



uOttawa

L'Université canadienne
Canada's university

FACULTÉ DES ÉTUDES SUPÉRIEURES
ET POSTDOCTORALES



FACULTY OF GRADUATE AND
POSTDOCTORAL STUDIES

Marie Nicole Brideau

AUTEUR DE LA THÈSE / AUTHOR OF THESIS

M.Sc. (Sciences infirmières)

GRADE / DEGREE

École de sciences infirmières

FACULTÉ, ÉCOLE, DÉPARTEMENT / FACULTY, SCHOOL, DEPARTMENT

Les soins infirmiers en milieu de désintoxication entre soins et contrôle social

TITRE DE LA THÈSE / TITLE OF THESIS

Dave Holmes

DIRECTEUR (DIRECTRICE) DE LA THÈSE / THESIS SUPERVISOR

CO-DIRECTEUR (CO-DIRECTRICE) DE LA THÈSE / THESIS CO-SUPERVISOR

EXAMINATEURS (EXAMINATRICES) DE LA THÈSE / THESIS EXAMINERS

Jocelyne Tourigny

Denise Moreau

Gary W. Slater

Le Doyen de la Faculté des études supérieures et postdoctorales / Dean of the Faculty of Graduate and Postdoctoral Studies

**Les soins infirmiers en milieu de désintoxication :
entre soins et contrôle social**

par

Nicole Brideau

**Thèse soumise à la
Faculté des études supérieures et postdoctorales
dans le cadre des exigences du programme de maîtrise**

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

© Nicole Brideau, Ottawa, Canada, 2008



Library and
Archives Canada

Published Heritage
Branch

395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Bibliothèque et
Archives Canada

Direction du
Patrimoine de l'édition

395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Your file *Votre référence*
ISBN: 978-0-494-50858-9
Our file *Notre référence*
ISBN: 978-0-494-50858-9

NOTICE:

The author has granted a non-exclusive license allowing Library and Archives Canada to reproduce, publish, archive, preserve, conserve, communicate to the public by telecommunication or on the Internet, loan, distribute and sell theses worldwide, for commercial or non-commercial purposes, in microform, paper, electronic and/or any other formats.

The author retains copyright ownership and moral rights in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

AVIS:

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque et Archives Canada de reproduire, publier, archiver, sauvegarder, conserver, transmettre au public par télécommunication ou par l'Internet, prêter, distribuer et vendre des thèses partout dans le monde, à des fins commerciales ou autres, sur support microforme, papier, électronique et/ou autres formats.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms may have been removed from this thesis.

Conformément à la loi canadienne sur la protection de la vie privée, quelques formulaires secondaires ont été enlevés de cette thèse.

While these forms may be included in the document page count, their removal does not represent any loss of content from the thesis.

Bien que ces formulaires aient inclus dans la pagination, il n'y aura aucun contenu manquant.

■*■
Canada

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	1
RÉSUMÉ DE L'ÉTUDE	2
AVANT-PROPOS	3
CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE	3
Introduction	4
1.1 Problématique de recherche	7
1.2 Objectif de recherche	16
1.3 Questions de recherche	16
CHAPITRE 2 : RECENSION DES ÉCRITS	17
2.1 Dépendance aux substances	18
2.2 Modèles expliquant la dépendance et les approches thérapeutiques	21
2.2.1 La dépendance comme maladie	21
2.2.2 Modèle comportemental.....	22
2.2.3 Modèle des groupes d'entraide	23
2.2.4 Modèle relié aux facteurs socioculturels	24
2.2.5 Consommation responsable et réduction des méfaits	25
2.3 Intoxication	26
2.4 Désintoxication	27
2.5 Le rôle de l'infirmière en désintoxication	30
CHAPITRE 3 : CADRE THÉORIQUE	34
3.1 Choix du cadre théorique	34
3.2 Le pouvoir selon Foucault	35
3.3 Le pouvoir disciplinaire	36
3.3.1 Axes de contrôle	37
3.3.2 Le quadrillage	38
3.3.3 Techniques principales du pouvoir disciplinaire	40
3.4 Le pouvoir pastoral	43
CHAPITRE 4 : CONSIDÉRATIONS MÉTHODOLOGIQUES	44
4.1 Ethnographie	44
4.2 Milieu d'étude	46
4.3 Échantillonnage et recrutement	47
4.4 Méthodes de collecte des données	49

4.5	Méthode d'analyse des données : analyse de contenu	52
4.6	Considérations éthiques	54
	4.6.1 Consentement éclairé	54
	4.6.2 Confidentialité	54
4.7	Critères de rigueur	55
	4.7.1 Crédibilité	55
	4.7.2 Transférabilité	58
	4.7.3 Fiabilité	58
	4.7.4 Confirmabilité	58
	4.7.5 Réflexibilité	58
CHAPITRE 5 : PRÉSENTATION DES RÉSULTATS		60
5.1	Collecte et processus d'analyse des données	61
5.2	Présentation des résultats	62
	5.2.1 Règles et procédures.....	62
	5.2.2 Représentation des fonctions reliées au rôle socioprofessionnel	70
	5.2.3 Lignes de tension entre les aspects disciplinaire et caritatifs de l'exercice infirmier	78
	5.2.4 Stratégies d'interventions infirmières	85
CHAPITRE 6 : DISCUSSION.....		97
6.1	Implications pour l'éducation, la pratique et la recherche	108
6.2	Limites de l'étude	111
CONCLUSION.....		113
RÉFÉRENCES.....		114
APPENDICES		
	APPENDICE A – Plan de présentation Power Point aux infirmières	123
	APPENDICE B – Grille d'observation	126
	APPENDICE C – Aide mémoire pour l'entrevue	128
	APPENDICE D – Formulaire de consentement	152

REMERCIEMENTS

Cette thèse représente un jalon important dans ma vie professionnelle et personnelle. Au terme de cette belle aventure, je désire remercier sincèrement toutes les personnes qui ont contribué à l'atteinte de cet objectif, dont Denyse Pharand et Jocelyne Tourigny qui ont fait partie de mon comité de thèse.

Plus particulièrement, j'aimerais remercier les infirmières qui ont participé à ce projet de recherche en partageant leur vécu quotidien avec générosité, simplicité et sincérité. Sans ces personnes, il aurait été impossible de produire les résultats de cette recherche. Je ne peux passer sous silence le support inconditionnel de mes collègues de travail du Centre de traitement des dépendances de Tracadie. Vous êtes tout simplement merveilleux! Je désire également remercier la direction de la Régie Acadie-Bathurst et le Consortium national pour la formation en santé (CNFS) pour le soutien technique et financier. À Annette, ma collègue de classe, merci d'avoir accepté de partager cette aventure universitaire avec moi. Ce fut un plaisir pour moi d'étudier en ta compagnie. Gaëtan, Linda et Loula, merci pour votre amitié sincère. Merci aussi à mes sœurs, tantes et oncles pour votre support; Papa, Maman, Huguette, je ne vous oublie pas. Alvin, merci de toujours croire en moi après toutes ces années. Véronique, Catherine et Jean-Daniel, mes chers enfants, je vous aime de tout cœur.

À toi Dave (Holmes), mon directeur de thèse, mon immense appréciation pour tes conseils judicieux et ton soutien indéfectible. J'ai énormément apprécié ton honnêteté et ton intégrité mais aussi ta gentillesse et ta compréhension. Merci, merci, merci!

RÉSUMÉ DE L'ÉTUDE

Dans le cadre d'un traitement des dépendances, les infirmières jouent un rôle important (Rassool & Villar-Luis, 2004). Chaque jour, elles composent avec une clientèle non seulement en situation de sevrage mais aussi gravement malade sur les plans physique et psychologique (Naegle & Erickson D'Avanzo, 2001). La recension des écrits rapporte peu de recherches sur les rôles exercés par les infirmières en milieux de désintoxication. En effet, les infirmières doivent articuler des fonctions visant à maintenir l'ordre allant même jusqu'à la mise en œuvre d'un traitement forcé ou fortement suggéré par des instances juridiques (Thomas 2005). Or certains articles sur le sujet mentionnent le besoin d'offrir au client « un encadrement » afin de lui permettre de suivre son traitement ou de cesser sa consommation. Bien que la nécessité d'un encadrement strict ait été évoquée, aucune recherche sur cet aspect de la pratique infirmière dans ce type de milieu n'est documentée dans les écrits consultés. Étant donné que l'unité de désintoxication est fortement investie par une régulation comportementale, il est nécessaire de s'attarder non seulement à l'angle caritatif de l'exercice infirmier mais aussi aux aspects politiques du soin. Les rapports de pouvoir entre le personnel infirmier et les personnes admises en désintoxication constituent donc la pierre angulaire de cette recherche. Dans la mesure où les aspects politiques du soin sont au cœur de cette recherche, notre choix de cadre théorique s'est arrêté sur les travaux de Michel Foucault. Plus spécifiquement, notre analyse foucauldienne s'appuiera sur le concept de pouvoir disciplinaire afin de supporter notre recherche au plan théorique. Au plan méthodologique, un devis qualitatif a été privilégié. Les résultats de cette recherche montrent que le soin infirmier dans une unité de désintoxication est assorti de composantes caritatives et disciplinaires qui se juxtaposent continuellement. Les infirmières qui ont participé à cette étude ont clairement exprimé qu'il leur serait impossible de soigner la clientèle sans la structure, les mécanismes de contrôle et les mesures disciplinaires dont elles disposent. L'examen des données de l'observation du milieu et des documents écrits a corroboré l'existence de telles pratiques, qui sont entérinées, du moins en partie, par la direction sous formes de politiques et procédures.

AVANT-PROPOS

Le soin infirmier en toxicomanie, particulièrement dans les unités de désintoxication, est un domaine de recherche très peu exploré par la recherche en sciences infirmières. Pourtant, des milliers d'infirmières exercent dans ce milieu clinique chaque jour au Canada et ailleurs dans le monde. Le peu d'écrits actuellement disponible fait état des aspects caritatifs du travail infirmier dans les unités de désintoxication tout en évacuant les aspects relatifs au contrôle social. Or, l'expérience de la chercheuse l'amène à remettre en question cette perspective car son expérience clinique dans ce type de milieu de soin lui permet d'affirmer que les interventions infirmières sont aussi caractérisées par des technologies politiques s'inscrivant de plein fouet dans une logique de contrôle social. Ces technologies semblent « nécessaires » afin d'assurer l'encadrement thérapeutique et pour rencontrer la mission sociale des unités de désintoxication. En s'inspirant d'un cadre théorique basé sur une perspective foucauldienne, donc critique et politique, et en utilisant une méthode qualitative de recherche, l'ethnographie, la chercheuse entend explorer les aspects politiques du soin dans une unité de désintoxication.

CHAPITRE 1

PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE

Introduction

En 2004, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) déclare que la dépendance au tabac, à l'alcool et aux drogues est une cause importante de problèmes de santé dans le monde (OMS, 2004). En juin 2005, l'Office sur les drogues et le crime de l'Organisation des Nations Unies déclare que 200 millions de personnes dans le monde ont consommé des drogues illicites dans les 12 derniers mois et que les profits générés par la consommation de stupéfiants dépassent 320 milliards de dollars américains. Une somme phénoménale qui prend racine dans un marché majoritairement illégal. Il est difficile d'imaginer, et il n'existe pas de raison de croire, qu'une industrie aussi lucrative et répandue aux quatre coins du monde cessera ses activités du jour au lendemain et ce, en dépit d'actions concertées de toutes les nations. Il faut donc en déduire que, pendant encore longtemps, la dépendance aux drogues continuera d'exister, mettant en péril la santé et de la vie de millions de personnes.

À ces statistiques alarmantes, il faut ajouter que plus de 100 millions de personnes dans le monde sont dépendantes de l'alcool alors que 400 millions d'autres boivent de l'alcool de manière excessive (International Council on Alcohol and Addictions, 2005). Bien que l'alcool soit une substance légale dans la majorité des pays, ses effets néfastes de l'abus sur la santé des personnes ont été largement documentés (Hyman, 2004; Moak & Anton, 1999).

Les Canadiens ne sont pas à l'abri de la dépendance à l'alcool et aux drogues puisque cette problématique affecte des milliers d'hommes et de femmes dans le pays. Selon Statistiques Canada (2002), chaque année, des milliers de personnes dépendantes à ces substances sont admises avec un diagnostic de (poly)toxicomanie dans les hôpitaux généraux et dans les hôpitaux psychiatriques canadiens. À cela il faut ajouter les admissions dans des centres de désintoxication publics ou privés (Santé Canada, 1999). Durant l'année fiscale 2004-2005, au Nouveau-Brunswick seulement (une province de 700,000 habitants), les services de traitement des dépendances de la province ont enregistré 3,572 admissions dans des centres de désintoxication, 214 admissions dans des centres de réadaptation et 4174 admissions dans des programmes de soins externes (Regional Addictions Services Statistics, 2005).

Dans chaque province canadienne, on retrouve à peu près les mêmes types de programmes publics disponibles pour le traitement des dépendances à l'alcool, aux drogues et au jeu compulsif (Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2002). À cela, s'ajoutent divers programmes de désintoxication et de réadaptation offerts par des organismes privés (Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2002). Les coûts sociaux, économiques et de soins de santé pour l'abus de drogues et d'alcool en 1992 ont été estimés à 8,9 milliards de dollars canadiens, soit environ 1% du produit intérieur brut. (Single et coll., 1996). Une étude canadienne est présentement en cours afin d'évaluer les impacts sociaux et économiques de la dépendance à l'alcool et/ou aux drogues (Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2004).

Au-delà des conséquences économiques, la dépendance à l'alcool et aux drogues engendre aussi des effets néfastes sur la santé et le mieux-être de l'individu aux prises avec ce problème. Rassool & Gafoor (1997) ont identifié plusieurs facteurs négatifs qui affectent les personnes dépendantes ou abusant de substances psychotropes. Les conséquences physiques sont nombreuses. Parmi celles-ci on rapporte : une détérioration de la fonction hépatique et cérébrale, des complications pulmonaires et cardiaques, des infections transmises par le sang (Hépatites B et C, VIH), la malnutrition, des problèmes lors de grossesses, pour n'en nommer que quelques uns. Par ailleurs, les taux de dépression, de tentatives de suicide et de suicides réussis, sont plus élevés chez cette clientèle (Gafoor, 1997; Naegle, 2001).

De plus en plus, la demande pour le traitement des troubles concomitants de maladie mentale et de toxicomanie se fait sentir et les pourvoyeurs de soins doivent assurer la disponibilité de services spécialisés pour ces clients à risque (Santé Canada, 1999). En effet, de multiples études ont démontré que les clients avec un diagnostic de maladie mentale avaient plus de probabilités de développer un problème d'abus de substances (Mueser, Noordsy, Drake & Fox, 2003). Les clients peuvent également être aux prises avec des problèmes familiaux, comme par exemple la violence conjugale. Les difficultés reliées au travail sont aussi largement documentées et il est aussi fréquent que ces personnes n'aient pas de domicile fixe (Naegle, 2001; Rassool & Gafoor, 1997).

Bref, la problématique d'abus de psychotropes (incluant l'alcool) est non seulement largement répandue mais manifestement dommageable pour la santé des

personnes qui en souffrent. Des soins adaptés et spécialisés sont nécessaires pour composer avec cette problématique de santé complexe.

1.1 Problématique de recherche

Dans le cadre d'un traitement des dépendances, les infirmières jouent un rôle important (Finnell, Garbin & Scarborough, 2004; Naegle & Erickson D'Avanzo, 2001; Rassool & Gafoor, 1997; Rassool & Villar-Luis, 2004). Chaque jour, elles composent avec une clientèle non seulement en situation de sevrage mais aussi gravement malade sur les plans physique et psychologique (Naegle & Erickson D'Avanzo, 2001; Rassool & Gafoor, 1997). De plus, il s'agit d'une clientèle souvent stigmatisée, psychiatisée, socialement isolée et criminalisée (Rassool & Gafoor, 1997). Les infirmières travaillent entre autres dans les unités de désintoxication, les programmes de maintien à la méthadone, certains programmes externes de traitement et enfin, dans des centres de réadaptation à court, moyen et long terme (Konrad, 2004; Rassool & Gafoor, 1997). On les retrouve aussi dans les sites d'injection supervisés de quelques grandes villes canadiennes (Gold, 2003).

Il existe plusieurs philosophies et approches thérapeutiques afin d'aider les personnes souffrant d'un problème de dépendance aux psychotropes telles l'abstinence totale selon le modèle du mouvement des Alcooliques Anonymes, la réduction des méfaits, l'approche motivationnelle et enfin, les approches psychosociales ou comportementales. Selon les écrits recensés, aucune des modalités de traitement énoncées précédemment n'a réellement démontré qu'elle est la meilleure pour aider le client à cesser de consommer (Santé Canada, 1999). Pourtant, peu importe la philosophie de

traitement, la consommation d'alcool, de drogues ou de médicaments non prescrits est interdite sur l'unité de traitement. Cette règle est primordiale et il faut tout mettre en œuvre pour que les mesures d'encadrement nécessaires assurent la sécurité des clients.

Les programmes de désintoxication traitent généralement les personnes qui sont en période de sevrage à l'alcool ou aux drogues et à certains médicaments, notamment les benzodiazépines (Brands, Kahan, Selby & Wilson, 2000; Rassool & Gafoor, 1997). Les programmes sont la plupart du temps volontaires, c'est-à-dire que les clients peuvent quitter le programme quand ils le désirent (Santé Canada, 1999). La taille des unités et le nombre de lits par unité varient, alors que la clientèle desservie peut être constituée d'hommes, de femmes, d'adolescents et adolescentes et ce, dépendamment de la disponibilité de services spécialisés pour certains groupes de clientèles. Cependant, une telle diversité de sexes et d'âges commande un programme de traitement flexible et un encadrement strict afin d'éviter l'apparition de problèmes durant le séjour des clients sur les unités (Santé Canada, 1999).

Par exemple, la cohabitation d'hommes et de femmes sur une même unité de traitement amène souvent la création de relations intimes. Bien que ces types de rapprochements ne soient pas encouragés, ce défi s'ajoute à la problématique de la dépendance et doit être prise en compte dans le plan de traitement (Egel 2003; Perkinson, 1990). Egel (2003) soutient que les relations intimes sont nuisibles pour les clients et les clientes qui tentent de cesser de consommer puisque cet investissement émotif les empêche de se concentrer totalement sur leur traitement. On ajoute par ailleurs qu'elles créent des situations d'envie, de jalousie et parfois même du

ressentiment de la part des autres clients et clientes. Selon Egel (2003), le personnel doit alors composer avec des conflits, souvent larvés, alors qu'il peut exister une dissension au sein du personnel soignant sur la manière de composer avec ces situations.

Dans certains endroits, et pour les raisons évoquées plus haut, les adolescents et les personnes âgées sont admis pour un traitement en désintoxication sur la même unité que les clients adultes. Dans ce cas-ci, la recherche fait aussi état du besoin des adolescents et des personnes âgées d'avoir des milieux de traitement et des programmes qui conviennent à leurs besoins particuliers (Santé Canada, 2001a; Santé Canada, 2002).

Peu importe les milieux de soins et les types de populations desservies (mixtes ou non), le rôle premier de l'infirmière exerçant dans une unité de désintoxication vise à assurer un sevrage sécuritaire et confortable par le biais de soins infirmiers adaptés à la condition clinique des personnes admises (Naegle & Erickson D'Avanzo, 2001; Rassool & Gafoor, 1997). À cet égard, elle doit évaluer les clients régulièrement et administrer les traitements et médicaments nécessaires. Bien qu'il existe certains instruments de mesure pour estimer l'intensité du sevrage dont le Clinical Institute Withdrawal Assessment - édition révisée (CIWA-Ar), un instrument validé pour évaluer le sevrage de l'alcool, il n'en demeure pas moins qu'il y a un degré élevé de subjectivité dans l'évaluation des clients en sevrage. C'est le cas par exemple de clients qui se plaignent de douleurs aiguës ou chroniques découlant de blessures nouvelles ou anciennes et qui ont besoin d'opiacés pour contrôler ces malaises. Dans de tels cas, l'évaluation de l'infirmière doit porter sur les manifestations observables (objectives) de la douleur et sur les plaintes du client (subjectives). Cependant, étant donné la problématique de

dépendance des personnes soignées, l'infirmière doit aussi tenir compte de la possibilité de manipulation par le client pour obtenir des médicaments.

L'obtention d'opiacés par exemple pourrait répondre davantage au soulagement d'une envie de consommer et non pour atténuer une douleur réelle. Cette situation, pour ne décrire que celle-là, rend l'évaluation des clients ardue alors qu'elle varie d'une infirmière à l'autre. Cette disparité au regard de l'intervention infirmière pourrait, selon certains auteurs, faciliter les situations de clivages entre le personnel infirmier (Rassool & Gafoor, 1997). L'infirmière doit donc posséder de bonnes compétences en évaluation physique et mentale pour pouvoir intervenir auprès du client de façon appropriée (Happell & Taylor, 1999; Konrad, 2004; Rassool & Gafoor, 1997; Rassool & Villar-Luis, 2004).

Le rôle de l'infirmière concernant la santé physique des clients ne s'arrête pas au traitement du sevrage. Les clients dépendants ont de nombreux problèmes de santé dont il faut tenir compte durant le séjour et qui influencent les plans de traitement cliniques et pharmacologiques (Happell & Taylor, 1999; Naegle & Erickson D'Avanzo, 2001; Rassool & Gafoor, 1997). Les plans de traitement des clients doivent être individualisés. Au-delà des plans de traitement discutés auparavant, l'unité de désintoxication est aussi un milieu propice pour la promotion d'habitudes de vie saines pouvant améliorer la santé des individus. À cet égard, la prévention et le dépistage de maladies transmissibles comme les Hépatites B et C, le VIH et la tuberculose (Naegle & Erickson D'Avanzo, 2001; Rassool & Gafoor, 1997) s'inscrivent dans la cadre des activités régulières de la plupart de ces unités de soin.

Les infirmières assurent donc un suivi serré de la condition clinique (souvent précaire) des personnes en traitement en plus d'assurer l'enseignement d'activités de promotion de la santé et de prévention de la maladie. La fonction infirmière est aussi assortie d'activités visant à maintenir l'ordre au sein de l'unité de soins.

Bien que les admissions en désintoxication soient généralement volontaires, il arrive que certains clients soient admis involontairement. Ainsi, des raisons telles la menace de rupture du couple, de la perspective de perdre un emploi ou encore sous la requête d'un tribunal (protection de l'enfance, cour de justice, etc.). (Naegle & Erickson D'Avanzo, 2001; Rassool & Gafoor, 1997; Thomas, 2005). Dans ce dernier cas, les personnes peuvent être admises pour un traitement afin de diminuer la durée d'une sentence (Naegle, Richardson & Morton, 2004; Thomas, 2005). Les crimes associés à cette sentence varient : conduite en état d'ébriété, vol, fraude, trafic de stupéfiants, voie de fait, meurtre et une panoplie d'autres offenses criminelles.

Afin de desservir cette population « involontaire », Naegle, Richardson & Morton (2004) ont proposé un modèle de soins infirmiers s'adressant aux clients des "drug court". Ces cours de justice américaines se multiplient maintenant dans d'autres pays dont le Canada (Thomas, 2005). Elles proposent aux criminels non violents aux prises avec des problèmes de toxicomanie un traitement de l'abus de substances ou de la dépendance plutôt qu'un séjour en prison, dans le but de réduire les méfaits sociaux en traitant le problème de consommation. Les programmes de traitement peuvent être suivis en milieux internes ou externes alors qu'ils constituent bien souvent une condition obligatoire pour éviter l'emprisonnement. Le personnel infirmier doit donc composer

avec une clientèle qui au lieu d'être prise en charge par le système pénal comme par le passé, se retrouve également dans un milieu de soin et de traitement pour des problèmes de dépendance. Selon Foucault (1995), la société ne punit plus seulement les actes criminels; elle cherche plutôt à traiter et à endiguer les facteurs criminogènes. Cette nouvelle perspective s'oriente vers la réhabilitation plutôt que la punition. L'accent est donc placé sur le règlement des problèmes qui ont engendré les délits.

Ce nouveau mode de traitement, tributaire d'un glissement du pénal vers le curatif, démontre bien que la prison doit être évitée alors qu'elle se trouve remplacée par un traitement ou une réhabilitation obligatoire. Il s'agit là d'une sentence que l'on pourrait qualifier de « sanitaire ». Les infirmières, parmi d'autres professionnels de la santé, sont devenues les agentes responsables de cette nouvelle modalité de soin. Tel que mentionné par Holmes (2002), il ne fait maintenant nul doute que le personnel infirmier est impliqué dans un processus complexe de soins et de fonctions relatives au maintien de l'ordre social.

À la lumière de la recension des écrits concernant les soins infirmiers en milieu de désintoxication, la recherche infirmière s'est peu attardée aux rôles exercés par les infirmières. En effet, l'exercice professionnel du soin infirmier doit articuler des fonctions visant à maintenir l'ordre social, allant même jusqu'à la mise en place d'un traitement forcé par des instances juridiques (Lévesque et Desmarais, 2003; Naegle, Richardson & Morton, 2004; Thomas 2005). Une recherche minutieuse conduite à partir de plusieurs thèmes reliés à ce domaine des soins infirmiers (soins infirmiers et pouvoir, unité de désintoxication, sevrage d'alcool et drogues), sur les bases de données CINAHL

et MEDLINE, nous a permis de relever que très peu d'écrits au sujet des interactions infirmière-client dans les unités de désintoxication. La majorité du temps, les écrits des soins infirmiers en toxicomanie s'intéressent surtout aux symptômes physiques et psychologiques à traiter dans le cadre du sevrage ou encore aux complications physiques, psychologiques et sociales de la consommation. Dans des manuels de soins infirmiers traitant spécifiquement de la dépendance (Naegle & Erickson D'Avanzo, 2001; Rassool & Gafoor, 1997) et dans certains articles sur le sujet (Happell & Taylor, 1999; Williams, 2001), on mentionne, à l'occasion, le besoin d'offrir au client « un encadrement » ou « un milieu thérapeutique » afin de lui permettre de suivre son traitement ou de cesser sa consommation.

