

L'EXPRESSION DE LA SEXUALITÉ DE PATIENTS MASCULINS EN MILIEUX
DE PSYCHIATRIE LÉGALE

PAR

MYRIAM KASZAP, Inf. PhD (c)

Thèse présentée à la
Faculté des études supérieures et postdoctorales
dans le cadre du programme de sciences infirmières
en vue de l'obtention du grade de doctorat en philosophie des sciences infirmières

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

Table des matières

Résumé	v
Remerciements	vii
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I : PROBLÉMATIQUE	3
1.2 Objectifs et questions de recherche	8
CHAPITRE II : RECENSION DES ÉCRITS.....	10
2.1 Sexualité et soins infirmiers.....	11
2.1.1 Attitudes et représentations	11
2.1.2 Formation et connaissances	13
2.1.3 Sexualité et populations vulnérables	15
2.2 Pratiques sexuelles et expériences.....	16
2.2.1 Patients en hôpital général	16
2.2.2 Patients en hôpital psychiatrique	17
2.2.3 Détenus en milieu correctionnel	18
2.2.4 Patients en milieu de psychiatrie légale.....	22
2.3 Représentations et attitudes sur les rapports sexuels entre hommes en milieux fermés.....	26
2.3.1 Homophobie et hétéronormativité	26
2.3.2 Vulnérabilité et prédation	30
2.4 Politiques institutionnelles à l'égard de la sexualité.....	31
2.4.1 Hôpital général	31
2.4.2 Hôpital psychiatrique.....	31
2.4.3 Prison.....	32
2.4.4 Hôpital de psychiatrie légale	32
2.5 Représentation macrosociale de la sexualité en milieux fermés.....	34
2.5.1 Discours médiatique.....	34
2.5.2 Discours scientifique.....	35
2.5.3 Discours populaire	36
2.6 L'expression de la sexualité comme droit humain	36
2.6.1 Droit à la vie privée	38
2.6.2 Interférence avec les droits humains	38
2.7 Résumé de la recension des écrits	39
CHAPITRE III : CADRE THÉORIQUE.....	42
3.1 Position épistémique : Théorie critique.....	42
3.1.1 Le but de la recherche en théorie critique	43
3.1.2 La nature du savoir	44
3.1.3 Éthique.....	45
3.1.4 La voix	46
3.2 Michel Foucault.....	47
3.2.1 Pouvoir disciplinaire.....	48
3.3 Erving Goffman.....	56
3.3.1 Institutions totales.....	57
3.3.2 Processus de mortification.....	59
3.3.3 Adaptation primaire et secondaire	60

3.4 Violence et homophobie selon Mason	61
3.4.1 Violence.....	61
3.4.2 Homophobie.....	63
3.5 Intégration des perspectives théoriques	65
CHAPITRE IV : MÉTHODOLOGIE	69
4.1 Devis de recherche – Ethnographie critique	69
4.1.1 Orientations théoriques et paradigmatiques	71
4.2 Milieu de recherche.....	83
4.3 Recrutement et échantillon.....	83
4.4 Méthodes de collectes de données.....	85
4.4.1 Entrevues.....	85
4.4.2 Collecte et analyse de documents institutionnels	86
4.4.3 Observation.....	86
4.5 Analyse des données.....	87
4.6 Critères de rigueur.....	87
4.6.1 Recherche à caractère sensible	89
4.6.2 Considérations éthiques.....	90
CHAPITRE V : RÉSULTATS ET ANALYSE	91
5.1. Situer la sexualité en contexte médico-légal.....	92
5.1.1 Contexte hospitalier médico-légal	93
5.1.2 Contexte social.....	118
5.1.3 Historique socio-sexuel des patients (continuum psychiatrico-carcéral)..	123
5.1.4 Résumé du thème.....	126
5.2. Faire l'expérience de la sexualité en tant que patient.....	127
5.2.1 Importance de la sexualité	128
5.2.2 Pratiques sexuelles.....	131
5.2.3 Effets secondaires de la médication sur la sexualité des patients.....	138
5.2.4 Intériorisation des règles institutionnelles	142
5.2.5 Mécanismes d'adaptation	147
5.2.6 Résumé du thème.....	153
5.3 Gouverner la sexualité des patients.....	153
5.3.1 Discours infirmier.....	154
5.3.2 Discours médical	169
5.3.3 Autres discours professionnels	179
5.3.4 Gouvernement de la sexualité	184
5.3.5 Résumé du thème.....	188
5.4 Résumé des résultats.....	189
CHAPITRE VI : DISCUSSION	192
6.1 Pratiques disciplinaires et gouvernement des conduites sexuelles.....	193
6.2 Santé sexuelle et droits humains.....	201
6.3 Impact des discours ambiants sur l'expression sexuelle.....	208
6.4 Limites de l'étude.....	212
6.5 Implications de la recherche	214
CONCLUSION	218
Références.....	223

Annexe A : Guide d’entrevue - Patients	234
Annexe B : Guide d’entrevue - Membre du personnel	235
Annexe C : Guide d’entrevue – membres de la Direction des soins infirmiers	236
Annexe D : Grille d’observation (adaptée de Peretz, 2004)	237
Annexe E : Certificat éthique.....	238
Annexe F : Présentation protocole pour recrutement.....	240
Annexe G : Formulaire de consentement - patients.....	250
Annexe H : Formulaire de consentement – membres du personnel et DSI.....	254
Annexe I : Vue aérienne de l’institution	258

Résumé

La situation actuelle en milieux de psychiatrie légale ne permet pas aux patients d'exprimer pleinement leur sexualité durant leur hospitalisation (Potter et Tewksbury, 2005). Plusieurs auteurs rapportent qu'il y a un manque criant de politiques officielles quant aux relations intimes et sexuelles des patients dans les services de psychiatrie légale. Dans certains cas, ces relations sont tout simplement interdites. Non seulement, les politiques institutionnelles en place briment en partie les personnes dans l'exercice de leurs droits fondamentaux (Gostin, 2000), mais elles manquent de clarté au regard de la façon dont le personnel infirmier devrait gérer la situation. Les écrits attestent également plusieurs lacunes en ce qui a trait au rôle et aux connaissances du personnel infirmier relativement à l'expression de la sexualité des patients hospitalisés en milieux de psychiatrie légale ainsi que de leur santé sexuelle.

Les objectifs de cette étude visent à mieux comprendre l'expérience de patients masculins quant à l'expression de leur sexualité lorsque hospitalisés en milieu de psychiatrie légale; l'expérience et le rôle du personnel infirmier et d'autres professionnels (éducateurs spécialisés, agents d'intervention, psychiatres et psychologues) à cet égard; et, finalement, de mieux comprendre le rôle de la direction des soins infirmiers dans la gestion de la sexualité des patients.

Une étude ethnographique critique a été conduite dans un centre de psychiatrie légale canadien. La collecte de données a inclus des entrevues semi-structurées (patients, membres du personnel et direction des soins); la collecte de documents institutionnels (politiques et procédures du milieu, feuillets éducatifs, énoncé de la mission et valeurs du milieu, etc.) et l'observation du milieu. La méthodologie et le cadre théorique adoptés ont permis un questionnement des politiques et des pratiques en vigueur. Nos résultats s'articulent autour de trois thèmes: situer la sexualité en contexte médico-légal, faire l'expérience de la sexualité en tant que patient et gouverner la sexualité des patients.

Ces thèmes permettent une meilleure compréhension du vécu des patients, du rôle des professionnels responsables d'en prendre soin et du positionnement de la direction des soins infirmiers. En explorant ces thèmes à partir des point de vue individuel, institutionnel et social, mais aussi sous différents axes (patients, professionnels, membres de la direction des soins infirmiers) une variété de discours spécifiques a été identifié. Les données récoltées permettent de constater que ces discours façonnent les croyances et les actions des patients, des infirmières et des autres professionnels tels que les psychiatres, les éducateurs et les psychologues.

Remerciements

Ce travail de recherche et de réflexion s'est échelonné sur près de cinq ans. La poursuite de mon doctorat et la rédaction de cette thèse n'auraient jamais été possibles sans le soutien moral quotidien de plusieurs personnes. En faire l'énumération serait une entreprise risquée étant donné leur nombre et ces derniers se reconnaîtront sans doute dans les prochains passages. Je tiens à remercier premièrement mes parents. Par leur présence, leur écoute, leur appui, leur compréhension, leurs encouragements (et tous les allers-retours vers Montréal pour s'occuper des enfants pendant que je rédigeais), ils m'auront poussé à donner le meilleur de moi-même et à persévérer dans les moments les plus difficiles.

Merci à Margot et Sylvie pour les corrections et les précieux conseils. Merci à Linda, pour toutes les discussions et les encouragements à distance, via *Skype*. Ces précieux moments ont certainement contribué à l'avancement de ma thèse. Merci à Sarah, chez qui j'ai pu me réfugier pour faire des retraites d'écriture; merci pour ton écoute, ton esprit critique et la finesse de ton analyse qui me poussent sans cesse à aller plus loin.

Merci également à mon employeur et à mes collègues du CIUSSS Centre-Ouest. Votre soutien a été déterminant dans la poursuite de mes recherches. Un merci particulier à Alex, qui en plus de son soutien inconditionnel quotidien, a été un coéquipier hors pair dans toutes les aventures parallèles à celle du doctorat et qui ont donné un sens à cette dernière. Sa présence aura été d'une importance capitale dans les moments de doute, d'hésitation et de remises en question, au même titre qu'elle m'aura aidé à célébrer pleinement les réussites des différentes étapes du doctorat. Bien évidemment, à Simone et Victor, mes enfants, source quotidienne d'inspiration à vouloir contribuer à un monde meilleur, merci pour votre patience et votre amour.

Je ne pourrais terminer ces remerciements sans exprimer ma gratitude envers mon superviseur de thèse, le professeur Dave Holmes, sans qui je n'aurais certes jamais entamé cette aventure. Son enseignement, ses judicieux conseils et son mentorat au courant des dernières années ont non seulement été d'une aide précieuse, mais ils font également désormais partie intégrante de mon identité de chercheuse. Je m'estime privilégiée d'avoir pu profiter de sa générosité, de sa sagesse et de ses conseils dans la poursuite de mes recherches. Je ne peux qu'espérer être à la hauteur de ses qualités dans la poursuite de mon cheminement professionnel.

À toutes les personnes concernées par ce message, merci. Je n'aurais jamais été en mesure de compléter cette thèse sans votre soutien.

INTRODUCTION

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) (2006) reconnaît la sexualité comme un élément central de l'expérience humaine et ce, tout au long de la vie. Dans leur définition de la sexualité (qui sera utilisée tout au long de cette thèse), il est spécifié que le terme sexualité comprend le sexe (biologique), les identités et rôles liés au genre, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction. De plus, l'OMS ajoute que la sexualité est vécue et exprimée par différents moyens (les pensées, les fantasmes, les désirs, les croyances, les attitudes, les valeurs, les comportements, les pratiques, les rôles et les relations). Alors que la sexualité peut inclure toutes ces dimensions, elle n'est pas toujours vécue et exprimée ainsi. L'OMS (2006) spécifie également que la sexualité est influencée par les interactions de facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, économiques, politiques, culturels, éthiques, légaux, historiques, religieux et spirituels.

L'expression de la sexualité d'une personne est étroitement liée à la santé sexuelle de cette dernière. Dans le cadre de cette thèse, il est important de mentionner que la santé sexuelle ne se limite pas à l'absence de maladie, de dysfonction ou d'infirmité, mais qu'elle représente un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en relation à la sexualité (OMS, 2006). Ainsi, la santé sexuelle réfère à une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles ainsi qu'à la possibilité d'avoir des relations sexuelles sécuritaires et agréables, libres de toute coercition, discrimination et violence.

L'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec (OIIQ, 2010) définit l'exercice de la profession infirmière comme consistant à « rendre la personne apte à prendre sa santé en charge selon ses capacités et les ressources que lui offre son environnement (...). Elle vise également à rendre la personne capable d'assurer son bien-être et d'avoir une bonne qualité de vie » (p. 11). Les soins et l'enseignement relatifs à l'expression de la sexualité des patients ainsi qu'à leur santé sexuelle s'inscrivent dans cette définition, quel que soit

le milieu de pratique ou la population. Les infirmières ont donc un rôle clé à cet égard. Or, il apparaît que certains milieux, tels la psychiatrie légale, font exception à cette règle.

CHAPITRE I : PROBLÉMATIQUE

La psychiatrie légale est une importante composante des soins infirmiers médico-légaux (*forensic nursing*). Cette spécialité consiste à administrer des soins à une population de patients psychiatisés qui ont (ou ont eu) des démêlés avec la justice. Selon la nature des délits, ces patients sont souvent internés à long terme dans des instituts psychiatriques et/ou correctionnels à sécurité élevée. Les patients hospitalisés en milieux de psychiatrie légale constituent une population vulnérable qui, en plus de souffrir de problèmes de santé, sont exposés à différents risques relatifs au milieu psychiatrique et au contexte sociopolitique (stigmatisation par exemple). Tout comme les personnes incarcérées, ils sont totalement dépendants de l'État pour subvenir à leurs besoins. Leurs déplacements et activités sont contrôlés par le personnel de l'institution à un degré important. À cet effet, il est primordial de comprendre le contexte particulier dans lequel s'exercent les soins infirmiers en milieu de psychiatrie légale. Les difficultés rencontrées par les infirmières travaillant en milieux sécuritaires ou de psychiatrie légale ont été décrites par plusieurs auteurs (Holmes, 2005; Rhodes, 2004; Fisher, 1995; Reeder et Meldman, 1991). Les principaux défis du personnel infirmier exerçant en psychiatrie légale découlent du fait qu'il est continuellement confronté au dilemme opposant thérapie et correction (Holmes, 2005; Holmes et Federman, 2003; Martin et Street, 2003; Mason, 2002; Peternelj-Taylor, 1999; Willmott, 1997). Foucault (1994) explique que l'expansion continue de la psychiatrie légale, parallèlement à la médicalisation de la criminalité, oblige les professionnels qui exercent dans ces milieux à assumer des fonctions relatives tant au contrôle social qu'aux soins. Dès lors, le personnel infirmier qui pratique au cœur des dispositifs psychiatrique et carcéral s'inscrit dans un réseau complexe de relations de pouvoir où il assume certaines fonctions qui contribuent au maintien de l'ordre social (Holmes et Jacob, 2012) (comme la surveillance, le déploiement de plans de modification de comportements, l'utilisation de méthodes restrictives, etc.). L'exercice de ces fonctions est à l'image du

mandat premier du milieu correctionnel, celui de punir, mais il rend l'exercice infirmier difficile (Holmes et Jacob, 2012). En effet, Holmes et Jacob (2012) mentionnent que « le dispositif pénal contribue à une rupture profonde entre les idéaux caritatifs propres au milieu hospitalier et les prérogatives « punitives » de l'établissement correctionnel » (p.58). Ces derniers ajoutent que l'environnement carcéral, à cause de son architecture distincte, des prescriptions formelles et informelles ainsi que de la clientèle spécifique, diffère sur plusieurs points d'un environnement hospitalier conventionnel. Parmi ces points divergents, notons le fait que ce milieu représente une institution où le contrôle est priorisé sur les soins. Ainsi, en milieu de psychiatrie légale, les infirmières se voient tenues d'intégrer des « mécanismes punitifs » au sein de leur pratique et participent aux opérations carcérales, ce qui entre en conflit avec le code déontologique de la profession. Cet environnement de contrôle qui façonne la pratique infirmière prive également les patients de certains droits.

La privation de libertés que subissent les patients hospitalisés en milieux de psychiatrie légale est souvent considérée (dans le discours populaire du moins) comme la peine ultime pour un acte criminel. Parmi ces privations, on note la perte de relations sexuelles (Potter et Tewksbury, 2005). En effet, les patients hospitalisés en milieux de psychiatrie légale ont une capacité très limitée d'exprimer leur sexualité durant leur hospitalisation. Dein et Williams (2008) rapportent qu'il y a un manque général de politiques officielles quant aux relations intimes et sexuelles des patients dans les services de psychiatrie légale. Dans certains cas, ces rapports sont même interdits. Wright, McCabe et Kooreman (2012) ajoutent d'ailleurs que les politiques et les pratiques dans les institutions psychiatriques aux États-Unis reflètent une attitude négative et une approche punitive face à l'expression de la sexualité des patients. Très peu d'institutions semblent s'orienter vers des approches dites « thérapeutiques » ou « favorables » à l'inclusion d'une évaluation compréhensive de la sexualité des patients, de la surveillance

des effets secondaires des médicaments sur celle-ci et de l'inclusion des besoins sexuels dans les plans de traitement. Tel qu'énoncé plus haut, le caractère punitif de l'institution psychiatrique légale priorise le contrôle avant les soins. Dès lors, il est peu surprenant que les questions d'ordre sexuelles ne soient pas perçues comme prioritaires et, ainsi, ne soient pas incluses dans les soins.

Plusieurs raisons semblent « justifier » ce manque. D'une part, les professionnels de la santé prennent souvent pour acquis que les patients abandonneront d'eux-mêmes l'idée de relations sexuelles pour quelques années, jusqu'à ce que leur « maladie » se stabilise (Deegan, 2001). D'un point de vue institutionnel, cette perception renforce l'idée que la sexualité est un obstacle au rétablissement et que durant cette période, ces patients, réputés comme n'étant pas « bien », ont une capacité limitée à consentir à des rapports sexuels (Brown et al., 2014). De plus, comme il n'y a pas de politique claire quant à l'expression de la sexualité, la décision de permettre ou d'aborder ce sujet avec les patients est souvent remise entre les mains des professionnels (les infirmières dans bien des cas). En l'absence de politique, celles-ci se réfèrent à leur propre jugement de l'état de vulnérabilité du patient et à leur tolérance face à la conduite sexuelle des patients (Civic et al., 1993; Modestin, 1981). Or, dans plusieurs travaux récents, il a été démontré que dans une variété de milieux, les infirmières ne participent pas aux besoins relatifs à la santé sexuelle de leurs patients (Magnan et al., 2005; McCabe et Holmes, 2013; Dein et al., 2007) et manquent aussi de connaissances à ce niveau (Merotte, 2012).

1.1 Importance de la recherche

De prime à bord, ce problème trouve initialement son importance dans le fait qu'il brime des êtres humains dans l'exercice de leurs droits fondamentaux. Qu'il s'agisse de politiques strictes, interdisant totalement les relations sexuelles ou de politiques moins claires, laissant entre les mains des professionnels la décision d'aborder ou non la question de l'expression sexuelle des patients, il s'agit d'un déni des droits humains

(Dixon-Mueller et al., 2009; Perlin, 2008). L'examen de plusieurs documents-clés relatifs aux droits humains internationaux fournit un appui solide au questionnement du manque de politique à l'égard de la sexualité des patients en psychiatrie légale (Perlin, 2008). Parmi ces documents, notons : la Déclaration universelle des droits de l'homme (1998), le Pacte international relatif aux droits civils et politiques (1966), le « Principles for the protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care » (1991) et la Convention européenne des droits humains (1996). Ces documents font tous référence à des droits découlant du concept de « privacy » ou « droit à la vie privée » (traduction libre). De plus, la nouvelle convention des Nations Unies sur les droits des personnes vivant avec un handicap (1999) mandate les nations de « fournir aux personnes vivant en situation de handicap [(physique ou mental)] les mêmes étendue, qualité et standard de soins ou de programmes de santé gratuits ou abordables tel qu'ils sont fournis à tout autre personne; ceci incluant les soins relatifs à la santé sexuelle et reproductive et les programmes de santé publique » (traduction libre). À cet effet, Gostin (2000), référant à l'article 8 de la Convention européenne des droits humains, suggère que l'interférence déraisonnable avec les relations sexuelles des personnes institutionnalisées soit proscrite. Non seulement brimer les droits fondamentaux humains n'est pas éthique, mais l'invasion des droits humains, soutient Gostin dans le même article, est nuisible à la santé mentale. À cet effet, il est bon de se questionner sur le rôle du personnel infirmier qui se doit, selon le code déontologique de la profession, de défendre « les principes de justice en protégeant les droits de la personne, l'équité et l'impartialité et en favorisant le bien public » (Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2008, p.17).

La problématique concernant la sexualité des patients de psychiatrie légale, discutée ici, est également pertinente dans une perspective de santé publique. Comme les politiques institutionnelles dans les milieux de psychiatrie légale sont souvent

défavorables à l'expression de la sexualité, les approches de réduction des méfaits (telles que la distribution de condoms) ne sont souvent pas supportées par les politiques, les administrateurs et le personnel (Butler, 1997). Puisque beaucoup de patients de psychiatrie légale arrivent souvent du milieu carcéral ou de « la rue » (ceux-ci ayant souvent des problèmes de toxicomanie), deux environnements où la prévalence du virus d'immunodéficience humaine (VIH) et d'autres infections transmises sexuellement ou par le sang (ITSS) sont très élevées (Hammett, Harmon, et Maruschak, 1999; Tewksbury, Vito, et Cummings, 1998), il est primordial de tenir compte des implications au niveau de la santé publique. En 2014, le taux de prévalence du VIH dans le réseau carcéral québécois était de 1,8%, soit dix fois plus élevé que dans la population générale (Courtemanche et al., 2016). Traiter ce problème est important tant pour la santé des patients hospitalisés que pour celle de la communauté. À cet égard, Lines (2002) soulève l'idée que le moment de l'incarcération (ou de l'hospitalisation en milieu de psychiatrie légale) peut être une occasion privilégiée de faire de l'enseignement afin d'inculquer des connaissances relatives aux pratiques sexuelles sécuritaires.

Par ailleurs, Kawachi et Berkman (2001) rapportent qu'il y a une évidence significative que des expériences positives de rapports sexuels et de relations intimes puissent augmenter la probabilité de stabiliser la santé mentale. Aussi, il a été démontré que la formation et le maintien de relations interpersonnelles positives (tant d'ordre romantiques que sexuelles) améliorent l'expérience des patients lors de leur hospitalisation et de leur retour en communauté (Gilburt et al., 2008). Des recherches suggèrent aussi que les patients impliqués dans des relations démontrent un plus grand intérêt pour d'autres activités significatives de leur quotidien (Eklund et Ostman, 2010), ce qui supporte l'importance de la sexualité des patients en termes de considération clinique (Quinn et Happell, 2015). Dein et Williams (2008) argumentent également que ce type de relation peut munir les patients d'un « sense of hope » et ainsi améliorer leur qualité de

vie, tout en les préparant à mieux gérer leurs besoins sexuels et relationnels durant leur hospitalisation et/ou en prévision de leur retour en communauté. Alors que plusieurs patients hospitalisés en milieu de psychiatrie légale seront institutionnalisés à vie, beaucoup seront éventuellement libérés dans la communauté (Ong et al., 2009) et l'habileté à s'engager dans des relations est une préparation de grande importance pour leur vie future (Bartlett et al., 2010).

Enfin, il est à noter que la chercheuse principale était employée de l'institution où le projet de recherche a été réalisé. Lors d'une rencontre préliminaire avec les membres du personnel infirmier du milieu où a eu lieu le projet de recherche, un fort intérêt de la part des infirmiers et infirmières avait été verbalisé à l'égard de l'importance de mieux comprendre la situation des patients quant à leur sexualité. Ceci nous a signalé l'importance de ce sujet pour le personnel infirmier reflétant des besoins fondamentaux des patients.

