer. The information collected during interviews and direct observation will not be used for evaluative purposes because it is not the goal of this research. None of the information collected will be used for disciplinary actions.

Personal Advantages

There are no direct advantages for participating to the study and you will not be remunerated for your participation. However, with your participation, you are contributing to the development of knowledge in a highly specialized field of nursing practice.

Additional Information

We will answer any questions you may have regarding the research project.

Confidentiality and Anonymity

The nature and content of your statements which will be digitally recorded during the interview will remain strictly confidential at all times. Your name will not be present on any of the digitally recorded interview, transcriptions or research results. You will be given an alphanumeric code that will enable you to keep your anonymity against any form of identification in future dissemination of results. All material that could potentially lead to the identification of patients, nursing staff and or the institution will be eliminated in order to respect confidentiality. Under no circumstances will the information you provided be shared with your employer or with other employees. All information (digitally recorded, transcriptions, journals, research facility (documents) will be kept locked in a filing cabinet in the main researcher's supervisor's office at the University of Ottawa for a period of 10 years.

All digitally recorded interviews will be transcribed by the main researcher (Nancy Paris). Only the main researcher and her supervisors (Dave Holmes, RN, PhD & Jean Daniel Jacob, RN, PhD) will have access to the information. Information regarding the process and findings of the study will be shared with the thesis committee. However, these members will not have access to the transcriptions and the digitally record, except supervisors. **"Study data may be reviewed by the Research Ethics Board and/or Research quality Associate for quality assurance purposes"**.

The information collected will be kept for a period of 10 years in order to be analyzed, after which they will be destroyed (transcriptions will be shredded and digital recorder will be destroyed). Given the qualitative nature of the study within a closed institution, anonymity cannot be guaranteed - you will be known by the researcher and possibly other staff members that are working within the facility. However, confidentiality will be guaranteed in future dissemination of results as described above.

Authorization for the Utilization of Research Results

You are accepting that the information collected during the interviews will be used for the conclusion of this research and could be used for scientific and professional publications, as well as educational purposes. It is possible that your statements be cited in publications and/or presentations. However, it is assured that the confidentiality will be respected for both the participants and the facility where the research takes place.

Withdrawal from the Research

It is clear that your participation to this project is done on a voluntary basis. You can choose not to answer certain questions. It is also clear that you can withdraw from the research at any time, without having to justify why you chose to do so. The content of the interviews will be destroyed if you chose to withdraw from the study

Questions Regarding the Study

If you have any questions regarding the study, feel free to communicate at any time with Nancy Paris, RN, PhD (c), or with Dave Holmes, RN, PhD. Jean Daniel Jacob, RN, PhD.

Ethical aspect of the Study

If you have any questions or concerns regarding your rights as a participant, these may be addressed to the Research Ethics/Scientific Review Coordinator and Research Quality Associate, Royal Ottawa Health Care Group-5th Floor-Room.

Consent

I have read the letter describing the project. I understand the purpose of the study and what is required of me, and I agree to participate. I have been assured that my participation is voluntary and that my identity will remain confidential. I agree to participate, and I am aware that I am free to withdraw from the study at any time without any negative consequence.

I am aware that any inquiries about the research study should be addressed to: Nancy Paris, RN, PhD (c) or her supervisors.

I am aware that there are two copies of this consent form, one of which I may keep.

I, _____, have read and understood the terms presented in this form.

I accept to be digitally recorded: yes no

I accept to be cited in future publications: yes no

I consent to participate to the study. There are two copies of the consent form, one of which is mine to keep.

Participant

Researcher

Signed at _____, _____ 2014

Annexe C

RESEARCH ETHICS BOARD

January 13, 2014

Nancy Paris, RN
 Principal Investigator

Re: REB# 2013024
Nursing Practice in Forensic Psychiatry: Towards an Understanding of Gender Relations / La pratique infirmière en milieux de psychiatrie légale : vers une compréhension des rapports sociaux de genre.

Dear Ms. Paris,

This letter is to acknowledge receipt of your letter via e-mail (dated December 19, 2013) in which you included revised copies of the COREB Application Form and Consent Form and, responses to points expressed to you in our letter (dated August 21, 2013) for the above-titled protocol.

Your provision of information and accompanying revised Application, Consent, and other associated documents have been reviewed and **your protocol has now received approval for the period of one (1) year from the date of this letter.**

This approval is contingent upon, maintaining adherence to the normal approval process, namely,

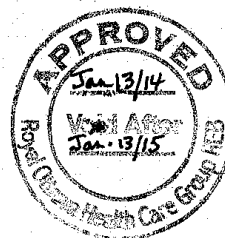
- Reporting to the Board any adverse events of the project in progress
- Seeking prior approval from the Board of any direct use of public media to recruit research participants

Approval will be reconsidered if Hospital/Institutional resources are used beyond those specified on the Checklist of Resources or the Impact on Hospital resources. However, the protocol can be re-submitted with revised Checklist information and will be reconsidered.