Il est intéressant de noter que dans le document d'examen des Services de toxicomanie et de lutte contre l'obsession du jeu du Conseil canadien d'agrément des établissements de santé (2004), certaines normes font état du besoin d'assurer un milieu sécuritaire, exempt de consommation, avec des conditions et des règles connues des clients. De plus, dans le document sur les Normes des Services de traitement des dépendances du Nouveau-Brunswick (Ministère de la santé et des services communautaires et l'Association des soins de santé du Nouveau-Brunswick, 1999), on explicite clairement les raisons justifiant l'expulsion des clients d'un programme de désintoxication. On évoque, entre autres, le refus de suivre le traitement tel que prescrit et des manifestations comportementales qui contreviennent au traitement et à la sécurité de soi ou d'autrui. Les centres de traitement des dépendances sont fortement invités à

adopter des politiques et procédures pour clarifier ces enjeux et de les faire connaître aux personnes en traitement.

Les écrits recensés ne permettent pas de comprendre comment les infirmières exercent dans ce milieu fortement investi par le soin et le contrôle social, la manière dont celles-ci réagissent devant l'intimidation et les tentatives de manipulation de leurs clients, la manière dont elles déterminent ce qui est approprié comme comportement, qui décide de ce qui est approprié ou non, et enfin, la façon dont elles articulent le double rôle d'agente de soin et d'agente de contrôle social.

Ce qui est implicite et attendu par l'agence gouvernementale, c'est un soin infirmier holistique couplé d'un encadrement strict du comportement. Le personnel infirmier est investi d'une fonction relative à la discipline puisque le soin ne peut faire l'économie d'un milieu thérapeutique fortement régulé afin que plusieurs règles de vie en groupe soient respectées. Cette fonction infirmière complexe situe les infirmières au carrefour des objectifs gouvernementaux et des personnes pour lesquelles ces rationalités politiques ont été créées.

Bien que la nécessité d'un encadrement strict, dans un milieu thérapeutique, ait été évoquée, aucune recherche sur cet aspect de la pratique infirmière dans ce type de milieu n'est documentée dans les écrits consultés. Il existe peu d'études sur les aspects politiques de la pratique infirmière en centre de désintoxication. Les recherches présentent des lacunes à plusieurs égards, notamment au regard des règles qui président à la dispensation du soin infirmier dans ce type d'environnement. Les difficultés inhérentes à l'acte de soin dans un contexte largement investi par des modalités de

fonctionnement fortement ritualisées ont été soulevées par certains chercheurs en milieux correctionnels ou de psychiatrie légale (Holmes, 2002).

Certains auteurs ont déjà exposé les difficultés qui affectent le soin alors que celui-ci est prodigué à une personne qui présente des problèmes au niveau relationnel et comportemental. Cependant, les résultats de leurs recherches priorisent la mise en place d'une philosophie de *caring* couplée à des principes de communication thérapeutique (Happell & Taylor, 1999). Nous estimons que l'unité de désintoxication, elle-même fortement investie par une régulation comportementale stricte, nécessite que l'on s'y attarde non seulement sous l'angle caritatif (soin) de l'exercice infirmier mais aussi sous l'angle politique du soin (contrôle). Les rapports de pouvoir entre le personnel infirmier et les personnes admises en désintoxication constituent donc la pierre angulaire de cette recherche.

Dans la mesure où les aspects politiques du soin sont au cœur de cette recherche, notre choix s'est arrêté sur les travaux de Michel Foucault, ceux-ci ayant d'ailleurs été utilisés fréquemment en sciences infirmières. Plus spécifiquement, notre analyse foucauldienne s'appuiera sur les concepts de pouvoir disciplinaire, de *gouvernementalité* et de pouvoir pastoral, afin de supporter notre recherche au plan théorique. Ce choix permettra la mise en lumière des aspects politiques du soin infirmier en milieu de désintoxication.

1.2 Objectif de recherche

L'objectif de cette recherche est donc de décrire, en examinant le contexte, les discours et les pratiques, la manière dont s'articule la pratique professionnelle d'infirmières exerçant dans une unité de désintoxication.

1.3 Questions de recherche

À la lumière de la problématique énoncée plus haut, et de l'objectif de cette recherche, nous nous proposons d'explorer les questions suivantes :

Quelles sont les règles et procédures qui donnent forme au « cadre thérapeutique » en milieu de désintoxication ?

Comment le personnel infirmier se représente-t-il les fonctions reliées à son rôle socioprofessionnel en milieu de désintoxication ?

Quelles sont les lignes de tension entre les aspects disciplinaires et caritatifs de l'exercice infirmier en milieu de désintoxication ?

Quelles sont les stratégies d'interventions infirmières qui permettent l'atteinte des objectifs gouvernementaux assurés par la fonction hybride discipline-soin en milieu de désintoxication ?

CHAPITRE 2

RECENSION DES ÉCRITS

Le soin infirmier en milieu de désintoxication constitue, selon nous, une pratique spécialisée. On entend par spécialisation une pratique infirmière qui repose sur des connaissances approfondies, grâce auxquelles l'infirmière a recours à un éventail de stratégies en vue de répondre aux besoins complexes des clients, et qui implique la planification, la coordination, la mise en œuvre et l'évaluation de programmes devant répondre à ces besoins (AIIC, 2002a ; Hamric *et al.*, 2000). Elle nécessite des partenariats pluridisciplinaires avec de multiples acteurs des réseaux de santé, tout en reflétant un degré élevé d'autonomie et d'imputabilité (Perron & Holmes, 2006). Enfin, elle engage l'infirmière sur la scène politique, et prépare cette dernière à considérer d'un œil critique les politiques de santé existantes et à élaborer des stratégies en vue d'agir sur celles-ci (AIIC, 2002a ; Hamric, *et al.*, 2000). On entend par spécialisation, la concentration dans un domaine clinique spécifique au sein de la pratique infirmière (Hamric, *et al.*, 2000).

La pratique en milieu de désintoxication oblige le personnel infirmier à fournir aux populations soignées un encadrement thérapeutique et spécialisé, régulé par des consignes strictes, étant donné les caractéristiques de la population à soigner. Dès lors, cette pratique professionnelle est complexe et fait appel à un ensemble de savoirs que nous répartissons, pour les besoins de cette recherche, entre soin et gouvernement des conduites (Holmes & Gastaldo, 2002). L'étude du soin infirmier en milieu de

désintoxication fait appel à certains concepts qu'il nous faut aborder dans le cadre de cette recension.

Les modèles qui expliquent la dépendance sont à la base des philosophies qui sous-tendent les modalités de traitement et, par ricochet, influencent la philosophie des soins infirmiers sur les unités de soins de désintoxication. Il importe ensuite de comprendre ce qu'est la désintoxication et l'impact qu'elle a sur le soin infirmier. La recension des écrits qui suit permettra donc de mieux 1) comprendre le concept de la dépendance 2) connaître les modèles explicatifs de la dépendance et les approches thérapeutiques les plus communes 3) différencier et comprendre les concepts d'intoxication et de désintoxication et 4) décrire le rôle de l'infirmière dans le milieu de la désintoxication.

2.1. Dépendance aux substances

L'*American Psychiatric Association* (APA, 1996) définit la dépendance à une substance comme un ensemble de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques variables qui démontrent que la personne continue à consommer la substance malgré les effets négatifs engendrés par cette dernière. Selon l'APA (1996), le diagnostic de dépendance à une substance est confirmé lorsque l'on retrouve chez une personne un minimum de trois des manifestations suivantes lorsqu'elles se sont produites à l'intérieur d'une période de 12 mois consécutifs :

1- la tolérance, manifestée par le besoin d'augmenter la quantité de substance nécessaire pour obtenir l'effet désiré ou par la diminution de l'effet pour une utilisation continue d'une même quantité de substance;

- 2- le sevrage, manifesté par des symptômes physiologiques ou des changements comportementaux ou encore manifesté par le besoin de consommer la substance pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage;
- 3- une consommation d'une quantité plus grande ou plus longue que ce que l'utilisateur avait prévu;
- 4- un désir persistant pour la substance ou des efforts inefficaces pour ne pas consommer;
- 5- une dévotion importante de son temps pour obtenir la substance;
- 6- l'abandon des activités sociales ou professionnelles à cause de la consommation;
- 7- la consommation de la substance malgré les répercussions négatives sur sa santé et sur sa vie sociale.

En posant un diagnostic de dépendance, on prendra soin de spécifier si la dépendance est accompagnée ou non de tolérance ou de sevrage à la substance. De plus, on précisera si la personne est dépendante d'un seul produit ou de plusieurs. Ainsi, on sera plus à même de déterminer le type de sevrage attendu et les complications potentielles de ce dernier (Kahan, 2000).

Rich & Copans (2000) résument bien les conséquences négatives de la dépendance :

Une dépendance est réellement un phénomène biopsychosocial qui affecte le fonctionnement physique, mental, émotionnel, professionnel et interpersonnel; elle affecte la vie des personnes à tous les niveaux. La dépendance n'est pas un enfer privé. Elle s'étend pour consumer ceux qui entourent la personne dépendante...sa famille et la société par les coûts financiers associés aux maladies physiques et à la perte de la santé, au crime, aux heures de travail perdues et à la sous-production, aux pertes financières et aux faillites, aux accidents, suicides, violences, et problèmes de santé mentale, pour n'en nommer que quelques uns (Traduction libre, p. 14).

Parce que l'infirmière pratique un soin dit « holistique », cette dernière devra intervenir non seulement sur la problématique mais aussi sur l'étiologie et les conséquences de la dépendance. L'infirmière doit également comprendre comment la dépendance agit sur le schème cognitif et les comportements de la personne dépendante. Toujours selon Rich & Copans (2000), l'objet du désir, l'alcool ou la drogue dans le cas qui nous préoccupe, est à la base de la dépendance. Il y a une préoccupation importante, une obsession envers cet objet de désir et cette obsession se traduit par des pensées, des idées et des impulsions (voire compulsions) qui impliquent une grande charge émotionnelle. Pour soulager cette tension émotionnelle importante, la personne agira de façon compulsive en planifiant, recherchant et consommant la substance. Une perte de contrôle cognitive et émotionnelle s'ensuit. La présence de la substance et de tout ce qui la rappelle à la personne déclenche alors des envies de consommer que cette dernière ne peut réprimer. La compréhension de ces explications par l'infirmière est primordiale pour guider le client dans son rétablissement et pour lui permettre de trouver des outils utiles pour l'aider durant les périodes où l'envie de consommer est plus pressante.

Il est aussi important de différencier la dépendance de l'abus de substance. L'abus de substances est défini comme une utilisation inadéquate et répétée d'une substance amenant des conséquences négatives pour la personne (APA, 1996). Cependant, dans la constellation des manifestations de l'abus de substance et contrairement à la dépendance, on ne retrouve pas la tolérance, le sevrage ou l'envie compulsive de consommer la substance (APA, 1996). Cependant les conséquences de l'abus de substances (par exemple devoir se présenter en cour pour avoir conduit avec

les facultés affaiblies) peuvent obliger la personne à assister à des programmes de traitement où l'on évaluera la présence de dépendance et l'on traitera celle-ci le cas échéant. Un court séjour sur une unité de désintoxication peut aussi être nécessaire afin de mettre un terme à une période d'intoxication (Bureau de l'alcool, des drogues et des questions de dépendances, 1997).

2.2 Modèles expliquant la dépendance et les approches thérapeutiques

Les modèles pour expliquer la dépendance sont nombreux. Certains modèles sont basés sur un objectif d'abstinence alors que d'autres visent la modération de la consommation. De par leurs différentes philosophies, ces modèles ont une incidence sur le type de traitement, le soutien et la programmation thérapeutique des unités ou centres de désintoxication (Hasselbrock, Hasselbrock & Epstein, 1999).

2.2.1 *La dépendance comme maladie*

L'un des premiers modèles, celui de la dépendance comme maladie, a été développé à la fin des années trente et s'est considérablement transformé au fil du temps. À ses débuts, le modèle prenait surtout en compte la dépendance à l'alcool. On suggérait alors que l'alcoolisme était causé par des changements physiologiques et psychologiques amenés par la consommation d'alcool sur une période de temps prolongée. Cette période était caractérisée par un appel mental constant à consommer, provoquant une tension « nerveuse » importante calmée par une nouvelle consommation d'alcool. Avec le temps, ce modèle a aussi été appliqué à la dépendance aux drogues psychoactives. Comme la personne est dite « malade », elle n'est pas « blâmée » pour son problème mais elle a quand même la responsabilité de faire tout ce qu'elle peut pour se rétablir

(Sheehan & Owen, 1999). Parce que les conséquences sur l'individu sont multiples, on verra à traiter l'individu d'un point de vue holistique : santé physique et mentale, soins spirituels et *counseling* sur la dépendance. Le plan de traitement est souvent basé sur les 12 étapes de rétablissement des Alcooliques Anonymes (Alcoholics Anonymous, 2005) en plus de tenir compte des étapes de changements (personnels) où se situe le client (Prochaska et al, 1982). Une équipe interdisciplinaire est préconisée pour travailler dans le cadre de cette approche. Le but du traitement est d'amener le client à cesser de consommer en traitant ses symptômes et en améliorant ses compétences personnelles (Sheehan & Owen, 1999). Le modèle de la maladie peut aussi être modifié pour avoir une portée plus physiologique pour expliquer la dépendance. La recherche sur le fonctionnement du cerveau renforce cette approche neurobiologique. Selon cette approche, les dérèglements biochimiques du cerveau, qui occasionnent l'abus d'alcool ou de drogues, peuvent se traiter à l'aide de médicaments (Kahan, Selby & Wilson, 2000).

2.2.2 *Modèle comportemental*

Un autre modèle commun pour expliquer la dépendance est le modèle comportemental de la dépendance, élaboré par Marlatt & Gordon (1985). Dans ce modèle, la dépendance est expliquée par le développement d'une habitude. L'habitude sert de méthode de *coping* pour faire face à des situations ou à des émotions. Cette méthode de *coping* est apprise par les processus de conditionnement classique et opérant. Dans le conditionnement classique, un stimulus neutre (un endroit où la personne consomme ou une personne avec qui elle consomme) est associé avec un

stimulus inconditionné (l'alcool ou la drogue). Cette association mène à une réponse conditionnée, c'est-à-dire à une même réponse à chaque fois que l'association des deux stimuli se fait. Dans le conditionnement opérant, la consommation de l'alcool ou de la drogue amène une réponse émotive positive ou négative à un stimulus. Si le stimulus est itératif, la réponse deviendra apprise. Une fois apprise, chaque fois que le stimulus sera présenté, la réponse sera la même. Ainsi si un soulagement de l'anxiété ou de la gêne passe par la consommation d'alcool et que cette réponse procure un état agréable, la personne anxieuse consommera de l'alcool, afin de reproduire cet état agréable (Hasselbrock, Hasselbrock & Epstein, 1999). Selon le modèle comportemental, la personne n'est pas responsable de son état. L'étiologie est psychosociale mais peut avoir certaines composantes biologiques et génétiques. Le modèle de traitement suggéré par Marlatt & Gordon (1985) s'articule autour de la prévention des rechutes. C'est un processus complexe qui demande l'implication du client. Il doit apprendre à apporter des réponses différentes aux stimuli physiques et émotionnels qui causent la consommation d'alcool ou de drogues. Comme ce modèle est considéré comme un processus d'apprentissage, l'on perçoit les rechutes comme inhérentes à celui-ci et le client doit les accepter car elles font partie du traitement (Quigley & Marlatt, 1999).

2.2.3 Modèle des groupes d'entraide

Le modèle des groupes d'entraide comme les Alcooliques Anonymes et les Narcotiques Anonymes vise généralement l'abstinence totale et est basé sur la spiritualité (Alcoholics Anonymous, 2005). Ce modèle, bâti autour de 12 étapes de rétablissement, fait appel à l'appui des pairs et à l'abandon de soi à une instance

supérieure. La personne doit reconnaître sa dépendance et admettre qu'elle est impuissante face à l'alcool et aux drogues.

Les 12 étapes guident le rétablissement et les rencontres entre les membres doivent être régulières (on recommande souvent une rencontre par jour pour les 90 premiers jours). Lors de ces rencontres, des personnes de l'assistance ou les leaders de la réunion racontent leurs expériences avec l'alcool ou les drogues et l'on y discute des expériences de la dépendance pour en retirer la motivation à demeurer abstinents. L'anonymat des personnes qui participent aux rencontres est exigé et les personnes se présentent seulement par leur prénom. Il existe plusieurs groupes d'entraide avec une philosophie de spiritualité inspirée du mouvement des Alcooliques Anonymes (Nowinski, 1999).

2.2.4 Modèle relié aux facteurs socioculturels

Le modèle suivant en est un qui explique la dépendance par des facteurs socioculturels. En effet, malgré l'importance de facteurs biologiques ou génétiques favorisant la dépendance, celle-ci se développe dans un contexte où la famille, les pairs et l'environnement social et culturel jouent un rôle important sur la personne. Ainsi, en travaillant avec la personne, il faut prendre en considération ces facteurs et tenter d'apporter des changements familiaux, financiers et socioculturels qui auront une influence sur l'arrêt de la consommation. Un tel modèle peut avoir une certaine portée sur les politiques sociales et peut servir de point d'ancrage pour des politiques visant la promotion de la santé et la prévention de la dépendance (Hasselbrock, Hasselbrock & Epstein, 1999).

2.2.5 *Consommation responsable et réduction des méfaits*

Finalement, les concepts de « consommation responsable » et de « réduction des méfaits » sont aujourd'hui très à la mode. Par consommation responsable, l'on entend une consommation d'une faible quantité de produit intoxicant qui n'affaiblit pas les facultés mentales de manière à s'exposer à des risques, comme un accident de circulation, ou à perturber la vie et la santé de la personne qui consomme. Des organismes ont même adopté des politiques pour réglementer la consommation d'alcool de leurs membres ou clients (École Polytechnique de Montréal, 2005).

D'autre part, la réduction des méfaits vise l'arrêt temporaire ou la diminution de la consommation dans le but de recouvrer la santé physique, mentale et sociale. La personne peut aussi maintenir sa consommation mais en adoptant des pratiques qui ne la mettent pas à risque d'affections diverses (maladies transmissibles par le sang comme les hépatites B et C et le sida). Cette dernière vision de la réduction des méfaits est basée sur la nécessité de protéger la société de la propagation des maladies transmissibles par le sang et d'améliorer le sort des personnes qui ont perdu le contrôle de leur consommation (Carrier & Quirion, 2003; Landry & Lecavalier, 2003). Issue des pressions des intervenants en santé publique, et de certains groupes particulièrement touchés par ces maladies, la réduction des méfaits ne fait pas toujours l'unanimité au sein de la population et des organismes chargés de traiter la dépendance. Si certains la jugent trop permissive et immorale, d'autres soutiennent que l'on remplace une dépendance par une autre, par exemple en utilisant la méthadone comme opiacé de substitution légale pour les consommateurs d'héroïne (Landry & Lecavalier, 2003).

2.3 Intoxication

L'intoxication est un état réversible caractérisé par des changements au niveau des comportements et une altération de l'état physiologique, psychologique et cognitif suite à une consommation d'une substance psychotrope (APA, 1996 ; McFarland, Wasli & Gerety, 1999). Les symptômes de l'intoxication varient selon la ou les substances consommées et la durée et l'intensité de ces symptômes sont influencées par le produit, la dose, la durée de la consommation actuelle, la durée totale de la consommation, la tolérance de la personne à la substance et enfin, par le contexte de consommation comme le lieu et l'ambiance. Selon les critères du DSM-IV, dans le cas d'un diagnostic d'intoxication à une substance, les changements physiologiques ne sont pas considérés dans la formulation du diagnostic. Seuls des changements comportementaux ou des changements psychologiques, inadaptés et cliniquement significatifs sont retenus (APA, 1996).

Les symptômes de l'intoxication peuvent disparaître avec l'élimination de la substance dans le corps mais ils peuvent aussi persister au-delà de cette période jusqu'à durer plusieurs jours. On explique ceci soit par une présence infime de la substance restante dans certaines parties du cerveau ou encore par la production de changements physiologiques par la substance provoquant une plus longue période de récupération (APA, 1996). Il est important de différencier cette prolongation des symptômes de l'intoxication de celle du sevrage où des symptômes sont déclenchés par le manque d'une substance à laquelle le corps s'est habitué.

2.4 Désintoxication

La désintoxication est le processus par lequel le corps se débarrasse d'une substance intoxicante. Elle peut durer de quelques heures à plusieurs jours et comporter ou non des symptômes plus ou moins désagréables (APA, 1996). Dans le cas d'une intoxication simple, le plus important est d'observer étroitement la personne afin d'éviter les complications physiques et les traiter au besoin. Par exemple, dans le cas d'une intoxication à l'alcool, on sera attentif aux troubles respiratoires et cardiaques et aux vomissements avec la perte du réflexe de toux qui peuvent causer une aspiration dans les bronches et un étouffement (Nettina, 2001). Il faut aussi mettre la personne à l'abri de comportements qui peuvent mettre sa vie ou celle des autres en danger à cause des altérations de l'état mental (Nettina, 2001). La personne pourra quitter le service de soin une fois sa condition de santé stabilisée. On invitera le client à évaluer s'il a un problème de consommation. Dans l'affirmative, on pourra le référer pour une consultation avec un intervenant en traitement des dépendances (Naegle & D'Avanzo, 2001 ; Rassool & Gafoor, 1997).

Dans le cas où la personne présente une tolérance à une substance et des symptômes de sevrage lors du retrait de cette substance, il faudra voir au traitement de ces symptômes et s'assurer que ceci est accompli de façon sécuritaire et confortable (Naegle & D'Avanzo, 2001; Kahan, Selby & Wilson, 2000; Rassool & Gafoor, 1997). Bien que les signes de sevrage diffèrent selon la (les) substance(s) consommée(s), les symptômes de sevrage incluent généralement : l'anxiété, l'insomnie, une instabilité émotionnelle, de même que certains symptômes physiques tels que la diaphorèse, une

variation des signes vitaux, des troubles gastro-intestinaux, des céphalées, des tremblements et des douleurs musculaires (Naegle & D'Avanzo, 2001; Kahan, Selby & Wilson, 2000; Rassool & Gafoor, 1997).

Une unité de désintoxication a donc deux fonctions : permettre de terminer une période d'intoxication et traiter la période de sevrage en assurant sécurité et réconfort. Pour une personne qui veut mettre fin à une dépendance, la désintoxication est la première phase du processus de recouvrement. Elle peut être suivie d'une phase de traitement actif et ensuite d'une phase de maintien de la sobriété (Kahan, Selby & Wilson, 2000). C'est principalement dans ce dernier contexte que la désintoxication est abordée dans le texte qui suit.

La désintoxication est le retrait graduel d'une substance dont la personne est dépendante (Williams, 2001). Selon Stockwell (1987, p. 191), « c'est un traitement qui vise à contrôler les complications physiques et psychologiques qui peuvent apparaître temporairement après une période de consommation importante et prolongée ». Il y a plusieurs options qui s'offrent au client qui nécessite une désintoxication. Le type de milieu et le type de soutien nécessaire lors du sevrage sont déterminés par les besoins du client en terme de complications physiques, psychologiques et sociales possibles mais aussi par les ressources sanitaires disponibles (Kahan, Selby & Wilson, 2000; Naegle, 2001; Williams, 2001). La désintoxication peut s'effectuer en milieu interne comme dans une unité de soins ou dans un centre de désintoxication ou encore dans un milieu externe comme la maison. Les centres de désintoxication n'offrent pas tous des services de soins infirmiers ou médicaux ; dans de tels cas, ces centres ne devraient pas

traiter les clients dont le sevrage peut causer des complications importantes (Kahan, Selby & Wilson, 2000 ; Williams, 2001). Selon certains auteurs (Kadden & Skerker, 1999; Kahan & Wilson, 2000; Rassool & Gafoor, 1997; Williams, 2001), les critères pour une admission dans un milieu qui offre des soins infirmiers et médicaux sont généralement les suivants : les clients avec symptômes de sevrage importants ou avec une histoire de *delirium tremens* ou convulsions, les clients qui ont une condition de santé précaire pouvant engendrer des complications durant le sevrage, les clients avec une co-morbidité psychiatrique, les clients présentant un risque de danger pour eux-mêmes ou autrui, et enfin les clients qui n'ont pas bien répondu à des formes moins intensives de traitement. On peut également considérer pour une désintoxication interne les clients qui n'ont pas de ressources sociales et de soutien émotif et qui ont une dépendance sévère. La période de désintoxication nécessite généralement un séjour de 3 à 5 jours dans les cas moins compliqués. La plupart des traitements en milieu interne allient le *counseling* individuel et le *counseling* de groupe à la gestion du sevrage.

La désintoxication à la maison s'adresse aux clients qui ont des dépendances moins sévères et qui présentent un risque moins élevé de complications (Kahan & Wilson, 2000 ; Williams, 2001). Par ailleurs, l'entourage de la personne doit être capable de fournir un soutien quasi constant et certains médicaments peuvent être prescrits au besoin pour aider au contrôle des symptômes de sevrage. Si les médicaments ne sont pas prescrits d'avance, le client doit alors se présenter quotidiennement en milieu clinique pour que son sevrage soit évalué et que des médicaments soient ajustés puis administrés (Naegle & D'Avanzo, 2000 ; Williams, 2001).

Il est bien connu qu'un pourcentage important de clients avec des problèmes de dépendance vivent aussi avec des problèmes de santé mentale (Gafoor, 1997; Mueser, Noordsy, Drake & Fox, 2003; Santé Canada, 1999). Or, les clients qui consomment de l'alcool et des drogues sont considérés comme étant peu « observants » de leurs régimes pharmacologiques. Lorsqu'ils sont admis à l'unité de désintoxication, ils peuvent être psychotiques ou en phase de décompensation (Mueser, Noordsy, Drake & Fox, 2003). Certains clients consomment pour soulager leurs symptômes psychiatriques et peuvent refuser de cesser leur consommation de peur de voir ces symptômes refaire surface (Mueser, Noordsy, Drake & Fox, 2003). La période de sevrage peut accentuer les troubles psychiatriques ou provoquer leur réapparition (Mueser, Noordsy, Drake & Fox, 2003). Ces personnes requièrent plus d'encadrement, d'éducation et de soutien de la part du personnel infirmier (Gafoor, 1997; Mueser, Noordsy, Drake & Fox, 2003).