1.2 Objectifs et questions de recherche

Pour faire face à ce problème, plusieurs questions s'imposent. Je crois qu'il est initialement important de comprendre la situation du point de vue des personnes directement concernées, c'est-à-dire les patients et les infirmières. Dans le cadre du contexte actuel, trois objectifs principaux orienteront ce projet de recherche :

- 1) Décrire et comprendre l'expérience des patients masculins hospitalisés en milieu de psychiatrie légale quant à l'expression de leur sexualité;
- 2) Décrire et comprendre l'expérience et le rôle des infirmières travaillant en milieu de psychiatrie légale ainsi que des autres professionnels (éducateurs, agents d'intervention (AGI), psychiatres, psychologues et criminologues) quant à l'expression de la sexualité des patients et de leur santé sexuelle;
- 3) Décrire et comprendre le rôle que joue la direction des soins infirmiers dans le *management* de la sexualité des patients.

Gagner une compréhension au niveau de l'expérience des patients, des infirmières et autres professionnels donnera une perspective différente et une conceptualisation plus globale du problème. Plusieurs questions guideront ma recherche dans le but de réaliser ces objectifs :

- 1) Quelle est l'expérience des patients (hommes) hospitalisés en milieu de psychiatrie légale en ce qui concerne l'expression de leur sexualité ?
- 2) Quels sont l'expérience et le rôle des infirmières et des autres professionnels (éducateurs, agents d'intervention (AGI), psychiatres, psychologues et criminologues) quant à l'expression de la sexualité des patients et de leur santé sexuelle ?
- 3) Quelles sont les influences externes (sociales, politiques, culturelles, etc.) sur l'expérience et le rôle du personnel infirmier ?
- 4) Quel est le rôle de la direction des soins infirmiers quant à l'expression sexuelle des patients et à la prise en charge de leur santé sexuelle?

CHAPITRE II : RECENSION DES ÉCRITS

En se référant aux objectifs de recherche orientant cette étude, nous avons abordé la recension des écrits à partir de six différents axes nous permettant d'aborder la complexité de notre sujet, soit « l'expression de la sexualité chez des patients (hommes) hospitalisés en milieux de psychiatrie légale ». Ce sont : la sexualité et les soins infirmiers; les pratiques sexuelles et expériences des patients; les représentations et attitudes sur les rapports sexuels entre hommes en milieux fermés; les politiques institutionnelles à l'égard de la sexualité; les représentations macrosociales de la sexualité en milieu fermé; et l'expression de la sexualité comme droit humain. Les concepts qui sont d'importance particulière pour notre sujet de recherche et qui sont communs aux différents écrits sont ainsi regroupés au sein de chacun des axes.

Les stratégies de recherche qui ont été utilisées pour repérer les écrits appropriés pour cette recension incluent la recherche de bases de données, l'utilisation de l'internet pour retracer la littérature « grise » pertinente et le suivi de référence d'articles collectés pour des pistes additionnelles. Les bases de données qui ont été explorées sont : *CINAHL*, *Medline*, *PsychInfo*, *Proquest*, *Pubmed*, *Embase*, *Scopus* et *Covidence*. Plusieurs combinaisons de mots clés ont été utilisés afin de récupérer les articles reliés à notre sujet de recherche. Dans un premier temps, nous avons voulu explorer ce qui a été écrit en lien avec l'expression sexuelle en milieu fermé, ainsi, les thèmes de recherche tels que « santé sexuelle » et « sexualité » ont été combinés aux termes « institution », « prison », « hôpital » et « psychiatrie légale ». Ensuite nous avons voulu ajouter les dimensions psychiatrique et homosexuelle en jumelant ces thèmes spécifiques. Ensuite, nous voulions explorer ce qui a été écrit en lien avec ces sujets (soit l'expression sexuelle et les milieux fermés) par rapport aux soins infirmiers. D'autres mots clés ont par la suite été ajoutés afin de raffiner les recherches tels que : soins infirmiers, soins de santé, santé sexuelle, expression sexuelle, expression de la sexualité, etc. Finalement, une dernière

combinaison de mots-clés nous a aidé à peaufiner davantage nos recherches en utilisant des mots-clés plus spécifiques tels que : homophobie, hétéronormativité, droits humains. Créer des exclusions dans nos recherches a également permis de retirer les articles qui n'était pas en lien avec notre sujet tels que : délinquants sexuels, déviances (pédophilie, paraphilie). Les autres exclusions que nous avons appliquées étaient liés au langage (seulement français et anglais) et aux articles révisés par les pairs.

2.1 Sexualité et soins infirmiers

Ce premier axe aborde les pratiques infirmières quant à la santé sexuelle et l'expression de la sexualité des patients. Une revue des écrits concernant l'attitude et les représentations des infirmières quant à la sexualité, l'état des connaissances et la formation des infirmières sur ce sujet, puis le rôle infirmier quant à la sexualité et les populations vulnérables est offerte ici.

2.1.1 Attitudes et représentations

Il a été démontré, dans plusieurs recherches, que les infirmières sont constamment hésitantes à intégrer la santé sexuelle dans leur pratique (Jolley 2001; Magnan et al., 2005; Treacy et Randle, 2004; Shell, 2007). Alors qu'elles identifient la santé sexuelle comme étant partie intégrante de la santé des patients, la majorité des infirmières n'incluent pas cet élément de soins dans leur pratique (Gamel, Davis, Hengeveld, 1993). En 2005, Magnan *et al.* ont sondé des infirmières d'un grand hôpital urbain par rapport à leur compréhension des effets possibles d'une maladie et de son traitement sur la sexualité des patients. Au total, 85,8% des infirmières indiquaient comprendre comment la sexualité des patients pouvait être affectée. Cependant, seulement 51,7% ont exprimé se sentir à l'aise de répondre aux préoccupations des patients à cet égard.

Les écrits recensés décrivent souvent un manque de reconnaissance de la sexualité ou des relations intimes entre patients (Perlin, 1993) de même que les tentatives de prévention de relations intimes par des stratégies de ségrégation (Greenberg, 1993).

Les croyances religieuses et morales des infirmières jouent également un rôle dans le développement de pratiques négatives et restrictives envers les relations sexuelles des patients (Loza et Zaki, 1993). Ainsi, même lorsque le personnel tolère certains comportements sexuels, par exemple la masturbation, les relations sexuelles sont généralement perçues comme malsaines (Commons et al., 1992; Vartiainen, 1993; Hickling, 1993).

En ce qui concerne la pratique infirmière en milieu de psychiatrie légale, Ruane et Hayter (2008) notent que les infirmières expérimentent des difficultés personnelles quant à l'équilibre entre la protection des patients et la nécessité de les supporter dans leurs besoins d'intimité et de relations sexuelles. Toutefois, dans leur étude sur la perception des infirmières et des patients quant à la notion d'intimité et de dignité en milieu de psychiatrie légale, Quinn et Happell (2015) soulignent que les infirmières décrivent l'intimité sexuelle comme un comportement humain normal. Or, bien que celles-ci déclaraient savoir que les patients avaient des contacts sexuels sur le campus hospitalier, cette connaissance est décrite comme étant inconfortable pour elles et comme entraînant souvent des dilemmes personnels en ce qui a trait de juger si cela est bien ou mal.

Outre la question des conflits personnels, on retrouve également dans les écrits l'idée d'équilibrer les risques portés à la protection des patients (Buckley et Roben, 2000; Bartlett et al. 2010) et le maintien de la sécurité (Timmons, 2010). Bien que dans l'étude de Quinn et Happell (2015), les infirmières reconnaissent le besoin d'intimité sexuelle des patients, il est décrit qu'elles sont fortement influencées par la nécessité perçue d'éviter les risques potentiels liés à la sexualité (grossesses non désirées, transmission d'ITSS, abus, etc.), comme l'expliquent Gildberg et al (2012). En réponse à ces possibles risques, les infirmières tendent à exercer un plus grand contrôle sur les patients et leur sexualité (Perlin, 2008).

Ruane et Hayter (2008) rapportent un processus d'évitement de la part des infirmières en ce qui a trait au soutien de leurs patients à avoir des relations sexuelles. En effet, il serait plus confortable pour les infirmières de fermer les yeux sur une situation concernant l'intimité et les relations sexuelles des patients plutôt que de fournir le support que ceux-ci préféreraient recevoir (Pacitti et Thornicroft, 2009). En termes d'obstacles à la prise en charge des questions de sexualité des patients, les infirmières nomment les risques sexuels pour les patients, mais également les risques professionnels pour elles-mêmes, celles-ci craignant que leurs actions puissent être questionnées en l'occurrence d'un incident.

Ford, Rosenberg et Boudreaux (2003) remarque que les patients sont souvent étiquetés par les professionnels de la santé comme étant asexuel. Dans leur étude, ces derniers notent également que les cliniciens assument souvent à tort qu'en raison de leur maladie chronique, les discussions à propos de la sexualité sont considérées sans importance car les patients sont perçus comme présentant peu de chance de former une relation.

Le malaise engendré par les discussions sur la sexualité est encore présent chez les infirmières et pourrait représenter un obstacle de grande importance quant à la décision d'une infirmière d'aborder des questions d'ordre sexuel avec un patient ou non. Higgins, Barker, et Begley (2005) et Krebs (2007) affirment d'ailleurs que ces conversations sont souvent décrites par les infirmières comme stressantes et gênantes.

2.1.2 Formation et connaissances

En ce qui concerne la formation et les connaissances des infirmières, on note, dans une étude sur la sexualité en prison, que non seulement la réticence du personnel infirmier à aborder des questions de sexualité est un problème majeur, mais que le manque de connaissances à ce sujet l'est également (Merotte, 2012). Ce constat est en fait rapporté dans plusieurs études et dans une variété d'établissements (Brown et al., 2014). En

psychiatrie, Shell (2007) note que le manque d'éducation est un obstacle majeur aux discussions concernant la santé sexuelle des patients.

Datilo et Brewer (2005) indiquent pour leur part un manque d'éducation au niveau de l'évaluation de la santé sexuelle dans les programmes de formation des infirmières étudiantes. Ceci pourrait contribuer à la réticence et à l'hésitation des infirmières à intégrer la sexualité des patients dans leur pratique, affirment ces derniers.

Pour aider les infirmières, Dein et Williams (2008) recommandent une approche plus sensible à la gestion du risque. Ils proposent également de promouvoir l'acceptation que l'intimité sexuelle puisse se produire entre les patients et recommandent de supporter ces derniers tant à l'intérieur de l'hôpital que lors de leur réintégration en communauté à cet égard (Dein & Williams, 2008; Bartlett et al., 2010). En plus de reconnaître l'intimité sexuelle des patients, plusieurs auteurs constatent le besoin de comprendre que la formation des relations (sexuelles et/ou intimes) est une partie importante de l'expérience humaine, du bien-être général et de la qualité de vie (OMS, 2006; Heaphy, 2007; Wilmoth, 2007; Ruane et Hayter, 2008; Quinn et Happell, 2015). À cet effet, plusieurs ont documenté le besoin, pour les infirmières, de comprendre l'importance que prennent les relations intimes pour les patients et de prendre en compte les résultats associés à l'amélioration des traitements ainsi qu'à la réduction de risque de rechutes pouvant résulter de l'expérience de l'intimité (Eklund & Östman, 2010; Tennille & Wright, 2013).

En termes d'outil clinique, Mostley et Jett (2007) affirment que plusieurs modèles spécifiques peuvent être utilisés pour assister les infirmières afin d'aborder les questions d'ordre sexuel avec leurs patients. Quinn et Happell (2013) proposent le modèle *BETTER* (de Mick et al., 2004) (conçu pour faciliter les discussions de sexualité entre infirmières et patients au sein d'une population de patients suivis en oncologie) pour les infirmières travaillant en milieu de psychiatrie légale. Suite à l'évaluation de cet outil auprès de 14

infirmières, ils affirment que ce modèle est simple et efficace et qu'il peut aider les infirmières à inclure la sexualité dans leurs soins.

2.1.3 Sexualité et populations vulnérables

Dans les écrits concernant la sexualité et les populations vulnérables, il est mentionné que la relation thérapeutique entre l'infirmière et le patient est primordiale dans le soutien de la santé sexuelle de ces derniers (McCabe et Holmes, 2013). Cette relation de proximité offre ainsi aux infirmières une position idéale leur permettant de fournir des informations et enseignements importants aux patients, d'encourager des discussions sur la sexualité et de les supporter lors de ces échanges (Katz, 2003; Magnan, Reynold et Galvin, 2005; Mick, Hughes et Cohen, 2004). Quinn et Happell (2015) vont même jusqu'à dire que le support des infirmières pourrait aider les patients à éviter de vivre leur sexualité dans le secret et, ainsi, à limiter la perte de vie privée qui en résulte. En effet, il importe de reconnaître le rôle que peuvent jouer les infirmières qui sont dans une posture idéale au regard du soutien de l'intimité et des relations sexuelles de leurs patients.

Certains hôpitaux prennent en compte la sexualité des patients dans le cadre de leur prise en charge. Toutefois, Meacher (1999) de même que Skelton et Matthews (2001) critiquent l'utilisation de formulaires standardisés auprès des populations vulnérables car ceux-ci limitent la discussion et l'exploration des expériences des patients considérées comme étant « hors normes ». Dans leur étude sur l'utilisation du modèle BETTER qui permet d'aborder les questions d'ordre sexuel chez des patients hospitalisés en milieu de psychiatrie légale, Quinn et Happell (2013) révèlent que les infirmières, une fois sensibilisées à l'utilisation de ce modèle, sont en mesure de fournir un support adéquat aux patients qui sont aux prises avec des difficultés d'identité sexuelle en les soutenant dans l'acceptation de leur choix sexuels et en offrant un enseignement adéquat face à la sécurité sexuelle, l'*empowerment* sexuel, la diversité sexuelle et l'importance d'être testé fréquemment à l'égard de leur santé sexuelle. Ces questions sont d'une grande

importance pour les patients hospitalisés au sein des services de santé mentale et la possibilité de les aborder est reconnue comme un moyen d'améliorer les résultats des soins et des traitements (King et al., 2008; Shield et al., 2005).

2.2 Pratiques sexuelles et expériences

Dans cet axe, il est question des pratiques sexuelles et des expériences de patients dans quatre différents milieux. Les informations concernant spécifiquement les patients hospitalisés en milieu de psychiatrie légale étant plutôt limitées, nos recherches ont été étendues à d'autres environnements partageant certaines caractéristiques avec le milieu de psychiatrie légale telles que le caractère « fermé » de ces institutions. Nous espérons ainsi avoir des comparatifs entre différents milieux fermés afin de pouvoir mieux saisir les subtilités propres à notre sujet d'étude. Cet axe présente donc les pratiques et expériences sexuelles de patients en hôpital général, en hôpital psychiatrique, en prison et en milieu de psychiatrie légale.

2.2.1 Patients en hôpital général

Les pratiques sexuelles entre patients en hôpital général sont peu documentées dans les écrits. Cela pourrait être dû au fait que les hospitalisations pour des problèmes d'ordre physique pourraient limiter considérablement les patients dans l'expression de leur sexualité. La courte durée des hospitalisations pourrait également être en cause. Quoi qu'il en soit, Magnan et al. (2005) mentionnent que les patients sentent que leurs préoccupations liées à leur sexualité sont rarement prises en compte lors de leur passage à l'hôpital. McCann (2010) a identifié que l'obstacle majeur du point de vue des patients quant aux discussions à l'égard de leur sexualité est l'incapacité des professionnels de la santé à aborder ce sujet. Krebs (2007) souligne par ailleurs qu'il relève du droit des patients que leurs préoccupations sexuelles soient prises en compte dans les soins. Or ceux-ci se sentent souvent gênés et anxieux de poser des questions en lien avec leur sexualité (Cook, 2000; Quinn, Happell et Browne, 2011) ou ont peur d'être étiquetés et

ridiculisés par les membres du personnel pour leur intérêt face au sexe (McCann, 2010). Dans les faits, les patients déclarent pourtant être avides et réceptifs à discuter de ces questions (Kelly et Conley, 2004) et se réjouissent de pouvoir discuter de leurs préoccupations en matière de santé sexuelle (McCann, 2000) lorsque les infirmières sont disposées à soulever le sujet (Kelly et Conley, 2004). Ainsi, pour les patients, le problème semble être moins lié à leur incapacité à discuter de leurs préoccupations sexuelles qu'au fait que les infirmières ne créent pas d'opportunités (Wright et Pugnaire-Gros, 2010) ou ne sont pas autorisées à discuter du sujet (McCann, 2010).

2.2.2 Patients en hôpital psychiatrique

Les recherches démontrent que les comportements sexuels entre patients vivant en institutions psychiatriques sont relativement communs (Wright et Gayman, 2005; Buckley et Gutheil, 1999). En effet, dans leurs recherches, ces derniers rapportent qu'approximativement 30% à 70% des patients interrogés dévoilaient avoir eu de récentes activités sexuelles.

Dans le domaine de la psychiatrie, certains chercheurs mentionnent les effets potentiels de la médication sur la sexualité des patients. Les neuroleptiques et les antipsychotiques, par exemple, peuvent avoir un impact sur la libido des patients, peuvent amener des changements importants au corps des patients (et au rapport à celui-ci) et peuvent même avoir des répercussions au niveau de la réponse orgasmique (Kelly et Conley, 2004). La littérature grise nous informe davantage à ce propos. L'Institut universitaire en santé mentale du Québec a publié en 2009 un manuel d'éducation psychosexuelle dans le but de soutenir les professionnels de la santé dans la promotion du concept de sexualité en santé mentale. Dans ce manuel, on nous informe que 45% à 75% des patients utilisant des psychotropes (antipsychotiques, anxiolytiques, antidépresseurs et thymorégulateurs) présentent, à un moment ou un autre, une dysfonction sexuelle liée à leur utilisation. Ces dysfonctions sont variées et peuvent

résulter en une diminution ou augmentation de la libido, priapisme, éjaculation tardive, gynécomastie, galactorrhée, dysfonctions érectiles et éjaculatoires. Il est à noter que l'impact de la médication sur la sexualité est parfois indirect. Le gain de poids considérable associé à la prise de clozapine, par exemple, peut affecter l'image de soi et la sexualité par le fait même.

L'impact des effets secondaires reliés aux psychotropes sur la sexualité sont rapportés par plusieurs comme étant un important élément dissuasif pour les patients dans la poursuite de leur traitement. Dans leur étude, Quinn et Happell (2013) ont rapporté que les infirmières participantes mentionnaient les effets secondaires sexuels des médicaments psychiatriques comme sujet soulevé par les patients lorsqu'ils discutaient de sexualité. L'observance des médicaments est une préoccupation clinique importante (Anderson et al., 2010; Patel, Ni, Clayton, Lam et Parks, 2010); les effets secondaires des médicaments psychiatriques sur la sexualité ont été reconnus comme un facteur majeur de non-observance, mais cela ne semble pas avoir influencé de manière significative la pratique clinique (Cort, Attenborough et Watson, 2001; McCann, 2010). Les infirmières participant à l'étude de Quinn et Happell (2013) ont décrit des exemples de défense des préoccupations du patient auprès des psychiatres traitants pouvant mener à une décision de traitement et, éventuellement, à une résolution des problèmes sexuels du patient. Cela représente un progrès clinique considérable par rapport à nombre d'obstacles mis en évidence (Cort et al., 2001), où il a été discuté de l'implication des patients dans les effets secondaires des médicaments sur les aspects sexuels comme formant des obstacles qui limitaient les conversations sur le sujet.

2.2.3 Détenus en milieu correctionnel

Les études sont nombreuses sur la sexualité des détenus. Dans cette section, nous nous concentrons sur les aspects de l'expression sexuelle en prison qui sont susceptibles d'être

similaires à l'expérience de patients en milieu de psychiatrie légale vu le caractère fermé et totalitaire de ces deux institutions.

Les écrits montrent qu'il y a une grande réticence chez les hommes à discuter de sexualité en général, et particulièrement lorsqu'ils sont incarcérés ou institutionnalisés (Merotte, 2012). L'expérience vécue par les patients incarcérés quant à leur sexualité et leurs pratiques sexuelles dépend de plusieurs facteurs. Marchetti (2001) note que la longueur de la sentence affecte considérablement les comportements sexuels. En effet, lors de courtes périodes d'emprisonnement, la sexualité tend à perdre de l'importance due à l'anxiété et à la dépression initiale, puis à la perspective de la réintégration en société. Dans le cas de longues sentences, les défis peuvent être différents pour les détenus. Il devient alors difficile d'imaginer la possibilité d'une vie matrimoniale et il est fréquent d'observer une détérioration de la vie affective et sexuelle du détenu.

Dans sa recherche sur la santé incarcérée, Gonin (1991) révèle que la sexualité des individus en début de détention est plus particulièrement marquée par une très nette augmentation de l'activité masturbatoire. Il explique que pour les détenus, cette activité a un côté rassurant : « tu sais que tu es encore un homme, même si on s'emploie à te prouver tout le temps le contraire » (p.158). La masturbation leur permet de retrouver une certaine intimité « la nuit, dans sa chaleur, sous les couvertures, comme pendant l'adolescence » (p.159). Présentant un point de vue médical, Gonin accentue la fonction hygiénique de la pratique sexuelle qui ne doit pas être mise de côté en détention. Il insiste de plus sur la reconnaissance des détenus comme des sujets en devenir, soulignant que « leur réinsertion passe par la restitution de leurs capacités à avoir des relations avec des proches qui ne se résument pas à une simple sexualité hygiénique » (p.166).

Cette diminution ou suppression du désir par l'expérience carcérale est confirmée par d'autres auteurs. Ainsi, Gaillard (2009) précise qu'en détention, l'intensité de la libido s'amenuise dans la première période de l'incarcération. Au fur et à mesure que la période

d'incarcération se prolonge, il constate une chute brutale de la libido, une remontée intense puis une retombée lente et certaine. Cette perturbation cyclique est également liée, selon lui, aux sentiments de haine engendrés par la condamnation et à la haine ressentie contre l'institution (Gaillard, 2009). Il va sans dire qu'une perte du désir entraîne aussi des répercussions sur ce que nous pouvons considérer comme l'état de santé sexuelle fonctionnelle, des perturbations physiques apparaissant chez les personnes incarcérées. Monnereau (1986) et Ricordeau (2008a) citent à ce sujet des difficultés d'érection et des problèmes d'éjaculation chez les hommes détenus ainsi que des aménorrhées chez les femmes incarcérées.

Merotte (2010), psychiatre, tente de rendre compte de la réalité des représentations et des pratiques au sein de trois établissements pénitentiaires de la région de Lille, en France. Les résultats obtenus auprès des détenus masculins rejoignent les constats établis par Gonin en 1991 et bien d'autres chercheurs : une baisse du désir, une pratique masturbatoire mécanique visant à vérifier que « tout fonctionne », des pratiques homosexuelles inavouables liées à des rapports de domination et des rapports hétérosexuels au parloir. En ce qui concerne les rapports homosexuels en prison, Merotte (2012) mentionne qu'ils sont perçus comme honteux par les détenus. Elle dénote beaucoup d'idées préconçues et de culpabilité chez les détenus concernant leur sexualité, une fois incarcéré. Au-delà de ces constats, Merotte insiste également sur l'importance et l'utilité de développer des interventions directement en lien avec la sexualité, interventions visant non seulement les détenus mais aussi les professionnels de terrain afin de « déconstruire les mécanismes de défense et les tabous de chacun » face à cette thématique.

Outre la formation du personnel pénitentiaire, les recherches plus récentes invitent à mettre en place davantage de solutions alternatives, comme, par exemple, la création de dispositifs de visites conjugales, la distribution de moyens de protection (les

préservatifs) et une politique plus tolérante en matière de prohibition des contacts sexuels (Hensley et Tewsbury, 2002). Ces solutions, qui sont considérées comme des privilèges acceptés dans certains établissements correctionnels et l'arrangement de la prison (mixte ou non, sécurité faible, moyenne, élevée, etc.) influencent grandement l'expérience des détenus.