Annual progress reports must be submitted to the Board for continuation of Research Ethics approval. A *termination report* is required at the conclusion of the study.

Sincerely, on behalf of the Board,

Pierre Blier, MD PhD
 Chair, Research Ethics Board





Université d'Ottawa University of Ottawa

Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche Office of Research Ethics and Integrity

Le 10 février 2014

Nancy Paris
Étudiante au doctorat
École des sciences infirmières
Faculté des sciences de la
santé Université d'Ottawa

Dave Holmes
Professeur et superviseur
École des sciences infirmières
Faculté des sciences de la santé
Université d'Ottawa

Jean-Daniel Jacob
Professeure et co-superviseur
École des sciences infirmières
Faculté des sciences de la
santé Université d'Ottawa

Re: Dossier éthique A02-14-02 – “ La pratique infirmière en milieu de psychiatrie légale: vers une compréhension des rapports sociaux de genre”

Chers Mme Paris, Professeur Holmes et Professeur Jacob,

Merci pour les documents fournis en ce qui a trait à votre projet nommé ci haut, ainsi que pour la lettre d'approbation du CÉR du Royal (dossier # 2013024).

Ceci est pour confirmer que conformément à l'entente entre l'Université d'Ottawa et l'Hôpital Royal, l'Université d'Ottawa a autorisé que le CÉR du Royal sera le CÉR officiel pour l'évaluation et la supervision de la recherche mené à ou au travers de l'hôpital.

Nous vous rappelons votre obligation de:

- Suivre les procédures établies par le CÉR du Royal, incluant les processus de compte-rendu et de renouvellement de certificat;
- De respecter l'autorité du CÉR du Royal et de leurs exigences, incluant, sans limites, la nécessité de modifier ou d'arrêter la recherche si le CÉR l'exige

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à me contacter au (613) 562-5387.

Sincèrement

Gilles Morier
Directeur par intérim
Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche

550, rue Cumberland Ottawa (Ontario) K1N 6N5 Canada 550 Cumberland Street Ottawa, Ontario K1N 6N5 Canada

(613) 562-5387 • Téléc./Fax (613) 562-5338
<http://www.recherche.uottawa.ca/deontologie/>
<http://www.research.uottawa.ca/ethics/>

Annexe D



Université d'Ottawa
Faculté des sciences
de la santé
École des sciences
infirmières

University of Ottawa
Faculty of Health
Sciences
School of Nursing

613 562-5473
613 562-5443
451 Smyth
Ottawa ON K1H 8M5 Canada
www.uOttawa.ca

Ottawa, January 31, 2014

Project Title: *Nursing practice in a forensic psychiatric setting: Towards an understanding of gender relations*

Nancy Paris, RN, PhD (c)
School of Nursing
Faculty of Health Sciences
University of Ottawa

Professors supervising the research project

Dr. Dave Holmes, RN., PhD
Full Professor
School of Nursing
Faculty of Health Sciences
University of Ottawa

Dr. Jean Daniel Jacob, RN, PhD
Associate Professor
School of Nursing
Faculty of Health Sciences
University of Ottawa

Description of Project

I, Nancy Paris, am a graduate student at the University of Ottawa in the Faculty of Nursing. I am currently enrolled in a

doctorate project on nursing practice in a forensic psychiatric setting. You are invited to participate in a study which the goal is to gain a better understanding of gender relations in forensic psychiatric setting. The main objective of the study is to describe and understand how gender relations may influence nurses' experience in forensic psychiatry setting. Before you decide to participate, it is important that you understand the goal of the study, the risks and benefits to make an informed decision, and ask any questions if there is anything that you do not understand. Please read this entire consent form and take your time to make a decision. If you decide to participate in this study, you will be asked to sign a consent form. If you agree and interested to participate you will be interviewed about your experiences and perspectives on nursing practice in psychiatric setting. The interview will take approximately 60 minutes and will be audio-recorded to provide a record of our conversation.

Your participation in the research is entirely voluntary and you are free to withdraw at any time. This means that even though you agree initially to the interview. You can withdraw from the interview at any point. You may ask questions of the researcher at any time and you may refuse to answer any of the questions without any negative consequences.

Your participation in this research is greatly appreciated, and it is meant to be an interesting experience. I will be using the interview as a way to enhance my understanding on gender relations in psychiatric setting. Your identity remains

confidential. All information (digitally recorded, transcriptions, journals, research facility (documents) will be kept locked in a filing cabinet in the main researcher's supervisor's office at the University of Ottawa for a period of 10 years and will be destroyed.

Any inquiries about the research study should be addressed to Nancy Paris, the main researcher. There are two copies of the consent form one of which you may keep. Any information requests or complaints about the ethical conduct of the project can be addressed to the Research Ethics/Scientific Review Coordinator and Research Quality Associate,

Participant

Researcher

Signed _____ at _____,
_____ 2014