2.5 Le rôle de l'infirmière en désintoxication

En 1979, les membres de l'International Nursing Society on Addiction (IntNSA) ratifiaient un document explicitant le rôle de l'infirmière dans le soin aux personnes alcooliques. Ce document s'adressait non seulement aux infirmières œuvrant dans le milieu de « l'alcoolisme » mais à toutes les infirmières travaillant avec ces personnes dans d'autres milieux de soins. Le rôle de l'infirmière se situe alors à cinq niveaux:

- 1- identifier le problème de la personne;
- 2- discuter avec le client de son problème de consommation d'alcool en étant bien informé des problèmes que pose l'alcool;

3- éduquer les personnes, les familles et l'entourage et les autres professionnels de la santé sur la consommation de l'alcool, de son abus et de l'alcoolisme;

4- conseiller la personne, sa famille et son entourage sur l'alcoolisme;

5- référer la personne alcoolique aux milieux de traitement appropriés ou spécialisés et assurer la continuité des soins.

Depuis que ce document a été publié, le rôle de l'infirmière dans le traitement de l'alcoolisme a évolué pour inclure des fonctions relatives à des problèmes avec d'autres substances psychotropes. L'expression décrivant cette spécialité est devenu plus générale : *les soins infirmiers en toxicomanie ou en traitement des dépendances* (Rassool & Gafoor, 1997). Mais peu de recherches sur le rôle de l'infirmière dans cette spécialité ont été conduites (Happell & Taylor, 1999 ; Rassool & Villar-Luis, 2004). Selon Allen (1993, p. 296), « ne pas connaître ce qu'est le rôle de l'infirmière des unités de traitement internes dans les programmes d'abus de substance et de toxicomanie équivaut à ne pas connaître les fonctions des infirmières, ni l'utilité de leur existence ».

Konrad (2004), a décrit brièvement la fonction de l'infirmière en milieu de désintoxication. Elle explique que l'infirmière supervise le traitement des clients en sevrage et qu'elle évalue et traite le sevrage à l'aide de médicaments. Par ailleurs, l'infirmière doit faire usage de ses connaissances pour reconnaître les complications de l'abus d'alcool ou de drogues et elle doit être compétente dans l'évaluation, l'organisation et la supervision des soins. L'infirmière est responsable des admissions, des évaluations, de l'observation, de la gestion de cas et de l'administration des médicaments. Elle doit travailler avec d'autres professionnels de la santé.

L'atmosphère peut être tendue et explosive sur l'unité. Les situations de crise sont fréquentes sans que l'on comprenne toujours leur origine et la façon dont elles doivent être gérées. Le soutien psychologique est très important. Armstrong (2001) décrit l'expérience du personnel infirmier travaillant auprès des clients en sevrage selon lequel les infirmières doivent faire preuve d'empathie et d'écoute. Happell & Taylor (1999) ont exploré, par le biais d'une recherche, le rôle des infirmières pratiquant dans le domaine du traitement des dépendances en examinant les compétences dont elles avaient besoin pour y travailler. De manière générale, les infirmières se sont décrites comme étant moins centrées sur les tâches et davantage préoccupées par l'aspect holistique du soin et par les résultats que leurs collègues des unités de soins des hôpitaux généraux. Les compétences de soins physiques étaient surtout utiles pour évaluer et traiter le sevrage et aider les clients qui avaient besoin de soins physiques durant la période d'intoxication ou de sevrage. Les compétences en évaluation étaient particulièrement importantes pour obtenir l'histoire de consommation du client: habitudes de consommation, crises de la vie, problèmes de stress et histoire familiale.

Il est souligné que les clients étaient encouragés à être plus autonomes et ceux-ci étaient davantage impliqués dans les décisions qui concernaient leurs soins. Les infirmières reconnaissaient l'importance de travailler avec des clients qui peuvent être agressifs et manipulateurs mais elles ne discutaient pas des savoirs nécessaires pour le faire. Elles devaient être capables de conduire et faciliter les thérapies de groupe. Elles devaient également faciliter les interactions entre les clients pour leur permettre de mieux examiner leurs propres situations. De bonnes compétences en communication

interpersonnelle étaient jugées essentielles. Il est intéressant de noter que cette étude a aussi démontré que les infirmières ne s'estimaient ni comprises ni reconnues par leurs pairs exerçant en milieux de soins généraux. Leur rôle était confondu avec celui des infirmières en psychiatrie alors qu'on leur laissait parfois entendre qu'elles n'étaient pas de « vraies » infirmières.

Même si les écrits rapportent l'importance d'un encadrement et d'un contrôle des comportements dans les milieux de désintoxication, notre recension des écrits n'a pas permis d'identifier les tensions associés à la prestation du soin infirmier et à la mise en application d'un code de vie réglementé. Afin de saisir de la manière dont s'opère cette articulation du soin et du contrôle social, et d'entamer une réflexion quant au rôle des infirmières à ce niveau, la chercheuse a choisi un cadre théorique ancré dans le paradigme de théorie critique. Cette position épistémologique a permis de mettre en lumière toute la complexité des processus structurant le Centre de désintoxication à l'étude. Le chapitre suivant porte donc sur les écrits de Michel Foucault permettant ainsi à cette recherche d'être fermement ancrée dans une perspective politique.

CHAPITRE 3

CADRE THÉORIQUE

Le but de la présente recherche est de mieux comprendre la pratique professionnelle des infirmières en milieu de désintoxication. L'expérience clinique de la chercheuse dans ce domaine l'amène à présumer de l'existence d'une articulation non équivoque entre soin et contrôle social. Bien que les écrits sur le soin infirmier en toxicomanie soient rares, ces écrits font surtout état de relations avec les clients basées sur les principes d'empathie et sur de bonnes techniques de communication (Happell & Taylor, 1999; Naegle & D'Avanzo, 2001). Le fait que ce soin est assorti d'une dimension disciplinaire (contrôle social), l'analyse de données de recherche passera obligatoirement par l'exploration des dimensions politiques du soin infirmier.

3.1 Choix du cadre théorique

Michel Foucault, philosophe du 20^{ième} siècle, a publié de nombreux écrits traitant des éléments de contrôle, de discipline et de surveillance dans les institutions publiques comme les prisons et les hôpitaux et ce, sous l'angle sociopolitique (Porter, 1998; Dean, 1999). Plusieurs des concepts qu'il a défini peuvent être articulés dans un cadre théorique, permettant ainsi de les utiliser individuellement ou en relations les uns avec les autres pour étudier certaines questions de recherche dans différentes disciplines à caractère social, dont les soins infirmiers (Porter, 1998).

Ce chapitre servira donc à décrire certains concepts mis de l'avant par Michel Foucault et d'examiner la manière dont ils s'articulent entre eux pour former un

ensemble théorique résolument solide pouvant soutenir cette recherche sur le plan conceptuel.

3.2 Le pouvoir selon Foucault

Le pouvoir est un ensemble de stratégies pour amener les individus à adopter des comportements ou pour faire accepter des préférences qui ne sont pas les leurs (Foucault, 1995). Le concept de pouvoir a longtemps été attribué aux monarques ou à d'autres personnes ayant une autorité souveraine sur une population donnée. Les travaux de Foucault ont permis aux chercheurs en sciences sociales de s'éloigner de cette représentation monarchique (ou juridico-discursive) du pouvoir (Clegg, 1998). Foucault (1995) propose de définir le pouvoir en termes de discipline.

Le pouvoir, c'est la capacité qu'ont différentes actions de produire des effets sur soi-même ou sur d'autres personnes (Patton, 1992). Selon Foucault, le pouvoir ne se possède pas, il s'exerce (Gros, 1996). L'ensemble des pouvoirs effectifs correspond à la multiplicité des rapports de force existant dans tout le corps social. Contrairement à ce que plusieurs exégètes lui ont reproché, Foucault n'a jamais nié l'existence d'un pouvoir étatique et répressif. Cependant, il remet en question l'existence exclusive de ce dernier et l'idée commune à l'effet que le pouvoir s'exerce de haut en bas et est imposé par la contrainte. Le méta-pouvoir étatique n'opérerait que dans la mesure où il est soigneusement ancré et supporté par une multitude de relations de pouvoir (Foucault, 1980b). Selon Foucault, le pouvoir est diffus, polymorphe, insidieux; bref, capillaire (Weberman, 1995). Il s'agit de voir maintenant que :

Les procédés de pouvoir ne fonctionnent pas au droit mais à la technique, non pas à la loi mais à la normalisation, non pas au châtement mais au contrôle et... s'exercent à des niveaux et dans des formes diverses qui débordent l'État et ses appareils (Foucault, 1994, p. 118).

3.3 Le pouvoir disciplinaire

Dans son ouvrage intitulé Surveiller et punir, Foucault (1995) s'est longuement attardé à cette dimension disciplinaire. Il souligne que l'exercice de la discipline « suppose un dispositif qui contraigne par le jeu du regard; un appareil où les techniques qui permettent de voir induisent les effets du pouvoir, et où, en retour, les moyens de coercitions rendent clairement visibles ceux sur qui ils s'appliquent » (Foucault, 1995, p. 201). Cette affirmation nous semble encore bien d'actualité. S'il est vrai que l'action générale et attendue du bio-pouvoir (pouvoir sur la vie) n'est pas nécessairement répressive, il n'en demeure pas moins que différentes institutions étatiques constituent encore des bastions, où la répression et la punition continuent de s'exercer (Holmes, 2001).

À partir de ses travaux sur le monde pénitentiaire, qu'il compare à un « réformatoire », Foucault montre comment s'est opérée l'extension progressive des disciplines à l'ensemble du corps social. Il nous a sensibilisés à cette nouvelle société dite disciplinaire (Ewald, 1988). L'avènement de la société disciplinaire ne signifie pas, pour autant, la mort des « institutions totales » (asiles, écoles, prisons, etc.), mais plutôt la prolifération des technologies disciplinaires (surveillance, etc.) à l'extérieur de leurs murs.

3.3.1 Axes de contrôle

Selon Foucault (1995), la discipline est une technique où des méthodes sont utilisées pour contrôler l'activité des personnes. Ce contrôle s'articule autour de trois axes : à l'échelle de la personne, autour de l'objet de contrôle et enfin la modalité par laquelle s'exerce le contrôle. Cette imposition de la discipline est faite en organisant les espaces, en y répartissant les corps selon les rôles qu'ils ont à accomplir, en leur donnant les connaissances pour faire les tâches et enfin, en coordonnant les activités (McHoul & Grace, 1997).

La personne

Il fut un temps où une personne était vue comme un corps unique et global se déplaçant dans un espace social. Les forces de contrôle jouaient sur ce corps en entier. Par exemple, pour punir une personne d'un crime, on l'isolait des autres en l'enfermant en prison (Foucault, 1995). Pour Foucault (1995), le corps est une structure/matière aux aspects pluriels. Ce corps est décomposable non seulement physiquement mais aussi dans ses mouvements, ses gestes, ses attitudes, ses pensées et enfin, ses sentiments. Comme chacun de ces éléments constitutifs ont un impact sur la personne, ils sont par définition des points-cibles sur lesquels une action « disciplinaire » peut être exercée.

L'objet de contrôle

Foucault (1995) soutient que de nos jours ce n'est pas le corps lui-même ou l'action faite qui sont objets de contrôle. Ce qui est tenté, c'est l'action sur les forces internes de la personne pour la faire adhérer à un comportement social souhaité. Tous les éléments constitutifs de la personne sont utilisés comme locus de contrôle pour la faire

agir et pour la modeler suivant des rationalités politiques et sociales diverses. Ces rationalités émanent d'agences étatiques mais aussi et surtout des dispositifs sociaux diffus (ex : santé publique, etc.) (Dean, 1999).

La modalité

En se référant aux travaux de Foucault, les stratégies sont des mouvements ou des manières d'utiliser les forces du corps d'une façon intentionnelle pour atteindre un but (Patton, 1992). Ces stratégies se présentent souvent sous formes de contraintes constantes et ininterrompues, qu'on ne reconnaît pas toujours comme des formes de contrôle disciplinaire (Foucault, 1995). Elles peuvent passer inaperçues ou être ignorées tant elles paraissent naturelles, inoffensives ou banales. En réalité, ces procédés doivent servir à rendre le contrôle et la discipline (maintien de l'ordre) des corps comme des actions volontaires (Patton, 1992). Le temps, les espaces et les actions sont soumis à des forces extérieures qu'on organise en vue de cet objectif.

3.3.2 Le quadrillage

Un cadre physique est nécessaire pour soumettre les corps aux stratégies discutées ci haut et les rendre obéissants. Il faut répartir les corps dans un espace selon les fonctions à accomplir, former les corps pour qu'ils puissent accomplir les tâches et coordonner les tâches des corps qui occupent l'espace (Porter, 1998). Cette notion est celle du « quadrillage » (Foucault, 1988, 1995). Il existe ainsi un espace disciplinaire spécifique où la personne évolue et qui permet de la surveiller et de l'analyser. L'espace disciplinaire est alors synonyme d'espace analytique. Cet espace peut parfois exiger la clôture afin de préserver l'ordre et la sécurité mais la personne peut également évoluer

dans un cadre beaucoup plus ouvert (Foucault, 1995; McHoul & Grace, 1997). L'important est de savoir où se trouvent les corps, de pouvoir les retrouver, de pouvoir communiquer avec eux, de savoir ce qu'ils font à chaque instant, de pouvoir les récompenser ou les punir (Foucault, 1995).

La répartition des corps

Pour exercer la discipline, il faut que l'espace soit constitué d'emplacements fonctionnels. Les espaces sont codifiés de façon à ce qu'ils répondent aux différents processus auxquels se soumettent les corps et qu'il soit possible d'exercer un contrôle sur les fonctions de ceux-ci (Foucault, 1995; Porter, 1998). Ainsi, dans le milieu médical, Foucault (1995) soutient qu'on a aménagé des endroits pour regrouper les médicaments et les registres de leur utilisation tout en mettant en place des façons de distinguer les malades, de les enregistrer, de les traiter, de les surveiller.

Le contrôle de l'activité

Pour Foucault (1995), la discipline ne peut exister sans un contrôle strict de l'activité, autant dans le processus que dans l'espace de temps requis pour mener à terme les tâches à accomplir. Ainsi, l'emploi du temps est contrôlé. Le temps doit être employé le plus favorablement possible et les actions des personnes doivent se faire sans aucune perte de temps. On peut établir des étapes ou des façons de faire pour assurer l'emploi maximal du temps pour chaque personne.

L'organisation des genèses

Non seulement faut-il organiser le temps pour rendre les corps aussi productifs que possible, il faut aussi former les individus afin qu'ils puissent accomplir les tâches

demandées ou adopter une conduite prescrite et ce, en fonction de contingences temporelles précises. Cette formation des individus peut prendre la forme de connaissances transmises, de démonstrations ou d'autres formes d'apprentissage. Foucault définira ces stratégies par l'organisation des genèses (Foucault, 1995; McHoul & Grace, 1997).

La composition des forces

Le corps, et par extension ses qualités, sont utilisés pour que l'individu occupe parmi les autres une place qui favorise les résultats attendus. Les actions sont alors guidées par des signaux, messages explicites ou implicites, appris et reconnus, qui signalent à l'individu les actions qu'il doit faire lui-même ou au milieu de d'autres individus (Foucault, 1995; McHoul & Grace, 1997).

Au sein du bio-pouvoir, la discipline n'est plus seulement l'arrêt d'un acte; elle est capable de transformer le négatif en positif, et c'est la norme ou le normatif qui permet ce passage de la discipline-blocus en discipline-mécanisme (Ewald, 1988).

3.3.3 Techniques principales du pouvoir disciplinaire

Sachant que la discipline vise les corps (et aussi bien souvent l'esprit), avec une fonction de dressage, il faut aussi se souvenir qu'elle opère maintenant en rapport à une norme, qui elle est une mesure. La société disciplinaire repose sur trois techniques principales : la surveillance hiérarchique, les sanctions normalisatrices et l'examen.

La surveillance hiérarchique

La surveillance est toujours hiérarchique car elle est issue d'inégalités dans les relations et les interactions entre ceux qui sont surveillés et ceux qui surveillent (Porter,

1998). Selon Foucault (1995), le pouvoir est basé sur des relations entre personnes dans un espace spécifique. Il soutient que « la discipline individualise les corps par une localisation qui ne les implante pas, mais les distribue et les fait circuler dans un réseau de relations » (p. 171). Chacun occupe donc une place démarquée de celle des autres et obéit aux contraintes de cette place.

La surveillance peut se faire à un seul ou à plusieurs niveaux (l'organigramme par exemple est un instrument qui sert à illustrer une structure hiérarchique à plusieurs niveaux) et elle peut s'exercer seule ou en groupe. Parfois elle peut se faire bidirectionnellement entre les surveillés et les surveillants (Foucault, 1995). Elle peut être explicite, alors que l'individu est pleinement conscient qu'il est surveillé; ou elle peut être implicite, par des mécanismes qui semblent inoffensifs mais qui assurent une surveillance temporelle ou continue et dont l'individu connaît l'existence.

Un des concepts de surveillance décrit par Foucault est celui de la surveillance « panoptique » (Porter, 1998). Le « panoptisme » est un terme que le philosophe et réformiste social Jeremy Bentham avait utilisé pour décrire un modèle de prison au 19^e siècle, dont l'architecture permettait de voir les prisonniers en permanence, les contraignant ainsi à améliorer leurs comportements (Foucault, 1995; McHoul & Grace, 1997; Porter, 1998). Foucault a repris ce terme et l'a associé aux formes intrusives de surveillance qui sont maintenant existantes dans notre société (McHoul & Grace, 1997; Porter, 1998). Du regard disciplinaire surgi du panoptisme, on assiste au regard clinique (*clinical gaze*) qui a les mêmes fonctions que le premier mais qui est maintenant soutenu

dans le champ clinique du soin infirmier (Holmes, 2001), de la médecine et d'autres sciences sociales.

Les sanctions normalisatrices

La punition ne doit pas seulement permettre à l'individu de faire amende pour un comportement interdit; elle doit servir de modèle aux autres membres de la société. Elle doit comporter des notions qui encouragent l'individu pris en faute à adopter un comportement conforme aux attentes sociales. Les comportements « inadéquats » sont causés par des circonstances particulières qui font dévier les actions de l'individu des normes établies. En éliminant ces circonstances on peut réformer, redresser et normaliser la personne. Dès lors Foucault (1995) introduit l'idée de sanctions normalisatrices. Il s'agit en fait de sanctions qui favorisent un comportement « normé » voire normalisé ».

L'examen

Or, pour arriver à transformer une personne en vue de la réintégrer dans la norme, il faut identifier ce qui ne va pas chez-elle. Il faut la questionner pour évaluer son mode de vie, connaître d'où elle vient, ce qu'elle a appris, ce que sont ses valeurs, ce qu'elle a fait de bien et de mal dans le passé, etc. Il faut étudier ses faits et gestes et chercher à comprendre ce qu'ils représentent. L'examen constitue donc une stratégie qui sert à amasser de l'information en regard d'un individu (Foucault, 1995). Cette information est conservée par écrit et par d'autres techniques pour mieux en contrôler l'accès et pour l'utiliser comme base de comparaison avec les autres personnes du même espace et qui accomplissent les mêmes fonctions dans une société donnée. L'examen est une technique bien connue dans les milieux de la santé comme les hôpitaux. Il permet

d'amasser de multiples informations de façon ponctuelle ou continue sur le fonctionnement biologique, psychologique, social et spirituel d'un individu (Foucault 1995). L'examen n'est pas seulement un constituant du pouvoir disciplinaire mais aussi d'un pouvoir dit « pastoral ».

3.4 Le pouvoir pastoral

À travers l'organisation du pastorat, apparu dans la société chrétienne à l'aube du 3^{ème} siècle après Jésus-Christ, s'est développée une forme nouvelle et significative de pouvoir : le pouvoir pastoral. Afin de se représenter ce type de pouvoir, la métaphore du berger et de ses brebis est utile. Le pastorat implique une sorte de pasteur, de gourou, un individu ou un groupe d'individus (bergers) que l'on ne peut précisément définir par leur statut, leur profession, leur qualification individuelle, intellectuelle ou morale. Ces personnes servent de guide pour une population précise (brebis).

Si la connaissance détaillée des individus est indispensable à l'exercice de cette forme de pouvoir, le pasteur (ou l'expert qui joue ce rôle) devra disposer de moyens d'analyse, de réflexion et de détection (Foucault, 1994). En contrepartie, la personne sur laquelle le pouvoir pastoral s'exerce devra s'offrir à la connaissance de l'expert. En ce sens, la confession et les techniques qui y sont associées font partie d'un pouvoir « qui fonctionne comme un mécanisme d'appel » (Foucault, 1994, p. 61).

Pour être efficace, le pouvoir pastoral, qu'on appelle communément le soin de l'autre, devra révéler les pensées les plus profondes des personnes, explorer leurs âmes et extirper d'eux leurs plus profonds secrets (Foucault, 1994).

CHAPITRE 4

CONSIDÉRATIONS MÉTHODOLOGIQUES

Poser un regard sur un milieu et observer un phénomène particulier qui y prend place afin d'en donner une description est une méthode de plus en plus utilisée en recherche. Dans le cas présent, la recherche doit décrire le contexte, les discours et les pratiques qui entourent la prestation des soins infirmiers dans une unité de désintoxication afin de mieux comprendre les fonctions des infirmières auprès de la clientèle mais plus particulièrement en ce qui a trait à la fonction hybride discipline-soin assumée par celles-ci. Puisqu'il s'agit de décrire un milieu de soin spécifique, nous estimons qu'une recherche de type ethnographique est appropriée pour répondre aux questions de recherches libellées plus tôt.

4.1 Ethnographie

L'ethnographie est une méthode de recherche permettant d'étudier une culture afin de répondre aux questions concernant le fonctionnement des personnes qui y vivent (Hall, 2005). Ayant ses origines en anthropologie, la recherche ethnographique est maintenant utilisée pour examiner les modes de vie des personnes dans différents milieux (Burns & Grove, 2001).

Les bases de la recherche ethnographique se situent dans une perspective relativiste. En effet, l'ethnographie est une méthodologie de recherche qui fait appel à l'interprétation du chercheur (Hall 2005; Hammersley & Atkinson, 1995). De plus, ce dernier peut déjà être « connaissant » du milieu d'étude ou d'un milieu semblable ce qui risque de biaiser son interprétation (Hall, 2005; Hammersley & Atkinson, 1995). Les

études ethnographiques ne sont pas généralisables et le nombre de participants est généralement peu élevé (Hall, 2005). Bien que l'étude se fasse dans un milieu d'observation naturel et que le chercheur ait à décrire la réalité de ce milieu, il n'en demeure pas moins qu'il est également un participant dans la recherche et, par conséquent, il a une influence sur cette réalité. Le chercheur fait partie du monde social qu'il étudie et il ne peut prétendre à être dissocié de son objet de recherche (Hammersley & Atkinson, 1995). L'interprétation et la signification de ce qui se passe dans le milieu étudié est donc une réflexion faite à partir de ses connaissances, de ses valeurs et de ses attentes (Hall, 2005; Hammersley & Atkinson, 1995). Pour Hammersley & Atkinson (1995, p. 16), « la réflexivité implique que les orientations des chercheurs seront façonnées par leurs lieux socio-historiques, incluant les valeurs et les intérêts que ces lieux leur confèrent » (traduction libre). Ceci ne veut pas dire que les chercheurs qui utilisent la réflexivité en ethnographie construisent un monde totalement issu de leurs perceptions. Ils doivent tenter de rendre les observations les plus fidèles possibles tout en acceptant qu'ils aient un impact sur ces dernières (Hammersley & Atkinson, 1995).

Les études qualitatives comme le naturalisme et l'ethnographie font appel à des dimensions différentes quant aux méthodes de recherche conventionnelles, ces dernières servant surtout à la recherche quantitative. Une première différence d'importance est que bien que le chercheur parte avec un but et des questions de recherche auxquels il désire répondre, il est tout à fait possible que les problèmes et les questions d'origine soient transformés ou changés complètement pour en voir surgir de nouveaux (Hammersley & Atkinson, 1995; Lincoln & Guba, 1985). Les raisons qui amènent ces changements

peuvent être multiples. Par exemple, le chercheur peut se rendre compte que ses propositions étaient erronées ou que le problème ne peut être résolu (Hammersley & Atkinson, 1995). Selon Hammersley & Atkinson (1995, p.31), « une partie du travail de l'analyse des données est de formuler et reformuler le problème de recherche pour le rendre plus maniable pour l'étude » (traduction libre).

Une autre différence importante concerne l'utilisation a priori d'un cadre théorique. « La théorie émerge de l'étude » (Lincoln & Guba, 1985, p. 224). Bien que l'on puisse utiliser une théorie à priori pour guider le chercheur dans ses observations préliminaires et pour la tester, il n'est pas certain que le cadre théorique sera applicable à toutes les observations qui seront faites dans le milieu d'étude. « Dans la recherche ethnographique, il y a souvent un constant jeu interactif entre le topique et le générique, ou entre le substantif et le formel » (Hammersley & Atkinson, 1995, p. 31, traduction libre). De nouvelles théories peuvent même naître des observations faites dans le milieu (Hammersley & Atkinson, 1995; Lincoln & Guba, 1985).

Il existe d'autres différences entre la recherche de type conventionnel (quantitative) et la recherche qualitative et ethnographique. Celles-ci seront explicitées dans les sections suivantes puisqu'elles concernent le processus de recherche dans le milieu d'étude.

4.2 Milieu d'étude

Un milieu d'étude est « un contexte dans lequel un phénomène s'y produisant peut être étudié sous plusieurs angles » (Hammersley & Atkinson, 1995, p. 41, traduction libre). Le milieu n'est pas créé artificiellement pour qu'il comprenne ou

exclue certaines variables comme c'est le cas en recherche quantitative. Les milieux n'apparaissent pas naturellement non plus : ils sont plutôt constitués et maintenus par la société et la culture (Hammersley & Atkinson, 1995).

Nous avons choisi un lieu spécifique où les phénomènes ont été observés à partir d'un angle particulier, ce à quoi Hammersley & Atkinson (1995) réfèrent à un « cas ». Dans la présente étude, le milieu est une unité de désintoxication résidentielle de dix lits où œuvrent des infirmières 24 heures par jour. Elles donnent des soins directs aux clients et participent aux prises de décision concernant le plan de traitement de ces derniers.