Dans les études sur la sexualité en prison, une attention particulière est portée au concept de « privation sexuelle ». En 1958, Sykes s'intéresse à la sexualité en milieu carcéral et développe son modèle des grandes privations existant en détention. La privation sexuelle lui apparaît comme étant l'une des grandes privations à laquelle les détenus se trouvent confrontés. Un de ses principaux constats réside dans l'existence d'une homosexualité situationnelle des détenus en réponse à cette privation sexuelle. Cette idée ne se retrouve d'ailleurs pas uniquement chez Sykes. De nombreux auteurs ont mis en exergue qu'en raison d'une privation sexuelle en détention, deux attitudes étaient possibles : l'abstinence ou le recours à une homosexualité situationnelle et de substitution. Selon lui, l'absence de mixité conduit à une radicalisation des discours et des comportements en matière de sexualité. Ainsi, l'homosexualité n'apparaît pas comme l'affirmation d'une orientation sexuelle librement consentie et antérieure à l'enfermement, mais comme une réponse apportée aux contraintes du contexte carcéral. S'interrogeant sur l'expérience carcérale et les souffrances qu'elle engendre, Sykes définit le détenu comme étant « un être castré par un célibat involontaire où le manque de rapports sexuels constitue une expérience de frustration lourde à porter et aux conséquences physiques et physiologiques importantes » (1958, p.70-71). Ricordeau souligne d'ailleurs que « la privation sexuelle est souvent considérée par les détenus comme un moyen de destruction de la personnalité » (2008, p.149).

Étant donné le caractère non mixte de la majorité des prisons, la plupart des études portant sur l'expression sexuelle en milieu carcéral portent sur les contacts homosexuels.

Wooden et Parker (1982) réalisent une recherche au sein d'établissements pénitentiaires californiens. Sur la base d'un échantillon de 200 détenus, ils découvrent que plus de 65% d'entre eux sont engagés dans une relation homosexuelle consentie et que 14% des 200 détenus interrogés avaient déjà été victimes d'attaques sexuelles en détention. Nacci et Kan (1983), mènent également une étude sur les comportements sexuels de personnes incarcérées au sein de 17 établissements pénitentiaires et constatent que 30% des détenus (sur un échantillon composé de 330 détenus) connaissent une expérience homosexuelle pendant leur incarcération. Tewksbury (1989) conduit une étude sur le même sujet et découvre, quant à lui, que plus de 19% de détenus (sur un échantillon composé de 150 détenus) sont engagés dans des activités homosexuelles.

Une autre étude portant sur l'homosexualité masculine au sein d'un établissement de détention au Delaware met en évidence que seulement 2% des 101 détenus interrogés dans le cadre de l'étude avouent avoir eu une activité sexuelle avec un autre détenu. Les conclusions de cette étude font ressortir que les contacts sexuels ne sont pas si répandus dans cette prison et que les activités sexuelles consenties sont plus importantes que les situations de sexualité contrainte. Il est également mis en exergue que les détenus semblent avoir beaucoup de préjugés sur la sexualité en prison qui ne correspondent nullement à la réalité (Saum, Surratt, Inciardi et Bennett, 1995).

2.2.4 Patients en milieu de psychiatrie légale

Plusieurs études ont été menées sur le vécu sexuel des patients durant leur passage en milieu de psychiatrie légale. Volman et Landeen (2007) rapportent que les patients, malgré leur diagnostic, se perçoivent comme des êtres sexuels et voient les relations sexuelles de manière positive, tout en valorisant l'importance d'avoir quelqu'un de proche qui les respecte et les comprend (Hales et al. 2006; Kidd et al. 2011). Degan (2001) affirme également que l'isolement de la vie institutionnelle n'empêche pas le réconfort et la satisfaction résultant d'une relation sexuelle. À cet effet, des patients participant à une

étude sur leurs propres perceptions de leur sexualité lorsque hospitalisés en milieu de psychiatrie légale décrivent l'intimité sexuelle comme un comportement humain normal (Quinn et Happell, 2015a). Au sein de comptes rendus relatant l'importance que les relations sexuelles ont pour eux, ceux-ci ont décrit les relations comme des expériences positives et saines qui améliorent leur sentiment de normalité. En outre, ils ont identifié ces relations comme étant essentielles à leur rétablissement personnel. Pacitti et Thornicroft (2009) ont observé que, malgré l'abondance de littérature traitant du rétablissement, peu d'attention avait été accordée à l'importance des relations sexuelles. Tennille et Wright (2013) croient que cela est dû au fait que les patients sont souvent en mesure de prendre des décisions et faire des choix concernant leurs relations sexuelles. Ces recherches, à l'instar de plusieurs autres (Crowe 2004; Hales et al. 2006; McCann 2010), mettent en évidence l'importance des relations sexuelles pour les patients.

Dein et Williams (2008) soutiennent que le fait d'avoir des relations sexuelles pourraient bien donner aux patients un sentiment d'espoir. Ainsi, le soutien au développement et au maintien des relations (Eklund et Östman 2010) ainsi que la préparation à mieux gérer les besoins sexuels et relationnels suite au retour dans la communauté sont préconisés (Dein et Williams 2008) afin de soutenir une amélioration de la qualité de vie. L'étude de Quinn et Happell (2015) fait écho à ces résultats. En effet, les patients participants ont exprimé leur opinion selon laquelle, lorsqu'ils sont stables sur le plan de la santé mentale et peuvent donner leur consentement, la participation à une relation sexuelle est une expérience positive et saine. Les participants ont également estimé qu'une relation intime étroite et le sentiment d'être aimé favorisent leur rétablissement personnel.

Les politiques d'interdiction de la sexualité au sein des unités de psychiatrie légale ainsi que le manque de support de la part du personnel qui en découle forcent les patients à exprimer leur sexualité en secret (Bartlett et al., 2010). À cet effet, Quinn et Happell

(2015) rapportent que les patients croient expérimenter de plus grandes restrictions quant à leur sexualité que les prisonniers. Dans deux différentes études, Welch et Clements (1996) ainsi que Warner et al. (2004) documentent que les patients utilisent des endroits cachés de la surveillance habituelle du personnel tels que les toilettes et les espaces de jardinage pour avoir des contacts sexuels. Ces auteurs reconnaissent le manque de confort et de dignité associé au fait que les patients doivent se cacher pour avoir des rapports intimes et/ou sexuels, et font allusion aux possibles risques pour les patients. À ce sujet, on note le fait que lorsque l'intimité sexuelle doit se vivre en secret, les patients vulnérables sont à plus grand risque (Bartlett et al., 2010) puisqu'un patient prédateur sexuel pourrait choisir un partenaire plus vulnérable et l'exploiter sans que le personnel infirmier ne le sache (Ruane et Hayter, 2008). Le manque de soutien identifié par les patients reflète un environnement largement préoccupé par les risques (Gildberg et al. 2012; Timmons 2010). Les problèmes sexuels sont toujours controversés (Magnan et al. 2005), en particulier dans les services de santé mentale (Perry et Wright 2006; Quinn et al. 2011), et plus encore dans les milieux psychiatrico-légaux (Bartlett et al. 2010; Dein et Williams 2008; Hales et al. 2006).

Une autre préoccupation soulevée par les patients est le manque de prise en compte des besoins de ceux qui avaient des relations préexistantes, les visites du partenaire du patient étant strictement supervisées et sans possibilité de temps privé et intime. Dein et Williams (2008) ont également observé que les contraintes imposées aux relations sexuelles actuelles et préexistantes remettent en cause la justification de ces pratiques, étant donné que l'objectif des hôpitaux de psychiatrie légale est essentiellement thérapeutique (Dein et Williams, 2008). Les résultats portent à croire qu'une politique interdisant la sexualité n'empêche pas les relations sexuelles de se développer. Il serait donc opportun de reconnaître ces relations et de réfléchir à la manière dont elles peuvent être soutenues dans l'environnement clinique.

Les expériences relatives à l'expression de la sexualité en milieu de psychiatrie légale ont été décrites par Brown et al. (2014) sous le terme « sexualité amputée » (*amputated sexuality*). Les auteurs expliquent ce terme par l'exclusion de la sexualité dans les hôpitaux de psychiatrie légale et dans certaines pratiques mises en œuvre sur les unités de soins (surveillance constante et accrue, par exemple) qui transforment le rapport du patient à sa sexualité. Dans le même article, les auteurs mentionnent que les patients sentent une exclusion de la sexualité tant lors de leur examen initial de santé que dans les discours généraux se rapportant à leur santé tout au long de leur hospitalisation. Dans une autre recherche, les patients ont également mentionné le soutien minimal offert par les infirmières concernant les relations intimes (Quinn et Happell, 2015a). Cette lacune constatée dans la pratique consistant à ne pas apporter de soutien aux patients au regard de leur sexualité, si prise en compte, pourrait contribuer à réduire les résultats négatifs en matière de santé mentale, ce qui est cohérent avec plusieurs études qui notent que les relations sexuelles peuvent favoriser d'autres relations, améliorer l'intégration sociale, améliorer la qualité de vie et réduire le risque de rechute (Perry et Wright 2006; Tennille et Wright 2013). Gildberg et al. (2010) ainsi que Schafer et Peternelj-Taylor (2003) ont, pour leur part, exploré les attentes des patients à l'égard du personnel infirmier. Les patients veulent que les infirmières les accompagnent pour les aider à examiner leurs conditions de vie et leurs comportements afin de progresser dans leur cheminement.

Brown et al. (2014) discutent aussi de l'exclusion de la sexualité dans l'aménagement physique des lieux. Ils stipulent que l'arrangement architectural de l'espace mine la capacité de se sentir sexuel de la même façon qu'il est possible de le faire à l'extérieur de l'hôpital. Dans l'étude de Quinn et Happell (2015a), les patients ont décrit les nombreuses contraintes qui ont eu un impact sur leur capacité à former et à maintenir des relations sexuelles. Le manque de vie privée et les difficultés liées aux activités normales des couples ont été soulignés. Il ressort de ces réponses que les

relations que les patients apprécient et recherchent vont au-delà de la nécessité d'avoir des rapports sexuels et incluent d'autres formes de proximité et d'intimité. Les aspects liés à la compassion, à l'accompagnement et à la camaraderie (Hales et al. 2006) et les relations considérées plus significatives à propos du sexe (Volman et Landeen 2007) ont une grande importance pour les patients.

Finalement, Quinn et Happell, (2015), qui ont questionné longuement des patients sur les inconvénients et les avantages de leurs décisions d'avoir ou non des relations sexuelles avec un autre patient, furent les seuls à mentionner certains avantages d'un environnement sécurisé à long terme.

2.3 Représentations et attitudes sur les rapports sexuels entre hommes en milieux fermés

Cet axe aborde les représentations ainsi que les attitudes face aux rapports sexuels entre hommes en milieux fermés. Les écrits répertoriés ici concernent principalement des études menées en prison. Encore une fois, vu les similarités entre ce milieu et notre milieu d'étude, nous considérons pertinent l'inclusion de ces données dans notre recension afin d'éclairer notre compréhension globale du sujet étudié. Deux thèmes généraux ont été dégagés de ce qu'on retrouve dans les écrits : homophobie et hétéronormativité, puis vulnérabilité et prédation.

2.3.1 Homophobie et hétéronormativité

Les rapports sexuels entre hommes dans un milieu fermé (prisons, hôpitaux psychiatriques, etc.) ont fait l'objet de plusieurs études. Dans les écrits, différentes perceptions et opinions sont exprimées, tant du point de vue des patients que des membres du personnel et même au niveau des chercheurs, mais de façon générale il est rapporté que le milieu correctionnel est un milieu « macho » où un discours homophobe prévaut. Il nous apparaît essentiel d'explorer les écrits s'intéressant aux racines de ce

phénomène ainsi que l'identité masculine en milieux fermés afin de mieux comprendre le vécu sexuel des patients dans le cadre de notre étude.

À la lecture de nombreux ouvrages (Borrillo, 2000; Bourdieu, 2001; Éribon, 1999), il ressort clairement que l'identité masculine est, depuis plusieurs décennies et en Amérique du nord du moins, étroitement liée au concept de virilité. Dejours (2000) explique que la virilité se situe davantage du côté des rapports sociaux de sexe que du côté d'une construction psychique identitaire (p.264). Il poursuit en précisant que la virilité se définit « comme un ensemble de comportements, d'interdits, de non-dits, de valeurs, d'attitudes, de discours stéréotypiques, (...) qui s'articulent en véritables systèmes idéologiques centrés par le courage et la force » (p.277). La virilité est donc « une forme de vivre-ensemble dans laquelle de nombreux hommes sont éduqués et se socialisent, et sur laquelle se fonde pour une grande part la domination masculine. Cette même virilité solidarise une commune perception des hommes entre eux, exclut les femmes et leurs équivalents symboliques (homosexuels, travestis, transgenres, transsexuels) » (Guenichon, 2011, p. 222).

François (2010) élabore une étude sur la sexualité des hommes incarcérés en France. Elle explique que dans un contexte de privation sexuelle, en raison du caractère exclusivement masculin de la prison, la virilité semble prendre davantage de signification dans une prison d'hommes. Elle stipule que les valeurs de domination masculine sont exacerbées au sein même de cette institution. Pour l'homme incarcéré, adhérer aux valeurs et aux normes de la virilité masculine serait une condition *sine qua non* pour sa survie en détention puisque les violences sexuelles et les attitudes homophobes sont les moyens généralement utilisés en prison pour réaffirmer la virilité masculine. François (2010) rapporte d'ailleurs que l'impact de l'incarcération sur le rapport que l'homme détenu entretient avec son identité masculine est considérable.

Tewksbury (1989), Smith et Batiuk (1989) ainsi que Schmid et Jones (1989) examinent, au cours de leurs recherches, comment les conditions de vie en prison affectent les perceptions et les peurs des détenus en ce qui concerne les agressions sexuelles. Selon ces auteurs, plus un détenu manifeste de la peur ou s'affiche de manière efféminée auprès de ses codétenus, plus la probabilité d'être victime d'une agression sexuelle est grande. Sur la base de ces observations, ils soulignent l'importance de présenter une image d'homme viril comme facteur de protection contre ce genre d'attaque en détention.

Merotte (2012) rapporte que le grand tabou concernant la sexualité en prison demeure les rapports homosexuels, qui sont vus comme honteux et mettant immédiatement le détenu dans une catégorie de sous-humain, dominé et utilisable. Dans une autre étude, Seal et al. (2004) ont analysé le discours de plus de 80 prisonniers au sujet de la sexualité en prison. Ils rapportent également une forte présence d'homophobie au sein de la population carcérale. D'autres recherches mettent aussi en lumière le caractère homophobe du milieu carcéral. Alarid (2000) et Wooden et Parker (1982), par exemple, rapportent que les détenus gais et bisexuels décrivent souvent des sentiments d'insécurité et des attitudes irrespectueuses à leur égard à cause de leur orientation sexuelle.

Dans une étude récente, Sit et Ricciardelli (2013) ont investigué comment la sexualité est construite et vécue dans l'environnement hétéronormatif des prisons fédérales canadiennes pour hommes. Elles se sont également interrogées sur les attitudes et les comportements sexuels de ces détenus. Leur étude se base sur un échantillon d'hommes libérés conditionnellement et ayant effectué une détention d'une période minimale de deux ans au sein d'une prison située en Ontario. Elles affirment que les attitudes négatives dominantes et les pratiques normatives à l'égard de l'homosexualité sont chacune façonnées et renforcées par les productions et

comportements discursifs des détenus (mâles) à l'égard de la sexualité. Les résultats de cette étude suggèrent d'ailleurs que l'hétéronormativité et l'homophobie sont omniprésentes dans la culture carcérale et sont reflétées dans la façon dont la sexualité est construite et exprimée par les hommes incarcérés. Ces chercheurs ont également constaté que le niveau de tolérance à l'égard de l'homosexualité est particulièrement bas dans la culture des prisonniers en Ontario, générant une importante anxiété chez les détenus craignant d'être stigmatisés de « gays ». L'hétéronormativité semble, selon ces auteurs, maintenue par la présence de nombreuses attitudes homophobes chez les détenus, ce qui entraîne la mise en place d'un système de protection ou de ségrégation pour les personnes stigmatisées comme telles.

Eigenberg (1992) propose une perspective différente quant au phénomène de la sexualité en prison en évaluant l'attitude du personnel pénitentiaire à l'égard des agressions sexuelles en prison. Les conclusions de son étude montrent que le personnel pénitentiaire considère les pratiques homosexuelles comme une réponse à la privation sexuelle, que les relations sexuelles entre détenus sont acceptées en échange de protection et que le personnel de surveillance ne sait pas clairement distinguer les actes sexuels consentis des actes sexuels sous contrainte.

Hensley et Tewskbury (2005) ont mené une importante étude en se basant sur l'approche de la construction sociale. Leurs conclusions stipulent que l'orientation sexuelle constitue un important facteur de risque dans la victimisation sexuelle en prison. Selon leurs résultats, l'orientation sexuelle semble affecter la manière dont les détenus se voient et la perception des autres détenus à leur égard. En milieu correctionnel, une orientation sexuelle autre qu'hétérosexuelle est perçue comme une vulnérabilité qui engendre une plus grande probabilité de victimisation. Cette dimension de vulnérabilité provient dès lors d'une construction sociale de la sous-culture carcérale qui définit toute orientation sexuelle autre que l'hétérosexualité comme non acceptable et susceptible d'agression sexuelle.

2.3.2 Vulnérabilité et prédation

Tel qu'illustré jusqu'ici dans les différentes sections de notre recension, pendant longtemps, la perception générale des contacts sexuels entre deux hommes en milieux fermés était fortement influencée par l'hétéronormativité de ces milieux. Dès lors, les contacts homosexuels en milieux fermés furent systématiquement qualifiés de viols et d'agressions. Eigenberg (1992) explique ce phénomène par le fait qu'initialement, les chercheurs tentaient d'expliquer pourquoi des hommes hétérosexuels s'engageaient dans des contacts homosexuels une fois en prison. Bien que la privation sexuelle puisse fournir une explication, cette dernière est basée sur une conceptualisation fluide de l'orientation sexuelle qui apparaît toutefois contradictoire avec les présupposés des chercheurs de l'époque. Par conséquent, les définitions d'homosexualité situationnelle se sont concentrées sur les actes de viols et d'agressions, ce qui permit aux chercheurs d'éviter d'expliquer pourquoi et comment des détenus hétérosexuels changent leur orientation sexuelle. Ils pouvaient alors discuter de viols comme étant un résultat de privation sexuelle. Ainsi, ces chercheurs ont-ils présenté des travaux portant sur l'homosexualité malgré le fait que l'accent était mis sur le viol.

Des traces de cette conception de l'homosexualité en prison sont présentes dans les écrits. Le concept de risque quant aux agressions sexuelles et au viol est très répandu dans les écrits tant en milieu carcéral que psychiatrique. En effet, un discours sur le risque, la prédation et la vulnérabilité, omniprésent, existe en relation à la santé sexuelle des patients de psychiatrie légale (Sullivan, 2005). Brown et al. (2014) mentionnent que puisque le discours médical en psychiatrie légale est principalement orienté vers le droit, il a deux positions par défaut dans lesquelles la sexualité peut être pertinente. La sexualité est soit un signe de vulnérabilité, qui peut être vu comme une menace au traitement de réhabilitation, soit une expression de prédation, ce qui risque de renverser la transformation de l'agresseur en patient.

2.4 Politiques institutionnelles à l'égard de la sexualité

Les politiques institutionnelles légiférant la sexualité des patients en milieux fermés ont en commun le fait qu'elles sont rarement claires. En effet, elles varient de lignes directrices tolérantes à des règles interdisant strictement tous contacts sexuels. Dans certains endroits, les politiques prévoient une réponse punitive aux comportements sexuels.

2.4.1 Hôpital général

Les hôpitaux généraux ne sont pas tous munis d'une politique réglemant l'expression de la sexualité des patients. Cependant, plusieurs le sont, et certaines appliquent activement une politique interdisant la sexualité (Warner et al., 2004).

2.4.2 Hôpital psychiatrique

Dans les hôpitaux psychiatriques, des politiques officielles encouragent l'application d'une sanction punitive en réponse aux comportements sexuels (Wright, McCabe, Kooreman, 2012). Aux États-Unis, en vertu de la loi, il est dit que « l'institution doit fournir, avec supervision adéquate, des opportunités appropriées pour le patient afin qu'il puisse interagir avec les membres du sexe opposé » (Wyatt v. Stickney, 1972). Alors que la cour ne clarifie pas ce que cela signifie, il semble que les rapports sexuels entre personnes de « sexe opposé » seraient acceptés. Il est toutefois aussi dit que la personne qui n'est pas en mesure de consentir doit être protégée de tous préjudices (Wyatt v. Stickney, 1972; Perlin, 1997). Ceci pose problème dans les milieux psychiatriques car la clientèle est vulnérable et souvent considérée par les cliniciens comme étant inapte à consentir (Perlin, 2008).

Les politiques de différents hôpitaux psychiatriques du Québec quant à l'expression sexuelle des patients, qui ont fait l'objet de récentes révisions, ont une approche encadrante de la sexualité des patients. Ces politiques stipulent qu'en cas de contacts sexuels consentants, les professionnels de la santé se doivent de faciliter l'expression sexuelle des patients. En plus de la politique, des documents ainsi que des

outils cliniques sont disponibles pour les membres du personnel afin d'évaluer la capacité à consentir des patients, le niveau de risques, les connaissances en termes de sexualité, les personnes ressources à contacter, etc. Aucune évaluation des retombées de ces politiques n'était disponible lors de notre projet de recherche.

2.4.3 Prison

Les politiques institutionnelles en milieux carcéraux sont plutôt similaires, sinon plus strictes encore. Elles sont majoritairement d'ordre restrictives et punitives. En France, par exemple, les rapports sexuels en prison sont interdits par la loi (Renucci, 2010). Aux États-Unis et au Canada, certaines prisons autorisent les visites conjugales (Dein et Williams, 2008), allant jusqu'à fournir des chambres privées pour les détenus et leurs partenaires. Au Canada, ces chambres privées, communément appelées des « roulottes », se retrouvent seulement dans les pénitenciers, c'est-à-dire dans les centres de détention pour détenus servant une sentence fédérale (plus de deux ans) (Services correctionnel Canada, 2015). Il est important de noter que des restrictions spécifiques s'appliquent à ceux qui désirent utiliser ces chambres. Étant considérées comme un « privilège », elles ne sont pas accessibles à tous les détenus.

Outre ces renseignements, peu d'information facilement accessible a été trouvé quant aux politiques institutionnelles officielles des centres de détention à l'égard de l'expression sexuelle entre détenus.

2.4.4 Hôpital de psychiatrie légale

En milieu de psychiatrie légale, la gestion et le contrôle des comportements « déviants » et « dangereux » s'étendent également aux relations émotionnelles et sexuelles (Bartlett *et al.*, 2010), les relations sexuelles étant souvent perçues tel un risque qui doit être pris en charge (Dobal et Torkelson, 2004; Perry et Wright, 2006; Pacitti et Thornicroft, 2009; mercer, 2013; Tennille et Wright, 2013). Cette conception entraîne généralement une approche de prohibition de l'intimité sexuelle entre les patients (Dobal et Torkelson, 2004).