Comme l'auteure de cette étude connaissait déjà le milieu, les lieux disponibles et aussi les personnes d'influence de ceux-ci, l'organisation de la recherche s'est avérée grandement facilitée. Un contact initial fut réalisé auprès des responsables d'une unité de désintoxication pour expliquer les objectifs de la recherche. Une lettre expliquant l'étude fut ensuite envoyée au directeur des Services de traitement des dépendances et à l'infirmière gestionnaire de cette unité de désintoxication pour évaluer la possibilité d'y conduire le projet. Ces personnes s'étant montrées intéressées, une rencontre fut organisée avec elles ainsi que le personnel de l'unité pour leur présenter le projet et répondre à leurs questions. La chercheuse a ainsi pu établir le degré d'intérêt du personnel infirmier et fixé un échéancier pour la conduite des entrevues.

4.3 Échantillonnage et recrutement

En recherche ethnographique, la sélection des informants doit se faire de manière parcimonieuse. Ce que le chercheur veut habituellement, ce sont des informants qui ont les connaissances désirées et qui acceptent de les lui divulguer (Hammersley &

Atkinson, 1995). Un échantillon représentatif n'est donc pas aussi important que de récolter les connaissances d'une personne qui est au fait des pratiques inhérentes à un milieu donné (Hammersley & Atkinson, 1995).

Comparativement aux méthodes quantitatives, le nombre de participants est peu important car l'étude ne repose pas sur des comparaisons statistiques. Cependant, le nombre d'informants doit aussi être déterminé avec soin. Comme il s'agit de rapporter tout ce que le chercheur voit ou entend par rapport à son but, le nombre d'informants doit être suffisant pour donner un portrait réel de ce qui se passe mais pas trop élevé qu'il rende l'analyse ardue, voire impossible, compte tenu des ressources et du temps alloué à l'étude (Hammersley & Atkinson, 1995).

Les informants ont été recrutés en tenant compte des critères d'inclusion suivants :

- être infirmière autorisée;
- travailler sur une unité de désintoxication depuis au moins 6 mois;
- travailler directement avec les clients et participer à la prise de décision en ce qui concerne le plan de traitement du client;
- accepter de participer à une entrevue semi-structurée;
- parler couramment le français.

L'âge et le sexe biologique des participants n'ont pas été retenus comme critères dans la sélection des participants.

Le recrutement en tant que tel s'est effectué suite à la présentation du projet de recherche à l'ensemble du personnel infirmier (Voir Appendice A). Tout le personnel

infirmier a été convié à cette rencontre et la chercheuse a répondu aux questions soulevées par les personnes présentes.

4.4 Méthodes de collectes de données

Les parties qui suivent décrivent les méthodes de collecte des données qui ont été utilisées pour obtenir les informations nécessaires afin de répondre aux questions de recherche. Trois méthodes de collecte des données ont été retenues : l'observation du milieu, la recherche documentaire et les entrevues semi-structurées.

Observation du milieu

La période d'observation sur le terrain a servi à décrire :

- 1- le contexte physique dans lequel l'infirmière évolue;
- 2- les mesures qui assurent la sécurité des clients et du personnel;
- 3- les règles formelles et informelles qui modulent le soin infirmier;
- 4- le personnel qui œuvre auprès de cette clientèle (incluant les infirmières);
- 5- les rôles professionnels de l'infirmière;
- 6- les utilisateurs (comme groupe et non comme individus);
- 7- les usages du lieu
- 8 – l'environnement social et organisationnel.

En aucun cas, l'observation du milieu n'a servi à décrire les relations entre soignants et soignés.

L'observation du milieu s'est déroulée sur une période de cinq jours consécutifs soit cinq quarts de travail de huit heures, de jour. Pour pouvoir regrouper et analyser les observations faites dans le milieu, ces dernières ont été notées dans un cahier (notes de

terrain) à cet effet. La chercheuse a pris soin d'écrire le plus tôt possible les observations, au fur et à mesure qu'elle les réalisait, afin de ne pas omettre des détails importants. La chercheuse a été aussi méticuleuse que possible dans la prise de notes. Une grille d'observation adaptée de Peretz (1998), largement utilisée en ethnographie, a servi à guider la chercheuse dans ses observations et à regrouper ces dernières pour l'analyse (voir appendice B). Encore une fois, notons que le personnel infirmier n'a pas été observé dans ses interactions avec les patients car l'observation du milieu vise à décrire de manière statique le milieu de l'étude.

Examen des documents

L'ethnographie a surtout fait appel à l'observation directe et à la parole pour étudier les cultures et les milieux. Mais de plus en plus, dans l'étude du monde contemporain, les documents écrits constituent une source importante d'information. Non seulement ces documents peuvent aider le chercheur à juxtaposer un contexte historique au monde social, ils permettent également de voir comment l'organisation structure la pratique professionnelle (Hammersley & Atkinson, 1995). Les documents donnent une vision du monde particulière au chercheur. Ils lui permettent de voir : ce qui est écrit, qui a écrit et pourquoi, à qui le document s'adresse et enfin, le contexte dans lequel il est écrit. Les écrits permettent de cerner les discours comme c'est le cas par exemple, avec les dossiers des patients :

Les documents sont alors utilisés pour établir des acteurs comme des cas avec des identités bien situées, ce qui les rend normaux ou déviants. Les documents sont faits et utilisés en accord avec les routines des organisations et leur intelligibilité dépend de suppositions d'une culture partagée. Les documents construisent une réalité documentaire qui par

vertu de cette même documentation lui confère une sorte de privilège. Même si leur production est une activité sociale organisée, les documents officiels ont un certain anonymat; ce qui rend leur traitement par les membres comme étant des énoncés objectifs et factuels au lieu de croyances personnelles, d'opinions ou d'hypothèses (Hammersley & Atkinson, 1995, p. 173, traduction libre).

Les documents écrits sont une source importante de données pour le chercheur.

Trois types de documents ont été examinés. Premièrement la chercheuse a réuni les différents formulaires composant les dossiers des clients (sans toutefois accéder aux dossiers des patients), aux outils vierges de collecte des données et au plan de soins. Ceci a permis de déterminer la manière dont l'infirmière construit le client en termes de soins à prodiguer et de contrôle disciplinaire à mettre en place. Tout autre document constituant le dossier portant sur les aspects de contrôle et discipline a aussi été examiné.

La chercheuse s'est également intéressée aux documents qui guident quotidiennement le travail de l'infirmière sur cette unité, tels que les politiques ou procédures, les règlements à suivre par les clients et des guides de pratique.

Entrevue semi-structurées

Des entrevues semi-structurées ont été menées durant la période d'observation auprès de six infirmières. Les questions, très larges, ont permis aux infirmières d'exprimer verbalement la manière dont elles assument leur rôle d'infirmière dans une unité de désintoxication et leurs stratégies visant à composer avec les fonctions caritatives et disciplinaires. Ces entrevues ont par ailleurs servi à clarifier certaines observations faites par la chercheuse. Les six infirmières furent invitées à participer à l'entrevue de recherche par l'entremise de l'infirmière gestionnaire qui remit à toutes les

infirmières de son département une lettre d'invitation pour participer à l'entrevue. Les entrevues individuelles semi-dirigées furent conduites dans un local privé éloigné de l'unité de soin, assurant ainsi confidentialité et confort. Chacune des six infirmières participant à l'entrevue fut assignée un numéro entre 1 et 20 afin de préserver l'anonymat des participantes. Les numéros assignés et que nous retrouverons dans la présentation des résultats sont : 3, 4, 8, 12, 15 et 16. Bien que des questions phares permettaient de diriger l'entrevue (l'appendice C permet de visualiser les thèmes qui ont été abordés avec les infirmières). Les entrevues ont été enregistrées sur audiocassettes avec la permission des infirmières et ont par la suite été retranscrites suivant la méthode Labrie (1982) pour fins d'analyse.

4.5 Méthode d'analyse des données : analyse de contenu

Selon Hammersley & Atkinson (1995), l'analyse dans les études ethnographiques est un processus continu. En relisant les notes, les documents ou les entrevues, les concepts et ceux-ci sont consignés dans un journal qui contient également toute l'information relative à la conduite de la recherche. Le journal de bord incluait également les impressions et les sentiments de la chercheuse. En effet, Hammersley & Atkinson (1995) estiment que ces données peuvent aussi avoir une signification analytique parce qu'elles peuvent influencer la chercheuse dans l'analyse et l'interprétation de ses observations.

Les données qualitatives obtenues dans les notes du cahier et les documents écrits ont été relues attentivement pour que la chercheuse puisse devenir familière avec leur contenu. De même, les audiocassettes ont été écoutées avec attention

et les transcriptions relues plusieurs fois. Les techniques d'analyse de Bardin (1985) furent utilisées pour analyser le contenu des entrevues. Le processus proposé par Bardin (1985) comprend une lecture flottante du texte pour saisir l'orientation et la portée générale des réponses aux questions d'entrevue afin de se familiariser avec le langage des personnes interviewées; 2- un découpage du texte en unités d'enregistrement selon un codage sémantique à l'aide de crayons surligneurs de différentes couleurs. Chacune des quatre couleurs, bleue, rose, verte et orange représentait des réponses, retenues dans leur contexte, qui pouvaient exprimer un rapport avec l'une des quatre questions de recherches établies à priori; 3- un recodage des unités à l'aide de mots simples ou de groupes de mots décrivant les thèmes exprimés dans ces unités de contexte; 4- une classification des thèmes et leur regroupement dans des catégories résultant de leur analogie et de leur sens commun. L'analyse selon Bardin (1985) consistait à codifier les données puis les regrouper en catégories. Les catégories servent ainsi à donner une image globale de l'unité de soins à l'étude.

La création de catégories permet de décrire et d'expliquer les processus et les pratiques qui investissent le lieu d'étude, et faire les liens nécessaires avec les questions de recherche et le cadre théorique. Les stratégies utilisées par les infirmières pour composer avec le rôle hybride soin-discipline, ont été catégorisées à l'aide d'une typologie tenant compte des aspects suivants : les obligations professionnelles des infirmières, les stratégies des infirmières face aux problèmes de comportements des clients, les relations de pouvoir entre le personnel infirmier et les clients et enfin, les aspects caritatifs et de contrôle du soin.

4.6 Considérations éthiques

Certaines considérations éthiques ont nécessité l'attention de la chercheuse. Les parties qui suivent décrivent les facteurs éthiques pertinents de la présente recherche et se fondent sur la politique des trois Conseils « Éthique de la recherche avec des êtres humains » (Centre de recherches médicales du Canada, 1998).

4.6.1 *Consentement éclairé*

Compte tenu de la sensibilité de l'objet et du milieu de recherche, la chercheuse a obtenu un consentement des informants, c'est-à-dire des infirmières rencontrées pour une entrevue. Ce consentement a été réitéré par les infirmières quand les transcriptions leur ont été remises afin d'en valider le contenu. Il a également fallu obtenir le consentement de la direction afin de pouvoir utiliser certains documents administratifs.

La chercheuse s'est inspirée du processus décrit par Lincoln & Guba (1985) ainsi que du modèle proposé par l'Université d'Ottawa pour l'obtention du consentement et la rédaction du formulaire correspondant. Un exemple du formulaire de consentement utilisé dans cette recherche figure dans l'appendice D.

4.6.2 *Confidentialité*

Les sujets de recherche ont le droit à l'anonymat et ont le droit d'assumer que les données recueillies les concernant seront confidentielles. Le chercheur doit donc s'assurer de n'inclure que l'information que le sujet a consenti à partager avec lui.

Dans la présente recherche, l'anonymat des participants a été difficile à préserver compte tenu du petit nombre d'informants pouvant être recrutés. La chercheuse a veillé à conserver la confidentialité des propos exprimés par les participants en ne divulguant

aucune information dans son rapport pouvant servir à les identifier. Un code numérique choisi au hasard leur a été attribué et leur lieu de travail n'a pas été identifié.

Dans l'analyse, la chercheuse a tenté dans la mesure du possible d'utiliser des regroupements d'information afin que le lecteur soit incapable d'associer les commentaires avec les informants les ayant exprimés. La chercheuse a aussi pris soin de ne pas inscrire de noms sur les audiocassettes et de les ranger ainsi que leurs transcriptions écrites et les notes d'observations dans une armoire sous clé au domicile de la chercheuse. Les données seront conservées pendant une période maximale de 5 ans.

4.7 Critères de rigueur

Lincoln & Guba (1985) soutiennent que quatre critères doivent être rencontrés pour que la recherche mérite la confiance du lecteur : la crédibilité, la transférabilité, la fiabilité et la confirmabilité. Ils ajoutent également que la réflexivité est nécessaire tout au long du parcours de la recherche pour aider à établir ces critères. Les sections qui suivent portent donc sur les critères de rigueur qui ont été observés dans la présente recherche en se basant sur les écrits de Lincoln & Guba (1985).

4.7.1 *Crédibilité*

La crédibilité est un critère important pour rendre une recherche valide aux yeux du lecteur. Ce dernier doit être confiant que les données obtenues sont véridiques. Bien qu'une importance significative soit souvent accordée à l'objectivité du chercheur, la chercheuse est d'avis que compte tenu de son cadre théorique et du devis méthodologique employé, la subjectivité constitue un élément positif, voire souhaitable,

dans l'analyse des données, pour autant que son influence soit reconnue et explicitée comme telle. Le lecteur doit aussi être confiant que s'il utilise la recherche pour un projet quelconque, il peut se fier au fait que les interprétations du chercheur en regard des données découlent d'activités qui les rendent crédibles. Lincoln & Guba (1985), suggèrent trois activités qui aident à rendre une recherche plus crédible. La première est l'engagement prolongé qui permet de mieux connaître le contexte dans lequel se déroule la recherche. Ceci est déjà un acquis pour la chercheuse qui connaît bien le type de milieu visé par la recherche. Le lieu spécifique où s'est déroulée l'étude lui étant toutefois peu familier, la chercheuse s'est accordé une période d'acclimatation d'un jour dans ce dernier. Il est important de connaître les personnes, les allées et venues, les routines générales et le mode de fonctionnement global avant d'examiner les détails. Cette étape a également contribué à bâtir une relation de confiance avec les participants et les informants et a permis à la chercheuse d'identifier des distorsions possibles ou des préconceptions pouvant avoir un impact dans ses relations sur le terrain.

Cette activité a été suivie d'une période d'observation persistante de quatre périodes de huit heures. Le but de cette observation était « d'identifier les caractéristiques et les éléments qui sont les plus significatifs pour le problème étudié et de mettre l'emphase sur les détails » (Lincoln & Guba, 1995, p. 304). La chercheuse a été à l'affût des régularités mais aussi des inconsistances. Une attention à tous les éléments propres au milieu a favorisé une certaine profondeur en regard de sa recherche et en a renforcé la crédibilité.

La troisième technique à utiliser pour rendre les résultats et les interprétations d'une recherche crédibles est la triangulation réalisée par le biais du recours à plusieurs méthodes de collecte des données, de sources de données, d'investigateurs et de théories différentes. Dans la présente étude, la chercheuse a employé diverses sources de données, à savoir des informants, des documents et des notes de terrain. Elle a fait de l'observation directe dans le milieu et a veillé à valider sa compréhension de certaines observations ou de certains faits auprès des informants. Elle a obtenu de l'information dans des entrevues semi-dirigées auprès de plusieurs infirmières. Elle a validé les propos des entrevues avec les informants une fois la transcription terminée. Ainsi, les informants ont pu lire la version texte de leur entrevue et ont eu l'occasion de clarifier ou de préciser leurs propos. Des discussions régulières entre la chercheuse et son directeur de thèse sur les données, les interprétations et la méthodologie ont également eu lieu durant la recherche.

Finalement, la crédibilité d'une recherche peut être déterminée par une vérification des données, des catégories analytiques, des interprétations et des résultats avec les personnes qui ont fourni les données. Cette vérification peut se faire à différentes étapes et à plusieurs reprises. Dans la présente étude, des vérifications ont été faites sur le terrain durant la période d'observation en demandant aux informants des explications lorsque la chercheuse avait besoin de clarifications ou de précisions sur des événements précis. Les catégories et les interprétations ont aussi discutées en personne avec les informants afin qu'ils donnent leurs impressions et qu'ils corrigent des erreurs de perception.

4.7.2 *Transférabilité*

Une description minutieuse du milieu où s'est déroulée la recherche contribue à établir la transférabilité des conclusions de cette recherche. À cet égard, le milieu où s'est tenue la recherche est minutieusement décrit au chapitre 5.

4.7.3 *Fiabilité*

La fiabilité de la recherche est basée sur une vérification du processus suivi par la chercheuse pour faire son étude. Premièrement, elle a demandé à son directeur de thèse d'examiner le processus de collecte et d'analyse des données afin d'en déterminer l'intégrité. Ce dernier a également examiné les documents (incluant les notes de terrain) et le journal de bord pour vérifier leur provenance et leur exactitude.

4.7.4 *Confirmabilité*

Le directeur de thèse, à l'aide de la vérification décrite ci-dessus et d'un examen du matériel écrit ou audio utilisé, a confirmé que les interprétations et résultats de la recherche proviennent de données obtenues et analysées dans le cadre de la recherche.

4.7.5 *Réflexivité*

Les critères de rigueur mentionnés ci-haut ont besoin d'un autre instrument pour que le lecteur soit assuré de la validité de l'étude. Cet outil est un journal (de bord) de réflexivité. Il permet de montrer que les résultats de la recherche sont basés sur des données réelles et sur une méthodologie solide. Dans ce journal, la chercheuse a inscrit toutes les étapes de sa recherche et les raisons qui ont motivé certaines décisions. Elle a également consigné toutes ses réflexions en regard de la collecte et de l'analyse des

données, de son influence en tant que chercheuse sur le milieu d'étude, et de ses biais pouvant orienter les résultats de recherche.

CHAPITRE 5

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Le but de cette recherche est de décrire, en examinant le contexte, les discours et les pratiques, comment s'articule la pratique professionnelle d'infirmières exerçant dans une unité de désintoxication. Les données étudiées devaient répondre aux questions que se posait la chercheuse :

- quelles sont les règles et les procédures qui donnent forme au « thérapeutique » en milieu de désintoxication ?;
- comment le personnel infirmier se représente-t-il les fonctions reliées à son rôle socioprofessionnel en milieu de désintoxication ?;
- quelles sont les lignes de tensions entre les aspects disciplinaires et caritatifs de l'exercice infirmier en désintoxication ?
- quelles sont les stratégies d'intervention infirmière qui permettent la concrétisation des rationalités politiques de cette fonction hybride discipline-soin en milieu de désintoxication ?

Puisque ces questions étaient déjà connues avant la période de la collecte des données et qu'un cadre théorique (Foucault, 1995) émergent des écrits avait été pressenti à priori pour soutenir la présente recherche, les questions de recherches ont été explorées suivant une perspective foucauldienne. Cependant, la chercheuse ne s'est pas limitée à une analyse politique basée sur les travaux de Foucault et par conséquent, a considéré l'émergence de nouveaux thèmes, de nouveaux questionnements, de nouvelles hypothèses et même de nouvelles théories.

5.1 Collecte et processus d'analyse des données

Tel que discuté dans le chapitre des considérations méthodologiques, trois méthodes de collecte de données furent utilisées pour répondre aux questions de recherche: l'observation du milieu, la collecte de documents écrits et l'entrevue semi-structurée avec des infirmières. L'utilisation de trois différentes méthodes de collecte de données a permis d'examiner le contexte de travail et les activités ayant cours dans une unité de désintoxication en plus de nous informer sur la perception qu'ont les infirmières de leur rôle auprès de la clientèle soignée. L'entrevue a également mis en relief certaines perceptions que les infirmières se font de leurs clients. À priori, l'approche des trois méthodes de collecte de données semblait logique pour obtenir les informations qui pouvaient être utiles pour la recherche mais à posteriori, elle a été nécessaire pour étudier de plus près les éléments qui influencent le rôle des infirmières dans ce domaine de soin.

Les techniques d'analyse de contenu de Laurence Bardin (1985) ont été retenues pour encadrer cette tâche. Bardin soutient que « l'analyse de contenu est un ensemble de techniques d'analyses des communications » (p. 35). Les documents écrits, qu'ils soient cliniques, administratifs ou réglementaires, sont des objets de communication importants dans le domaine des soins de santé. On peut y retrouver non seulement des messages spécifiques mais aussi un discours qui reflètent les tendances psychologiques ou sociologiques. Nous avons décidé de relever dans ces documents écrits des mots ou des bouts de phrases décrivant différents aspects du soin infirmier en toxicomanie ou encore décrivant les règles formelles et informelles donnant un sens thérapeutique ou

disciplinaire au travail infirmier dans une unité de désintoxication. Les éléments récurrents et pertinents ont été énumérés puis ont été regroupés par thèmes élargis pour compléter l'analyse des résultats.

Les documents suivants furent examinés : les normes hospitalières pour les services de traitement des dépendances; les politiques et procédures de l'unité; les formulaires et documents vierges composant les dossiers cliniques des clients; et le feuillet d'information remis aux clients à l'admission.

5.2 Présentation des résultats

Puisqu'il fallait répondre à quatre questions de recherche à l'aide de données provenant de trois différentes sources, nous avons choisi d'amalgamer ces trois sources et d'en faire une analyse simultanée pour répondre à chaque question de recherche. Cette façon de faire a permis l'interaction entre les données analysées puisqu'il était évident que les observations faites, les documents écrits examinés et les réponses d'entrevues faisaient partie d'un contexte de soin unique qui englobait ces trois sources de données.

5.2.1 *Règles et procédures*

Le mot « thérapeutique » est défini comme l'ensemble des actions et pratiques destinées à guérir et traiter les maladies (Le nouveau Petit Robert, 2004). Dans une unité de soin comme une unité de désintoxication, les personnes traitées sont dépendantes de l'alcool et de drogues qui leur causent non seulement des problèmes physiques de santé mais également une panoplie de problèmes sur les plans psychologique et social. Non seulement existe-t-il différentes théories pour expliquer le développement de telles dépendances, il existe également plusieurs approches thérapeutiques pour tenter de

traiter et guérir le client. Ces items ont été mis en évidence dans le chapitre 3 de cette thèse. Afin de décrire le « thérapeutique », dans le cadre de cette recherche, nous avons analysé les données obtenues qui avaient trait aux actions, aux pratiques, aux règles, aux procédures et à la philosophie du soin. Nous nous sommes d'abord intéressés à la mission de l'unité de désintoxication.

Mission de l'unité de soins

Ce milieu de soin a comme mandat d'offrir des soins infirmiers à une clientèle dépendante de l'alcool et de drogues. Les services de désintoxication ont la mission suivante : « dispenser aux personnes ayant une chimiodépendance des services d'évaluation, de désintoxication, d'éducation et d'initiation à la planification du rétablissement » (Ministère de la santé du Nouveau-Brunswick, 2006, p.15). Les objectifs du traitement sont de permettre un sevrage sécuritaire et harmonieux; de fournir un milieu thérapeutique et sécuritaire; de dispenser de l'éducation auprès des clients, familles et ressources communautaires sur le processus de dépendance et de rétablissement; d'aider le client à planifier son rétablissement; d'enseigner aux clients un mode de vie sain et enfin d'offrir un soutien psychologique aux clients, aux familles (Ministère de la santé du Nouveau-Brunswick, 2006).

Il importe donc d'assurer des soins physiques, le confort et le support émotif nécessaire durant la période de sevrage mais également éduquer les clients et les aider dans la planification de leur congé. De toute évidence, l'observation du milieu, les documents écrits et les entrevues avec les infirmières ont démontré une concordance avec cette définition du soin dans une telle unité. Par exemple, l'unité est disposée

comme une unité traditionnelle de soins infirmiers, avec son poste de soin, sa salle de traitement et de médicament, ses chambres de clients où on essaie de maintenir une atmosphère calme et reposante.

Certaines des activités des infirmières sont similaires à celles d'infirmières travaillant sur n'importe quelle unité de soins infirmiers : évaluation régulière de la condition du client, planification des soins, mise en place des interventions de soins, évaluation des soins administrés. Cependant, l'unité de soins n'est pas conçue pour traiter des clients très malades ou dont les symptômes de sevrage sont très sérieux. Dans de tels cas, les clients sont transférés en milieu hospitalier. Le programme de soin est essentiellement axé sur la gestion des symptômes de sevrage par le biais d'un support physique et émotionnel et par l'utilisation de certains médicaments. La durée de séjour varie généralement de quelques jours à deux semaines, selon la condition et les besoins des clients.

Le modèle de soin fait beaucoup plus appel aux compétences des infirmières qu'à celles du médecin qui ne fait qu'une ou deux visites sur l'unité chaque semaine. Il est toutefois en appel pour répondre aux besoins médicaux en dehors de ses visites sur l'unité. Les infirmières sont celles qui prennent les décisions concernant les admissions, la durée du séjour et les congés des clients. Elles se basent sur des protocoles de soins pré-établis par un comité provincial composé d'infirmières gestionnaires, de médecins et d'un pharmacien (Ministère de la santé, 2006) pour traiter le sevrage des clients et elles font seulement appel au médecin quand les ordonnances des protocoles sont insuffisantes pour soulager les symptômes de sevrage ou encore s'il surgit des

problèmes de santé plus importants. Les autres décisions concernant le soin du client appartiennent à l'équipe de soin sous la gouvernance et l'autorité des infirmières. Toutes ces données se retrouvent dans la documentation écrite examinée mais aussi dans le témoignage des infirmières comme en témoigne les extraits suivants :

On (les infirmières) travaille vraiment indépendamment ici dans le détox, je trouve, parce que on a un protocole à suivre mais on est très indépendante dans le sens que c'est nous autres qui faisons l'évaluation des clients et qui décidons du traitement. Le médecin vient une fois dans la semaine et on l'appelle en cas d'urgence (Infirmière 4).

Importance de la sécurité

Il appert que le soin infirmier sur cette unité est fortement assorti de mesures de sécurité et de contrôle qu'on ne rencontre pas dans des unités de soins traditionnelles. Lors des entrevues avec les infirmières, plusieurs ont affirmé que sans des mesures de sécurité et sans contrôle des comportements des clients, il serait impossible de donner des soins dans ce milieu. Une infirmière a dit en parlant du besoin de mesures de sécurité :

C'est important pour moi aussi parce que si je veux bien fonctionner avec les clients, il faut que moi en premier, je me sente en sécurité (Infirmière 16).

Ces mesures de sécurité et de contrôle des comportements furent résumées par les infirmières sous le terme « structure ». Selon les informations recueillies, les mesures de sécurité ont pour but d'empêcher l'entrée de personnes non autorisées qui pourraient nuire à la sécurité du personnel et des clients. Mais surtout, elles ont pour objectif d'empêcher l'entrée de drogue ou alcool dans le Centre. Ainsi les portes sont verrouillées et la communication entre l'intérieur du bâtiment et l'extérieur se fait via un

interphone. Une clôture empêche les clients de s'aventurer en dehors d'un certain périmètre et les visiteurs ne peuvent entrer dans la cour extérieure. À l'admission, les clients et leurs bagages sont fouillés, le personnel étant à la recherche d'alcool, de drogues, de médicaments, de matériel de consommation ou d'armes. Lorsque trouvés, ces objets sont confisqués et peuvent être détruits ou remis à la police en préservant la confidentialité du client. Des caméras sont placées à des endroits stratégiques pour observer les clients ou les alentours de l'édifice. Les visiteurs sont surveillés et ils peuvent aussi faire l'objet d'une fouille.

En plus de ces mesures de sécurité, d'autres dispositions servent à contrôler les comportements des clients. À l'admission, les clients reçoivent un dépliant qui leur explique quelles sont les règles à suivre, les comportements à adopter et les conséquences si ces conditions ne sont pas remplies. Sur les murs des corridors et du salon des clients, douze différentes affiches comportant des avertissements ou des commandements ont été dénombrées comme par exemples : « Toutes les personnes entrant dans cet établissement ainsi que les bagages sont sujets à être fouillés » ou encore « Ce secteur fait l'objet d'une surveillance vidéo intermittente ». Étant donné que les clients sont admis sur une base volontaire et sont informés des attentes relatives au traitement, incluant les règlements, on s'attend à ce que les clients se comportent tel que demandé et se soumettent aux directives du personnel.

Milieu « thérapeutique »

Lors des entrevues, on a demandé aux infirmières de décrire ce qu'est pour elles un milieu thérapeutique quand on associe cette notion à une unité de désintoxication.

Elles ont soumis une variété d'éléments qui ont été regroupés en thèmes. Un de ces thèmes, sans doute le plus important car il est revenu souvent dans les entrevues avec les infirmières, est que le milieu de soins doit être calme et sécuritaire. L'environnement doit favoriser le repos physique et mental mais il doit également permettre au client de pouvoir se centrer sur lui-même afin de pouvoir faire une introspection de sa personne. L'éloignement des tracas du quotidien et des personnes de l'entourage permet au client de pouvoir concentrer ses efforts sur sa personne :

Je sens que les clients ont besoin de sentir que c'est un endroit sécuritaire pour eux. Qu'ils ne seront pas malades de leur sevrage. Qu'ils seront à l'abri des responsabilités extérieures et des troubles dans lesquels ils se trouvent. À l'abri de la famille et des revendeurs de drogue. Des fois, ils se sentent menacés à la maison ou ils sentent de la pression à la maison. J'aime que ce soit un milieu sécuritaire pour eux, qu'ils puissent respirer, qu'ils puissent mettre le focus sur leur traitement (Infirmière 8).

Sous ce thème d'environnement calme et sécuritaire, la nécessité d'un milieu où il y a absence d'alcool et de drogues illicites a été souvente fois verbalisée par les infirmières. En fait, les infirmières voient dans la présence de ces substances dans le Centre un ennemi majeur. Il s'agit d'un adversaire redoutable, capable de provoquer une surdose médicamenteuse, d'être une distraction majeure du plan de traitement des clients et de constituer aussi une menace à la sécurité des autres, des clients et du personnel. Les extraits suivants témoignent de la nécessité d'un environnement calme et reposant :

S'il y a de la drogue dans le Centre, ça cause beaucoup d'anxiété, beaucoup de stress. Ça augmente leurs symptômes de sevrage. Ça les rend anxieux, ça les dérange. C'est pourquoi on leur dit de venir nous dire. La place devrait être calme et relaxante, pas de stress (Infirmière 8).

Quand ils viennent au détox, c'est un lieu de sureté. Ils sont sortis d'un environnement où il n'y avait pas de contrôle, c'était la drogue qui contrôlait tout. Aussitôt qu'ils savent qu'il y a de la drogue qui est entrée dans le Centre, ils se sentent insécurisés... ils ne se sentent pas assez fort pour dire non et ils ont peur de s'échapper, de tricher (Infirmière 15).

Un autre thème soulevé par les infirmières dans leurs descriptions d'un milieu thérapeutique, est celui d'un milieu congruent avec la déontologie infirmière. Le milieu doit être exempt de jugement sur les clients, les informations les concernant doivent restées confidentielles et les infirmières doivent faire preuve d'empathie et de respect.

Les clients doivent aussi être respectueux des infirmières :

Si je respecte le client, le client doit me respecter. L'environnement est beaucoup plus thérapeutique pour les deux. Parce que moi si je ne le respecte pas, je ne vais pas le traiter comme il faut, je ne vais pas lui donner les soins appropriés (Infirmière 4).

Le maintien d'un environnement calme, sécuritaire et congruent avec la déontologie infirmière passe aussi par un encadrement des comportements des clients, afin d'empêcher des activités qui sont vues comme des menaces au traitement des clients ou des menaces à la sécurité des clients et du personnel. Ainsi les comportements suivants ne sont pas tolérés par les infirmières : entrer ou consommer de l'alcool ou de la drogue dans le Centre; avoir des relations intimes et/ou sexuelles entre clients/clientes; jurer; manquer de respect envers le personnel et les clients; avoir des comportements menaçants; se chicaner entre clients; voler les biens du Centre, du personnel ou des clients; s'arranger entre clients qui se connaissent pour entrer sur l'unité en même temps; tricher avec ses pilules durant l'administration de médicaments, par exemple en les

cachant dans sa joue. Les citations suivantes ont été retenues pour démontrer l'importance d'encadrer adéquatement les comportements des clients :

Ils sont parfois agressifs entre eux. Comme des petites chicanes. Ça peut tourner en grosse chicane. Faut que t'essaies de tenir ça calme (Infirmière 12).

Les relations intimes... Ça affecte tout le monde parce que là, ils perdent le focus sur leur traitement et tout le monde en parle... On appelle ça le detox romance, deux personnes dépendantes qui essaient de créer une relation. Trois quart du temps, ça ne fonctionne pas. Et c'est toujours une raison pour rechuter (Infirmière 15).

Les comportements inadaptes soulevés par les infirmières étaient apparentés à ceux identifiés dans le dépliant de règlements remis aux clients à l'admission. On retrouve également dans ce dépliant des avis concernant la fouille des clients et de leurs biens pouvant être faite en tout temps et pouvant même à l'occasion être faite dans l'unité par un chien policier. On demande également aux clients de suivre l'horaire du programme; de garder sa chambre en ordre et de circuler vêtu selon le code vestimentaire imposé.

Des politiques et procédures de l'unité existent afin de guider les infirmières dans les prises de décision qui concernent la sécurité et les comportements inappropriés des clients. Par exemple, il existe une politique qui décrit les raisons pour lesquelles le personnel infirmier peut donner congé à un client. Ces raisons peuvent être de nature caritative, par exemple un client dont la condition physique ou mentale se détériore et que l'on doit transférer à l'hôpital. Ou alors elles peuvent être de nature disciplinaire : refus de suivre le programme de traitement, suspicion d'utilisation d'alcool ou drogue dans le Centre, violence, comportement agressif, comportement sexuel non approprié,

intimidation et harcèlement. Bien que certaines de ces politiques et procédures guident aussi la prise de décision au point de vue caritatif, la majorité de ces documents comportent des éléments relatifs à la sécurité et au contrôle de la clientèle.

En résumé, le « thérapeutique » découle d'une mission calquée sur des politiques gouvernementales et est constitué de trois éléments qui sont intimement reliés entre eux : les soins physique, psychologique, social et émotionnel; les mesures qui assurent la sécurité des clients et du personnel; et les mesures de contrôle des comportements des clients.

5.2.2 Représentation des fonctions reliées au rôle socioprofessionnel

Les représentations des fonctions reliées au rôle socioprofessionnel de l'infirmière peuvent varier selon le milieu où elles exercent (Holmes & Gastaldo, 2004). En effet, chaque milieu de soin exige que les infirmières exercent des fonctions différentes malgré une formation de base souvent similaire. Ceci est généralement traduit dans les descriptions de tâches des infirmières.

Pour définir le rôle des infirmières travaillant dans cette unité de désintoxication, nous avons analysé les entrevues faites avec les infirmières pour décrire 1- comment elles se représentent leurs clients; 2- comment elles décrivent leurs rôles 3- comment elles se comparent aux infirmières qui travaillent dans d'autres milieux. Nous avons également analysé la description de tâches de ces infirmières.

Représentation de la clientèle

Les infirmières ont décrit leur clients de plusieurs façons et en utilisant des termes variés. Ces conceptions de la clientèle permettent d'entrevoir différents rôles que peuvent jouer les infirmières dans le cadre de leur travail mais aussi les difficultés qu'il peut y avoir à travailler avec cette clientèle. Cela permet aussi d'apprécier que les clients ne sont pas seulement perçus négativement et que les infirmières sont conscientes des besoins multiples de leurs clients.

Une représentation des clients qui est revenue plusieurs fois dans les entrevues est celle de clients à la recherche de médicaments pour soulager leurs symptômes de sevrage ou assouvir leur besoin de consommer une substance psychoactive quelconque. Les infirmières se sentent donc investies du rôle de contrôler l'accès aux médicaments. Ces demandes répétées des clients sont illustrées dans les citations suivantes :

Ce sont des personnes qui cherchent des médicaments (Infirmière 15).

Ils vont être persistants pour avoir des médicaments (Infirmière 4).

À plusieurs reprises, on a également comparé les clients à des enfants qu'il faut guider dans les activités quotidiennes ou encore corriger pour une faute commise. On a également répété souvent que les clients ont des comportements difficiles, qu'ils peuvent être violents mais on a aussi dit qu'ils ne sont pas nécessairement responsables de leur infortune.

Il y en a plusieurs qui n'ont pas eu de chance dans la vie et qui ne savent pas comment agir. Ils ne connaissent pas mieux (Infirmière 3).

Les infirmières ont aussi souligné que certains clients se retrouvent dans des situations difficiles sur le plan familial et social mais que les membres de la famille constituent eux aussi des clients avec lesquels il faut composer :

Ce n'est pas juste le client, c'est aussi la famille qu'il faut aider. Des fois ils nous appellent et ils s'attendent qu'on ait toutes les réponses tout de suite, parce que souvent la famille est au bout de son rouleau. Au moins si on peut les guider avec les options qu'ils ont avec la personne qui consomme (Infirmière 16).

Une infirmière a aussi décrit les clients comme étant « parfois du bien bon monde » et une autre a parlé de la difficulté à travailler avec cette clientèle si elle ne te fait pas confiance, si tu ne peux l'apprivoiser :

Je les compare à des animaux parce que s'ils ne sont pas confortables avec toi, tu ne vas rien faire avec eux (Infirmière 15).

Les représentations que se font les infirmières de leurs clients montrent que les infirmières perçoivent les clients de multiples façons et qu'elles doivent alors adapter leur rôle socioprofessionnel en fonction des attentes des clients et du programme de traitement mais également en fonction de leurs perceptions de cette clientèle.

Rôles infirmiers

Nous venons d'illustrer que les infirmières ont des perceptions variées des clients et nous prétendions que cela devait avoir une influence sur comment les infirmières perçoivent leurs propres rôles dans l'administration des soins à cette clientèle. Nous avons voulu connaître comment les infirmières définissent les rôles qu'elles exécutent auprès de leurs clients. Pour ce faire nous avons soit utilisé leurs propres mots ou nous

avons regroupé des commentaires ou des réponses sous des thèmes spécifiques pour décrire ces rôles.

Parmi les mots ou thèmes relevés les infirmières ont mentionné à plusieurs reprises un rôle parental. Ce rôle de parent concernait celui de guide et conseiller, d'éducateur, de protecteur ou encore de figure disciplinaire. Une infirmière s'est décrite comme « maman disciplinaire » (Infirmière 3). Une autre infirmière s'est exprimée ainsi :

Parce que bien souvent ces patients-là, ils n'ont pas de famille. On est leur famille, on a entendu ça souvent. À ce moment-là on joue un rôle de famille même s'ils savent qu'il y a des limites et tout ça (Infirmière 4).

Une autre souligne :

Quelque part tu te trouves à être parent. (Silence). Parce qu'il faut toujours que tu les guides... (Infirmière 15).

Et une autre :

On les traite comme des enfants. Alors ici il faut vraiment faire comme si c'était des enfants. Tu sais, «tu te lèves, non tu ne peux pas dormir toute l'avant-midi, tu dois te lever.» Ça semble un petit peu immature mais en même temps leur vie c'est comme ça que c'était (Infirmière 12).

Les infirmières se sont décrites comme des éducatrices de la santé ou encore comme des infirmières attentionnées et qui supportent les clients dans leurs difficultés mais elles se sont également donné des rôles à figure disciplinaire tel que surveillante des comportements ou médiatrice ou encore des rôles à figure policière :

Pour savoir s'il y a des clients qui entrent de la drogue dans le Centre, c'est beaucoup comme la police, tu sais là, c'est beaucoup d'investigation. (Infirmière 15).

Une autre infirmière souligne :

La sécurité, on tombe tous dedans. Comme faire des fouilles, surveiller. C'est un autre aspect de notre travail qui n'est pas un travail d'infirmière si tu veux. D'agent de sécurité, quasiment. Tu sais là, de détective. De voir que les comportements changent, que quelque chose (d'anormal) se passe (Infirmière 12).

Il est intéressant de constater que parmi les rôles énumérés ci-dessus, plusieurs ne sont pas des rôles naturellement reconnus aux infirmières, par exemple : « maman disciplinaire », « agent de sécurité », « détective » et « surveillante des comportements ». Même le rôle de parent est associé, dans les explications données par les infirmières, à un sens de discipline et de contrôle. Par exemple, dire quoi faire et comment faire, séparer des clients qui se chicanent comme une mère sépare deux enfants qui en font autant. Les infirmières se sont décrites à plusieurs reprises comme des personnes aidantes et compétentes dans leur discours et elles ont énuméré plusieurs tâches reconnues habituellement chez les infirmières comme les évaluations cliniques et l'administration de médicaments.

Nous avons demandé aux infirmières de décrire quelles sont les perspectives thérapeutiques qui guident leur travail dans cette unité de désintoxication, les attentes des clients face aux soins qu'elles donnent et les tâches infirmières qu'elles font. Ces questions étaient posées aux infirmières pour qu'elles puissent exprimer leur point de vue sur les soins qu'elles donnent aux clients ou sur les motifs qui contribuent à nuancer le rôle infirmier. Nous avons relevés toutes les réponses qui pouvaient contribuer à décrire le rôle socioprofessionnel des infirmières.

Pour les infirmières chaque client est unique. Les évaluations cliniques des clients sont importantes pour gérer le sevrage de façon adéquate et pour reconnaître les signes de complications qui peuvent survenir. Il faut faire preuve de flexibilité, de créativité et être proactive pour répondre aux multiples besoins des clients et des familles avec des ressources souvent limitées. Même si le programme exige des clients le volontariat, plusieurs clients sont soumis à des pressions externes pour suivre un traitement et on tente de mettre l'emphase sur la sensibilisation du client à son problème de toxicomanie. Il faut gérer les comportements des clients pour le bien de tous et pour atteindre les objectifs politiques du programme mais il faut également reconnaître le difficile chemin vers la sobriété et la chronicité de la dépendance aux substances. Il faut traiter les aspects physiques et le psychologiques mais également l'aspect émotionnel, social et spirituel des clients. L'infirmière a aussi comme tâche de responsabiliser le client vis-à-vis ses problèmes et l'éduquer sur le comment faire et le comment être.

Voici ce qu'une infirmière exprime à propos de son travail auprès des clients :

On n'est pas assez pour passer beaucoup de temps avec les clients. On ne peut pas donner les soins qu'on aimerait donner, on est obligé de couper mais on donne aux patients quand même des soins de base, s'assurer que le sevrage est confortable... C'est beaucoup moins les traitements, moins de pansements, ces choses-là. C'est beaucoup s'asseoir avec les clients et être à l'écoute qui est important ici...ça me chagrine de voir qu'on peut passer moins de temps avec les clients parce que quand il y a 20 patients et une infirmière, t'es obligée de couper quelque part (Infirmière 4).

Les commentaires suivants illustrent bien la perspective holistique des infirmières :

Il y a le côté physique mais moi je trouve le trois-quarts c'est psychologique... Mais si tu peux arriver à un point de confort avec les

clients, ils vont se rapprocher, ils vont s'ouvrir et ils vont te faire confiance à cent pourcent. C'est incroyable là! Tu viens à connaître des choses pas mal intimes sur la vie des gens dans toutes les sphères de leur vie... Tu essaies de les faire avancer (les clients) car ils vivent toujours dans le passé. T'essaie de les amener à un point « Maintenant il est temps que tu commences à avancer et qu'on aille de l'avant » (Infirmière 15).

Comparaison avec d'autres milieux de soins

Durant les entretiens, nous nous sommes aperçus que les infirmières se comparaient souvent à leurs collègues des hôpitaux, particulièrement celles qui exercent en psychiatrie. Nous avons trouvé cet aspect suffisamment intéressant sur le plan thématique pour en faire une catégorie descriptive. Les infirmières ont souligné que le travail dans l'unité de désintoxication demande une plus grande autonomie car elles sont plus indépendantes dans leur travail particulièrement au niveau de la prise de décision car le modèle de soin fait beaucoup moins appel aux décisions médicales que dans les hôpitaux. Par exemple, ici ce n'est pas le médecin qui admet et octroie le congé aux clients mais les infirmières. Les infirmières doivent aussi faire preuve de plus de flexibilité dans leur travail car il n'y a pas autant de routines fixes qu'à l'hôpital. On soutient également que les infirmières de la psychiatrie sont plus aptes à gérer les comportements des clients car elles peuvent utiliser des médicaments et la salle d'isolement pour le faire. Elles sont aussi entourées d'une plus grande équipe de soignants et de gardien de sécurité, ce qui à leur avis rend ce milieu plus sécuritaire pour une clientèle qui est parfois la même, comme les clients avec des troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale. Les infirmières font également état de la difficulté à

savoir ce qui se passe réellement avec les clients ou encore du fait qu'à l'unité de désintoxication il faut mettre des limites à cause des comportements des clients:

À l'hôpital, tu sais quoi faire. Ici, il faut chercher, démêler les faits (Infirmière 12).

À l'hôpital le client a raison. Ici on peut mettre nos limites. Ici (à l'unité de désintoxication), il y a de la confrontation, on s'enrage contre toi, on te tire des choses. Il faut être ferme ici (Infirmière 4).

Elles ont aussi soulevés à plusieurs reprises que les clients ont des comportements plus difficiles à gérer mais que cependant elles ont la latitude pour agir en de telles circonstances.

Nous avons également examiné la description de tâche de l'infirmière de cette unité de soin. Malgré la présence de plusieurs politiques et procédures relatives au contrôle des comportements des clients et des mesures disciplinaires à prendre dans plusieurs circonstances, la description de tâches de l'infirmière ne contient qu'un seul item vague qui peut être lié aux tâches demandées quant au contrôle social sur l'unité. Cette unique tâche stipule « l'évaluation de l'environnement thérapeutique ».

L'analyse des résultats a démontré que les infirmières assument plusieurs rôles dans leur travail auprès de la clientèle : soignante, éducatrice auprès des clients, de la famille et de la communauté, surveillante des comportements et enfin, figure disciplinaire. Le rôle professionnel de l'infirmière est ainsi ponctué de tâches et de responsabilités à caractère social et à caractère disciplinaire reposant sur les principes de sécurité et d'un milieu propice aux soins des personnes dépendantes ayant besoin d'une aide physique, psychologique, émotionnelle et sociale.

5.2.3 *Lignes de tension entre les aspects disciplinaires et caritatifs de l'exercice infirmier*

Il semble exister une opposition marquée entre la définition des termes « disciplinaire » et « caritatif ». En effet, l'adjectif disciplinaire est associé à des sanctions ou à une peine qui regarde une faute contre la discipline ou les règles de conduite (Petit Robert, 2004). En contrepartie, l'adjectif caritatif renvoie à l'assistance à autrui, porter secours aux personnes défavorisées (Petit Robert, 2004). Comment deux termes aussi opposés sur le plan sémantique peuvent-ils se retrouver côte à côte dans une définition du rôle infirmier dans une unité de désintoxication. Pourtant, les descriptions de la notion du thérapeutique et du rôle socioprofessionnel des infirmières, ont démontré que les aspects disciplinaires et caritatifs se côtoient continuellement sur cette unité. Le soin est assorti d'une forme de contrôle qui est souvent explicite mais qui est également envahissante, comme nous le verrons plus loin. Une telle amalgamation des procédures du soin et des mesures de contrôles, peut-elle se faire sans la création de conflits et de tension. Les objectifs de soin sont-ils en opposition avec les attentes des clients et des familles. Nous avons tenté de répondre à ces questions en analysant le contexte de soin et les réponses des infirmières lors de l'entrevue et pour y déceler des lignes de tension.

Nous nous sommes premièrement intéressés aux antagonismes que nous avons repérés lors de l'analyse des données. Le tableau 5.1 qui suit résume les principaux antagonismes que nous avons repérés dans le discours des infirmières.

Tableau 5.1 Principaux antagonismes identifiés dans le discours des infirmières

Commentaires / Thématiques	Commentaires / Thématiques antagonistes
Le client réussi à rester sobre = récompense pour le travail fait	« <i>Le client nous doit rien – on le soigne</i> ».
Le succès n'est pas la sobriété. « <i>C'est d'avoir pu produire un petit changement</i> ».	« <i>Les familles veulent que le client arrête de consommer sinon c'est la faute du personnel</i> ».
« <i>On traite la dépendance seulement</i> ».	« <i>On ne peut ignorer les autres diagnostics</i> ».
Les décisions sont prises en équipe.	L'équipe se résume souvent à deux personnes, une infirmière et un préposé.
Les clients veulent s'en sortir.	« <i>Certains clients ne veulent pas arrêter de consommer</i> ».

Le second tableau (5.2) présente, quant à lui, d'autres antagonismes répartis entre soins infirmiers et contrôle social.

Tableau 5.2 Antagonismes entre soins infirmiers et contrôle social

Commentaires / Thématiques à tendance caritative	Commentaires / Thématiques à tendance disciplinaire
« <i>Je ne m'attends pas qu'ils soient des anges</i> ».	Il faut que les clients suivent les règlements sinon il y a de conséquences.
« <i>Tout le monde a droit au service</i> ».	Il y a des règlements à suivre sous peine de congédiement ou de restriction d'admission.
« <i>On essaie toujours de donner une chance</i> ».	Il faut être ferme et consistant dans l'application des règlements.
C'est un milieu de santé où l'infirmière donne des soins.	C'est un milieu où les infirmières doivent gérer et contrôler les comportements et les relations des clients.
Les médicaments sont nécessaires.	Les clients peuvent tricher avec leurs médicaments.
« <i>50% des soins...</i>	« <i>...et 50% contrôle des comportements.</i> »
Les symptômes sont réels.	Les symptômes peuvent être feints et servir à manipuler.
Empathie	Discipline
Besoin de soins.	Besoin d'hébergement, d'un endroit pour se cacher.
« <i>Il y a de bons clients</i> ».	« <i>Il y a des mauvais clients</i> ».
Les médicaments doivent être administrés avec parcimonie et selon l'évaluation de l'infirmière.	Les clients veulent des médicaments et sont mécontents s'ils n'en ont pas.
Tout le monde a droit au service.	Il faudrait admettre en priorité ceux qui sont le plus motivés à cesser de consommer.

Ces nombreux antagonismes retenus dans les commentaires et réponses des infirmières démontrent la complexité du soin dans l'unité de désintoxication. Ces oppositions sont souvent le fruit de « ce qu'il est correct de faire » sur le plan des objectifs caritatifs et disciplinaires et de ce que sont les attentes et les préférences des infirmières, des clients et des familles. Ces antagonismes créent un stress important sur les infirmières qui doivent utiliser leurs connaissances et leur jugement pour trouver un juste équilibre entre les objectifs du soin et les attentes du milieu.

En effet, les tensions multiples engendrées par les demandes du système et les attentes vis-à-vis les infirmières suscitent des émotions diverses. Par exemple, les infirmières ont démontré de la résignation et une certaine acceptation du fait que les clients auront des rechutes multiples. Le stress est une réaction aux attentes des clients et familles et aux comportements difficiles des clients mais il est aussi une conséquence des responsabilités qui incombent à ces infirmières qui travaillent souvent de manière isolée sur l'unité :

C'est un gros facteur de stress parce qu'on travaille toute seule comme infirmière. Tu as la responsabilité des clients, c'est toi qui a le permis de pratique. Le préposé n'a pas de licence à perdre. T'as tout sur les épaules, t'as tout le département. Puis là tu es seulement une personne! (Infirmière 12).

Malgré le fait que les infirmières reconnaissent l'importante contribution des préposés aux bénéficiaires, cela n'allège pas nécessairement leurs responsabilités professionnelles. La peur est aussi un sentiment exprimé par certaines infirmières lors des entrevues. Cette peur est surtout liée aux potentiels d'assauts physiques sur elles-mêmes ou contre d'autres clients. L'extrait suivant témoigne de cette crainte :

C'est juste que moi je trouvais que quand j'ai commencé à travailler ici, je l'ai vraiment fait training on the job. Parce que personne ne me disait à moi comment réagir à un client qui me disait le F word et qui allait fermer les portes fort et c'est effrayant pour commencer. Tu as peur! Je me suis fait menacer moi. On appelle la police et elle dit : « Tant qu'il n'aura pas vraiment fait quelque chose, on ne peut rien faire ». Alors tu es seulement deux sur le département et j'ai vu des journées en jeter quatre (clients) dehors et ce n'est pas facile. Même si tu as des politiques d'établies, il ne faut pas que tu oublies que tu peux voir ces personnes-là à l'extérieur. Je ne le sais pas mais si je les voyais à l'extérieur ou dans un corridor, euh toute seule, je ne sais pas ce qu'il me ferait. (Infirmière 4).