Certains auteurs suggèrent également que les problèmes relationnels des patients sont soit ignorés ou traités de manière punitive (Taylor, 1998). Davison (1999) soutient que les pratiques du personnel sont dominées par des préjugés personnels et que les politiques pertinentes pour orienter les actions professionnelles sont souvent vagues, contradictoires ou ignorées (Taylor, 1998; Swan et Taylor, 1999). Ainsi, les cliniciens sont encouragés à contrôler et activement prévenir l'activité sexuelle et à faire comprendre aux patients que celle-ci ne peut se produire (Pacitti et Thornicroft, 2009). Ce contrôle est souvent justifié par le besoin de protéger les personnes vulnérables et de prévenir les incidents dus à des pratiques et comportements sexuels non sécuritaires (Welch et Clements, 1996; Hales et al., 2006).

De plus, les préoccupations constantes en ce qui a trait aux abus sexuels, les grossesses non désirées (dans le cas d'unité mixtes) et la propagation du VIH et d'autres ITSS chez les patients continuent d'alimenter les débats entre les décideurs politiques (Torbaty, 2011; Jackson et Marx, 2010) en ce qui concerne la gestion de l'expression de la sexualité des patients (Wright, McCabe et Kooreman, 2012). Les répercussions de ces débats se font ressentir dans le manque de politiques officielles visant les relations sexuelles et intimes des patients (Dein et Williams, 2008). Souvent, la décision est remise entre les mains du clinicien traitant le patient en question qui, n'ayant pas toujours reçu la formation adéquate pour traiter des questions de sexualité, s'en remet à ses connaissances, opinions et valeurs personnelles.

Finalement, il est à noter que plusieurs auteurs spécifient que malgré la présence de lignes directrices tentant de décourager l'intimité sexuelle de se produire, les patients continuent de se livrer à des activités sexuelles (Warner et al., 2004; Hales et al., 2006; Perlin, 2008; Quinn et Happell, 2015). Il existe des preuves évidentes que les règles n'empêchent pas l'activité sexuelle (Higgins et al. 2008; Welch et Clements 1996). Par exemple, sur un échantillon de 100 patients en milieu hospitalier, il a été signalé que 30%

des patients étaient sexuellement actifs (Warner et al. 2004) malgré l'existence d'une politique interdisant l'activité sexuelle.

2.5 Représentation macrosociale de la sexualité en milieux fermés

Cet axe démontre la variété de discours au niveau des représentations sociales de la sexualité en milieux fermés. L'exploration de trois différents discours, soit médiatique, scientifique et populaire, permet de dégager une compréhension plus globale des idées perçues au niveau du public. Étant donné l'étendue des ouvrages couvrant les représentations macrosociales de la sexualité et parce que celles-ci ne constituent qu'une partie de notre étude, nous nous sommes limité à quelques écrits seulement.

2.5.1 Discours médiatique

Les patients hospitalisés en milieux de psychiatrie légale reçoivent souvent une forte attention médiatique. Il est important de comprendre que la plupart des patients hospitalisés dans ces milieux sont jugés non coupables en raison de leur état mental au moment de leur délit (Timmons, 2010). Ces patients sont donc souvent considérés comme étant plus dangereux (Jacob et al., 2009) et comme méritant moins de soins et d'attention que des individus étant aux prises avec des problèmes de santé mentale seulement (Perlin, 2008). Bien que le pourcentage de crimes extrêmement violents commis par des patients soit assez faible, l'attention médiatique consacrée à ce type de crimes donne l'impression que tous les patients du milieu de psychiatrie légale sont violents et dangereux (Quinn et Happell, 2011). Ceci a un effet de généralisation au regard de l'ensemble des patients du milieu psychiatrique légal, ceux-ci se trouvant dépouillés de leur individualité, stéréotypés et associés à des présomptions de dangerosité (Perlin, 2008), ce qui donne lieu à une augmentation de la discrimination à leur égard et contribue à leur exclusion sociale (Coffey, 2006).

Dans les médias, le discours évoqué en lien avec la sexualité en milieux fermés (spécialement en milieu carcéral) met souvent en cause la privation de contact sexuel

comme menant à des agressions sexuelles et au viol (Potter et Tewsbury, 2005). Eigenberg et Baro (2003), qui examinent plusieurs films dont l'histoire se déroule en prison et où il est question de viol d'hommes (*male rape*), soutiennent que le discours sur la sexualité des prisonniers est axé sur le viol d'hommes et qu'il est généralisé et répandu tant dans les films, les séries télé que les publicités télévisées.

2.5.2 Discours scientifique

Dans le domaine scientifique, les représentations de la sexualité en milieux fermés sont construites autour d'un discours biomédical ainsi que d'un discours de gestion de risques (Sullivan, 2005). L'idée d'évaluer un patient afin de déterminer son statut de dangerosité (pour lui-même ou pour les autres) ou son aptitude à consentir est omniprésente et s'inscrit dans le discours dominant au sein de la population scientifique (Brown et al., 2014).

Les premiers chercheurs en milieux carcéraux ont déclaré, malgré l'absence de données empiriques, que le viol dans les prisons pour hommes était endémique (Weiss et Friar, 1974). Cet énoncé n'est pas soutenu par les données empiriques sur le viol d'hommes en prison, affirment Eigenberg et Baro (2003). Le discours sur le viol en prison s'inscrit néanmoins dans un discours de gestion de risque et concorde avec les autres résultats trouvés dans les écrits. À partir des années 1970, plusieurs chercheurs se sont intéressés à la sexualité en prison. Ces études cherchent à déterminer si la sexualité en prison relève d'une homosexualité situationnelle ou d'agressions. En bref, on cherche à déterminer si les contacts homosexuels sont consentants ou non. Au cours des années, plusieurs études se contredisent sur ce point et sur la façon de conceptualiser l'homosexualité en milieux fermés. Il ne relève point de l'objectif de notre recherche de déterminer ce qu'il en est. Il est toutefois important de garder en tête ce débat académique qui, certes, influence les discours externes et, inversement, est influencé par ceux-ci.

2.5.3 Discours populaire

Les patients hospitalisés en milieu de psychiatrie légale, du point de vue du discours populaire, ne méritent pas de vivre et d'exprimer librement leur sexualité. En effet, mentionnent Dein et al. (2014), la société perçoit généralement les unités de psychiatrie légale comme un endroit servant à punir et où les résidents, conséquemment, ne devraient pas avoir droit à une liberté sexuelle et à l'intimité.

Un autre discours au sein du public pouvant être influencé par le discours médiatique est celui du viol en prison, notamment via une croyance répandue voulant que toute personne qui s'apparente au stéréotype de la victime sera violée en prison (Eigenberg et Baro, 2003).

Perlin (1998, 2008) aborde la question de la psychophobie ou du sanisme en lien avec la représentation de l'expression sexuelle des patients hospitalisés en milieu de psychiatrie légale dans le discours populaire. Il décrit la psychophobie comme une forme de discrimination à l'égard des gens atteints de problèmes de santé mentale. Il identifie plusieurs mythes présents dans le discours populaire tels que l'idée selon laquelle les personnes atteintes de maladies mentales sont erratiques, déviantes, moralement faibles, sexuellement incontrôlables, instables émotionnellement, paresseuses, dangereuses, ignorantes, font preuve d'une moralité primitive, n'ont pas la capacité de montrer de l'amour ou de l'affection, etc.

2.6 L'expression de la sexualité comme droit humain

Le dernier axe explore ce qui est consigné dans les écrits quant à la sexualité comme droit fondamental humain. Les droits humains représentent une sorte de droits bien spécifiques. Ils diffèrent des droits légaux et des droits civils, lesquels dérivent de lois ou coutumes de sociétés particulières (Freeman, 2011). Ils constituent des droits d'importance exceptionnelle et sont conçus pour protéger les intérêts humains moralement valides et fondamentaux, particulièrement contre l'abus du pouvoir politique

(Clapham, 2007). Ces droits ont un poids particulier contre d'autres revendications et peuvent être brimés seulement pour des raisons exceptionnellement solides (Freeman, 2011).

Les questions relatives à l'expression de la sexualité des patients hospitalisés en milieu de psychiatrie légale et aux droits sexuels de cette population relèvent des droits humains (Dixon-Mueller et al., 2009; Perlin, 2008). Perlin (2008) stipule que l'examen de certains documents clés relatifs aux droits humains internationaux fournit un appui solide quant au manque de politique à l'égard de la sexualité ou au déni des droits sexuels des patients en psychiatrie légale. Parmi ces documents, il nomme : la Déclaration universelle des droits de l'homme (1998), le Pacte international relatif aux droits civils et politiques (1966), le « Principles for the protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care » (1991) et la Convention européenne des droits humains (1996). Ces documents font tous référence aux droits sexuels comme s'inscrivant dans le concept de « droit à la vie privée ».

Au niveau nationale, Welch et Clements (1996) mentionnent que les patients hospitalisés de manière chronique ont droit à une intimité sexuelle dans un cadre privé et digne. La justification principale de leur affirmation selon laquelle les patients ont le droit d'être sexuellement intimes à l'hôpital se trouve aux articles 7 et 15 de la Charte Canadienne des droits et libertés. L'article 7 stipule que « toute personne a droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne et à son droit de ne pas en être privé, sauf en conformité avec les principes de justice fondamentale ». L'article 15 stipule que « toute personne est égal devant et en vertu de la loi et a droit à la même protection et au même bénéfice de la loi sans discrimination et notamment sans discrimination fondée sur la race, la nationalité ou l'origine ethnique, la couleur, la religion, le sexe, l'âge ou le handicap physique ».

2.6.1 Droit à la vie privée

Clapham (2007) explique que le concept de vie privée est devenu un droit « résiduel » en législation des droits humains et qu'il est utilisé pour étayer les revendications se rapportant au respect de la dignité, aux correspondances, à la sexualité, à l'identité ou à la famille. Historiquement, ce droit faisait référence à la protection des informations personnelles, des images de soi en circulation et au droit de ne pas se faire observer contre son gré. De nos jours, on identifie cinq dimensions contemporaines à la « vie privée » soit : le désir d'être libre de toutes formes d'observations ou de surveillance, le désir de restreindre la circulation d'informations ou d'images pouvant être préjudiciables à notre égard, l'intérêt de pouvoir communiquer sans être écouté par une tierce partie, le besoin de protection de notre bien-être physique et mental, et, finalement, l'idée que l'être humain devrait pouvoir développer sa personnalité libre de tout contrôle (Clapham, 2007). Dans cette dernière catégorie s'insère le droit à la liberté d'association avec autrui (Perlin, 2008). En effet, si l'être humain n'est pas libre de faire certains choix quant à sa sexualité, son identité et ses associations (personnelles, intimes, sexuelles) avec les autres, est alors considéré qu'il lui est impossible de développer sa personnalité à son plein potentiel (Clapham, 2007).

2.6.2 Interférence avec les droits humains

Il est entendu que certains droits fondamentaux ne devraient en aucun cas être brimés. Les droits restreints par des crimes tels que les génocides, l'esclavage et la torture, par exemple, sont des droits dits absolus et aucune exception ou limitation n'est permise à cet égard (Clapham, 2007). Il est toutefois important de comprendre que d'autres droits, en contraste avec ces droits absolus, peuvent être limités par des restrictions légales dans le but de protéger un objectif légitime défini (Clapham, 2007). La liberté d'un individu peut être restreinte, par exemple, dans un contexte de détention suite à une condamnation légale devant un tribunal. Clapham (2007) explique que toutes restrictions sur ces droits

doivent être justifiées comme étant proportionnelles au but visé par les dites restrictions. Un schéma présentant trois questions, développé dans le cadre de la législation des droits humains, sert de cadre de référence à cet effet. Premièrement, il importe de se poser la question : « Y a-t-il un but légitime à l'interférence avec les droits visés? »; ensuite, il importe de savoir si cette interférence est prescrite par une loi claire et accessible; et, finalement, il faut déterminer si l'interférence avec les droits est proportionnelle à l'objectif légitime identifié et nécessaire dans une société démocratique (Clapham, 2007). En suivant ce cadre de référence, il est bon de se questionner sur le but légitime en lien avec les restrictions quant à l'expression de la sexualité des patients hospitalisés en milieux de psychiatrie légale. Cette perspective de droits humains amène effectivement à questionner la légitimité et la raison d'être des politiques sur la sexualité en milieu de psychiatrie légale.

2.7 Résumé de la recension des écrits

Il y a une reconnaissance générale dans les écrits recensés à l'effet que les patients hospitalisés en milieux de psychiatrie-légales ont des besoins sexuels, que ceux-ci ne sont pas pris en compte par les professionnels et que l'interdiction de contacts sexuels qu'ils subissent est nuisible. Par contre, très peu d'actions semblent être entamées afin de remédier à cette situation et les inquiétudes des cliniciens et des décideurs en place quant à la sécurité sont récurrentes.

En ce qui concerne les soins infirmiers, les écrits identifient la santé sexuelle comme n'étant pas bien intégrée à la pratique (spécialement en milieu de psychiatrie légale) et encore très effacée des curriculums. Plusieurs soulignent l'inconfort des infirmières à aborder ce sujet avec leurs patients. Parmi les raisons justifiant cet inconfort, on nomme le manque de connaissance à ce sujet, l'impression répandue que le patient ne désire pas aborder ce sujet et le fait que la santé sexuelle ne soit pas priorisée dans

les soins administrés. Les contacts homosexuels en milieu de psychiatrie légale sont très peu abordés dans les écrits recensés.

L'étude de la sexualité en milieux fermés a fait l'objet de recherche en sociologie, en anthropologie, en criminologie, en psychologie et plus récemment en science infirmières et médicales. D'un point de vue méthodologique, beaucoup de recherches ont été menées à partir de méthodes quantitatives. Des recherches plus récentes ont néanmoins adopté une méthodologie qualitative. Par contre, aucune étude ne semble avoir été faite selon une approche critique cherchant à faire ressortir les situations d'injustice ou d'inégalité. Dès lors, une approche Foucaldienne nous semble pertinente.

Les écrits quant à l'expression sexuelle d'hommes en milieux fermés relèvent souvent d'observations de chercheurs ou de cliniciens. Certaines recherches, surtout les recherches plus récentes, offrent une voix aux patients ou aux détenus et attestent ainsi de leurs points de vue. L'attitude, les préoccupations et les représentations des patients sont exposées dans certaines recherches. Par contre, les pratiques sexuelles, mise à part leur caractère caché, demeurent inconnues. Ces informations sont pourtant très importantes d'un point de vue infirmier afin de bien cibler les besoins de santé et d'enseignement nécessaire pour les patients.

Finalement, à la lumière des articles recensés, force est de constater qu'aucun article ne traite des différents niveaux de complexité de l'expression sexuelle masculine en milieu de psychiatrie légale. Plusieurs recherches ont été faites sur la sexualité en milieu carcéral, explorant les concepts de dangerosité et de vulnérabilité ainsi que la réalité de l'homosexualité, sans toutefois inclure la composante de la maladie mentale et ses implications. D'autres recherches exposent les problématiques entourant la sexualité en milieu psychiatrique. Par contre ces recherches n'abordent pas nécessairement le concept de dangerosité et sont souvent menées sur des unités mixtes, excluant ainsi la composante de l'homosexualité. Il en est de même pour les études sur la sexualité en

milieu de psychiatrie légale. Celles réalisées jusqu'à présent n'abordent pas la question de l'homosexualité et de l'homophobie. À notre connaissance, aucun article ne conjugue les concepts de dangerosité, de vulnérabilité et d'homosexualité.

CHAPITRE III : CADRE THÉORIQUE

Dans le contexte dépeint par la problématique, répondre à nos questions de recherche requiert une perspective théorique permettant un questionnement des systèmes en place, des modèles et des routines, particulièrement ceux qui reflètent la préservation du *statu quo*. Afin de générer de nouvelles façons de voir, de faire et d'être, il est important de remettre en question, de façon continue ce *statu quo*.

La façon dont on développe les connaissances est directement liée à la façon dont on perçoit le monde et les phénomènes qui nous entourent. Se questionner à propos de comment on voit la vie, comment on définit le sujet, son environnement et les interactions entre les individus est primordial en recherche. Poser ces questions et se situer dans un paradigme représente une façon valable de développer les connaissances (Guba et Lincoln, 1994).

Dans ce chapitre, nous exposons nos orientations théoriques en situant en premier lieu notre position épistémique puis en étayant les différentes théories utilisées pour ce projet de recherche.

3.1 Position épistémique : Théorie critique

La profession infirmière est en constante évolution. C'est pourquoi il est important pour les infirmières (et pour les chercheurs) de se questionner sur les présupposés de la profession tels que notre rôle au sein de la santé de certaines populations, au sein de certains systèmes en place et dans la perpétuation de modèles ne servant pas le mandat social de la profession. Le paradigme de la théorie critique en est un de premier choix lorsqu'il est question de favoriser une remise en question continue (critique) des systèmes en place et des courants dominants. Ce paradigme fournit donc une fondation idéale pour examiner des problématiques telles que la façon dont la santé sexuelle des patients de psychiatrie légale est abordée (perçue) par les infirmières. Il permet également

de contempler de nouvelles perspectives ou différentes façons de conceptualiser cette problématique.

Guba et Lincoln (1994) rappellent que les différences entre les différents paradigmes ne sont pas banales et ne peuvent être simplement classées comme des différences « philosophiques ». En effet, qu'elles soient implicites ou explicites, ces positions ont d'importantes conséquences tant sur la conduite d'une recherche que sur l'interprétation des résultats et que sur les choix politiques qui en découlent. C'est pourquoi il est important de se questionner à ce sujet et de se situer épistémiquement lors de l'entreprise d'un projet de recherche. Le paradigme de la théorie critique se distingue d'autres paradigmes, entre autres, par son but, la nature du savoir, la place qu'occupe l'éthique et la voix du chercheur. C'est par ces thèmes, fondamentaux à la recherche, que nous nous situons dans ce paradigme.

3.1.1 Le but de la recherche en théorie critique

En théorie critique, le but de la recherche est de critiquer et de transformer les structures sociales, politiques, culturelles, économiques, ethniques et de genres qui contraignent et exploitent l'humanité, et ce par la confrontation, voir même le conflit (Guba et Lincoln, 1994). L'émancipation est également un concept clé quant au but de la recherche dans le paradigme de la théorie critique. La défense de l'autre et l'activisme sont aussi des concepts au cœur de ce paradigme. Pour nous, il est primordial que la recherche promeuve l'émancipation des individus et de la discipline infirmière (dans le cas de recherches en sciences infirmières). Un chercheur devrait constamment avoir en tête le but premier de l'étude, c'est-à-dire l'amélioration des conditions humaines. Nous sommes conscients que cette émancipation découle souvent d'une transformation qui, parfois, s'avère radicale. Or, nous croyons que les plus grands changements naissent souvent de conflits et de confrontations. Aussi, nous sommes d'avis que les changements qui ont souvent le plus de succès sont des changements au niveau des racines mêmes d'un

phénomène en question (par exemple au niveau des structures sociales, politiques, économiques, etc.). De plus en plus, il nous apparaît d'une très grande importance de conscientiser les gens aux courants de pensées dominants qui, trop souvent, sont défavorables à l'égard des populations vulnérables (voir même « marginalisent » ces populations vulnérables). Il va sans dire que cette prise de conscience est essentielle à notre domaine de recherche. La théorie critique permet (implique) une remise en question constante des façons de voir et de concevoir le monde qui nous entoure. Dans le cas de recherche auprès d'individus opprimés par le système en place, ce paradigme est idéal.

3.1.2 La nature du savoir

La nature du savoir, en théorie critique, consiste en une série d'idées structurelles/historiques qui sont transformées avec le temps (Guba et Lincoln, 1994). Pour notre part, nous ne croyons pas que le savoir découle de faits qui, une fois vérifiés, sont immuables et représentent la vérité pour tous et pour toujours. Nous croyons que les réalités de chaque individu sont façonnées par divers facteurs sociaux, culturels, politiques, économiques, ethniques et aussi relatifs aux genres. L'être humain étant le résultat complexe de forces tant sociales que politiques, culturelles, etc., il nous apparaît complètement insensé de croire en une seule vérité. D'autre part, nous sommes d'avis que de valoriser l'idée qu'une seule vérité existe et prévaut sur d'autres vérités peut être nuisible. En effet, un système qui valorise le concept d'une seule et unique réalité dans un temps donné pour une population donnée favorise l'établissement d'une norme, et par le fait même, d'un système binaire de « normal-anormal » ou « bien-mal ». Une telle conception peut s'avérer défavorable dans bien des contextes, mais spécialement en recherche dans le domaine des sciences humaines. Nous questionnons la possibilité de générer de nouvelles connaissances selon l'idée qu'il n'y a qu'une vérité. Nous adhérons à l'idée d'une fluidité : d'un spectre de diversité entre deux pôles. Un éventail de réalités plutôt que l'idée de réalités fixes. Nous croyons d'ailleurs que cette ouverture est

nécessaire dans un contexte de recherche auprès de populations marginalisées. D'autant plus que certaines « vérités » bénéficient certains groupes au profit de l'oppression de d'autres groupes.

3.1.3 Éthique

L'éthique est selon nous une partie fondamentale en recherche tout comme en sciences infirmières. Lorsqu'il est question d'êtres humains, plusieurs considérations concernant les droits et la dignité sont de mises. En effet, il nous apparaît insensé de mener des travaux de recherche dans le but d'améliorer la situation d'individus et de promouvoir leur émancipation si ces travaux ne tiennent pas compte, à la base, de leurs droits et libertés. Être clair et transparent dans ses intentions, en tant que chercheur, est d'une très grande importance pour nous. Vu l'intention d'éradiquer l'ignorance et les malentendus, et de tenir compte des valeurs et de la situation historique, les considérations éthiques sont intrinsèques au paradigme de la théorie critique (Guba et Lincoln, 1994).

Nos intérêts de recherche concernent une population, un milieu ainsi qu'une discipline où les considérations éthiques sont extrêmement importantes. Les informations partagées par les patients dans le cadre de nos travaux de recherche, par exemple, pourraient s'avérer préjudiciables à leur égard si elles ne demeuraient pas confidentielles. Il en est de même pour les membres du personnel et l'institution comme telle. Le chercheur se doit de s'assurer que le bien des sujets de recherche est préservé en tout temps.

Aussi, comme chercheur tout comme infirmière, nous croyons qu'on se doit de maintenir une image de confiance auprès du public et des sujets de recherche. Pour ce faire, il est nécessaire de respecter certains standards. C'est pourquoi un paradigme où une inclinaison morale poussant le chercheur à être davantage révélateur (en terme par exemple de consentement éclairé) plutôt que trompeur (Guba et Lincoln, 1994) rejoint nos idéaux.

3.1.4 La voix

La voix reflétée par les activités du chercheur doit promouvoir l'émancipation des individus visés par la recherche. Nous sommes d'avis qu'il relève de la responsabilité du chercheur d'éveiller les participants prenant part à l'étude et ce, tout au long du processus. Dans le cadre de nos activités de recherche, nous croyons que de questionner les infirmières sur leurs attitudes par rapport à l'expression de la sexualité de leur patient (par exemple) est un élément important du processus contribuant à les conscientiser à l'importance de ce sujet tout en les amenant à se questionner sur leur pratique. Il nous apparaît aussi important de rappeler aux patients qu'ils ont des droits et que l'expression sexuelle est un droit humain fondamental. Leur permettre de s'exprimer sur ce sujet, leur offrir une voix quant à leur situation et leurs besoins sont ainsi des éléments d'émancipation de grande importance en recherche.

En théorie critique, Giroux (1988) utilise le terme *transformative intellectual* pour désigner la voix du chercheur. Ce terme fait référence à des individus qui ont une conscience élargie et sont ainsi en position de confronter l'ignorance afin d'inciter au changement. Le changement est facilité à mesure que les individus développent une meilleure conscience de l'état actuel des choses (par exemple, la nature et la magnitude de leur exploitation) et sont portés à agir pour changer cet état (Guba et Lincoln, 1994). Ce terme convient très bien à ce que devrait être la « voix » reflétée par les activités du chercheur selon nous.

Finalement, la perspective de la théorie critique apporte un angle idéal pour examiner comment les patients en psychiatrie légale et les infirmières qui s'occupent de leurs soins sont construits en tant qu'individus et comment leurs actions sont situées dans une variété de discours. Ainsi, ce paradigme procure un cadre par lequel le rôle des infirmières quant au support et à la reconnaissance des besoins sexuels des patients de psychiatrie légale peut être examiné. Ce paradigme offre également une façon différente

de comprendre les relations de pouvoir en jeu. Dans cette optique, nous utiliserons les travaux du philosophe poststructuraliste Michel Foucault, du sociologue Erving Goffman et de Gail Mason comme cadre théorique. Trois concepts majeurs serviront de lentille pour observer différents aspects de notre projet de recherche : le pouvoir disciplinaire, les institutions totales et la violence homophobe.

3.2 Michel Foucault

Michel Foucault est un philosophe dont le travail porte principalement sur le rapport entre le pouvoir et le savoir. Il s'intéresse notamment au discours et à la subjectivation (création de soi). L'ensemble de son œuvre est une critique des normes sociales et des mécanismes de pouvoir qui s'exercent à travers différentes institutions (Gros, 1996). Associé à la théorie critique, Foucault a recours à une approche ontologique généalogique, critique et archéologique (Scala, 1991). Pour Foucault, les formations discursives contribuent à la construction de l'être humain (Arribas-Aylon et Walkerdine, 2008). Il considère le langage comme un support permettant la construction de ce qu'il nomme les « régimes de vérité » par l'intermédiaire desquels le pouvoir s'exerce, s'organise, se justifie et devient éventuellement tolérable (McIntyre, Francis et Chapman, 2012). Foucault stipule d'ailleurs que le langage façonne et est à la fois façonné par la réalité sociale (Jäger, 2001).

Pour Foucault (1975), la fin du régime féodal et la remise en question du pouvoir souverain ont exigé une réorganisation de l'état et une nouvelle conceptualisation du pouvoir. Tel que le résumant Perron, Fluet et Holmes (2005), selon Foucault, le pouvoir ayant été jusqu'alors centralisé, hiérarchique et surtout répressif, subit une métamorphose majeure : sa verticalité se transforme en un réseau complexe, fluide et transversal. Il se disperse dès lors à travers plusieurs institutions étatiques, dont les prisons, les hôpitaux et les écoles. Une forme de pouvoir se concrétise alors, non pas centré sur la répression, mais sur l'exploitation de l'être humain et de ses forces productives (Foucault, 1976). C'est

pour cette raison que l'on définit la conception foucauldienne du pouvoir comme étant un processus productif (Mason, 2002).

C'est principalement dans *Surveiller et punir : naissance de la prison* (1975) que Foucault élabore sa théorie sur l'émergence de la prison moderne, l'évolution des techniques de punition et la naissance de la discipline comme technique de normalisation des individus. Pour Foucault, cette œuvre sert « d'arrière-plan historique à diverses études sur le pouvoir de normalisation et la formation du savoir dans la société moderne » (p.360). Foucault offre une perspective du milieu institutionnel plus large car il tient compte du contexte social, politique, économique et historique. Ceci permet de mieux comprendre comment les connaissances et le pouvoir s'opèrent et sont exercés dans le cadre du pouvoir disciplinaire, et comment les sujets se construisent.

3.2.1 Pouvoir disciplinaire

Le pouvoir disciplinaire, un important concept foucauldien, fait référence au façonnage des actions des corps. Selon Foucault, la discipline est un mécanisme de pouvoir qui régule les comportements des individus dans le corps social. Ceci est réalisé par un contrôle au niveau de l'espace (architecture, etc.), du temps (horaire, échéancier, etc.) et des activités des individus (exercices, postures, mouvements, etc.). Cette discipline est appliquée à l'aide d'un système complexe de surveillance (O'Farrell, 2007). C'est entre autres par ces systèmes que les professionnels de la santé travaillant en psychiatrie légale sont directement impliqués dans ce que Foucault (1978) appelle la discipline des individus au niveau anatomo-politique (au niveau du corps) (Holmes et Murray, 2011).

L'examen du concept de discipline à ce niveau, la création de corps dociles, est très pertinent à la profession infirmière. En effet, Perron, Fluet et Holmes (2005) mettent en évidence des interventions relevant de ce type de discipline et mentionnent la gestion et la catégorisation des corps dociles comme servant ultimement à identifier les individus

ou groupes d'individus qui ne réussissent point à se conformer aux normes sociales. Vu leur expertise, les infirmières se retrouvent souvent en position de pouvoir. Cependant, elles sont également des agents de l'État et jouent ce rôle par leurs connaissances et leurs responsabilités à l'égard d'un mandat social plus large qui leur est conféré (Perron et al., 2005), jouant ainsi un rôle important dans les rouages du pouvoir disciplinaire.

Le pouvoir disciplinaire concerne l'exercice du pouvoir sur l'individu et par l'individu, le corps, ses forces et capacités ainsi que la composition de groupe d'individus (Dean, 2010). Bref, le pouvoir disciplinaire a pour fonction de « dresser » les corps, d'en faire des corps dociles.

3.2.1.1 Corps dociles

Dans *Surveiller et punir*, Foucault (1975) relate l'histoire de la naissance de la prison. Il élabore ici sur la surveillance et la discipline :

Le moment historique des disciplines, c'est le moment où naît un art du corps humain, qui ne vise pas seulement la croissance de ses habiletés, ni non plus l'alourdissement de sa sujétion mais la formation d'un rapport qui dans le même mécanisme le rend d'autant plus obéissant qu'il est plus utile, et inversement. Se forme alors une politique des coercitions qui sont un travail sur le corps, une manipulation calculée de ses éléments, de ses gestes, de ses comportements (p.160).

Selon Foucault, la discipline fabrique des corps « dociles », soumis et obéissants; elle régule minutieusement les forces du corps par différentes techniques. Le pouvoir disciplinaire consiste en des politiques de coercition qui agissent directement sur le corps afin de manipuler ses comportements, ses gestes et aussi ses relations avec les autres. Ces politiques définissent également de quelle façon un individu peut contrôler un autre individu et ce, par « une coercition ininterrompue, constante, qui veille sur les processus de l'activité plutôt que sur son résultat et [...] s'exerce selon une codification qui quadrille au plus près le temps, l'espace, les mouvements. » (Foucault, 1975, p.161).

Foucault explique que la discipline procède avant tout à la disposition des individus dans l'espace, ce qu'il appelle « l'art des répartitions ». Le contrôle de l'environnement,

de l'architecture (entre autres) facilite le contrôle des corps. En effet, la création d'espaces dédiés, séparés, éloignés, clos, tels que les asiles, les prisons, les hôpitaux, est nécessaire pour créer des corps dociles, selon Foucault. Ce dernier utilise les termes « clôture » et « quadrillage » pour illustrer des techniques qui sont utilisées dans le but de répartir les individus de façon à avoir un meilleur contrôle sur leur corps. Cette division a pour fonction d'aider la supervision des mouvements, des communications et des conduites des individus pour ensuite les évaluer et les juger. Il précise que ces techniques ont pour objectif de surveiller, mais aussi de hiérarchiser, de telle sorte que chacun connaît sa place et son « rang ». On peut penser aux hôpitaux et aux prisons comme étant construits de cette façon, tout d'abord afin d'avoir chaque patient attribué à sa cellule et chaque intervenant à son poste ce qui, de plus, permet de bien définir qui sont les patients et qui sont les intervenants en établissant une délimitation claire entre les deux.

La répartition des corps dans des espaces définis n'est pas le seul moyen de créer des corps dociles. L'observation et la supervision sont également primordiales à cet effet. Ainsi, le contrôle des activités du corps est régulé minutieusement par la discipline. Foucault parle de décomposition des actes en divers éléments; la position du corps, de ses membres, des articulations; à chaque mouvement sont assignées une direction, une amplitude, une durée ; leur ordre de succession est imposé. « Le temps pénètre le corps, et avec lui tous les contrôles minutieux du pouvoir » (p. 178). Il donne l'exemple des manœuvres militaires telles que les marches où chaque geste est minutieusement décomposé et s'inscrit dans un moment précis. Dans le contexte de psychiatrie légale, on peut penser à l'emploi du temps strict des patients, où chaque activité est pré-établie dans un horaire détaillé. Les intervenants savent à tout moment ce que chaque patient fait ou devrait faire. Foucault ajoute que la discipline aménage une économie positive : celle-ci pose le principe d'une utilisation du temps qui soit théoriquement en croissance

constante. Selon lui, cela est justifié par le fait qu'il faut chercher à intensifier l'usage du moindre instant.

Le troisième élément qui contribue à la formation de corps dociles, selon Foucault, est « l'organisation des genèses ». Mettre à profit le temps des individus implique non seulement une organisation de leur temps, mais aussi de leur corps et de leurs habiletés afin d'en faciliter l'utilisation et le contrôle. Foucault examine ici l'organisation des activités des individus dans un spectre plus large, permettant de combiner les activités de plusieurs individus simultanément tout en s'assurant que des groupes spécifiques ne cohabitent point. Les horaires de chacun sont ainsi planifiés en tenant compte d'un plan plus large, ce qui permet l'avancement d'individu et d'habiletés collectives. Les activités ainsi structurées créent l'opportunité pour les individus de comparer leurs habiletés avec les habiletés des autres dans un temps et un espace donné.

Le dernier élément que Foucault mentionne en termes de discipline servant à assujettir les corps est la « composition des forces ». Ceci se résume en l'idée que ce qui résulte de la composition des forces est une force productive dont l'effet, en tant que tout, est supérieur à l'effet de chacune de ses parties individuelles. Foucault donne l'exemple de l'institution militaire, où chaque bataillon est composé d'individus qui, pour arriver à une certaine configuration, doit travailler en relation l'un à l'autre.

3.2.1.2 Instruments du pouvoir disciplinaire

Ce sont ces quatre techniques que Foucault (1975) décrit comme base de la discipline.

Pour lui :

La discipline est un art de composer des forces pour obtenir un appareil efficace. Toute l'activité de l'individu discipliné doit être scandée et soutenue par des injonctions dont l'efficacité repose sur la brièveté et la clarté ; l'ordre n'est pas expliqué ni même formulé : il faut et il suffit qu'il déclenche le comportement voulu. C'est la technique de dressage qui fait le soldat discipliné et l'élève idéal : peu de mots, pas d'explications. (p.191).

À cette fin, Foucault définit trois différents instruments du pouvoir disciplinaire. En effet, le pouvoir disciplinaire tient son succès à l'usage d'instruments simples : le regard hiérarchique, la sanction normalisatrice, ainsi que leur combinaison dans une procédure qu'il appelle l'examen.

3.2.1.3 Surveillance hiérarchique

La surveillance hiérarchique transforme les sujets par une supervision directe ou par la suggestion d'une supervision. Ceci s'exécute via la création d'éléments architecturaux ou par des agents « observateurs » tels que des intervenants assurant un suivi méthodique des actions des sujets. Un exemple d'une méthode relevant de la surveillance hiérarchique est celle de la supervision faite à partir d'observatoires, comme on peut le retrouver dans des hôpitaux, des prisons ou des asiles. Ainsi, cette transformation de l'architecture en change le but premier :

une architecture qui n'est plus faite simplement pour être vue (façade de palais), ou pour surveiller l'espace extérieur (géométrie des forteresses) mais pour permettre un contrôle intérieur, articulé et détaillé – pour rendre visibles ceux qui s'y trouvent et pour les transformer. (Foucault. 1975, p.202).

Cet instrument du pouvoir disciplinaire est particulièrement pertinent à mon sujet de recherche. En effet, Brown, Reavey, Kanyeredzi et Batty (2014) discutent des effets de la surveillance continue en psychiatrie légale sur l'expression de la sexualité des patients. Ils expliquent comment cette surveillance constante rend les contacts sexuels impossibles et transforme la sexualité des sujets. C'est une technique qui cadre bien dans ce que Foucault décrit comme : une production de pouvoir qui ne nécessite pas le recours à la force. Dans leur étude, Brown et al. (2014) démontrent qu'en conséquence de cette surveillance hiérarchique, les patients changent leurs comportements sexuels car ils se sentent surveillés constamment. Dans cet exemple, la surveillance à elle seule suffit à transformer les sujets; aucun recours à la force physique n'est nécessaire.

3.2.1.4 Sanction normalisatrice

Alors que la surveillance hiérarchique est plutôt un système disciplinaire assurant la visibilité des sujets, la sanction normalisatrice, elle, fonctionne tel un « petit mécanisme pénal » qui s'intéresse aux retards, aux manquements, aux absences, aux inattentions, impolitesses, désobéissances, bavardages, insolences, attitudes « incorrectes », malpropretés, indécences, etc. C'est en réponse à cela, à titre de punition, que toute une série de procédés subtils allant du châtiment physique léger à des privations mineures et à de petites humiliations sont mise en œuvre. Foucault mentionne qu'un système disciplinaire vise à réduire les écarts, à être correctif. Ces punitions sont essentiellement des mesures correctives qui relèvent du contrôle des déviances reliées au temps, aux activités, aux comportements, au langage, au corps ou à la sexualité (Foucault, 1975). Par ce fait, selon Foucault, les appareils disciplinaires hiérarchisent les sujets les uns par rapport aux autres, établissant ainsi les « bons » et les « mauvais » sujets.

Dans le contexte de psychiatrie légale, on peut penser à l'usage de contention physique, mécanique et aussi chimique en termes de contrôle (profond, voire même total) des activités du corps selon une norme pré-établie. Dans ce contexte, ces outils servent souvent de sanction normalisatrice.

En somme, « l'art de punir, dans le régime du pouvoir disciplinaire, ne vise ni l'expiation, ni même exactement la répression; il sert à normaliser » (p.214). En un sens, Foucault explique le pouvoir de normalisation comme contraignant à l'homogénéité; cette approche de la punition impose la norme et individualise (sépare les individus) en permettant de mesurer les écarts. Cette division entre « déviants » et « normaux » devient d'autant plus apparente lorsqu'utilisée avec le troisième instrument du pouvoir disciplinaire : l'examen.

3.2.1.5 Examen

Soumettre les corps à un examen, « être regardé, observé, raconté dans le détail, suivi au jour le jour par une écriture ininterrompue » (p.217), relève de l'assemblage des techniques de surveillance hiérarchique et de sanction normalisatrice. L'examen et l'analyse font de chaque individu un 'cas'. Ils rendent visibles leurs comportements et leurs actions aux yeux des autres. L'observation constante ou la menace d'être observé en tout temps assure le maintien du pouvoir sur l'individu. Ce procédé disciplinaire fait de la description un moyen de contrôle et une méthode de domination (Foucault, 1975). Foucault mentionne que l'individu en vient qu'à se définir par un réseau d'écrits et de documents qui visent à identifier, décrire et analyser les actions et comportements tant individuels que collectifs. Ceci est particulièrement pertinent au contexte de psychiatrie légale, où les notes infirmières se doivent d'être extrêmement précises à des fins légales. Ces notes, qui relèvent d'une observation scrupuleuse et d'une interprétation (jugement) personnelle de la part de l'infirmière sont d'une grande importance; elles ont un impact considérable sur la situation du patient, un pouvoir immense.

Les travaux de Foucault fournissent une base solide et adéquate pour comprendre et interpréter les actions d'individus ou de groupes d'individus dans une institution donnée. En partant de l'organisation spatiale des institutions pour en venir à expliquer comment la norme est établie et propagée, les travaux de Foucault fournissent une compréhension théorique du comment et du pourquoi les sujets deviennent des participants actifs dans le maintien du statu quo (McCabe, 2010).

3.2.1.6 Panoptisme

Se basant sur les travaux de Jeremy Bentham (1843) portant sur les prisons britanniques au 18^e siècle, Foucault reprend l'idée du panoptisme, un agencement de design architectural et d'effets optiques permettant à une seule personne (par exemple un

gardien de prison) de voir chaque prisonnier d'un point de vue spécifique tout en empêchant les prisonniers de voir qui les observe.

Le panoptisme est un outil de surveillance et de contrôle caractéristique du pouvoir disciplinaire. Foucault (1975) décrit le panoptisme comme un « laboratoire de pouvoir » permettant un contrôle plus efficace et une accumulation de savoir accru. Issu initialement de ses textes sur le pouvoir disciplinaire, le panoptisme est réutilisé dans d'autres contextes de surveillance, cette dernière demeurant un aspect crucial du fonctionnement du pouvoir disciplinaire (Holmes, 2001). Le panoptisme à lui seul incarne les trois instruments du pouvoir disciplinaire (surveillance, normalisation, examen), véritable « mécanique de pouvoir » qui s'empare des corps dans le but d'exercer un plus grand contrôle. Ainsi, l'appareil disciplinaire idéal permettrait de voir tout, d'un seul coup d'œil et de façon constante.

Le panoptisme trouve tout son génie et son efficacité dans le fait que la surveillance ne nécessite pas une personne observant constamment les individus d'intérêt, mais seulement l'idée que ces individus peuvent être observés en tout temps : le pouvoir doit être visible et invérifiable (Bentham, 1843). Ce regard asymétrique est fondamental au fonctionnement du panoptisme (Holmes 2001). En fait, la tour d'observation pourrait être vide et l'effet serait le même : la personne incarcérée viendra inévitablement à croire qu'elle est observée dans sa cellule, et ce, en tout temps (Monod 1997).

Cette structure d'instrument de surveillance permet une application infaillible. En effet, le panoptisme induit chez l'individu d'intérêt un état conscient et permanent de visibilité qui assure le fonctionnement automatique du pouvoir (Foucault 1975). Que la surveillance soit effectuée à partir de la tour décrite par Bentham ou par une infirmière ou un autre professionnel de la santé auprès de leurs patients, l'effet demeure tout aussi puissant. « Le piège de la visibilité se referme sur celui qui, se croyant toujours vu, finit

par interioriser la surveillance et en prend inconsciemment le relais » (Monod 1997, p.72). Ainsi, la machine panoptique induit l'auto-surveillance, l'auto-régulation et l'interiorisation de la discipline (Foucault 1975). Ce qui le rend un outil de surveillance et de contrôle idéal.

Les travaux de Foucault fournissent une base solide et adéquate pour comprendre et interpréter les actions d'individus ou de groupes d'individus dans une institution donnée. En partant de l'organisation spatiale des institutions pour en venir à expliquer comment la norme est établie et propagée, les travaux de Foucault fournissent une compréhension théorique du comment et du pourquoi les sujets deviennent des participants actifs dans le maintien du *statu quo* (McCabe, 2010).

3.3 Erving Goffman

Le sociologue Erving Goffman est connu principalement pour ses travaux sur les interactions sociales impliquant les comportements particuliers d'individus et les codes sociaux perçus alors que ceux-ci interagissent ensemble. Ses théories s'insèrent dans l'approche de l'interactionnisme symbolique, laquelle s'appuie sur les postulats du paradigme constructiviste (Guba et Lincoln, 1994).

Dans son œuvre *Asile*, Goffman (1968) élabore plusieurs concepts permettant de concevoir les milieux fermés. Contrairement à Foucault, il fournit un cadre théorique pour conceptualiser ces environnements d'un point de vue « micro » : au niveau des interactions entre individus. Goffman contribue à la compréhension des interactions tant entre les « reclus » qu'entre ces derniers et les intervenants. Dans ses travaux, il analyse, par une série d'idéaux types, les façons par lesquelles les rôles humains sont construits dans les interactions en face à face à l'intérieur de structures institutionnelles (Hannem, 2012). Il analyse également comment les modèles de normalité et de déviance agissent sur les agents individuels et comment ces agents transforment les normes par un effet « feedback » (Hacking, 2004).

Pour Goffman, l'idée du « rôle » est centrale dans la subjectivation, ou la construction des sujets. En effet, Hacking (2004) explique que pour Goffman, l'individu n'a initialement pas d'essence mais est plutôt formé par ses interactions sociales. Les différents rôles que joue l'individu et la façon dont il interagit avec les autres selon ce rôle varient grandement. Ceci s'observe entre autres par les expressions non-verbales (expressions faciales, les gestes), le langage (choix des mots, par exemple). Pour Goffman, les rôles deviennent un aspect intégral de la personne. Certains sont plus intégrés, d'autres moins, mais ils demeurent toujours un aspect en constante évolution de ce que la personne est. Ce façonnage de l'individu à l'intérieur des murs de l'institution psychiatrique est d'ailleurs largement développé dans *Asiles : Études sur la condition sociale des malades mentaux* (1968). Les procédés par lesquels sont construits, à l'intérieur de l'institution de psychiatrie légale, les patients, leur sexualité ainsi que leur propre rapport à leur sexualité se trouvent éclairés par les théories de Goffman, par exemple au regard de la façon dont le rôle conféré au patient (rôle de patient en psychiatrie légale, rôle de criminel, rôle de délinquant, etc.) affecte l'expression de sa sexualité.

Trois concepts provenant de l'œuvre *Asile* sont expliqués ici, soit l'institution totalitaire, les processus de mortification et les adaptations primaires et secondaires. Ces concepts sont essentiels à mon projet de recherche afin de compléter l'approche de Foucault et d'offrir une autre dimension pour une compréhension plus riche des relations et des forces en jeu quant à l'expression de la sexualité en institution de psychiatrie légale.

3.3.1 Institutions totales

Dans son œuvre *Asiles : Études sur la condition sociale des malades mentaux*, Goffman (1968) traite de l'« univers du reclus » et élabore une « théorie sociologique du moi » (*self*). Il définit les institutions totales comme suit :

un lieu de résidence et de travail où un grand nombre d'individus, placés dans la même situation, coupés du monde extérieur pour une période relativement

longue, mènent ensemble une vie recluse dont les modalités sont explicitement et minutieusement réglées. (p.41).

Parmi les institutions totales, il compte les asiles, les prisons, les hôpitaux, les couvents et les casernes militaires. Pour Goffman, presque l'entièreté de la vie des résidents de tels milieux est vécue à l'intérieur de ces institutions (Hacking, 2004). Non seulement ces institutions ordonnent la totalité des activités de leurs résidents, mais elles brisent les frontières qui séparent ordinairement trois différents champs d'activités : habiter, travailler et avoir une vie sociale. Goffman mentionne qu'une caractéristique fondamentale des sociétés modernes est que l'individu « libre » effectue ces activités en des endroits différents, avec des partenaires différents et sous des autorités différentes. Dans les institutions totales, les différents aspects de l'existence sont placés sous une seule et même autorité et s'inscrivent dans le même cadre. De plus, chaque phase de l'activité quotidienne se déroule en promiscuité avec un grand nombre d'individus soumis aux mêmes traitements et aux mêmes obligations. Finalement, toutes ses activités sont réglées selon un programme strict, de sorte que « toute tâche s'enchaîne avec la suivante à un moment déterminé à l'avance, conformément à un plan imposé d'en haut par un système explicite de règlements dont l'application est assurée par une équipe administrative » (p.48).

Goffman explique également que la vie en institutions totalitaires est caractérisée par une double coupure : la coupure par rapport au monde extérieur et la coupure interne entre le personnel et les reclus. La première coupure fait référence au fait que les reclus ont très peu de contact avec le monde extérieur. La seconde coupure s'explique par le fait que chaque groupe (les reclus et le personnel) tend à se faire une image étroite, stéréotypée et hostile de l'autre.