Une autre infirmière a parlé de l'intimidation de cette façon :

Au début, ça m'intimidait les comportements des clients. Je ne pouvais pas, ça me faisait peur. Je ne voulais juste pas parler aux clients, tu sais pour ne pas les confronter. Ça m'énervait (Infirmière 12).

Il est évident que la gestion des comportements des clients constitue un stress important pour une infirmière novice. Il est également clair que cette peur ne disparaît jamais totalement et qu'elle constitue une raison motivant l'adoption de stratégies disciplinaires par le personnel infirmier.

Les comportements des clients suscitent également des sentiments d'incompréhension et d'impuissance chez les infirmières tels que nous le laisse voir les commentaires suivants :

Quand tu penses que les infirmières on est là pour soigner les gens puis on pense que les clients viennent ici pour de l'aide et on les aide mais eux autres c'est comme si parfois ils nous en veulent (Infirmière 15).

On prend notre cours pour aider les gens, pour les soigner. Mais lorsque tu es pris avec quelqu'un qui est difficile et qui ne veut rien savoir, ben O.K., qu'est-ce que je fais avec ça (Infirmière 12).

Les sentiments et émotions des infirmières sont régulièrement sollicités et mobilisés dans les interactions avec les clients mais aussi dans le processus de prise de décision.

Nos résultats montrent qu'ils existent des tensions dans l'exercice infirmier en milieu de désintoxication. Plus spécifiquement, nous avons décrit plus haut les tensions entre les fonctions relatives aux soins et celles relatives au contrôle social. Les infirmières ont exprimé le fait que soigner est leur rôle principal. Cependant, elles ont exprimé à plusieurs reprises que le soin ne peut se faire sans un contrôle des comportements et elles mettent en pratique un nombre important de mesures de contrôle et de discipline. Elles ont mentionné l'importance que prend l'évaluation de l'état des clients dans l'atteinte d'un équilibre entre soigner et discipliner. Cependant la sécurité des clients et du personnel est au premier plan dans la prise de décision entre ces deux tangentes.

La consistance dans l'application des mesures disciplinaires s'avère très importante. Malgré les politiques et les procédures, la prise de décision en ce qui concerne les mesures de contrôle et les mesures disciplinaires reposent sur une évaluation de type « cas par cas ». Chaque circonstance commande une évaluation particulière de la part de l'infirmière, de l'équipe ou de l'infirmière gestionnaire. Les sentiments et émotions vécus par les intervenants peuvent également avoir un impact important sur le processus de prise de décision. Une infirmière a bien expliqué la difficulté d'être consistant entre les membres du personnel et les problèmes que cela engendre :

Si t'es consistante il n'y a pas de problème, d'après moi. Si t'es pas consistante, il y en a qui les laisse faire (les clients), ça cause assez de problèmes. Tu sais, comme ils font (les membres du personnel infirmier) beaucoup d'exceptions. Des exceptions pour un et pas pour d'autres. Ça ne marche pas (Infirmière 3).

L'administration des médicaments est aussi une source de tension importante. Les médicaments sont utilisés pour le sevrage. Comme ces médicaments sont souvent utilisés de façons illicites par les clients, ou qu'ils en sont dépendants, les infirmières ne les administrent pas sans une évaluation spécifique. Les infirmières rapportent que les clients utilisent des subterfuges et manipulent pour obtenir des médicaments. Les médicaments de sevrage ou d'usage général semblent être une source de tension importante entre les infirmières et les clients tels que le démontrent les commentaires de ces infirmières :

Des fois on voit des clients qui sortent dehors (dans la cour extérieure) et ils parlent des médicaments qu'ils ont reçus. Bien, un autre rentre et il veut du médicament aussi. Si ça commence, il va y en avoir trois, quatre qui vont faire la même chose. Pis ça, ça arrête plus... (Infirmière 8).

Moi je dis toujours aux clients, j'ai un protocole à suivre. Si le patient devient vraiment persistant pour avoir des médicaments, il faut que tu persistes toi aussi, que tu dises « non tu ne l'auras pas » (Infirmière 4).

La manipulation ben ça c'est le trois quart, ben la demie de la clientèle. C'est plutôt la génération de ceux qui abusent les pilules. Eux c'est des gros, gros manipulateurs. Mon doux, ils veulent toujours avoir une pilule, si tu ne peux pas leur donner de pilule, bien tout d'un coup ils ont mal quelque part (Infirmière 15).

Les infirmières démontrent peu d'empathie envers les clients qui trichent et mettent en péril le traitement de d'autres clients soit en consommant des drogues sur

place soit en offrant aux autres clients, en intimidant, en utilisant de la violence ou en entretenant des relations intimes avec d'autres clients. Elles ont utilisé le terme « sabotage » à plusieurs reprises pour décrire ces états. Elles se sentent investies du droit d'imposer des mesures disciplinaires dans de tels cas; leurs interventions étant soutenues par les politiques et procédures, cela crée une tension avec les clients.

Enfin, la dernière ligne de tension que nous jugeons importante de présenter renvoie au fait que les infirmières ont exprimés ne pas savoir comment agir avec des clients ayant des comportements difficiles. Elles ont exprimés des sentiments d'impuissance et de peur face à leur nouvelle clientèle mais aussi des sentiments de « toute puissance » car elles peuvent imposées des conséquences.

Dans un hôpital les clients ont toujours raison. Quand j'ai commencé à travailler ici les clients me disaient le F word. C'était normal pour moi qu'il fallait que j'accepte ça. Je me suis aperçue avec les années qu'on est pas obligée d'accepter ces abus-là (Infirmière 4).

Les résultats présentés plus haut montrent qu'il existe des lignes de tension importantes entre les aspects disciplinaires et caritatifs du travail de l'infirmière dans cette unité de désintoxication. Les infirmières sont peu préparées à travailler dans un tel contexte, la formation étant quasi inexistante surtout sur le plan théorique. L'actualisation des pratiques survient surtout quand des problèmes surgissent avec les clients et l'on adopte généralement alors de nouvelles mesures de contrôle.

5.2.4 Stratégies d'interventions infirmières

Pour réussir à atteindre les objectifs du soin, les infirmières doivent utiliser divers types d'interventions auprès des clients, des familles et des communautés. Comme nous

l'avons vu ci-haut, le soin dans cette unité de désintoxication ne se fait pas sans mesures de contrôle des comportements des clients ni sans mesures disciplinaires. La préservation du milieu thérapeutique est la raison qu'ont fournie les infirmières pour utiliser de telles mesures dans l'exercice de leurs fonctions. Dans plusieurs entrevues, elles ont soutenu que le soin infirmier ne pourrait se faire sans règlement et sans contrôle des comportements. De plus, les infirmières ont exprimé que les attentes des familles en particulier mais aussi de la société sont importantes. La pression pour que le programme de traitement réussisse est constante et les infirmières de cette unité de désintoxication constituent les pivots du programme de désintoxication. Ce sont elles qui portent, avec l'aide des préposés aux clients, la lourde tâche de réhabiliter les clients : soigner tout en disciplinant.

Pour conclure la présentation des résultats, nous avons voulu examiner de plus près les stratégies utilisées par les infirmières pour actualiser leur double fonction soin-discipline. La prochaine section atteste de cette tentative.

Surveillance

La surveillance des activités des clients est une stratégie importante. Les activités de surveillance sont constantes et multiples : fouille à l'admission et en tout temps jugé opportun par le personnel des clients et de leurs biens personnels, surveillance des activités des clients et enfin, utilisation de caméras à plusieurs endroits stratégiques avec un moniteur central au poste des infirmières.

On a mis des caméras partout. Des fois on n'a pas assez de caméras. Parce avant ils allaient dans la salle de lavage (pour avoir des relations intimes). Ben là, on a mis une caméra là-dedans (Infirmière 15).

À chaque jour, tu surveilles. Euh, c'est toujours là. Les caméras, on jette un œil dessus (Infirmière 8).

Les infirmières utilisent les autres clients pour savoir ce qui se passe sur l'unité. Elles utilisent des incitatifs auprès de certains clients pour qu'ils leur donnent des renseignements sur les comportements des clients qu'elles ne pourraient avoir autrement. Elles protègent l'identité des délateurs :

Je parle beaucoup avec la clientèle et je sais à qui je peux parler, poser cette question-là (quelles sont les personnes qui consomment dans le Centre). Ils savent que je ne vais pas les mêler à la situation quand je vais venir à confronter les clients qui ont été nommés (Infirmière 15).

Règlements et structure

Plusieurs règlements, politiques et procédures existent pour contrôler les comportements des clients, faciliter la surveillance ou imposer des mesures disciplinaires. Les infirmières rationalisent leurs interventions disciplinaires en utilisant les règlements et les politiques. Les activités des clients sont supervisées et la structure physique de l'unité permet un encadrement des clients et un accès restreint avec l'extérieur. Les téléphones que les clients utilisent sont à portée de voix du poste de soin ce qui permet d'écouter les conversations. Il y a un horaire à suivre et des tâches à faire. Des changements peuvent être apportés aux règlements et à la structure si des problèmes surviennent.

On essaie également de limiter les relations entre clients. Cette stratégie vise à éviter que des clients qui se connaissent soient admis en même temps ou que des relations intimes se créent entre clients. Selon les infirmières, ces situations sont

nuisibles à l'atteinte des objectifs thérapeutiques du programme de traitement des clients parce que les clients impliqués mettent l'emphase sur les relations et non sur ce qu'ils ont à faire pour régler leurs problèmes. Elles s'y prennent en empêchant des clients qui se connaissent d'être admis ensemble, en avisant les clients des conséquences négatives des relations intimes entre clients, en congédiant l'un ou l'autre client si une relation nuit au traitement de ces clients ou des autres clients de l'unité, en empêchant des membres d'une familles d'être admis ensemble et enfin, en limitant ou interdisant les visites de l'extérieur. Des politiques et procédures sont en place pour encadrer ces pratiques.

Les infirmières tentent d'être consistantes dans leurs approches auprès de la clientèle et dans leur prise de décision en ce qui concerne la discipline et le contrôle des comportements des clients. Même si elles doivent faire appel à leur jugement clinique dans bien des cas, elles essaient de maintenir la structure et de faire suivre les règlements pour que les clients ne se servent pas d'elles pour obtenir des privilèges.

Mesures disciplinaires

Plusieurs conséquences négatives ou punitives peuvent être utilisées pour mettre un terme aux comportements inappropriés des clients. Les mesures utilisées sont : donner des avertissements formels ou informels, verbaux ou écrits, revoir les règlements avec le client et en expliquant à nouveau les attentes du programme et les responsabilités du client, isoler le client en salle d'isolement, et enfin, donner le congé et suspendre les services au client pour des périodes de temps explicites. La sévérité de la conséquence est habituellement proportionnelle à la sévérité de l'offense :

On va approcher le client et lui dire : « Si ça continue ton attitude, si ça ne change pas, on va te demander de t'en aller » Pis là, on le surveille (Infirmière 12).

Si on pense qu'ils consomment, on ne les garde pas. On n'a pas besoin de preuve, on a juste besoin de suspecter. On leur demande de partir. S'ils font des difficultés, on appelle la police (Infirmière 3).

Travail d'équipe

Les infirmières ont souvent mentionné l'importance du travail d'équipe comme stratégie efficace pour faire leur travail. Le travail d'équipe sert à déterminer le plan de traitement et pour donner les soins mais aussi pour décider des mesures disciplinaires à prendre et pour les mettre en action. Les autres membres de l'équipe constituent un support émotionnel important pour les infirmières. Les membres de l'équipe constituent la première ligne d'aide en cas de violence contre un membre du personnel.

L'examen

Les infirmières utilisent de nombreuses stratégies pour mieux connaître les besoins des clients et y répondre mais également pour juger de la motivation et de l'honnêteté des clients. Les infirmières font une évaluation physique et psychologique pour s'assurer que les comportements des clients ne sont pas associés à un état de sevrage qui n'est pas bien contrôlé ou au développement de complications. Elles évaluent les clients physiquement pour des signes de consommation et elles utilisent des tests de dépistage de drogue pour voir si les clients ont consommé des substances interdites durant leur séjour. Elles s'informent par l'entremise de l'évaluation psychosociale des impacts de la consommation sur le client et sa famille et elles viennent ainsi à connaître la vie privée des clients. Elles se servent de ces informations

pour éduquer le client et pour lui trouver des ressources mais également pour juger du caractère du client et des possibilités de problèmes qui peuvent survenir durant son séjour. Dans certaines situations, les infirmières vont rapporter aux autorités nécessaires des situations qui risquent de mettre la vie et la santé d'autrui en danger. Voici ce qu'une infirmière a dit concernant l'évaluation bio-psycho-sociale :

Il y a beaucoup d'information sur quelles drogues ils utilisent et quand ils ont commencé, comment ils ont commencé. Un petit peu sur tout dans leur vie en général. S'ils mangent bien, s'ils dorment bien, s'ils font des activités, des loisirs, des sports, des choses comme ça. Des questions sur la dépendance, la santé mentale, les problèmes avec la justice.... une section sur le gambling (Infirmière 8).

Utilisation des policiers

Le recours aux policiers est utilisé si le client profère des menaces à l'endroit du personnel ou des clients ou s'il devient violent ou risque de le devenir. Elle sert aussi d'incitatif pour amener le client à se calmer et à coopérer. Les infirmières se servent aussi à l'occasion de la police pour voir où les clients peuvent cacher de la drogue dans le bâtiment.

Utilisation de la relation d'aide ou de techniques d'intervention pour gérer un état de crise

Les infirmières utilisent des techniques de relation d'aide ou d'intervention en situation de crise pour aider le client qui vit un malaise émotif quelconque ou qui risque de perdre le contrôle de ses émotions. Quand elles le jugent approprié, elles donnent au client le temps de se calmer avant d'intervenir si le client, le personnel et les autres clients ne sont pas en danger :

Des fois c'est bon de les laisser s'apaiser avant que tu interviennes. Si les clients sont au téléphone pis ils parlent à leur famille pis ils viennent vraiment stressés, tu les entends crier, tu les entends pleurer. Moi je vais leur dire « baisse ta voix ». Pis par la suite ils vont raccrocher le téléphone, pis ils vont s'en aller dans leur chambre. Je ne vais pas intervenir tout de suite, les autres clients ne sont pas en danger. Je trouve des fois, c'est important qu'on leur laisse juste le temps d'absorber qu'est-ce que la famille a dit, tu sais. Après ça, s'il a pleuré, je vais aller voir (Infirmière 4).

Communication

Les infirmières communiquent verbalement entre elles les informations sur les soins administrés et sur la condition des clients. Elles le font également par le rapport enregistré en fin de quart de travail. Elles communiquent également aux autres membres du personnel les comportements des clients, les renseignements qu'elles connaissent à priori à propos des clients et les mesures qu'elles prennent pour résoudre un conflit ou faire suivre les règlements. Elles documentent également dans leurs notes tout problème du client et toute intervention faite.

Perfectionnement professionnel

Les infirmières participent aux formations qui leur sont offertes afin d'améliorer leur compétences. Ces formations ne sont pas axées strictement sur le soin infirmier mais elles permettent d'outiller les infirmières pour faire face à certaines situations de crise comme une situation de violence immédiate, des menaces de suicides ou un arrêt cardio-respiratoire. Elles souhaiteraient une meilleure formation en santé mentale et en relation d'aide, en particulier en ce qui a trait aux clients avec comportements difficiles.

Responsabiliser et éduquer le client

Les infirmières remettent aux clients la responsabilité de se comporter tel que demandé. Elles évitent d'excuser le client qui a commis une faute et elles tentent de lui faire comprendre comment il a agit et comment il aurait dû agir. Elles leur font connaître les attentes aux sujets des comportements. Le client est éduqué sur les sujets suivants : le processus de la dépendance et les outils pour cesser de consommer et maintenir son abstinence, comment réagir lors de certaines situations qui apportent des sentiments négatifs comme la frustration, comment réagir face à ses émotions, comment changer ses habitudes de vie et se protéger contre les maladies associées aux toxicomanies, et enfin, l'importance de bien prendre ses médicaments :

Il faut qu'ils comprennent la dépendance, pour quelles raisons ils essaient d'avoir ce qu'ils veulent (les médicaments). Il y a une raison pour ça. Il faut qu'ils commencent à comprendre ça parce que c'est ce qui les a amené là (Infirmière 8).

(Si un client est anxieux) Je vais m'asseoir avec et l'écouter, laisser sortir ses émotions, puis de là établir un plan. Les médicaments c'est secondaire à l'intervention. Si je vois vraiment qu'il en a besoin, je vais lui en donner. Mais bien souvent ils vont être fiers d'avoir parlé... la frustration est sortie. Puis là, je leur dit que dans la vie à l'extérieur ça va se reproduire aussi (Infirmière 4).

Maintenir sa motivation à soigner

Des infirmières ont exprimé que pour travailler dans ce milieu et réussir il faut ne pas prendre les manigances des clients au sérieux mais toujours croire qu'il est possible d'aider le client. Il faut accepter les limites de son rôle infirmier et reconnaître la chronicité de la dépendance :

(Il faut) éduquer puis encourager parce qu'il y en a qui ne sont pas prêts. Tu ne peux pas les forcer à changer, tu ne peux pas imposer. Tu peux juste encourager. Ceux qui veulent, tu les encourages, ceux qui ne veulent pas tu essaies de les encourager à changer sans les critiquer et en gardant en tête que leur problème est chronique (Infirmière 3).

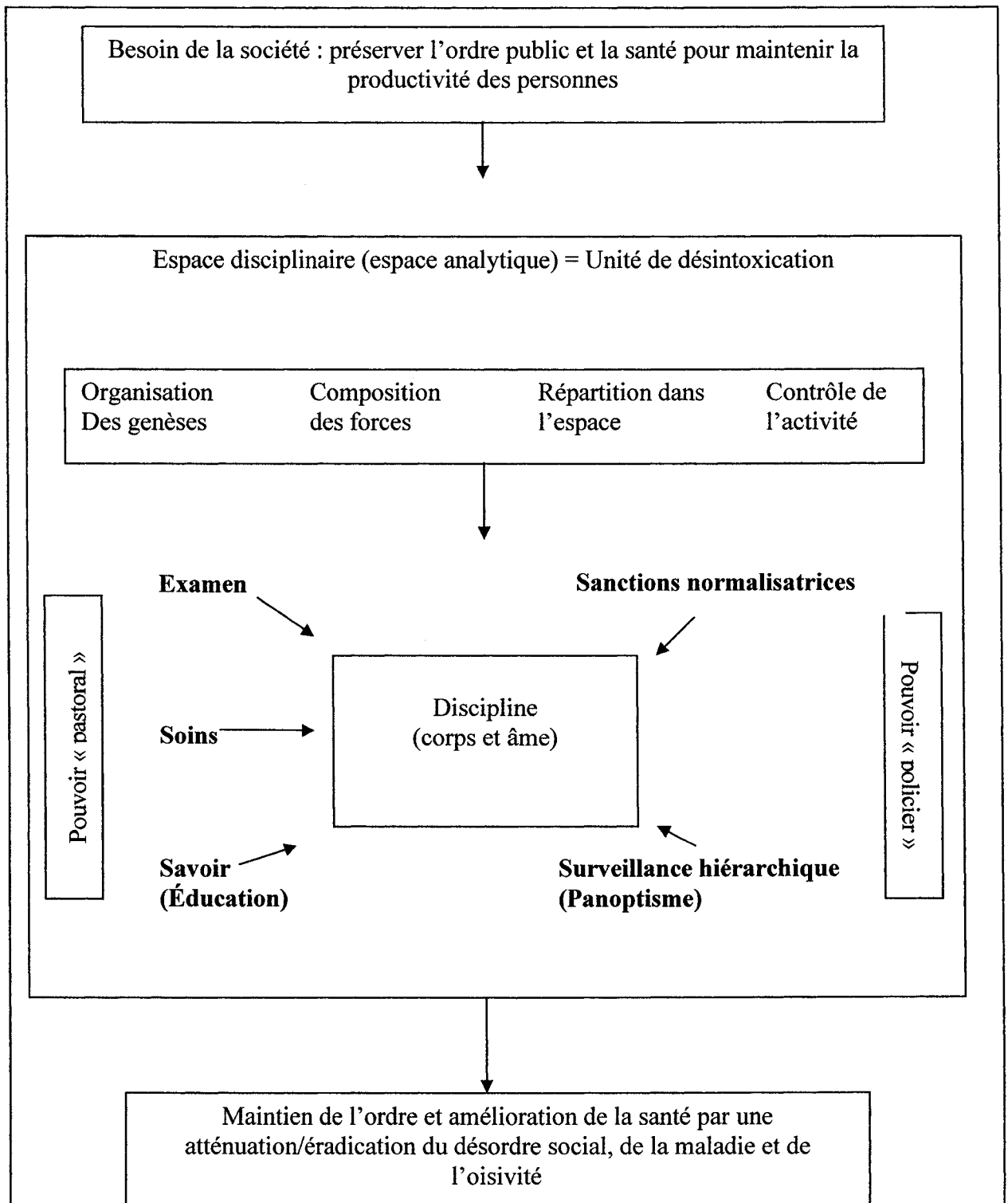
L'analyse des données a démontré que les infirmières se représentent leur rôle d'un point de vue professionnel mais aussi d'un point de vue social. Les infirmières ont également décrit implicitement ou explicitement un rôle professionnel qui s'étend au-delà du client lui-même. Ainsi, elles doivent éduquer les familles et la communauté sur la problématique de la dépendance et sur les objectifs d'un séjour en unité de désintoxication.

Cependant, les infirmières sont également appelées à remplir dans une unité de désintoxication un rôle qu'on pourrait qualifier de moins « traditionnel ». Nous avons vu que le milieu de soin observé en est un où l'on traite les clients du point de vue physique et psychologique mais aussi où l'on doit prendre des mesures pour assurer la sécurité des clients et contrôler les comportements nuisibles à l'atteinte des objectifs thérapeutiques. Or, pour pouvoir assurer cette sécurité et ce contrôle des comportements, les infirmières adoptent des rôles qu'on pourrait qualifier de non infirmier et plutôt de policiers. La représentation par les infirmières de ce rôle social est également liée aux attitudes, aux tâches, aux principes, aux attentes et à la représentation des clients. Une attitude commune est celle de la suspicion : les infirmières ont exprimés à maintes reprises leur préoccupation que quelqu'un puisse consommer dans le Centre et ce qu'elles faisaient pour le découvrir ou l'empêcher. Une tâche comme celle de la fouille,

un principe comme celui du respect des règlements, l'attente des clients que le milieu soit sans drogue et l'idée qu'un client qui triche doit être « responsabiliser », démontrent bien le rôle disciplinaire joué par les infirmières auprès de leur clientèle. Les formes de contrôle social exercées le sont dans le contexte de l'unité même mais également dans une vision sociale élargie car réhabiliter le client est une attente de la famille et de la société.

Nous avons également montré qu'il existe plusieurs situations qui créent des tensions importantes dans la dispensation des soins aux clients de l'unité. Ces agents de stress sont liés aux attentes des clients, des familles et aux infirmières elles-mêmes. Mais elles sont également le fait d'un système qui ne semble pas soutenir adéquatement ses infirmières en terme de ressources humaines, particulièrement en terme de ressources infirmières et en terme de formation professionnelle spécialisée en toxicomanie. Il est difficile de sentir une approche de traitement systémique concertée auprès des clients. Certaines stratégies mises en place et utilisées par les infirmières, particulièrement celles reliées à l'aspect disciplinaire, jettent un ombrage important sur le soin infirmier essentiel qui se fait chaque jour auprès des clients et les résultats qui en découlent sur le plan de la santé. Les infirmières ont verbalisé leur dévouement à servir cette clientèle et elles ont insisté sur le fait qu'elles tiennent à ce que les clients puissent vivre leur période de sevrage dans le confort et la sécurité. Le figure 5.1 résume l'ensemble des résultats de notre recherche.

Figure 5.1 Prestation des soins infirmiers dans une unité de désintoxication



La figure 5.1 atteste que dans un contexte foucauldien, l'unité de désintoxication constitue un espace disciplinaire où l'analyse des actions et des motivations des clients sert à promouvoir l'abstinence souhaitée par la société, puisque les comportements de dépendance sont considérés comme nuisibles au bon fonctionnement de celle-ci. Les connaissances (organisation des genèses), les forces (ressources humaines), l'espace physique et le contrôle des activités participent à la création d'un terrain propice à l'analyse des clients et à la discipline de leurs corps et de leurs âmes.

Dans ce contexte, les infirmières agissent comme agente-experte dont la mission est de modifier les habitudes des clients. Celles-ci ont recours au pouvoir pastoral qui se manifeste sous la forme de l'examen (collecte de donnée, évaluation), du soin infirmier et du savoir-expert. Ce pouvoir pastoral est utilisé en combinaison avec un pouvoir que nous qualifions de « policier » dans la mesure où elles exercent une surveillance ininterrompue des clients (surveillance hiérarchique « infirmière-client » et surveillance panoptique) et utilisent des sanctions pour assurer l'observance des clients aux règles de l'unité ainsi qu'au plan thérapeutique. La modélisation, principalement basée sur les travaux de Michel Foucault, représente la pratique infirmière en milieu de désintoxication telle que vécue par les participantes à la recherche.

CHAPITRE 6

DISCUSSION

L'analyse et l'interprétation des données recueillies lors de cette recherche ont permis l'examen de la pratique infirmière dans une unité de désintoxication à partir de quatre questions de recherche posées à priori. Les fondements théoriques de cette étude découlent des écrits de Foucault (1995) sur la discipline et le contrôle social tel que présentés dans Surveiller et punir, texte phare en philosophie politique.

Les résultats de cette recherche nous permettent d'affirmer que la définition du « thérapeutique » dans cette unité de soin de désintoxication découle en grande partie de la mission qui lui est attribuée par les instances gouvernementales. Cependant, d'autres facteurs ont un impact majeur sur la dispensation des soins infirmiers. Ces facteurs, qu'ils soient de nature familiale ou sociale, ne peuvent être ignorés par les infirmières et ils orientent de façon importante les objectifs du soin infirmier. De plus, les attentes des clients et leurs comportements influencent de façon certaine la nature des soins infirmiers dans cette unité. Les infirmières cherchent à concilier les rationalités politiques (objectifs gouvernementaux) aux soins infirmiers qu'elles offrent en mettant en place des stratégies diverses et en adoptant différents rôles. De toute évidence, le soin infirmier dans le milieu de désintoxication étudié est étroitement lié à des notions de discipline et de contrôle social.