L'élément clé des institutions totalitaires est qu'elles appliquent à l'individu un traitement collectif répondant à un système d'organisation bureaucratique qui prend en

charge tous ses besoins, quelle que soit en l'occurrence la nécessité ou l'efficacité de ce système (Goffman, 1968). Tout comme Foucault, Goffman affirme que la tâche principale du personnel travaillant en institution totalitaire n'est pas de diriger ou de contrôler, mais bien de surveiller. « L'important n'est pas ici la disproportion pourtant évidente au premier abord entre le nombre des surveillés et celui des surveillants, mais le fait que ces deux groupes forment un couple indissociable » (p.49).

Les institutions de psychiatrie légale cadrent très précisément dans cette définition par leur caractère fermé et par la façon par laquelle ils prennent en charge les patients. Goffman a écrit que dans notre société, les institutions totales sont des endroits de coercition qui transforment les gens, et ce, pas nécessairement dans les buts attendus, tels que le traitement de patients, la réhabilitation de criminels ou l'éducation des enfants à l'école (Hacking, 2004). Plutôt, il s'agit de façonner les individus, de les transformer, ou, comme dirait Foucault (1975), « de les rendre dociles ». Pour ce faire, plusieurs pratiques leur sont propres, dont certaines s'inscrivent dans ce que Goffman appelle les processus de mortification.

3.3.2 *Processus de mortification*

Dans son étude, Goffman décrit ce qu'il appelle le processus de mortification. Ce processus est composé de procédures à travers lesquelles un individu est amené à modifier progressivement les certitudes qu'il a par rapport à lui-même, à d'autres personnes qui importent à ses yeux et à son environnement. Ces changements de la carrière morale du reclus, parfois radicaux, finissent par « mortifier » sa personnalité.

Goffman répertorie six techniques de mortification : l'isolement, la cérémonie d'admission, le dépouillement des effets personnels, la dégradation de l'image de soi (par des attaques à l'intégrité du corps et de l'esprit), la contamination physique (par la saleté de l'environnement) et la contamination morale (par la promiscuité avec les autres reclus et l'interdiction de toute intimité). Ces processus sont tous ou en partie pratiqués dans les

institutions totalitaires et ont de nombreux effets sur les personnes qui y sont internées, mentionne Goffman. Ils causent ce que ce dernier appelle la « mort civile » du sujet, c'est à dire la fusion de celui-ci avec la masse des internés, créant un tout homogène. Dans une étude menée en milieux correctionnels français et canadien, Perron, Holmes et Hamonet (2004) illustrent dans quelle mesure les effets de mortification affectent également le personnel infirmier qui travaille auprès des populations captives. En effet, Perron et al. (2004) expliquent comment les infirmières font l'objet d'un processus simultané de mortification de leur identité socioprofessionnelle. Cet aspect est important à considérer dans le cadre de mon projet de recherche car une partie de mon étude portera sur le personnel infirmier.

3.3.3 Adaptation primaire et secondaire

Deux forces s'opposent dans les institutions totalitaires : d'un côté, ces institutions ont une dimension englobante, une capacité à assigner aux reclus un rôle bien déterminé. Goffman dit même que le reclus découvre « qu'on lui demande officiellement de n'être ni plus ni moins que ce à quoi il est préparé et se trouve obligé de vivre dans un univers qui est fait pour lui » (p.245). Cela passe par diverses techniques de mortification (contamination physique, morale, cérémonie d'admission, dépouillement des biens, etc.), de dépersonnalisation et d'aliénation (perte de l'autonomie, embrigadement) justifiées de diverses manières (raisons d'hygiène, de sécurité...). Ces techniques vont plus ou moins structurer les perceptions et comportements des reclus de manière uniforme et selon un rôle décidé par l'institution : c'est ce que Goffman appelle l'adaptation primaire. Il considère qu'il y a, de la part de l'individu, « adaptation primaire » à l'organisation.

D'un autre côté, les reclus ont une capacité à s'écarter du rôle que l'institution leur assigne par l'adaptation secondaire. « Les adaptations secondaires représentent pour l'individu le moyen de s'écarter du rôle et du personnage que l'institution lui assigne tout naturellement » (p.245). Celle-ci peut être désintégrante (elle consiste alors en des

attaques contre l'institution) ou intégrée (passant par des stratégies d'adaptation par lesquelles le détenu tente de se réapproprier sa vie).

Merotte (2012) explique comment l'expression de la sexualité devient en soi une adaptation secondaire chez les détenus d'une prison française. Elle mentionne que malgré que les rapports sexuels en prison soient interdits en France, ceux-ci existent tout de même, mais s'exécutent dans un contexte de culpabilité et de honte, et sont constamment cachés. Ces ajustements que les détenus doivent apporter à leurs pratiques sexuelles lorsque incarcérés sont un exemple de ce que Goffman appelle des adaptations secondaires.

3.4 Violence et homophobie selon Mason

Gail Mason est professeure à l'Université de Sydney. Elle s'intéresse au crime, à la justice sociale, à la sanction et à l'exclusion, particulièrement à la violence liée au racisme et à l'homophobie. Mason s'inspire des théories féministes, poststructuralistes et *queer*, lesquelles servent d'assise pour ses travaux. Ses écrits s'inscrivent d'ailleurs dans le paradigme de la théorie critique. Dans son livre *The Spectacle of Violence : Homophobia, Gender, and Knowledge*, Mason (2002) explore la problématique entourant la violence et l'hostilité à l'égard des hommes gays et des lesbiennes. En examinant la nature visuelle de la violence, Mason explique comment celle-ci s'incruste non seulement dans les expériences quotidiennes des hommes gays et des lesbiennes, mais également dans le système de connaissances par lequel nous construisons et reconnaissons les identités sexuelles.

3.4.1 Violence

Pour Mason (2006), la « violence est un spectacle » (p.174). Cette dernière explique : « non pas car elle est l'objet d'observation mais plutôt parce que fondamentalement, la violence est un mécanisme par lequel nous observons et définissons d'autres choses » (trad. Lib., p.174). Elle ajoute que la violence a la capacité de façonner le regard que nous

portons sur ce qui nous entoure et ainsi la façon que nous venons à connaître ces choses. Elle précise que la violence va au-delà d'une pratique qui agit sur les corps de sujets individuels afin de leur infliger du mal et des blessures; c'est, métaphoriquement, une façon de concevoir ces sujets.

Dans son livre, Mason (2002) cherche à établir un cadre de référence pour conceptualiser le lien entre violence et pouvoir. Pour ce faire, elle se base sur les théories de Foucault et les théories féministes. Bien que ces deux théories conceptualisent la violence dans leur modèle de pouvoir respectif de façon différente¹, Mason affirme qu'elles ne sont pas incompatibles. En effet, « l'hypothèse productive de Foucault [quant au pouvoir] incorpore l'hypothèse répressive [du féminisme] et ainsi, permet de tenir compte du processus de subjectivation sans abandonner les problèmes reliés à l'oppression décrit par les théories féministes » (Trad. Lib., p.131). En utilisant ces deux théories conjointement, il est possible de considérer la violence comme étant une pratique à la fois oppressive et productive (p.123). Ainsi, Mason montre que ce qui connecte violence et pouvoir relève de l'instrumentalisation; que la violence est en effet un instrument du pouvoir résultant d'une lutte entre pouvoir et résistance.

Mason définit les instruments tels que « des choses qui sont utilisées pour faire, performer et/ou produire d'autre chose » (p.132). À cette définition, elle ajoute que les instruments fournissent une méthode pour observer, et ainsi voir des choses ou phénomènes qui, autrement, ne seraient pas perceptibles à nos yeux (téléscope ou microscope par exemple). Elle stipule que l'utilisation d'instruments ne nous permet pas seulement de voir, mais d'être engagé activement dans la construction de la manière dont nous connaissons et identifions les objets et les événements que nous observons.

¹ Il y a plusieurs versions féministes du pouvoir, mais le pouvoir patriarcal demeure une conceptualisation des plus pertinentes à cette théorie et définit les structures sociales fondamentales qui produisent un ensemble de relations cohérentes et stables par lesquelles les hommes dominent les femmes (Pringle, 1995). Ce modèle de pouvoir incorpore les implications oppressives de la violence car celle-ci agit directement sur le corps des femmes afin de réprimer et prohiber (Mason, 2002).

Autrement dit, nous constituons ces phénomènes en partie selon les façons dont nous sommes capables de les voir et venons à les connaître. C'est dans cette optique que Mason propose que la connaissance est intrinsèque à l'exercice du pouvoir foucauldien. Elle propose de repenser cette instrumentalisation en termes de production de connaissances, telle que la capacité de la violence à façonner notre façon de voir, d'interpréter et de connaître les choses. En ce sens, la violence est un spectacle, non pas parce qu'elle montre un phénomène saisissant à observer, mais parce qu'elle est un mécanisme par lequel nous distinguons et identifions d'autres phénomènes. À cet effet, Mason a recourt à la métaphore du panopticon de Bentham (1962) repris par Foucault (1975) pour expliquer l'aspect de visibilité de la violence. Elle explique que l'on peut concevoir l'acte de violence tel une lentille métaphorique par laquelle nous pouvons voir et connaître certaines choses. Selon cette conception, « la violence n'est pas seulement quelque chose que l'on regarde, mais elle incarne une façon de regarder » (Trad. Lib., p.134).

3.4.2 Homophobie

« L'homophobie est le rejet de l'homosexualité, l'hostilité systématique à l'égard des homosexuels » (Petit Larousse, 2014). Tout comme la xénophobie, le racisme, ou l'antisémitisme, l'homophobie est une forme de discrimination qui consiste à désigner l'autre comme contraire, inférieur ou anormal (Borrillo, 2000). Marginalisé, l'homosexuel (ou l'acte homosexuel) est considéré par la norme sociale comme bizarre, étrange ou fantasque (Borrillo, 2000) voir même inacceptable. « L'homophobie est présente dans les insultes, les blagues, les représentations caricaturales et le langage courant; elle dépeint les gays et lesbiennes comme des créatures grotesques, objets de dérision » (Borrillo, 2000, p.15). Elle cible non seulement l'homosexualité mais toute manifestation d'affection entre personnes du même sexe (Borrillo, 2000). L'injure et l'hostilité constituent les injonctions de l'homophobie affective et cognitive dont « l'une des conséquences est de

façonner le rapport aux autres et au monde. Et donc de façonner la personnalité, la subjectivité, l'être même d'un individu » (Éribon, 1999; p.29).

En incorporant l'idée de la visibilité dans sa théorie, illustrée par la métaphore du panoptisme, Mason fournit un cadre de référence pour concevoir comment les identités sexuelles sont construites. De cette façon, elle explique comment l'homophobie est une forme de violence qui, à la fois, affecte et provient de la façon dont nous construisons les identités sexuelles. À cet effet, l'homophobie ne peut pas être considérée indépendamment de l'ordre sexuel à partir duquel s'organisent les rapports sociaux entre les sexes et les sexualités (Borillo, 2000). Cet ordre sexuel qu'est le sexisme implique non seulement la subordination du féminin au masculin, mais également la hiérarchisation des sexualités (hétérosexualité, homosexualité), fondement de l'homophobie (Bourdieu, 2001). Mason a recourt au panoptisme pour expliquer ceci. Elle indique que cette machine de contrôle et de surveillance fonctionne en exposant les corps et les comportements des sujets humains à des systèmes de connaissances historiquement spécifiques. Ces systèmes incluent les connaissances formelles relatives aux discours professionnel et institutionnel, aussi bien que les connaissances informelles relevant d'expériences personnelles et d'interactions sociales. Ces connaissances opèrent telle une lentille par laquelle nous voyons et ainsi reconnaissons les autres et nous-même comme certains types d'individus. Dans le but d'illustrer comment ce processus façonne les manières par lesquelles nous vivons/exprimons les désirs sexuels et conduisons nos vies sexuelles, Mason explique la construction de la sexualité en catégories hiérarchiques d'homosexualité et d'hétérosexualité. En adoptant, réinventant et rejetant différentes catégories d'identité, nous normalisons et faisons la gestion non seulement de nos propres comportements, mais aussi de la conduite des autres. Ce phénomène est le produit typique du panoptisme; une surveillance et auto-surveillance de ses

comportements (dans le cas présent relatifs à la sexualité) et de son identité selon ces catégories hiérarchiques établies comme norme sociale.

3.5 Intégration des perspectives théoriques

Foucault et Goffman ont tous deux écrit sur des thèmes similaires tels que les institutions fermées, la folie, la stigmatisation et la création de soi bref, des concepts qu'ils nomment et décrivent de façon bien différente. Ces thèmes sont d'une grande importance dans la conceptualisation du milieu psychiatrique correctionnel. Pourtant, il est rare que ces deux perspectives soient utilisées dans un même cadre théorique. Leurs pensées s'ancrant dans deux paradigmes différents, les postulats à la base des concepts qu'ils définissent présentent une incongruence paradigmatique qui ne rend toutefois point incompatibles ces concepts (dans le cadre de ce projet du moins). À cet effet, Hacking (2004) informe de l'importance d'une approche combinant les travaux de Foucault et de Goffman. D'apparences très différentes, il affirme que ces deux approches sont en fait complémentaires et, par le fait même, nécessaires.

Hacking décrit les recherches de Goffman comme étant « ascendantes » (*bottom-up*). Il réfère à ce terme car Goffman entame ses travaux au niveau des échanges « face-à-face » individuels et développe par la suite sur la façon dont ces échanges construisent la personne. En effet, lorsque Goffman s'intéresse à la façon dont les individus sont construits, comment ils se définissent et comment ils sont compris par les autres via leurs interactions avec ceux-ci, il observe les échanges sociaux entre ces individus. Il note minutieusement les mots qu'ils utilisent, le ton, les gestes, les silences. Ensuite, il élabore sur des concepts plus généraux, tels que la « présentation de soi », qui fournissent une perspective permettant de comprendre ou de conceptualiser un phénomène.

Foucault, pour sa part, débute à partir d'un amas de phrases tirées d'un temps et d'un espace donné, complètement dissociées des êtres humains qui les ont prononcées et les utilise comme données pour caractériser un système de pensées (Hacking, 2004).

Hacking décrit son attitude d'« abstraite ». Il réfère à son approche comme étant « descendante » (*top-down*). Cet adjectif, correspondant exactement à l'opposé de celui utilisé pour définir les méthodes de Goffman, montre bien en quoi ces deux auteurs s'opposent, et se complètent également.

En effet, vu leurs démarches très différentes, il est évident que chacun présente des forces et des lacunes. Hacking explique que Foucault fournit des façons de comprendre ce qui est dit, ce qui peut être dit, ce qui est possible et significatif. Par contre, il ne fournit aucune conception de comment, dans la vie de tous les jours, on peut incorporer ces possibilités et ces impossibilités comme faisant partie de soi. Goffman, quant à lui, ne discute pas de la provenance des institutions, de la manière dont elles sont devenues ce qu'elles sont, ni de leurs structures formatives. Par contre, il permet de comprendre comment les personnes sont façonnées au jour le jour à l'intérieur d'une structure institutionnelle et culturelle. Ces approches, utilisées ensemble, se renforcent l'une l'autre (Hacking, 2004).

Cette perspective présentée par Hacking, proposant de concevoir les écrits de Foucault et de Goffman comme étant complémentaires, permet de réconcilier ces théories issues de paradigmes différents pour observer un phénomène. La subjectivation en est un bon exemple. Foucault présente une façon de comprendre comment les connaissances et le pouvoir s'articulent et sont exercés dans le cadre du pouvoir disciplinaire et comment ceux-ci contribuent à la création de corps dociles. Goffman, pour sa part, montre comment les comportements particuliers d'individus et les codes sociaux perçus par ceux-ci façonnent les individus lors de leurs interactions. Par son analyse de la façon par laquelle les modèles de normalité et de déviance agissent sur les agents individuels et la façon par laquelle ces agents transforment les normes par un effet « *feedback* », il décrit une mécanique similaire à la surveillance (telle que décrite par Foucault) qui produit des corps dociles.

Dans le cadre de mon projet doctoral, il m'apparaît primordial d'aborder mon objet de recherche avec un cadre théorique fournissant une approche tant ascendante que descendante. En effet, l'approche de Goffman, qui permet une compréhension des structures et des fonctions internes des institutions fermées au niveau individuel, combinée à l'approche de Foucault, qui offre une perspective plus systémique en tenant compte de l'historique des structures dans lesquelles s'inscrivent les relations de pouvoirs ainsi qu'en mettant en avant plan les forces en jeu et la façon dont s'opère ce pouvoir, donne une perspective plus riche au niveau de la compréhension.

Dans le cadre d'une recherche à caractère critique, il est essentiel d'explorer les discours en place qui perpétuent le *statu quo* quant à des actions ou façons de penser discriminatoires. Des théories exposant des concepts qui permettent une exploration des forces en jeu façonnant les comportements des professionnels sont donc nécessaires. À la suite d'une recension des écrits exhaustive concernant la sexualité en milieu de psychiatrie légale, il appert que l'hétéronormativité et l'homophobie doivent être abordées dans le contexte de ma recherche. En effet, le milieu psychiatrique-carcéral est décrit par plusieurs comme étant raciste, sexiste et homophobe (Merotte, 2012; Eigenberg, 1992; Dein et Williams, 2008).

La perspective présentée par Mason (2002), proposant une conception de l'homophobie comme forme de violence, laquelle s'appuie sur les écrits de Foucault ainsi que sur les théories féministes, permet une exploration critique du discours homophobe et de la façon dont il s'immisce dans le corps professionnel et transforme non seulement les pratiques du milieu, mais également les façons de concevoir la sexualité des patients. À cet effet, cette perspective cadre bien avec ma position épistémique et le paradigme dans lequel s'inscrit ce projet.

Mason fournit donc une perception de l'homophobie qui reflète le caractère productif du pouvoir foucauldien et permet de voir comment cette forme de violence est un

instrument du pouvoir qui sert la subjectivation des patients et du personnel. En incorporant les théories féministes, elle démontre également le caractère oppressif de l'homophobie. Cette distinction quant au pouvoir répressif versus le pouvoir productif m'apparaît très pertinente au sein d'une institution psychiatrique-carcérale. Elle donne une vision systémique des effets de l'homophobie tout en donnant également un point de vue sur les effets au niveau de l'individu.

CHAPITRE IV : MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre est consacré aux questions méthodologiques. Pour faire suite à nos perspectives théoriques décrites précédemment, une discussion sur le choix de notre devis de recherche, l'ethnographie critique, est présentée en premier lieu. Suivent les descriptions de notre milieu de recherche, des méthodes de recrutement des participants ainsi que des méthodes de collecte et d'analyse des données. Les différentes considérations éthiques viennent ensuite clore le chapitre.

4.1 Devis de recherche – Ethnographie critique

L'ethnographie est l'une des nombreuses approches méthodologiques en recherche qualitative actuellement utilisée dans le domaine de la recherche sociale. Bien que son application puisse varier, elle est, de façon générale, associée à l'étude d'une culture. L'origine du terme « ethnographie » remonte à l'anthropologie occidentale du 19^{ième} siècle (Hammersley et Atkinson, 2007). À l'époque, ce terme était souvent complémentaire à « ethnologie », qui réfère à l'analyse historique et comparative des sociétés et des cultures « non occidentales » (Hammersley et Atkinson, 2007). Les anthropologues utilisaient l'ethnographie dans le but d'étudier les sociétés ou cultures avant qu'elles ne soient exposées aux influences de la culture occidentale (Savage, 2006). Des anthropologues tels que Franz Boas, George Bird Grinnell et Margaret Mead ont abondamment travaillé « sur le terrain », à étudier différentes cultures dans des endroits aussi variés que l'ouest du Canada ou les îles Samoa. Le « travail de terrain » (*fieldwork*) est un terme inhérent à l'ethnographie et requérait, à cette époque, de vivre avec le groupe de personnes à l'étude pour une longue période de temps (souvent plus d'un an) dans le but de documenter et interpréter leur façon de vivre distincte ainsi que les croyances et les valeurs qui y sont reliées (Hammersley et Atkinson, 2007).

Au 20^{ième} siècle, l'ethnographie fut adoptée par les sociologues occidentaux qui l'utilisaient pour l'étude de villages et de petites communautés aux États-Unis et en Europe

de l'Ouest (Hammersley et Atkinson, 2007). Leur principal centre d'intérêt était l'impact de l'urbanisation et de l'industrialisation, à l'exemple des travaux de Lynd et Lynd (1929) documentant la vie à Muncie, Indiana. À cette période, on note aussi un changement dans les ethnographies publiées par les sociologues. En effet, les lieux investigués ne sont plus seulement ceux de communautés éloignées; on s'intéresse dorénavant à des communautés près de chez soi, dans des environnements urbains (Savage, 2000). Ces ethnographies accordaient une importance particulière aux communautés marginalisées, tel que démontré par l'étude de Whyte (1955) : *Street Corner Society* qui décrit la vie dans les « bidonvilles Italiens ».

Plusieurs ethnographies ont été publiées entre 1920 et 1950 par des sociologues travaillant à l'Université de Chicago. Ces derniers développèrent une approche pour l'étude de la vie sociale humaine similaire à la recherche sociale anthropologique. Ils documentèrent les différents modes de vie existants dans la ville en s'intéressant notamment à leur construction par le développement de l'écologie urbaine (Hammersley et Atkinson, 2007). Parmi ces ethnographies publiées à l'« École de Chicago », on note celles publiées sous la supervision de Robert E. Park et Ernest W. Burgess, dont celle de Donovan : *The Saleslady* et celle de Cressey : *The Taxi Dance Hall* (Deegan, 2001).

Dans les ethnographies des années 1960, on retrouve une attention particulière portée au travail de tous les jours de même qu'un intérêt émergent pour sa signification. Les travaux ethnographiques de cette période portaient sur la socialisation des professionnels, l'expérience des patients et les relations entre médecins et patients. Plus tard, les écrits s'inscrivirent alors dans le constructivisme social et traitèrent notamment des pratiques du travail (Bloor, 2001). Plusieurs exemples connus tels que *Asylums : Essays on the social situation of mental patients and other inmates* (Goffman, 1961) et *Boys in White : Student culture in medical school* (Becker, Greer, Hughes et Strauss, 1961) sont caractéristiques de cette époque.

À la fin des années 1960 et au début des années 1970, l'ethnographie continue de se développer. Les scientifiques des domaines sociaux commencent à rejeter les grandes théories offertes par les générations précédentes et sont dès lors influencés par les écrits des théoriciens critiques (Anderson, 1989). Ces événements ont mené à un virage plus politisé en recherche et ont orienté le développement de l'ethnographie critique.

Les sciences infirmières ont utilisé l'ethnographie, dans ses multiples formes, souvent pour explorer la vie des populations marginalisées. Kinavey (2006) a utilisé l'ethnographie pour explorer la compréhension de soi chez les adolescents vivant avec une condition de *Spina Bifida* et l'influence du discours culturel sur le développement de soi. McCabe (2010) a utilisé l'ethnographie critique pour démontrer les enjeux vécus par les infirmières (et leurs patients) dans la prise en charge de la santé sexuelle d'adolescents avec une déficience physique ou intellectuelle. Baumbusch (2008) a également employé l'ethnographie critique pour examiner l'organisation des soins dans les établissements de soins de longues durées dans un contexte grandement influencé par des changements institutionnels. Typiquement, l'ethnographie critique est utilisée pour situer le quotidien dans un contexte plus large, celui-ci étant constitué d'une variété de discours qui sont en jeu dans la vie des personnes. C'est une méthodologie importante qui peut mener à la remise en question du *statu quo* et à l'autonomisation de groupes privés de leurs droits (Baumbusch, 2010).

4.1.1 Orientations théoriques et paradigmatiques

L'ethnographie compte une variété de courants s'ancrant dans différents paradigmes et s'appuyant sur différentes perspectives théoriques. Ici, le modèle proposé par Koro-Ljungberg et Greckhamer (2005), classifiant les différentes étiquettes de l'ethnographie selon les perspectives théoriques et les fondements philosophiques, est utilisé. L'ethnographie se veut donc un éventail allant de l'ethnographie traditionnelle (ou classique) à une ethnographie postmoderne ou de « déconstruction ». Quatre types sont

classifiés ici, soit l'ethnographie avec une approche naturaliste, interprétative, critique et de déconstruction (cette dernière ne sera que peu élaborée ici). Les objectifs de l'ethnographie pour l'ensemble des quatre types demeurent de décrire ou d'expliquer un phénomène ou encore de développer une théorie, et non de tester une hypothèse (Hammersley et Atkinson, 2007). Les points importants qui marquent les différences majeures entre les divers types d'ethnographies résident dans les buts de la recherche, la position du chercheur et ses perspectives quant au biais de recherche et à la définition de la culture.

4.1.1.1 Approche naturaliste

À ses débuts, l'ethnographie classique ou traditionnelle s'appuie sur une épistémologie objectiviste ou positiviste pour étudier la culture. Cette dernière est d'ailleurs étudiée tel un objet fixe dans le temps et dans l'espace. Gubrium et Holstein (1997) réfèrent à cette approche comme naturaliste. Issue de l'anthropologie, l'approche naturaliste procède à l'étude des personnes dites « non-Occidentales » et présume que la réalité existe de façon « texturée » (contrairement à uniforme, elle peut présenter des variétés) et dynamique dans l'environnement naturel du monde social (Gubrium et Holstein, 1997). Il est aussi entendu que l'ethnographe naturaliste doit capter la « vérité » ou la « vraie » nature de phénomènes sociaux (Schwandt, 1997). En ce sens, l'ethnographie est donc la « description d'une culture » (Spradley, 1970). Propre à cette approche est aussi l'idée que l'étude de la réalité et son analyse sont effectuées de façon à renforcer l'objectification et le détachement du chercheur par rapport à ses données (Boyle, 1994). Le but premier des ethnographes naturalistes est donc la description « objective » des cultures. Dans cette optique, Hammersley et Atkinson (2007) rappellent que les chercheurs se perçoivent telles « des mouches sur le mur » et, conséquemment, que les explications et les interprétations des normes culturelles ne sont pas caractéristiques des ethnographies naturalistes. Selon cette perspective, l'analyse des données se fait simultanément par la

collecte et l'organisation des données, sans avoir de questions précises ou même de visions des résultats possibles (Muecke, 1994). La même logique s'applique quant à l'utilisation de théories, c'est-à-dire que celle-ci est découragée afin de ne pas entraîner de biais de recherche. Il est également à noter que pour les ethnographes naturalistes, il est primordial de pouvoir reproduire une recherche et d'avoir le contrôle sur les différentes « variables » (St.Pierre, 2002).

Gubrium et Holstsein (1997) ciblent trois caractéristiques propres aux ethnographies naturalistes. Premièrement, le milieu de recherche est considéré comme un champ géographique d'expériences que l'ethnographe intègre en introduisant les lecteurs au monde naturel concrètement positionné dans le temps et l'espace (prêt à être découvert). Deuxièmement, pour les naturalistes, il n'est pas suffisant d'être présent physiquement dans le milieu étudié ; le chercheur doit devenir partie intégrante de l'action du milieu et ainsi faire partie du milieu culturel afin de bien comprendre la vie des participants. Troisièmement, l'ethnographe raconte l'histoire des participants de façon telle qu'elle demeure l'histoire du participant et non celle du chercheur. Ceci signifie que le chercheur doit demeurer objectif et authentique quant à la représentation de la façon de vivre des participants. En fait, le chercheur est perçu comme un scientifique qui est source légitime d'objectivité et qui, ainsi, communique un portrait objectif d'une réalité culturelle (Clough, 1998).

4.1.1.2 Approche interprétative

Cette façon de concevoir la culture chez les naturalistes est un élément clé de changement dans la transformation de l'ethnographie « positiviste » vers un courant ancré davantage dans le paradigme postpositiviste, voire même (éventuellement) constructiviste. En effet, l'approche interprétative en ethnographie présente une définition de la culture telle une construction sociale plutôt que tel un « objet fixe ». La réalité observée sur le terrain ainsi que l'interprétation que l'ethnographe « constructionniste »

en fait est définie comme un construit, souvent d'ordre social (Gubrium et Holstein, 1997). Bourdieu (1977) réfère d'ailleurs à ce phénomène comme « construit de second degré », ceux-ci étant en fait des construits de construits, élaborés par les acteurs de la scène sociale. Ces perceptions témoignent de grands changements au niveau ontologique et épistémique et engendrent donc des changements majeurs dans l'approche méthodologique. Dès lors, le but de l'ethnographie interprétative n'est plus simplement de décrire objectivement des observations faites sur le terrain mais de les interpréter. Geertz (1983) croit que l'analyse d'une culture est une science interprétative; le rôle du chercheur n'est donc plus d'être « invisible » mais d'interpréter, de recréer les scènes culturelles, les croyances partagées, les pratiques et les comportements de groupe de personnes (Koro-Ljungberg et Greckhamer, 2005). Ceci est réalisé par des méthodes similaires à celles de l'ethnographie « positiviste » (observations sur le terrain), mais la rédaction de notes de terrain (*field notes*), traduisant les expériences culturelles « natives » vécues par l'ethnographe et en écrits accessibles au public, est désormais un processus intégral de l'ethnographie constructiviste (Boyle, 1994). Effectivement, la construction d'une histoire visant à intéresser une audience à l'extérieur du milieu étudié est importante dans cette approche. Cette construction, élaborée à partir des notes de terrain (comptes rendus d'écrits, de discussions ou de comportements observés), se fait par l'entremise d'analyses textuelles ou descriptives (Emerson et al., 1995). Les ethnographes constructionnistes croient que ce processus de « construire une description » à partir de données recueillies sur le terrain exige un processus d'interprétation.

Le concept de « vérité » est aussi un point indiquant une différence majeure entre cette approche et l'approche « positiviste ». L'épistémologie constructiviste voit la vérité comme objective lorsque l'ethnographe se distancie du milieu naturel et subjective lorsque celui-ci fait valoir le point de vue du sujet en se fondant dans sa culture afin de décrire la position culturelle de ce dernier (Tedlock, 2000).

4.1.1.3 Approche critique

L'ethnographie critique est expliquée très simplement par Thomas (1993) comme étant « une ethnographie conventionnelle avec une intention politique » (p.4). Il ajoute que l'ethnographie conventionnelle décrit ce qui est, alors que l'ethnographie critique cherche à savoir ce qui pourrait être. Cette approche a été grandement influencée par le post-structuralisme et le postmodernisme et plusieurs autres orientations théoriques lui sont associés tels que le féminisme, le néo-marxisme (Foley, 2002) et le post-colonialisme.

Les ethnographes critiques mettent l'accent sur l'acte critique de l'interprétation et l'acte pratique de la promotion des changements culturels (Koro-Ljungberg et Greckhamer, 2005). Vu l'agenda politique en ethnographie critique, indiquer le contexte culturel n'est pas suffisant pour permettre de comprendre le sujet étudié. Intégrer les descriptions de pièces culturelles dans une analyse comprenant l'ensemble des contextes de ce qui soulève les implications critiques des descriptions est primordiale dans cette approche (Thomas, 1993).

La position du chercheur est aussi particulière en ethnographie critique. Elle est souvent vue comme une position médiatrice entre le monde du chercheur et celui de l'« autre ». Thomas (1993) ajoute que ces chercheurs utilisent leurs travaux soit à des fins émancipatrices ou encore pour rejeter les influences répressives qui mènent à une domination sociale non nécessaire de tous les groupes. À cet effet, Thomas réfère à l'émancipation comme étant le « processus de séparation des modes contraignants de penser ou d'agir qui limitent la perception de ou l'action vers la réalisation de possibilités alternatives. » (trad. Lib. p.4). L'auteur réfère à la répression en tant que « condition dans laquelle la pensée et l'action sont contraintes de façons telles que la reconnaissance de ces alternatives est bannie » (trad. Lib. p.4). Trueba (1999) souligne d'ailleurs l'importance de la notion d'éducation comme aspect politique dans les motifs des chercheurs à intervenir dans la vie des « opprimés ».

Contrairement à l'ethnographie conventionnelle qui décrit une forme de *statu quo*, l'ethnographie critique cherche à démontrer en quoi la préservation de ce *statu quo* perpétue des situations d'injustice ou d'inégalité. En ce sens, les ethnographes critiques « célèbrent » leur position politique dans le but d'invoquer les prises de conscience sociale et les changements sociaux, ce qui serait fortement découragé par des scientifiques issus de paradigmes positivistes ou postpositivistes puisque vu comme un biais de recherche. Cela fait d'ailleurs partie des critères de qualité (et de rigueur) de l'ethnographie critique. En effet, Muecke (1994) affirme qu'une bonne ethnographie critique est explicite quant à la nature du processus réflexif qui la façonne.

En ethnographie critique, la définition de la culture est similaire à celle de l'ethnographie interprétative, dans le sens où elle ne se limite pas à être simplement la somme des comportements individuels qui la constitue; elle établit également les fondements pour communiquer la signification et les façons par lesquelles ces significations sont reproduites et transmises (Hoggart, 1971). En revanche, en ethnographie critique, une attention particulière est portée aux moyens préétablis par lesquels les façons alternatives de voir, de penser et d'agir sont systématiquement contraintes (Thomas, 1993) dans une culture. C'est ce que Thomas (1993) appelle le « conservatisme culturel », lequel contribue à la communication répressive en dissimulant les caractéristiques de cette répression. Selon Thomas, même lorsque ces caractéristiques sont découvertes, le conservatisme culturel rend les changements difficiles.

L'ethnographie conventionnelle est l'une des façons, en recherche sociale, de mettre en lumière différents problèmes sociaux. Thomas (1993) mentionne que certains scientifiques sociaux décident d'aller un peu plus loin et s'engagent en recherche critique laquelle est explicitement politique mais tout de même rigoureusement scientifique. Il souligne que cette dernière n'est pas nécessairement mieux que l'approche

conventionnelle mais qu'elle donne un aperçu des questions fondamentales de l'existence sociale souvent ignorées par d'autres approches.

4.1.1.4 Ethnographie de déconstruction

Cette branche de l'ethnographie n'est pas reconnue par tous dans les ouvrages portant sur l'ethnographie. Koro-Ljungberg et Greckhamer (2005), qui la reconnaissent, identifient en tant que spécificité que les ethnographes déconstructifs lisent et rédigent les ethnographies avec suspicion en ajoutant des éléments de multiplicité, de fragmentation, et d'incertitude quant à leurs descriptions culturelles. Noblit *et al* (2004) étiquettent d'ailleurs ces ethnographes déconstructifs qui s'inquiètent de l'objectivité, de la position (du chercheur), et de la représentation comme « postcritiques » reconnaissant la crise de représentation.

L'utilisation déconstructive des théories culturelles analyse le pouvoir, le savoir et le langage d'une multitude d'agendas politiques imbriqués au sein de cultures diverses (Koro-Ljungberg et Greckhamer, 2005). Cette utilisation est souvent associée au poststructuralisme et aux travaux de Jacques Derrida. Toutefois, l'influence de Derrida et du poststructuralisme semble varier d'un écrit à l'autre en ce qui concerne l'ethnographie, en particulier dans le champ de l'ethnographie post(critique) (Caputo, 1997). Associer toutes ethnographies déconstructives au poststructuralisme peut donc être trompeur car celles-ci puisent fréquemment des éléments tant du postmodernisme, du féminisme, de la théorie critique que des théories queer. Il est d'ailleurs à noter que cette approche prend typiquement différentes formes et s'appuie sur une variété de perspectives théoriques (telle que la théorie de la surveillance, par exemple, élaborée par Lyon, 2006). Cette extension de possibilités théoriques implique l'idée qu'une seule perspective théorique ou approche méthodologique ne puisse capter la complexité des intérêts et questions de recherche d'un chercheur (Koro-Ljungberg et Greckhamer, 2005). En effet, pour certains chercheurs, les perspectives théoriques existantes sont insuffisantes en ce qui a trait à

prendre en compte, décrire, expliquer, critiquer ou déconstruire certains problèmes. Cette approche permet aux ethnographes travaillant « au milieu » (Deleuze et Guattari, 1987) (c'est-à-dire entre différents paradigmes, discours, méthodologies, validités, attentes, et objectifs) de mélanger certains éléments provenant de multiples approches théoriques afin d'en arriver à une approche fonctionnant à l'intérieur et à l'encontre de ceux-ci.

Cette perspective se différencie de l'ethnographie critique par le fait que non seulement elle critique, mais elle déconstruit. Bien que la culture demeure l'intérêt principal du chercheur utilisant cette approche, elle a une signification différente de celle établie en ethnographie classique. La culture comme forme de vérité perd son sens et devient un élément à multiples facettes; elle se trouve ainsi déplacée du sens traditionnel utilisé en ethnographie classique (Koro-Ljungberg et Greckhamer, 2005). Par exemple, la logique binaire de la culture (tel que familier et non familier) est renversée. C'est à cet effet que l'ethnographie déconstruite peut produire une variété d'interprétations subjectives et de significations fragmentées.

4.1.2 Devis : *ethnographie critique*

La recherche qualitative dans le domaine de la santé est l'objet de plusieurs controverses quant à sa valeur, sa qualité et sa rigueur. Carter et Little (2007) soutiennent qu'une recherche qualitative de bonne qualité doit présenter une cohérence interne entre la position épistémique du chercheur, la méthodologie et les méthodes choisies. Dans le cadre de notre étude, la dimension ontologique est ajoutée. Selon ces auteurs, chacune de ces composantes est ancrée dans les fondements de la précédente et informe la suivante. Ainsi les connaissances résultantes du processus de recherche sont en lien avec la façon dont le chercheur conçoit un moyen valable de créer les connaissances de manière rigoureuse. Dans les écrits, plusieurs définitions sont utilisées pour définir ces termes. Ici, nous référerons à l'ontologie telle que : l'étude de la nature de la réalité (Bruner, 1990), à l'épistémologie selon la définition de Schwandt (2001) qui est « l'étude

de la nature des connaissances et des justifications» (trad. Lib., p.71), à la méthodologie comme suit : «l'étude – la description, l'explication, et la justification – des méthodes, et non les méthodes elles-mêmes » (Kaplan, 1964, p.18) et les méthodes comme étant « les procédures, outils et techniques » (Schwandt, 2001, p.158) de recherche. Il est également à noter que dans le cadre de ce travail, une importante différence est faite entre méthodologie et méthode.

Mon projet de recherche porte sur l'expression de la sexualité de patients (hommes) hospitalisés en milieu de psychiatrie légale. Plus précisément, je m'intéresse à la culture psychiatrique/carcérale, à la notion de risque, de dangerosité et de vulnérabilité en lien avec le contrôle de l'expression sexuelle des patients. Une attention particulière est aussi portée à la notion d'abjection (homophobie) dans les relations entre professionnels de la santé et patients psychiatisés quant à leur sexualité. Mes questions de recherche prennent en compte l'expérience des patients mais également celle des infirmières et des autres professionnels (éducateurs spécialisés, psychiatres, personnels de sécurité, psychologues, aumôniers) travaillant auprès de cette clientèle. Il m'importe aussi de comprendre les influences externes d'une variété de discours sur le rôle des différents intervenants quant à l'expression et à la santé sexuelle des patients.

Étant donné l'objet de ma recherche, l'approche méthodologique la plus appropriée est l'ethnographie. En effet, une compréhension de la culture psychiatrique/carcérale et de ses effets sur les comportements et attitudes face à la sexualité est essentielle. Toutefois, une approche ethnographique traditionnelle ne permettrait pas d'explorer pleinement les enjeux sociopolitiques qui influencent le contenu des discours en lien avec la culture psychiatrique/carcérale face à l'expression de la sexualité des patients et de les analyser, celle-ci étant davantage descriptive (Denzin et Lincoln, 2003).

L'ethnographie critique permet de porter un regard sociopolitique afin d'explorer les questions de recherche posées; celle-ci diffèrent des questions de recherche habituelles en sciences infirmières qui se situent davantage dans le domaine clinique et ciblent souvent la personne. Ici, l'accent est mis sur le contexte (social, politique, historique, culturel, ethnique, de genre, etc). Le cœur de mon projet de recherche vise à explorer ce qui se dit et ce qui se vit en matière d'expression sexuelle des patients dans le contexte particulier de la culture psychiatrique/carcérale. L'ethnographie critique permet d'exposer les effets du pouvoir qui s'immiscent sur, dans et au travers des corps et qui se traduisent au sein de différents discours (Thomas, 1993) et permet d'exposer la manière dont les discours (professionnels, organisationnels) pénètrent les corps et modulent les pratiques (sexuelles et institutionnelles) des personnes. Elle ne permettra pas d'évaluer les risques de dangerosité ou de vulnérabilité liés à l'expression sexuelle des patients ou encore de les mesurer pour les prévenir dans une perspective quantitative.

Mon projet de recherche, de type qualitatif, s'ancre dans le paradigme de la théorie critique (Guba et Lincoln, 2005), et questionne les enjeux de pouvoir ainsi que ses effets :

La théorie critique sociale s'intéresse principalement aux enjeux de pouvoir et de justice et à la façon dont l'économie, les questions de races, de classes, de genres, d'idéologies, de discours, d'éducation, de religions et d'autres institutions sociales, des dynamiques culturelles interagissent pour construire un système social (Denzin et Lincoln, 2003, trad. lib. p.437).

C'est la raison pour laquelle un devis d'ethnographie critique a été choisi et c'est pourquoi celui-ci est guidé, au plan théorique, par les écrits de Michel Foucault et d'Erving Goffman. Puisqu'un regard critique est porté sur les relations de pouvoir, une ethnographie critique, comme celle proposée ici, permet de faire le lien entre les droits humains (des patients, mais aussi des professionnels), le rôle infirmier, les relations de pouvoir et une institution (*totale*) tout en exposant comment ces éléments interagissent au quotidien.

En ce qui a trait à la composante ontologique, la partie de la réalité qui est « capturée » par ce projet touche aux discours entourant la culture

psychiatrique/carcérale, le risque de dangerosité, la vulnérabilité, l'abjection et la manière dont ceux-ci se traduisent dans la pratique quotidienne des infirmières travaillant en psychiatrie légale quant à la santé sexuelle de leurs patients. Une ethnographie critique commence avec la prémisse que les injustices et les déséquilibres présents au sein de notre monde désavantagent certains groupes sociaux au profit de d'autres, considérant que la culture et la vie sociale sont des espaces où la vie peut être plus difficile pour certains êtres humains comparativement à d'autres (Thomas, 1993). Les ethnographes critiques ont une vision de l'ontologie qui fournit « un ensemble d'images et de métaphores dans lesquelles des formes variées d'oppressions sociales constituent ce qu'il y a à savoir » (Thomas, 1993, p. 34). Dans cette perspective, le postulat ontologique est d'ailleurs « qu'il existe quelque chose pouvant nous amener sous la surface des apparences acceptées et révéler l'ombre, le côté oppressif de la vie sociale ». (Thomas, 1993, trad.lib. p. 34). Ce à quoi Thomas fait référence ici n'arrive pas par hasard, mais est la suite d'événements historiques, sociaux et politiques qui s'inscrivent dans un contexte particulier et le rendent perceptible. L'ethnographie critique permet de révéler comment des phénomènes se traduisent dans des pratiques quotidiennes en étudiant ce qui nous paraît familier (« normal », qui a toujours été ainsi), et de pointer, par le processus critique, des dynamiques de pouvoir qui font en sorte que ces phénomènes nous semblent familiers. Dans son ouvrage *Surveiller et Punir*, Foucault (1975) discute de ces dynamiques de pouvoir en termes de disciplines des corps, de régulation et de dispositifs de sécurité.

En ce qui a trait à la composante épistémologique, elle s'attarde à l'étude et la justification de la connaissance, du savoir qui, selon Foucault, est intimement lié au pouvoir (McHoul et Grace, 1993). Le lien entre ces deux éléments, souligné par Foucault, est extrêmement pertinent dans le cadre de cette recherche mais également dans toute production de connaissances (Trueba, 1999). Prendre conscience du pouvoir octroyé par

la connaissance est essentiel. À cet effet, remettre en question les conséquences de la normalisation, spécialement dans le contexte de la psychiatrie légale, est d'une importance capitale dans le cadre de ce projet de recherche.

Une approche foucaldienne telle qu'utilisée ici permet de mettre en contexte les discours entourant la culture psychiatrique/carcérale face aux risques de dangerosité et de vulnérabilité et au sentiment d'abjection qui peuvent être présents dans cet environnement de soins extrême (voir Holmes, Perron et O'Byrne, 2006; ainsi que Jacob, Gagnon et Holmes, 2009). Selon Williams (1999), il n'y a pas un seul discours ou une seule connaissance générale, mais des connaissances spécifiques contextualisées. La science biomédicale et le côté législatif de cet environnement étant deux discours dominants dans le milieu de la psychiatrie légale, il m'importe d'offrir une voix alternative à ce courant dominant. Dans cette perspective, exposer des connaissances relevant de discours alternatifs, informés par la situation vécue par les « opprimés », est primordial. Dans le cadre de cette étude, le but est de révéler un éventail de discours et de connaissances en plus de documenter les relations de pouvoir et les façons de faire propre aux institutions totales, qui produisent des effets et modifient entre autres la pratique professionnelle des infirmières.

Thomas (1993) mentionne que l'ethnographie critique est basée sur une réflexion qui examine la culture, le savoir et l'action. Cette méthodologie élargit nos horizons quant à nos choix et élargit également notre capacité expérientielle pour voir, entendre et ressentir. Cette approche approfondit les engagements éthiques du chercheur en le forçant à développer et à agir selon ses engagements (lesquels devraient prendre appui sur ses valeurs) dans le contexte d'agenda politique (Thomas, 1993, p. 2). Utiliser l'ethnographie critique pour aborder notre problématique de recherche nous permet ainsi de décrire, d'analyser et de passer à l'examen les agendas cachés, les lieux de pouvoir et les hypothèses qui inhibent, répriment et contraignent. L'utilisation de cette approche

visé à remettre en question le « bon sens » de certaines pratiques et éclairera certainement la situation actuelle de l'expression de la sexualité des patients en milieu psychiatrique légale.

4.2 Milieu de recherche

L'étude s'est déroulée à l'Institut XXXX, un hôpital psychiatrique à sécurité maximale. Cet institut, reconnu pour son expertise en psychiatrie légale, est également un lieu d'enseignement et de recherche. Le professeur Dave Holmes (superviseur de la présente thèse) a d'ailleurs une affiliation de recherche avec l'hôpital, ce qui en a facilité grandement l'accès. La direction des soins infirmiers a de plus soutenu ce projet.

L'institut XXXX est un des plus grands centres de psychiatrie légale au Canada. Il compte plus de 280 lits répartis dans 15 différentes unités où sont offerts plusieurs programmes de soins et de traitements spécifiques à la condition des patients. Le ratio infirmière – patient varie de 1:18 à 3:18 selon les unités de soins et le quart de travail (jour-soir). Le personnel travaillant directement auprès des patients comprend des infirmières autorisées, des éducateurs, des agents d'intervention (AGI), des médecins psychiatres, des psychologues et des criminologues.