Les résultats de cette recherche ont permis de décrire le concept de « thérapeutique » en examinant les règles et les procédures qui donnent forme à cette notion dans l'unité de désintoxication étudiée. L'analyse des données nous a permis de

constater que la notion de « thérapeutique » dans cette unité de soin découle principalement des normes provinciales en traitement des dépendances et du mandat qui est rattaché à ce service. La prestation d'un continuum de services aux personnes avec un problème de dépendance vise leur traitement et leur réadaptation et cela constitue la principale raison d'être de ces services (Landry et Lecavalier, 2003). L'unité de désintoxication est une des structures qui permet l'atteinte de ces objectifs, en offrant des services résidentiels de désintoxication afin de rendre le sevrage confortable et sécuritaire (Williams, 2001).

Nous avons constaté que la notion de sécurité prend une tangente particulière dans un tel milieu de soins. En effet, non seulement faut-il protéger le client des complications du sevrage et assurer son confort durant cette période difficile, il faut également le protéger des tentations ou des menaces qui pourraient faire échouer son traitement, dont le but ultime et attendu est l'abstinence (Landry et Lecavalier, 2003). Cet élément de sécurité a été soulevé très régulièrement dans les entrevues avec les infirmières. Pour ces dernières il est important de protéger les clients contre le « sabotage » de leur traitement, pour utiliser un terme retenu lors des entrevues. Elles se sentent donc investies de la tâche de protéger les clients contre toutes menaces pouvant nuire au traitement et la réhabilitation. Ces mesures contribuent également à la mise en place et au maintien d'un milieu congruent avec les objectifs médicaux mais aussi philosophiques du traitement, dont l'abstinence (Landry et Lecavalier, 2003).

Les avantages positifs de l'abstinence et de la sobriété des clients sont bien connus et ces avantages s'étendent aux familles des clients et à la société qui bénéficient

eux aussi des modifications comportementales assumées par les clients. La réussite totale du traitement, l'abstinence complète et permanente, constitue pour la famille et la société le but visé (Landry et Lecavalier, 2003). Les familles sont particulièrement éprouvées par le problème de dépendance et elles espèrent le règlement de ce problème à chaque admission en désintoxication (Naegle & Erickson D'Avanzo, 2001; Rassool & Gafoor, 1997). Cette attente est véhiculée auprès des infirmières de l'unité. Elles doivent atteindre cet objectif même si elles savent que la dépendance est une condition chronique et que les nouveaux modèles de traitement ne mettent pas l'emphase sur l'abstinence comme telle mais plutôt sur la réduction des méfaits, sur la motivation à atteindre l'abstinence à plus ou moins longue échéance et sur l'outillage des clients en compétences psychosociales (Therrien, 2004).

Cependant, il est difficile de concilier ces approches avec les objectifs d'une unité de désintoxication. Landry et Lecavalier (2003) ont expliqué que malgré la haute tolérance à la consommation dans une approche de réduction des méfaits, il existe des situations où un cadre et des conditions particulières sont nécessaires pour assurer la sécurité et un milieu thérapeutique.

Par ailleurs, le traitement de la toxicomanie est vu comme une stratégie importante pour régler certains fléaux sociaux : criminalité, perte de productivité au travail, abus et négligence envers les enfants, coûts élevés en soins de santé et en services sociaux. Le soin est dès lors orienté non plus seulement vers la santé des clients mais aussi vers l'éradication des problèmes sociaux engendrés par la toxicomanie. Le soin sert donc d'outil pour ramener/maintenir l'ordre social par la prise en charge de la

santé des individus dépendants ou incapables de pourvoir à leur besoins/défaillances (Goffman, 1998; Lévesque et Desmarais, 2003). Les infirmières sont bien conscientes de leur rôle à ce niveau. Lors des entrevues, elles ont parlé des clients envoyés en traitement de désintoxication par la cour de justice (au lieu de les envoyer en prison pour leur sentence).

La « justice thérapeutique » a fait son entrée sur la scène du traitement des dépendances depuis moins de deux décennies aux États-Unis et depuis quelques années seulement au Canada (Naegle, Richardson & Morton, 2004; Thomas, 2005). Cette philosophie pénale en apparence « plus douce » impose aux personnes interpellées un traitement rigoureux qui dépasse les objectifs d'une sentence pénale purgée en prison. On dit offrir aux clients l'occasion d'acquérir des compétences en santé personnelles et des compétences psychosociales afin de réduire son besoin de consommer et par extension la criminalité qui en résulte (Lévesque & Desmarais, 2003; Naegle, Richardson & Morton, 2004). Bien que l'accent soit mis sur la santé des individus, on peut en déduire que le système de justice s'attend à ce qu'un traitement de désintoxication aura le même effet ou un meilleur effet qu'une peine de prison pour réduire le risque de récidive judiciaire et donc pour protéger la société contre les impacts de la criminalité.

Cette incursion de l'appareil judiciaire dans l'appareil sanitaire entraîne des conséquences certaines sur les objectifs thérapeutiques car cette amalgamation soin-justice impose une reconfiguration du soin au client : les infirmières ne traitent plus seulement les aspects reliés à la santé physique, psychologique et sociale des clients

mais également l'aspect moral sous le couvert de la santé (Bourgois, 2000; Foucault, 1995; Landry et Lecavalier, 2003). Ainsi, le client ne doit plus cesser de consommer seulement pour son bien, et par extension pour celui de sa famille, mais il doit aussi le faire pour le *bien* de la société. Dans ce processus bio-politique (Foucault, 1990), les infirmières des unités de désintoxication deviennent garantes de la bonne conduite de ces clients lors de leur séjour. Elles doivent non seulement prodiguer des soins à ces clients mais également voir à leur bonne conduite, les surveiller par exemple en faisant passer des tests de dépistage de drogues, leur imposer au besoin des mesures disciplinaires et les rapporter à leur agent de probation s'ils ne respectent pas leur engagement à suivre un traitement et à le terminer (Naegle, Richardson & Morton, 2004). Même si elles ne peuvent obliger les clients à suivre le plan de traitement et qu'elles tentent de concentrer leurs interventions au niveau de la santé et du mieux-être de l'individu, elles sont aussi des outils au service de l'appareil pénal (Foucault, 1995; Lévesque et Desmarais, 2003).

Ainsi, malgré le bien qu'on attribue à la justice thérapeutique (Naegle, Richardson & Morton, 2004), nous questionnons le fait de demander à des infirmières de jouer un tel rôle. Bien que la dépendance soit un problème de santé, son traitement, « au nom de la loi », constitue, en partie, le lot des soins infirmiers de désintoxication.

Dans l'unité de soin étudiée, la plupart des clients sont admis sur une base volontaire. Or, les infirmières ont exprimé que les clients qui sont admis sous pression de la famille ou de la cour sont souvent ceux qui ne tiennent pas à modifier ou à cesser leurs comportements de dépendance. Certaines infirmières ont déclaré lors des entrevues

que ce sont souvent ces mêmes clients qui causent des problèmes sur l'unité. Ils sont moins enclins à suivre le plan de traitement et susceptibles de violer les règlements, ce qui a un impact important sur le reste de la clientèle et sur les interventions des infirmières. Les clients avec des troubles concomitants de toxicomanie, de santé mentale et de criminalité représentent un défi particulier pour de petites équipes de soin qui ont peu de ressources expertes (Lévesque et Desmarais, 2003).

L'assortiment de comportements non tolérés, de règlements, de mesures de surveillance et de contrôle démontre bien comment le soin infirmier sur cette unité est assorti d'une tendance disciplinaire importante. Nous n'avons pas trouvé de recherches qui aient démontrées en détail comment les infirmières perçoivent leur rôle de soignantes et comment elles interagissent avec cette clientèle dans un milieu résidentiel ou dans un cadre de justice thérapeutique. Cependant Durocher (2003), a souligné la difficulté de créer une relation de confiance dans un contexte d'autorité et Lévesque et Desmarais (2003) ont suggéré que les besoins associés à la toxicomanie peuvent augmenter le recours à des comportements violents chez les sujets avec des troubles concomitants de toxicomanie, de santé mentale et de criminalité et par le fait même le recours à des mesures importantes de contrôle des comportements par le personnel clinique.

Les résultats de la présente recherche montrent que la définition du « thérapeutique » s'articule à partir de la mission et du mandat formel qu'on confère à l'unité de désintoxication mais aussi à partir des attentes des clients, des familles, du personnel infirmier et de la société. Elle s'articule également autour d'un principe de

sécurité guidé par la volonté de protéger les clients contre les dangers physiques et l'inconfort du sevrage mais aussi contre les périls reliés à la violence possible et aux comportements « saboteurs ». Si le client doit être soigné, il faut aussi l'amener à adopter des comportements congruents avec les attentes de la famille et de la société. Le soin dans cette unité de désintoxication ne se résume donc plus à guérir le corps et l'esprit mais aussi à « dompter » l'âme et la conscience par le biais d'outils comme la relation thérapeutique (Foucault, 1995).

En voulant étudier de plus près le rôle socioprofessionnel des infirmières, nous nous sommes entre autres intéressés à la construction qu'elles se font des clients. Dans toutes les entrevues, elles ont démontré de l'empathie et de la compassion dans leurs descriptions des clients, rationalisant même les comportements non appropriés des clients. Ces justifications étaient souvent d'ordre sanitaires et sociales, traduisant en même temps le désir de soulager la souffrance physique et émotionnelle et celui de participer aux changements de la personne pour la rendre plus conforme aux attentes de la société. Par contre, elles ont aussi décrit certains clients avec des termes plutôt sévères et peu empathiques. Ces descriptions opposées des clients sont sans surprise considérant que l'aspect thérapeutique est construit non seulement autour du soin mais également autour de valeurs morales : pour guérir l'âme, il faut reconnaître le mal (Foucault, 1995).

Les infirmières se sont décrites autant dans des rôles caritatifs que dans des rôles disciplinaires. Sur l'unité de désintoxication investie par la recherche, il est dans l'ordre des choses que les infirmières se décrivent comme des infirmières compétentes, des

éducatrices de la santé ou encore des personnes attentionnées et empathiques dans les unités de désintoxication alors qu'elles se décrivent du même coup comme agente de sécurité, détective, « maman disciplinaire » et réformatrice de comportements. Nos résultats montrent, à l'instar de d'autres recherches, qu'avec une telle clientèle et dans un tel environnement, il est impossible de soigner sans gérer les comportements perturbateurs (Happell & Taylor, 1999; Holmes, 2001). La perspective « thérapeutique » des infirmières est liée aux notions de soin, de discipline et de contrôle : il faut soigner et soutenir le client tout en le protégeant contre le sabotage de son traitement. Les infirmières semblent très conscientes que leur rôle d'infirmière implique le soin et la discipline. Cependant la description de tâches des infirmières ne reflète pas cette réalité car les tâches reliées au rôle disciplinaire sont absentes. Tout comme Happell et Taylor (1999) ont fait abstraction des compétences disciplinaires quand elles ont énoncé les compétences observées chez les infirmières dans une unité de désintoxication mais elles ont reconnu que les participants à leur étude trouvaient que la gestion des comportements violents et manipulateurs faisait partie de leur rôle. Puisque ce rôle disciplinaire et de contrôle social n'est pas reconnu explicitement, nous estimons que cette omission peut empêcher la reconnaissance de ce rôle (disciplinaire) et par conséquent empêcher de questionner cette pratique qui fait partie des rôles attendus mais non avoués des infirmières.

Dans cette recherche, nous avons également mis en évidence de nombreuses lignes de tension entre les aspects disciplinaires et caritatifs de l'exercice infirmier dans une unité de désintoxication. Ces lignes de tension sont souvent le fruit de divergences

entre les valeurs et les attentes des infirmières, des clients et aussi des infirmières entre elles. Les antagonismes relevés lors de l'analyse démontrent bien les ambiguïtés auquel sont confrontées quotidiennement les infirmières. Les sentiments exprimés par les infirmières illustrent bien l'ambivalence qu'elles ressentent face à leur rôle infirmier bicéphale. De telles tensions ne sont pas rares dans des milieux de soins faisant appel à des mesures de sécurité et de contrôle des comportements (Hammer, 2000; Holmes, 2002). Certaines infirmières ont expliqué le conflit qui a surgit quand elles ont débuté leur carrières dans ce milieu. Elles se sont aperçues qu'elles pouvaient et devaient imposer des limites comportementales. Elles savaient comment soigner mais agir comme figure disciplinaire constituait une nouvelle pratique avec laquelle elles ont appris à composer avec le temps. Pour survivre dans ce milieu, les infirmières disent ne pas avoir d'autres choix que de mettre en place des mesures de contrôle autour des clients. Nous affirmons donc que l'utilisation du pouvoir disciplinaire s'explique, en partie, par les craintes qu'ont les infirmières pour leur sécurité et celle d'autrui (Hall, 2004).

Nos résultats montrent aussi que la consistance dans les prises de décision constitue une difficulté malgré les politiques et procédures en place car elles reposent souvent sur le jugement individuel (clinique) de l'infirmière. Les infirmières essaient dans la mesure du possible de prendre les décisions concernant le client en équipe ou avec d'autres infirmières, dont l'infirmière gestionnaire, mais cela n'est pas toujours possible compte tenu que les infirmières sont souvent seules à travailler par quart de travail. Il n'est pas toujours possible de remettre les décisions à plus tard, pour des

questions de sécurité et de « thérapeutique ». Elles sont les professionnelles sur qui les décisions reposent, elles se voient contraintes à prendre des décisions cliniques et disciplinaires seules ou avec l'apport du préposé en poste.

Les infirmières ont parlé de « prendre le client où il se trouve sur le continuum de sa préparation au changement » ou encore de réduire les méfaits liés à la prise d'alcool ou de drogues. Cependant, certaines infirmières ont aussi exprimé leur frustration envers les clients qui récidivent. Landry et Lecavalier (2003) ont démontré le paradoxe qui existe entre les approches de réduction des méfaits et celle de la réadaptation, cette dernière étant axée sur l'abstinence. Ils ont démontré qu'un cadre moins rigide et axée sur la réduction des méfaits peut produire des résultats intéressants sur la santé des individus avec des problèmes de dépendance et sur les problèmes sociaux conséquents. Cependant, ces auteurs ont également expliqué que des approches moins coercitives et plus tolérantes à l'égard des clients ne signifient pas nécessairement l'absence d'un cadre pour assurer la sécurité des clients et du personnel. Une clarification de l'approche « thérapeutique » d'une unité de désintoxication par rapport aux autres services de traitement des dépendances offerts pourrait sans doute aider à réduire les tensions générées par des perspectives individuelles/professionnelles divergentes (Lévesque et Desmarais, 2003; Palm, 2004).

Un autre sujet important de tension de cette unité est le cloisonnement de clients hétérogènes dans une même unité. La diversité de sexes, d'âges, d'ethnicités, de mentalités et de personnalités exige une flexibilité sur le plan clinique mais également sur le plan social considérant que l'unité est un microcosme. Il faut mettre en place des

règles pour que les interactions entre clients soient en accord avec un environnement calme, reposant, sécuritaire et thérapeutique. Les comportements qui mettent en péril un tel environnement sont sanctionnés. Les relations intimes entre clients constituent un exemple de comportements qui peuvent engendrer des problèmes entre clients et que l'on s'efforce de supprimer. Selon Egel (2003), de telles relations sont sources de problèmes de toutes sortes. Les clients peuvent expérimenter les sentiments suivants: jalousie, envie, crainte, colère ou encore le besoin de protéger le couple, le leur ou celui de d'autres clients. Il peut alors y avoir une perte de focus sur le traitement. Les infirmières croient aussi qu'une telle relation qui tourne mal accroît le risque de rechute pour les deux clients. Pour toutes ces raisons, elles exercent une surveillance pour identifier de tels comportements et tentent d'y mettre fin (Egel, 2003).

L'âge est aussi un sujet de tension. Par exemple, les clients mineurs sont admis le moins possible, car on craint les relations qu'ils pourraient développer avec les clients plus âgés. Dans les documents sur les meilleures pratiques auprès des jeunes, des femmes et des personnes âgées en toxicomanie, on suggère des milieux distincts pour ces clientèles afin de mieux répondre à leurs besoins et pour améliorer les résultats du traitement (Santé Canada, 2001a; Santé Canada, 2001b; Santé Canada; 2002). Mais comme les unités de désintoxication sont rarement vouées à des clientèles uniques, les infirmières n'ont d'autres choix que de composer avec une clientèle hétérogène, et dans ce cas-ci par le biais d'une structure disciplinaire.

6.1 Implications pour l'éducation, la pratique et la recherche

Le manque de formation spécifique dans le domaine de la toxicomanie et de la gestion de clients difficiles est également ressorti de cette recherche. Plus souvent qu'autrement, leur expertise est acquise en cours d'emploi et sans réels mécanismes d'apprentissage. Les infirmières rencontrées sont suffisamment sensibles à cette réalité et s'engagent d'elles-mêmes à aider les nouvelles venues à s'adapter au milieu. Cependant, si l'on considère les exigences du travail, l'utilisation de mécanismes de contrôle et de discipline à l'endroit des clients peut constituer une réponse à un manque de compétences théoriques des infirmières dans le domaine de la toxicomanie. Certaines infirmières ont exprimé qu'elles sont compétentes pour traiter les symptômes physiques des clients mais qu'elles sont moins bien « équipées » en ce qui a trait aux comportements des clients. La toxicomanie étant considérée comme une spécialité infirmière, il faudrait concilier cette réalité avec une formation et le développement de compétences spécifiques (Finnell, Garbin & Scarborough, 2004; Happell & Taylor, 1999). Les composantes relatives à la gestion des clients jugés difficiles, à la prise de décision et aux principes éthiques devraient faire partie de cette formation spécialisée.

Malgré l'absence de formation spécialisée, les infirmières ne manquent pas de stratégies pour faire face aux nombreux défis qu'elles rencontrent auprès de leur clientèle. De toutes celles recensées durant les entrevues, la surveillance est de loin celle qui a été la plus rapportée et il faut l'avouer, avec une certaine insistance sur son importance. Les infirmières rationalisent cette surveillance par le besoin d'identifier toute situation pouvant mettre la sécurité des clients et du personnel en danger et par le

besoin de préserver la mission d'aider les clients à atteindre les objectifs thérapeutiques. Pour surveiller les agissements des clients, plusieurs mécanismes sont utilisés : fouille, ronde de surveillance, caméra de surveillance, écoute des conversations des clients entre eux ou au téléphone. Enfin, il y a aussi l'usage des clients comme délateurs ou espions, surtout en ce qui concerne la consommation illicite de drogues, alcool et médicaments sur l'unité. Cette surveillance est également discutable sur le plan éthique (Hall, 2004; Holmes, 2001).

La sauvegarde de l'environnement thérapeutique est un aspect qui demande beaucoup d'énergie de la part des infirmières. Il faut préserver un équilibre entre cet aspect et celui de donner les soins et l'éducation nécessaires pour aider les clients durant le sevrage et les mener vers le début de la phase de rétablissement. C'est un jeu de balancier délicat considérant le peu de ressources professionnelles disponibles sur la majorité des quarts de travail et les attentes envers le programme et les infirmières. Plusieurs infirmières ont exprimés durant les entrevues que sans structure, le soin serait impossible et les clients ne pourraient pas progresser dans leurs objectifs personnels. Cette constatation a déjà été faite par Holmes (2002) dans sa recherche en milieu correctionnel.

Le recours à des mesures disciplinaires est une autre stratégie utilisée par les infirmières pour contrôler les comportements individuels ou collectifs des clients sur l'unité. Si certaines mesures donnent la chance aux clients de se racheter, par exemple par l'attribution d'avertissements, d'autres sont plus catégoriques. Considérant certaines de ces mesures comme punitives et exemplaires, elles sont rationalisées par le besoin du

client d'être prêt pour son traitement, ce qui est en contradiction avec les approches de réduction des méfaits et de changement motivationnel (Landry et Lecavalier, 2003). Sur le plan de la pratique clinique, nous estimons que les infirmières doivent être conscientes de ce pouvoir disciplinaire et l'utiliser judicieusement dans un cadre bien défini.

En bref, le soin infirmier dans cette unité de désintoxication est étroitement assorti d'un contrôle social omniprésent afin de garder le milieu apte à l'administration des soins et afin de permettre l'atteinte des rationalités politiques de l'abstinence. Ce contrôle est exercé à l'aide d'une discipline des corps et de l'esprit par l'utilisation de techniques diverses : surveillance, examen, éducation et mesures disciplinaires pour nommer les plus importantes. Comme dans les milieux psychiatriques, les infirmières croient qu'il est impossible d'administrer des soins sans de telles mesures, la sécurité des clients et du personnel étant le moteur de ce besoin de contrôle (Grace, Fry and Schultz, 2003; Hall, 2004; Holmes, Kennedy et Perron, 2004; Holmes, 2002).

Peu de recherches ont étudié le soin infirmier en unité de désintoxication et les écrits cliniques sur ce sujet abordent peu la dynamique « politique » qui existe entre les clients et les infirmières. Nous estimons que cette dynamique devrait faire l'objet de recherches futures, par exemples en répétant l'étude à plus grande échelle ou encore en s'intéressant à ce que les clients ont à dire sur le sujet du soin et du contrôle social. Entre-temps, nous pensons que les infirmières travaillant dans le domaine de la désintoxication devraient entreprendre un questionnement sur les approches thérapeutiques et disciplinaires qui sous-tendent leurs pratiques. Le regroupement de ces

infirmières en groupe d'intérêt permettrait sans doute à ces infirmières de pouvoir examiner ensemble les pratiques et les défis dans leur domaine de pratique.

6.2 Limites de l'étude

La rigueur scientifique de la recherche qualitative est associée à l'adhérence à une perspective philosophique, à une collecte de donnée minutieuse et à l'examen de toutes les données de recherches obtenues (Burns & Grove, 2001; Bardin, 1985). En partant de la prémisse que le soin infirmier dans une unité de désintoxication est assorti d'un contrôle social et disciplinaire important, cette perspective philosophique a guidé ces travaux de recherche tout au long du parcours. Les questions de recherche ont été construites en nous basant sur cette proposition et le cadre théorique choisi était capable de faire ressortir les éléments associés à la discipline et au contrôle social (Foucault, 1995).

La méthodologie a permis d'obtenir et d'analyser des données de trois sources soient des données obtenues par l'observation du milieu, par l'examen de documents écrits et par des entrevues auprès d'infirmières de l'unité, permettant ainsi une triangulation méthodologique des résultats (Burns et Groves, 2001). Les résultats de cette étude sont limités par le fait que seulement six entrevues ont été faites auprès d'infirmières, ce qui était cependant le nombre d'entrevues souhaitées. Puisque les entrevues étaient de type semi-structuré, les éléments de réponses ont varié d'une infirmière à l'autre et ont produit des données multiples. Cependant, dans l'ensemble, une saturation des données a été observée dès la cinquième entrevue mais la sixième entrevue a également été conduite comme prévue. Les infirmières interviewées ont

semblé bien à l'aise durant les entretiens et plusieurs ont exprimé qu'elles avaient aimé l'opportunité de pouvoir parler de leur travail.

Lors de l'analyse des données, les principes suivants ont été observés : l'exclusion mutuelle, l'homogénéité et la pertinence (Bardin, 1985). Les données ont été codées en éléments thématiques puis recodées en catégories thématiques découlant des questions de recherche et des fondements théoriques. Certaines réponses ou parties de réponses des infirmières ont été sélectionnées pour mieux illustrer les résultats obtenus. Il s'agit là d'une autre limite de cette étude. La présente recherche peut seulement être considérée comme un portrait du soin infirmier dans une unité de désintoxication spécifique en ce qui a trait aux rationalités politiques et aux pratiques que les infirmières adoptent pour rencontrer les objectifs thérapeutiques. Il n'est pas suggéré que ces résultats soient représentatifs des pratiques de toutes les infirmières travaillant dans ce domaine. Cependant, ces résultats sont suffisamment intéressants pour les organisations qui offrent des soins infirmiers dans des milieux similaires à cause de la portée qu'ils peuvent avoir sur les aspects thérapeutiques et éthiques.

CONCLUSION

Les résultats de cette recherche montrent que le soin infirmier dans une unité de désintoxication est assorti de composantes caritatives et disciplinaires qui se juxtaposent continuellement. Les infirmières qui ont participé à cette étude ont clairement exprimé qu'il leur serait impossible de soigner la clientèle sans la structure, les mécanismes de contrôle et les mesures disciplinaires dont elles disposent. L'examen des données de l'observation du milieu et des documents écrits a corroboré l'existence de telles pratiques, qui sont entérinées, du moins en partie, par la direction sous formes de politiques et procédures. Ces résultats diffèrent de ceux obtenus entre autres par Happell et Taylor (1999) qui n'ont pas identifié/démonstré l'articulation soin-discipline dans un contexte de traitement des dépendances. Les résultats de notre recherche montrent au contraire que l'unité de désintoxication est un espace de soins certes, mais aussi un espace disciplinaire. En effet, plusieurs « technologies » de l'ordre de la surveillance, de la sanction et de la restriction des comportements et alliances (entre les clients) sont présentes afin d'assurer, selon les infirmières rencontrées, la réussite des objectifs thérapeutiques.

Une perspective politique, telle que celle utilisée dans le cadre de cette recherche, permet de mettre en lumière certains aspects de la pratique infirmière qui dépassent la rhétorique courante qui veut que le soin infirmier soit apolitique. Au vue de nos résultats, nous estimons que seule une étude critique des milieux de soins permet d'exposer les aspects relatifs au contrôle social assumés par le personnel infirmier.

RÉFÉRENCES

- Alcoholics Anonymous (2005). *The big book online* (4^e éd.) Récupéré de http://www.aa.org/bigbookonline/fr_BigBook_chapt5.pdf.
- Allen, K. (1993). Current morale issues that impede the caregiving process of substance abuse/addictions nurses. *Issues in Mental Health Nursing*, 14, 293-303.
- American Psychiatric Association (1996). *DSM-IV : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris : Masson.
- Armstrong, F. (2001). Turning point in addiction. *Australian Nursing Journal*, 8(7), 17.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2002a). La pratique infirmière avancée [Énoncé de position]. Ottawa : Auteur.
- Bardin, L. (1985). *L'analyse de contenu*. Paris: Presses universitaires de France.
- Bourgois, P. (2000). Disciplining addictions : the bio-politics of methadone and heroin in the United States. *Culture, Medecine and Psychiatry*, 24, 165-195.
- Brands, B., Kahan, M., Selby, P. & Wilson, L. (2000). *Management of Alcohol, Tobacco and Other Drug Problems*. Toronto : Center for Addiction and Mental Health.
- Bureau de l'alcool, des drogues et des questions de dépendance. (1997). *Évaluation du Programme des conducteurs avec faculté affaiblies de la Fondation manitobaine de lutte contre la dépendance* (pp. 2-7). Santé Canada : Ottawa.
- Burns, N. & Grove, S.K. (2001). *The practice of nursing research : conduct, critique & utilization* (4^e éd.). Philadelphia : W.B. Saunders Company.
- Carrier, N. & Quirion, B. (2003). *Les logiques de contrôle de l'usage des drogues illicites : la réduction des méfaits et l'efficacité du langage de périllisation. Drogues, santé et société*. Récupéré le 15 septembre 2005 de <http://www.drogues-santé-societe.org>.
- Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. (2002). *Répertoire des organismes de lutte contre les dépendances au Canada*. Ottawa : Auteur.

- Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. (2004, 10 mai). *Une nouvelle étude examinera de nouveau l'incidence de l'abus de substance sur la société canadienne*. Récupéré de <http://www.ccsa.ca/NR/rdonlyres/5E21FBD3-0899-4A3C-93BF-DDD7D04E4834/0/ccsanewrel20040510f.pdf>.
- Centre de recherches médicales du Canada. 1998. *Éthique de la recherche avec des êtres humains*. Auteur
- Clegg, S. (1998). Foucault, power and organizations. Dans A. McKinlay & K. Starkey (Éds). *Foucault, management and organization theory*. Thousand Oaks : Sage.
- Conseil canadien d'agrément des établissements de santé. (2004). *Mesures implantées pour le renouveau de l'évaluation : Services de toxicomanie et de lutte contre l'obsession du jeu*. Auteur.
- Dean, M. (1999). *Governmentality : Power and Rule in Modern Society*. London : Sage Publications Ltd.
- Durocher, L. (2003). La relation d'aide en contexte de surveillance. *L'intervenant du Québec*, 19(03), 20-21.
- École Polytechnique de Montréal. Politique sur la consommation de boissons alcoolisées dans le cadre d'activités sociales et de détente. Récupéré le 12 octobre 2005 de http://www.polymtl.ca/sg/docs_officiels/1310act2.htm.
- Egel, D. (2003). Rehab romance. *Journal of Addictions Nursing*, 14, 97-100.
- Ewald, F. (1988). Un pouvoir sans dehors. In Michel Foucault, philosophe : rencontre internationale, Paris 9, 10, 11 janvier. Paris : Seuil.
- Finnell, D.S., Garbin, M. & Scarborough, J. (2004). Advanced practice addictions nursing specialty certification. *Journal of Addictions Nursing*, 15, 37-40.
- Foucault, M. (1995). *Surveiller et punir*. Paris : Gallimard.
- Foucault, M. (1990). *Histoire de la sexualité – tome 1*. Paris : Gallimard.
- Foucault, M. (1980a). Truth and Power. Dans C. Gordon (Éd) *Power/Knowledge and selected interviews & other writings 1972-1977 by Michel Foucault*. (pp.109-133) New York : Pantheon Books.

- Foucault, M. (1980b) The eye of power. Dans C. Gordon (Éd) *Power/Knowledge and selected interviews & other writings 1972-1977 by Michel Foucault* (pp.146-165). New York : Pantheon Books.
- Foucault, M. (1988). *Politics, Philosophy, Culture : Interviews and other writings of Michel Foucault, 1977-1984*. New York : Routledge, Chapman & Hall, Inc.
- Foucault, M. (1994). L'intellectuel et les pouvoirs. Dans D. Defert & F. Ewald Dits et écrits tome 4. Paris : Éditions Gallimard.
- Gafoor, M. (1997). Substance misuse and Mental Health. Dans G. H. Rassool & M. Gafoor *Addiction nursing : perspectives on professional and clinical practice* (pp. 152-160). Cheltenham : Stanley Thomas Publishers Ltd.
- Goffman, E. (1998). *Asiles*. Paris: Éditions de Minuit.
- Gold, F. (2003). Supervised injection facilities. *Canadian Nurse*, 99 (2), 14-18.
- Grace, P.J., Fry, S.T. & Schultz. (2003). Ethics and human rights issues experienced by psychiatric-mental health and substance abuse registered nurses. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 9(1), 17-23.
- Gros, F. (1996). Que sais-je? Michel Foucault. Paris: Presses Universitaires de France.
- Hall, B. Methods: What is ethnography? Récupéré le 10 décembre 2005 de <http://www.sas.upenn.edu/anthro/CPIA/METHODS/Ethnography.html>
- Hall, J. E. (2004). Restriction and control : the perceptions of mental health nurses in a UK acute inpatient setting. *Issues in Mental Health Nursing*, 25, 539-552.
- Hammer, R. (2000). Caring in forensic nursing : expanding the holistic model. *Journal of Psychosocial Nursing*, 38(11), 18-24.
- Hammersley, M. & Atkinson, P. (1995). *Ethnography : Principles in practice* (2^e éd.). New York : Routledge.
- Hamric, A.B. et al. (2000). *Advanced nursing practice: an integrative approach*. Philadelphia: W.S. Saunders.
- Happell, B. & Taylor,C. (1999). We may be different, but we are still nurses; an exploratory study of drug and alcohol nurses in Australia. *Issues in Mental Health Nursing*, 20, 19-32.

- Hasselbrock, M.N., Hasselbrock, V.M. & Epstein, E. E. (1999). Theories of ethiology of alcohol and other drug use disorders. Dans B. S. McCrady & E. E. Epstein (Éds), *Addictions : A comprehensive guidebook* (pp. 50-72). New York : Oxford University Press.
- Hein, E.C. (1998).
- 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, 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., Kennedy, S.L. & Perron, A.(2004). The mentally ill and social exclusion; a critical examination of the use of seclusion from the patient's perspective. *Issues in Mental Health Nursing*, 25, 559-578.
- Hyman, Z. (2004). Historical Interpretations of alcohol use and misuse: implications for nursing curricula. *Journal of Psychosocial Nursing*, 42(11), 46-55.
- International Council on Alcohol and Addictions. (2005). *Alcohol*. Récupéré sur page web le 22 aout de <http://www.icaa.ch/>.
- International Nurses Society on Addictions. (1979). *The role of the nurse in Alcoholism*. Récupéré le 30 décembre 2004 de <http://intnsa.org/pospapers/nurserole.html>.
- Kadden, R.M. & Skerker, P.M. (1999). Treatment decision making and goal setting. Dans B. S. McCrady & E. E. Epstein (Éds), *Addictions : A comprehensive guidebook* (pp. 216- 231). New York : Oxford University Press.
- Kahan, M. (2000). Polysubstance abuse. Dans B. Brands, M. Kahan, P. Selby & L. Wilson (Éds) *Management of alcohol, tobacco and other drug problems*(pp. 303-306). Toronto : Center for Addiction and Mental Health.
- Kahan, M. Selby, P. & Wilson L. (2000). Pharmacotherapy in treatment. Dans B. Brands, M. Kahan, P. Selby & L. Wilson (Éds) *Management of alcohol, tobacco and other drug problems* (pp. 54-56). Toronto : Center for Addiction and Mental Health.
- Kahan, M. & Wilson, L. (2000). Alcohol withdrawal. Dans B. Brands, M. Kahan, P. Selby & L. Wilson (Éds) *Management of alcohol, tobacco and other drug problems*(pp. 76-86). Toronto : Center for Addiction and Mental Health.
- Konrad, S. (2004). Nursing Addictions Services. *Alberta RN*, 60(11), 8-9.

- Labrie, V. (1982). *Précis de transcription de documents d'archives orales*. Québec : Institut Québécois de recherche sur la culture.
- Landry, M. & Lecavalier, M. (2003). L'approche de réduction des méfaits : un facteur de changement dans le champ de la réadaptation en toxicomanie. *Drogues, santé et société*, 2(1), 1-16.
- Le nouveau Petit Robert. (2004). Paris : Dictionnaire Le Robert.
- Lévesque, M. & Desmarais, J. (2003) Toxicomanie, santé mentale et criminalité, une approche interdisciplinaire intégrée pour les délinquants adultes au centre régional de santé mentale du SCC-Québec. *L'intervenant du Québec* 19(03), 16-18.
- Lincoln, Y. & Guba, E.G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, California : Sage Publications, Inc.
- Marlatt, G.A. & Gordon, J.R. (1985). *Relapse prevention : Maintenance strategies in the treatment of addictive Behavior*. New York : Guilford Press.
- McFarland, G.K., Wasli, E.L. & Gerety, E.K. (1999). Santé mentale : démarche de soins et diagnostics infirmiers. Masson : Paris.
- McHoul, A. & Grace, W. (1997). *A Foucault primer : Discourse, Power and the subject*. New York : New York University Press.
- Ministère de la santé et des services communautaires et l'Association des soins de santé du Nouveau-Brunswick. (1999) *Normes Hospitalières du Nouveau-Brunswick : XXII-Normes des services de traitement des dépendances*. Fredericton : Auteur.
- Ministère de la santé du Nouveau-Brunswick: Services de traitement des dépendances et Santé mentale. (2006). *Services provinciaux de traitement des dépendances du Nouveau-Brunswick : Ordres permanents et protocole de sevrage des drogues*. Auteur.
- Moak, D.H. & Anton, R.F. (1999). Alcohol. Dans McCready, B.S. & Epstein, E.E. *Addictions : a comprehensive guidebook* (pp. 75-94). New York : Oxford University Press, Inc.
- Mueser, K.T., Noordsy, D.L., Drake, R.E. & Fox, L. (2003). *Integrated treatment for dual disorders*. New York: The Guilford Press.

- Naegle, M. (2001). Mental Health and substance-related health care. Dans M.A. Naegle & C. Erickson D'Avanzo *Addictions and substance abuse : strategies for advanced nursing practice*. Upper Saddle River, New Jersey : Prentice-Hall, Inc.
- Naegle, M.A. & Erickson D'Avanzo, C. (2001). *Addictions and substance abuse : strategies for advanced nursing practice*. Upper Saddle River, New Jersey : Prentice-Hall, Inc.
- Neagle, M., Richardson, H. & Morton, K. (2004). Rehab instead of prison : drug courts provide opportunities for nurse practionners. *American Journal of Nursing*, 104(6), 58-61.
- Nettina, S.M. (Éd). (2001). *The Lippincott manual of nursing practice (7^e éd)*. Philadelphie : Lippincott Williams & Wilkins.
- Nowinski, J. (1999). Self-Help groups for addictions. Dans B. S. McCrady & E. E. Epstein (Éds), *Addictions : A comprehensive guidebook* (pp. 328-346). New York : Oxford University Press.
- Office sur les drogues et le crime de l'Organisation des Nations-Unies. (2005). Récupéré le 10 octobre 2005 de www.unodc.ca/français.
- Organisation mondiale de la santé. (2004). Rapport mondial sur la santé. Récupéré le 24 août de <http://www.who.int/publications/en/>.
- Palm, J. (2004). The nature and responsibility for alcohol and drug problems : views among treatment staff. *Addiction Research and Theory* 12(5) 413-431.
- Patton, P. (1992). Le sujet du pouvoir chez Foucault. *Sociologie et sociétés*, 24 (1), 91-102.
- Peretz H. (1998). *Les méthodes en sociologie. L'observation*. Paris : La Découverte.
- Perkinson, R.R. (1990). Love in the treatment center. *Professional Counselor*, 5(1), 38-59.
- Perron, A. & Holmes, D. (2006). Advanced Practice: A Clinical or Political Issue? *Canadian Nurse*, 102(7), 26-28, 35.
- Porter, S. (1998). Postmodernism and Foucault. Dans auteur. *Social theory and nursing practice* (pp. 204-226). London : Macmillan.
- Prochaska, J.O. et al. (1982). Transtheoretical approach: Toward a more integretive model of change. *Psychotherapy: Theory, research, and Practice*, 19, 276-288.
- Quigley, L. A. & Marlatt, G.A. (1999). Relapse prevention : maintenance of change after initial treatment. Dans B. S. McCrady & E. E. Epstein (Éds), *Addictions : A comprehensive guidebook* (pp. 370-384). New York : Oxford University Press.

- Rassool, G.H. (1997). Addiction : global problem and global response. Complacency or commitment. *Journal of Advanced Nursing*, 32(3), 505-507.
- Rassool, G.H. & Gafoor, M. (1997). *Addiction nursing : Perspectives on professional and clinical practice*. Cheltenham : Stanley Thornes Publishers Ltd.
- Rassool, G.H. & Villar-Luis, M. (2004). Tackling drug and alcohol misuse in Brazil : priorities and challenges for nurses. *International Nursing Review*, 51, 201-207.
- Regional addictions services statistics. (2005). Fredericton, New Brunswick.
- Rich, P. & Copans, S.A. (2000). *The healing journey through addiction*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Santé Canada. (1999). *Meilleures pratiques- Alcoolisme et toxicomanie – Traitement et réadaptation*. Ottawa, Canada : Ministère des travaux publics et services gouvernementaux.
- Santé Canada. (2001a). *Meilleures pratiques- Traitement et réadaptation des jeunes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues*. Ottawa, Canada : Ministère des travaux publics et services gouvernementaux.
- Santé Canada. (2001b). *Meilleures pratiques- Traitement et réadaptation des femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues*. Ottawa, Canada : Ministère des travaux publics et services gouvernementaux.
- Santé Canada. (2002). *Meilleures pratiques- Traitement et réadaptation des personnes âgées ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues*. Ottawa, Canada : Ministère des travaux publics et services gouvernementaux.
- Sheehan, T. & Owen, P. (1999). The disease model. Dans B. S. McCrady & E. E. Epstein (Éds), *Addictions : A comprehensive guidebook* (pp. 268-286). New York : Oxford University Press.
- Single, E.W. & coll. (1996). *The economic costs of substance abuse in Canada*. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
- Statistiques Canada, (2002). Hospitalizations for mental disorders, by cause. Récupéré le 24-03-30 dans le site <http://www40.statcan.ca/101/cst01/health56a.htm>.
- Stockwell, T. (1987). The exeter home detoxification project. Dans *Helping the problem drinker : a new initiative in community care* (p. 191). T. Stockwell & S. Clement (Éds). London : Groom Helm.

- Therrien, A. (2004). Arrimage idéologique entre les approches conventionnelle de la réduction des méfaits et de la gestion expérientielle : 1^{ère} partie. L'intervenant du Québec 19(04), 10-17.
- Thomas, G. (2005). Politiques et programmes de réduction des méfaits à l'intention des personnes ayant des démêlés avec le système de justice pénal. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
- Weberman, D. (1995). Foucault's reconception of power. *The Philosophical Forum*, 26, 189-217.
- Williams, S. (2001). Introducing an in-patient treatment for alcohol detoxification into a community setting. *Journal of Clinical Nursing*, 10, 635-642.

*Appendice A***Plan de présentation Power Point aux infirmières**

Plan de présentation Power-Point aux infirmières

Les soins infirmiers en milieux de désintoxication : entre soins et contrôle social

Nicole Brideau, Inf. BScInf.

Étudiante à la maîtrise- Université d'Ottawa

Buts de l'étude

- décrire le contexte de la prestation des soins infirmiers dans une unité de désintoxication
- décrire les fonctions de l'infirmière sur les plans caritatifs et disciplinaires
- décrire les lignes de tensions qui existent dans ces fonctions et les stratégies infirmières qui permettent la rencontre des objectifs du soin dans une unité de désintoxication.

Participation

- répondre aux questions de la chercheuse lors de ses périodes d'observation sur l'unité
 - les observations faites concerneront le milieu physique, le fonctionnement général de l'unité, les processus de soin et de prise de décision et le rôle de l'infirmière dans ce milieu
- participer à une entrevue d'environ une heure sur mon rôle d'infirmière dans une unité de désintoxication
- écouter la cassette et relire la transcription pour m'assurer que mes réponses et commentaires sont exacts. Cette tâche devrait également prendre environ une heure.

Risques

- votre participation à cette recherche implique que vous donniez de l'information sur votre rôle et votre travail, il est possible que cela crée un inconfort émotionnel
- vous pourrez refuser de répondre à des questions et des mesures seront prises pour assurer votre anonymat et la confidentialité de vos propos
- l'employeur est également d'accord pour que les infirmières participent à cette recherche et il a assuré la chercheuse qu'aucune démarche contre les participantes ne pourrait être entreprises suite à cette recherche
- Je peux me retirer de la recherche en tout temps en avisant verbalement la chercheuse

Bienfaits

- La recension des écrits montre qu'il y a peu de recherches dans ce milieu de soins infirmiers. Cette recherche pourra permettre une meilleure compréhension du soin et la recherche subséquente de stratégies pour l'améliorer.

Confidentialité et anonymat

- seuls la chercheuse et son superviseur auront accès aux données

- les données (réponses, commentaires) seront amalgamées avec celles des autres participants-participantes et présentées de cette façon ou dans une forme thématique ou analytique dans le rapport de thèse ou dans un article scientifique
- les noms des participants-participantes ne seront pas dévoilés d'aucune façon et ceux-ci seront identifiés par des nombres de 1 à 20 choisis, un numéro étant attribué au hasard à chacun.

Conservation des données

- Les données recueillies seront conservées de façon sécuritaire sous clé au domicile de la chercheuse et au bureau du superviseur de thèse durant la durée de la recherche; une fois la thèse déposée, ces données seront préservées de façon sécuritaire au bureau du directeur de thèse pour une période maximale de cinq ans, selon les exigences de l'Université d'Ottawa.

Participation volontaire

- Ma participation à la recherche est volontaire et je suis libre de me retirer en tout temps, et/ou refuser de répondre à certaines questions, sans subir de conséquences négatives. Si je choisis de me retirer de l'étude, les données recueillies jusqu'à ce moment seront immédiatement détruites.

Questions

Appendice B

Grille d'observation

Grille d'observation

Catégories d'observation	Éléments à observer
Inventaire des objets, outils et instruments nécessaires aux actions et leur usage	Présence ou non de caméra de surveillance, de milieu fermé, les fenêtres et porte, matérielle de sécurité, accès téléphonique d'urgence, affiches, système informatique.
Règles formelles et informelles	Politiques et procédures, liste des règlements, affiches, consignes, horaires, rapport d'incident.
Les professionnels	Affiliation des professionnels, hiérarchie, division du travail, tenue vestimentaire.
Les utilisateurs	Nombres de clients et sexes biologique.
Usages du lieu	Activités quotidiennes, routines, soins et support, éducation, médicaments, sevrage, tenue de dossier, suivi des problèmes et conflits.
Site et environnement	Quartier, genre d'établissement, accès physique et clinique, appartenance au réseau de la santé, contacts avec les autres unités de la province.

Adapté par Nicole Brideau (2007) de Peretz H. (1998). *Les méthodes en sociologie. L'observation*. Paris : La Découverte.

Appendice C

Grille d'entrevue

Grille d'entrevue

1. Comment vous représentez-vous votre rôle d'infirmière dans une unité de désintoxication et quelle perspective thérapeutique guide votre pratique ?
2. Pouvez-vous me décrire l'éventail de vos tâches et responsabilités par rapport aux soins des clients ?
3. Pouvez-vous m'expliquer ce qu'est un milieu thérapeutique et sécuritaire et m'expliquer votre rôle par rapport à cet aspect ?
4. À votre idée, quels sont les problèmes au niveau de la sécurité qui sont les plus importants et les moins importants ?
5. Pouvez-vous m'expliquer les difficultés rencontrées concernant les comportements des clients et me citer en exemples des comportements de ceux-ci qui commandent une intervention de votre part ?
6. Comment gérez-vous un problème, un conflit ou des comportements non appropriés avec un client ?
7. Vous sentez capable de gérer les problèmes et les conflits avec les clients ?
8. À votre avis, votre formation initiale vous permet-elle de rencontrer les défis qui sont impliqués dans votre rôle d'infirmière en milieux de désintoxication
9. Selon vous, quelles stratégies devraient être utilisées dans le cas de clients :
 - a. Anxieux et agité
 - b. Manipulateur
 - c. Menaçant

Appendice D

Formulaire de consentement

Formulaire de consentement

Titre du projet: Les soins infirmiers en milieux de désintoxication : entre soins et contrôle social

Nom de la chercheuse : Nicole Brideau, Inf., BScInf.
Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières
Écoles des sciences infirmières
Faculté des sciences de la santé
Université d'Ottawa

Nom du superviseur de thèse : Dave Holmes, Inf., PhD
Professeur agrégé
Écoles des sciences infirmières
Faculté des sciences de la santé
Université d'Ottawa

Invitation à participer: Je suis invité(e) à participer à la recherche nommée ci haut qui est menée par Nicole Brideau et Dave Holmes.

But de l'étude: Le but de la recherche est de décrire le contexte de la prestation des soins infirmiers dans une unité de désintoxication, en particulier ce qui concerne l'encadrement thérapeutique. Les objectifs de la recherche sont de décrire les fonctions de l'infirmière sur les plans caritatifs et disciplinaires, les lignes de tensions qui existent dans ces fonctions et les stratégies infirmières qui permettent la rencontre des objectifs du soin dans une unité de désintoxication.

Participation: Ma participation consistera à répondre aux questions de la chercheuse lors de ses périodes d'observation sur l'unité. Ces périodes d'observation consisteront en trois quarts de travail de huit heures de 08h00 à 16h00 et en deux quarts de travail de huit heures de 16h00 à 24h00. Les observations faites concerneront surtout le milieu physique, le fonctionnement général de l'unité, les processus de soin et de prise de décision et le rôle de l'infirmière dans ce milieu. Il n'y aura pas d'interactions avec les clients ou d'observations directes des clients. Ma participation consistera également à participer à une entrevue d'environ une heure sur mon rôle d'infirmière dans une unité de désintoxication. Cette entrevue sera enregistrée sur audiocassette avant d'être retranscrite par écrit. Je serai demandé par après d'écouter la cassette et de relire la transcription écrite pour m'assurer que mes réponses et commentaires étaient exacts. Cette tâche devrait également prendre environ une heure.

Risques: Je comprends que puisque ma participation à cette recherche implique que je donne de l'information sur mon rôle et mon travail, il est possible qu'elle crée un certain inconfort émotionnel. J'ai reçu l'assurance du chercheur que tout sera fait en vue de minimiser ces risques. Ainsi, je pourrai refuser de répondre à des questions et des mesures décrites ci-dessous seront prises pour assurer mon anonymat et la confidentialité de mes propos. Mon employeur est également d'accord pour que les infirmières de mon unité participent à cette recherche et il a assuré la chercheuse qu'aucune démarche contre les participantes ne pourraient être entreprises suite à cette recherche. Je pourrai également me retirer de cette recherche en tout temps en informant la chercheuse verbalement.

Bienfaits: Ma participation à cette recherche aura pour effet de décrire le travail et le rôle de l'infirmière dans une unité de désintoxication, en particulier comment elle contribue au maintien d'un encadrement thérapeutique et comment elle contribue aux atteintes des objectifs de ce service de soin. La recension des écrits faite a démontré peu de recherche dans ce milieu de soin infirmier. Cette description peut permettre une meilleure compréhension du soin et la recherche subséquente de stratégies pour l'améliorer.

Confidentialité et anonymat: J'ai reçu l'assurance de la chercheuse que l'information que je partagerai avec elle et son superviseur de thèse restera strictement confidentielle. Je m'attends à ce que le contenu ne soit utilisé que pour expliquer le soin infirmier dans une unité de désintoxication et selon le respect de la confidentialité. Les données (mes réponses, commentaires ou propos) seront amalgamées avec celles des autres participants-participantes et présentées de cette façon ou dans une forme thématique ou analytique dans le rapport de thèse ou dans un article scientifique. L'anonymat est garanti de la façon suivante : les noms des participants-participantes ne seront pas dévoilés d'aucune façon et ceux-ci seront identifiés par des nombres de 1 à 20 choisis, un numéro étant attribué au hasard à chacun. De même, l'endroit où est située l'unité de désintoxication ne sera pas divulguée dans le rapport de thèse ou tout autre écrit pour préserver la confidentialité des participantes. Si la chercheuse voulait utiliser des citations ou des situations qui pourraient faire que je puisse être reconnu, elle m'a assuré qu'elle demandera mon consentement pour le faire et que j'aurai le droit de refuser qu'elle mette ces données dans un rapport ou un article scientifique.

Conservation des données: Les données recueillies soit celles sur papier, bandes magnétiques, questionnaires d'entrevues, transcriptions sur des disques compacts ou disquettes et notes personnelles de la chercheuse seront conservées de façon sécuritaire sous clé au domicile de la chercheuse et au bureau du superviseur de thèse durant la durée de la recherche. Une fois la thèse déposée, ces données seront préservées de façon sécuritaire au bureau du directeur de thèse pour une période maximale de cinq ans, selon les exigences de l'Université d'Ottawa.

Compensation: Je ne recevrai pas de compensation pour participer à cette recherche. Mais la chercheuse m'a assuré que je recevrai une copie des résultats de l'étude.

Participation volontaire: Ma participation à la recherche est volontaire et je suis libre de me retirer en tout temps, et/ou refuser de répondre à certaines questions, sans subir de conséquences négatives. Si je choisis de me retirer de l'étude, les données recueillies jusqu'à ce moment seront immédiatement détruites.

Acceptation: Je, _____, accepte de participer à cette recherche menée par Nicole Brideau, étudiante à la maîtrise en sciences infirmières à l'École des sciences infirmières, Faculté des études supérieures et post-doctorales à l'université d'Ottawa, laquelle recherche est supervisée par Dave Holmes PhD.

Pour tout renseignement additionnel concernant cette étude, je peux communiquer avec le chercheur ou son superviseur.

Pour tout renseignement sur les aspects éthiques de cette recherche, je peux m'adresser au Responsable de l'éthique en recherche, Université d'Ottawa, Pavillon Tabaret, 550, rue Cumberland, pièce 159, (613) 562-5841 ou ethics@uottawa.ca.

Il y a deux copies du formulaire de consentement, dont une copie que je peux garder.

Signature du participant: *(Signature)*

Date: *(Date)*

Signature du chercheur: *(Signature)*

Date: *(Date)*