4.3 Recrutement et échantillon

Parmi les 15 unités de l'institut, on retrouve 3 unités mixtes (homme et femme), 1 unité pour les femmes seulement et 1 unité pour les adolescents. Il est à noter que l'unité de réinsertion était fermée pour une durée indéterminée lors de notre collecte de données. Les participants ont été recrutés parmi les unités d'hommes majeurs uniquement (9 unités non mixtes au total). Le recrutement des patients a été assuré par les membres du personnel. Une présentation du protocole de recherche a été faite aux coordonateurs d'activités de chacune des unités dans le but de les informer du projet et des critères d'inclusion et d'exclusion concernant les participants patients afin qu'ils puissent leur offrir de participer. Les coordonateurs d'activité étaient en contact avec la chercheuse principale

et avisaient celle-ci de l'intérêt des patients afin que la chercheuse puisse venir les rencontrer. Nous avons recruté treize patients ($n_{pts}=13$) parmi les neufs unités non mixtes. Les critères d'inclusion à l'égard des patients sont les suivants : homme, détenu ou en garde en établissement (dans l'impossibilité de quitter l'institut), âgé de 18 ans et plus. Les patients incapables de consentir, très agressifs ou agités, ou ceux étant traités pour « déviances sexuelles » ont été exclus de l'étude. Il est également à noter qu'aucun nom de participant-patient n'a été communiqué à la chercheuse principale sans l'autorisation préalable du patient en cause.

Les membres du personnel ont été recrutés lors de deux différentes présentations publiques du protocole de recherche d'environ 30 minutes, lesquelles furent tenues de jour et de soir. Les présentations avaient principalement pour but d'informer les professionnels du projet de recherche. Ces derniers pouvaient par la suite contacter la chercheuse principale via téléphone ou courriel pour témoigner de leur intérêt à participer, ou en personne lors des passages hebdomadaires de la chercheuse sur les unités. Dix-sept professionnels ont été recruté au total. Nous avons recruté des infirmières ($n_{inf}=5$), des éducateurs ($n_{édu}=6$), un agent d'intervention (AGI) ($n_{AGI}=1$), des psychiatres ($n_{Psy}=3$), un psychologue ($n_{psy}=1$) et un criminologue ($n_{cri}=1$). Ces derniers devaient avoir travaillé au sein de l'institut pour un minimum de six mois.

En ce qui concerne les membres de la direction des soins infirmiers, ils ont été recruté via le conseiller clinique en charge des activités de recherche. Trois membres de la direction des soins infirmiers ont participé. Ceux-ci ont été recrutés parmi l'ensemble de l'équipe de la direction (directeur des soins infirmiers, adjoints à la direction des soins infirmiers, infirmière en charge de la prévention des infections, membres responsables des activités cliniques, conseillers cliniques, etc). Des trois groupes de participants (patients, membres du personnel et membres de la direction des soins infirmiers) aucun

volontaire répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion n'a été refusé. Nous avons recruté 33 participants en tout (total $n = 33$).

4.4 Méthodes de collectes de données

La collecte de données a été faite par le biais de trois différentes méthodes soit : des entrevues semi-structurées, la collecte de documents institutionnels (mission, valeurs et vision de l'institut, documents en lien avec les politiques et procédures relatives à la sexualité des patients, etc.) et l'observation du milieu (voir grille d'observation à l'Annexe D).

4.4.1 Entrevues

Les participants se sont vus demander de participer à des entrevues semi-structurées, enregistrées à l'aide d'un enregistreur vocal numérique. La permission d'enregistrer l'entrevue était demandée lors de la lecture du formulaire de consentement des participants soit dès le début de l'entrevue. Les entrevues étaient non directives et ont pris la forme de conversations dans lesquelles des questions ouvertes ont été posées. Ce type d'entrevue est essentiel en recherche qualitative (Pourtois et Desmet, 1989). Les participants ont été en mesure de s'exprimer librement, et certains points ont été clarifiés et approfondis au moment de l'entrevue. Ces dernières, dans le cas des patients, ont pris place dans la « salle de télévision » (que l'on retrouve sur chaque unité). Cette salle a été choisie stratégiquement car elle est entièrement vitrée, ce qui permet de répondre aux exigences de sécurité du milieu; elle est toutefois dépourvue de microphones, ce qui a pour effet de préserver la confidentialité au regard de ce qui a été dit dans le cadre de l'entrevue. Ceci a également permis à la chercheuse principale d'être seule avec les participants. En ce qui a trait aux entrevues des membres du personnel, elles se sont tenues avant ou après les quarts de travail du personnel et ont eu lieu dans une salle fermée (bureaux de médecins ou autres professionnels) située sur l'unité afin de faciliter la participation du personnel. Dans les trois cas, seul le participant et l'intervieweur étaient

présents dans la salle. En ce qui concerne le 3^e groupe de participants (membres de la direction), les mêmes modalités que celles prévues pour le groupe de professionnels se sont appliquées.

4.4.2 Collecte et analyse de documents institutionnels

Une variété de documents relatifs à l'expression de la sexualité des patients a été analysée. Parmi ces documents, les politiques et procédures entourant la gestion de la sexualité des patients (les contacts entre patients qui sont autorisés ou non, par exemple) ont fait partie de l'analyse. Tous les documents de politiques et procédures mentionnant les mesures restrictives ou punitives à implanter en cas de contact sexuel entre patients ont également été analysés. De plus, les documents institutionnels décrivant la mission et les valeurs de l'institution furent aussi analysés pour mieux connaître le contexte dans lequel la culture du milieu s'inscrit.

4.4.3 Observation

L'observation du milieu a fait partie des méthodes de collecte de données. Une grille d'observation inspirée de la méthode de Peretz (2004) a aidé à orienter nos observations sur les différentes unités visitées. Les observations furent principalement orientées vers les caractéristiques de l'établissement, l'apparence physique de l'institution et des unités, les éléments de surveillances et les ratios (par ex : membres du personnel-patients). En plus des observations, nous avons aussi questionné chacun des coordonnateurs d'activités des différentes unités afin de comprendre le fonctionnement, les règles spécifiques, les objectifs de traitement ainsi que les particularités de la clientèle, ces éléments pouvant influencer les différentes façons de faire sur chacune des unités.

Finalement, le comportement verbal et non-verbal des participants a également fait l'objet d'observations lors de notre collecte de données.

4.5 Analyse des données

Le but de la collecte de donnée était de considérer l'expression sexuelle de patients en milieu fermé et, par le biais de l'ethnographie critique, de mieux comprendre l'expérience des patients et des professionnels de la santé à cet égard, plus particulièrement la façon dont la culture psychiatrico-légale façonne les comportements et les pratiques. Des principes établis en recherche qualitative ont été employés tout au long de l'analyse des données (Denzin et Lincoln, 1998). La transcription et l'analyse des entrevues furent effectuées au fur et à mesure que les entrevues furent complétées. Le logiciel de traitement de données qualitatives QDA Miner a été utilisé strictement à des fins de sauvegarde des transcriptions et de compilation des codes. Les objectifs de recherche ont structuré le processus analytique et le cadre théorique a guidé le processus de codification. L'analyse de contenu de Paillé et Mucchielli (2012) a été utilisée. Elle comporte cinq étapes : Premièrement, il est nécessaire de lire les transcriptions d'entrevues plusieurs fois afin de bien « absorber » le contenu; il s'agit deuxièmement d'identifier des phrases ou des parties de phrases qui se rapportent directement au sujet de l'étude; ensuite, de résumer en un mot le sens de ces phrases ou parties de phrases (codification); de regrouper les codes similaires dans un tout (catégorisation); d'intégrer les résultats dans un texte (thématisation). Par la suite, une mise en relation entre les différents thèmes est effectuée, suivie d'une modélisation des résultats. Les documents collectés, les observations ainsi que les notes de terrain sont également considérées durant le processus analytique.

4.6 Critères de rigueur

Les données sont évaluées en termes de fiabilité (*trustworthiness*) selon les principes de réflexivité, de crédibilité et de transférabilité (il ne s'agit donc pas d'en vérifier l'exactitude), en utilisant la triangulation des données. Cette dernière fût réalisée tout d'abord par le biais d'une vérification par les membres du comité (lequel est constitué du directeur de

thèse du présent projet, Dr. Dave Holmes, de la co-directrice, Dre Denise Moreau et par les autres membres du comité, Dr. Jean Daniel Jacob et Dr. Thomas Foth), par une description détaillée du contexte et du processus de recherche et en gardant une trace de tout ce qui est fait afin d'en assurer une vérification ultérieure (voir : Creswell, 1998; Lincoln et Guba, 1985; Stake, 1995).

Réflexivité

La réflexivité fait référence à la capacité du chercheur à réfléchir, explorer et examiner les processus sociaux et les facteurs contextuels influençant le rapport à la recherche ainsi que la vie des participants (Fonow et Cook, 1991). Elle permet aux chercheurs de s'inclure dans la recherche en rendant transparentes leurs valeurs et croyances, susceptibles d'influencer le processus de recherche (Etherington, 2007). La réflexivité, un exercice souvent estimé comme étant fondamental à l'ethnographie, est presque systématiquement effectuée dans les recherches critiques en tant que prise de conscience au regard de l'influence que peut avoir la présence du chercheur sur son objet d'étude et inversement (Hammersley et Atkinson, 2007). En effet, une approche critique sur la réflexivité apporte une attention particulière sur le pouvoir et les privilèges du chercheur (Madison, 2005).

Pour cette étude, nous avons entrepris un processus réflexif au regard de notre statut en lien avec les différents groupes de participants (patients, membres du personnel, membres de la direction des soins). Une attention particulière fût notamment portée à notre position sociale de même qu'à l'impact de cette position sur le terrain et sur l'interprétation des données et ce, de manière itérative tout au long de l'étude.

Crédibilité

La notion de crédibilité contribue à diriger notre attention pour faire en sorte que les résultats de l'étude reflètent les réalités des participants (Streubert et Carpenter, 1995). Dans notre étude, les participants appartenaient à des groupes sujets à être marginalisés,

en particulier les patients et les membres du personnel. Il fut donc important que la crédibilité de l'étude tienne compte de la rigueur avec laquelle les réalités de ces participants allaient être incluses dans les données. Pour ce faire nous avons eu recours à deux différentes techniques, soit l'utilisation de multiples sources de données (observation, entrevues, documents institutionnels, notes de terrain) et l'auditabilité. L'auditabilité fait référence à la piste de décision laissée par un chercheur, ce qui permet aux autres de retracer les méthodes utilisées dans l'étude (Sandelowsky, 1986; Onwuegbuzie et Leech, 2007). La chercheuse principale a gardé un journal tout au long du processus à des fins d'auditabilité et de réflexions.

Transférabilité

Ce critère réfère à la transposition des résultats de recherche dans d'autres milieux semblables à celui d'où proviennent ces résultats en termes de missions, de discours et d'idéologies dominantes de même qu'au regard de la composition des personnes s'y retrouvant (statut dans ce type de milieu, genre, âge, formation, etc.). Afin d'assurer la transférabilité de nos résultats, nous avons effectué, dans les quatrième et cinquième chapitres du présent ouvrage, une description détaillée du milieu où s'est déroulée notre étude ainsi que du processus de collecte, d'analyse et d'interprétation des données et ce, afin d'illustrer de manière précise le processus dans son ensemble.

4.6.1 Recherche à caractère sensible

La recherche à caractère sensible est définie par Sieber et Stanley (1988) comme une recherche ayant des conséquences ou des implications potentiellement négatives pour les participants, le chercheur ou l'institution. Pendant longtemps, ce type d'étude était associé à la recherche portant sur des sujets tabous (Faberow, 1963). Or, Lee et Renzetti (1993) spécifient qu'il peut également s'agir d'une recherche ayant le potentiel de poser une menace substantielle à ceux qui sont impliqués ou qui ont été impliqués dans celle-ci. Ces derniers mentionnent quatre domaines de recherche étant d'avantage ciblés par

ce genre de menaces, soit : a) les recherches qui s'immiscent dans la « sphère privée » ou qui « fouillent » dans les expériences personnelles; b) les recherches qui ont trait aux déviances ou au contrôle social; c) celles qui briment les intérêts de personnes en position de pouvoir ou exerçant la coercition ou la domination; d) les recherches qui traitent de thématiques « sacrées » aux yeux des participants.

En ce qui a trait à notre étude portant sur l'expression de la sexualité de patients hospitalisés en milieu de psychiatrie légale, nous considérons qu'elle s'inscrit dans tous les domaines décrit par Lee et Renzetti (1993).

4.6.2 Considérations éthiques

Étant donné le caractère sensible de notre étude, plusieurs considérations éthiques ont été mises de l'avant afin de protéger les participants. Les noms des participants et de l'institution sont demeurés confidentiels tout au long de l'étude et le demeureront lors de la diffusion des résultats. La confidentialité des données recueillies (entrevues) a été assurée par l'attribution d'un code alphanumérique à chaque participant. Les données (enregistrements et transcriptions des entrevues, notes d'observation et notes de terrain) ont été gardées sous clé au centre de recherche de l'institution où l'étude a été menée. Les enregistrements ont été détruits une fois le verbatim retranscrit et validé. Notons qu'étant donné la nature de l'établissement, l'emplacement des entrevues conduites avec les participants n'a pu préserver l'anonymat de ces derniers (tant patient que personnel) à l'intérieur de l'institut; toutefois la confidentialité a été assurée. Un consentement informé (et détaillé) a été obtenu de chaque participant avant le début de l'entrevue (voir Annexes G et H).

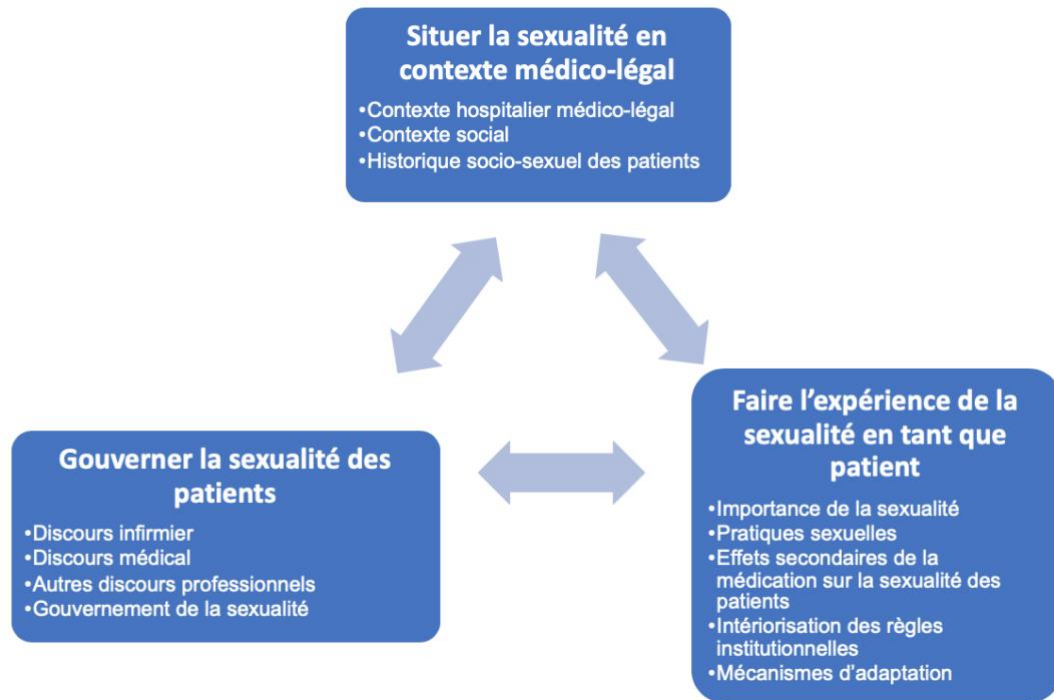
Notre protocole de recherche a fait l'objet d'évaluation de deux différents comités éthiques soit celui de l'institut à l'étude et celui de l'université d'Ottawa. Afin d'obtenir les approbations nécessaires et de faciliter l'accès aux différentes unités, nous avons travaillé étroitement avec la direction des soins infirmiers.

CHAPITRE V : RÉSULTATS ET ANALYSE

Ce chapitre vise à présenter les résultats de notre recherche de même que l'analyse à laquelle nous avons soumis nos données. À des fins de clarification, nous présentons nos résultats en trois temps, sous trois différents thèmes. Le premier thème vise à décrire le contexte ainsi que le milieu où s'est déroulée notre recherche. Le deuxième thème se concentre quant à lui sur l'expérience des patients en ce qui a trait à l'expression de la sexualité et à leur santé sexuelle. Enfin, le troisième thème traite des différents discours professionnels et se concentre sur le gouvernement des pratiques sexuelles.

Le tableau 1, ci-dessous présente une mise en relation des trois thèmes émergents de notre analyse. Ce schéma vise à démontrer que chacun des thèmes influence et est également influencé par les autres thèmes. Ainsi, à titre d'exemple, le contexte psychiatrico-légal exerce une influence considérable sur l'expérience sexuelle des patients mais également sur la gouvernance de la sexualité de ces derniers. D'autre part, l'expérience des patients et celle des professionnels viennent aussi moduler le contexte institutionnel.

Tableau 1. Schéma résumé des trois thèmes



5.1. Situer la sexualité en contexte médico-légal

Ce premier thème concerne le contexte où s'articule le sujet de cette étude, soit l'expression sexuelle de patients hospitalisés en milieu de psychiatrie légale. Plusieurs facettes de ce contexte ont été explorées et sont rapportées ici afin de fournir une compréhension plus précise de l'espace et des dispositifs en place influençant l'expression sexuelle des patients et sa gestion par le personnel soignant. Les résultats présentés dans ce thème proviennent de trois différentes méthodes de collectes de données soit l'observation, la consultation de documents institutionnels et les entrevues avec les participants de recherche.

Le contexte hospitalier dit médico-légal est donc exploré et défini en premier lieu. Par la suite, une exploration du contexte social et de différents discours externes est présentée. Finalement, un aperçu du vécu sexuel pré-hospitalisation des patients est

inclus afin d'obtenir une compréhension holistique du contexte dans lequel évoluent les patients en ce qui a trait à leur sexualité lorsqu'hospitalisés.

Tableau 2 : Situer la sexualité en contexte médico-légal

5.1.1 Contexte hospitalier médico-légal 5.1.1.1 <i>Dispositif de sécurité</i> 5.1.1.2 <i>Règles formelles</i> 5.1.1.3 <i>Règles informelles</i>
5.1.2 Contexte social 5.1.2.1 <i>Hétéronormativité</i> 5.1.2.2 <i>Discours sur les droits humains et autres aspects légaux</i>
5.1.3 Historique socio-sexuel des patients 5.1.3.1 <i>Sexualité en société</i> 5.1.3.2 <i>Sexualité en hôpital psychiatrique</i> 5.1.3.3 <i>Sexualité en milieu correctionnel</i>

5.1.1 Contexte hospitalier médico-légal

Afin de bien comprendre la réalité vécue par les participants de l'étude, nous sommes d'avis qu'il est essentiel de connaître l'environnement institutionnel en question ainsi que ses impacts sur l'expression sexuelle des patients et sa prise en charge. Pour ce faire, dans un premier temps, il est important de situer historiquement l'institution et de comprendre les valeurs sur lesquelles reposent le mandat de ce milieu dit sécuritaire et thérapeutique.

C'est entre les murs d'une prison provinciale que l'institution à l'étude a initialement vu le jour en 1927, en tant qu'unité psychiatrique de l'établissement correctionnel. À cette époque, en plus des détenus présentant des troubles psychiatriques, on y internait les personnes dont les hôpitaux psychiatriques étaient incapables de contrôler les comportements. Les urgences psychiatriques étant régulièrement surchargées, les familles n'avaient souvent d'autre recours que de faire arrêter sous une accusation « technique » ceux des leurs qui avaient besoin de soins. Cette situation entraîna

rapidement un très grand encombrement de l'aile psychiatrique. En 1961, le ministre de la santé annonce la création de la Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques, laquelle recommande la fermeture de l'aile psychiatrique. Parmi les motifs évoqués, on note « l'architecture carcérale, la grande promiscuité, le modèle anti-thérapeutique, la rareté des traitements offerts et les conditions insalubres dans lesquelles vivent les patients ».

Quelques années plus tard, en 1964, faisant suite à une série de recommandations ministérielles, l'aile psychiatrique de la prison devient officiellement un institut de psychiatrie-légale et n'est plus administré par le ministère de la Santé, mais par une corporation qui réunit des universitaires et des partenaires importants. Dès lors, les surintendants médicaux en place augmentent le personnel professionnel et créent une clinique externe. Le « nouvel » hôpital continue d'opérer à l'intérieur de la prison jusqu'en 1970, au moment où l'institution à l'étude est construite. À ses débuts, seules 6 unités sont ouvertes ; l'institution compte 72 patients et 300 membres du personnel. Aujourd'hui on retrouve plus de 280 patients dans 15 unités et 700 employés.

Initialement, les psychiatres en place avaient une vision humaniste des patients et des soins qu'ils requéraient. Avec les années, un cadre hospitalier s'est imposé, mais les raisons initiales ayant forcées le retrait de l'hôpital du milieu carcéral ont continué de moduler les valeurs de l'institution de même que sa mission.

Les fondateurs de l'Institut ont donné le nom XXXX pour démontrer clairement les valeurs sous-jacentes de la mission organisationnelle. L'humanisme et le respect du malade, un milieu adapté à ses besoins, une démarche active, dynamique et efficace de traitement sont les principes fondamentaux sur lesquels repose l'organisation des soins à l'Institut. (Site web de l'institution)

« Apaiser la souffrance, contrer la violence : une mission unique » est le slogan de l'institution. Cette expression a été entendue à plusieurs reprises durant les périodes d'observation et les entrevues pour justifier différentes interventions (administration de contention chimique ou mécanique par exemple). L'expression « Apaiser la souffrance »

est utilisée par les membres du personnel et de la direction en référence au traitement, ainsi à l'aspect thérapeutique du mandat de l'institution, alors que « contrer la violence » réfère davantage à l'aspect sécuritaire. L'un ou l'autre de ces deux volets de la mission de l'institution, soit la thérapie et la sécurité, sont constamment mis en cause lorsqu'il s'agit de poser ou non une action.

Parmi les patients admis à l'institution pour évaluation ou traitement, on retrouve des hommes, des femmes et des adolescents atteints de maladies mentales associées à des comportements violents et à de la dangerosité. Ces personnes proviennent de centres hospitaliers, de prisons, de centres jeunesse ou de la communauté. Par ses divers mandats, l'institution regroupe des patients ayant cinq différents statuts légaux soit : des prévenus, des détenus (principalement provinciaux, mais certains fédéraux), des patients sous garde préventive, sous garde provisoire et sous garde d'établissement. Les patients sont répartis dans différentes unités, non pas selon leurs statuts ou leurs diagnostics, mais selon différents programmes et traitements spécialisés. Au moment de la collecte de données, les traitements et programmes offerts étaient : admission – réadmission – expertise, évaluation et traitement pour adolescents, expertise, réadaptation, traitement pour femmes ayant une sentence fédérale, et traitement des troubles graves et persistants. Des 15 unités de l'institution, seulement trois sont des unités mixtes (hommes et femmes). On retrouve également une unité de femmes seulement et une unité d'adolescents.

La complexité des soins offerts à l'institution en fait un établissement de « 3^e ligne », ce qui signifie qu'il fournit des services ultraspécialisés (MSSS, 2018). C'est en effet la terminologie qui est utilisée dans le réseau de la santé pour désigner les établissements qui traitent des problèmes de santé complexes ou rares.

5.1.1.1 Dispositif de sécurité

Plusieurs dispositifs de sécurité spécifiques au milieu psychiatrico-légal sont mis en place afin d'assurer une surveillance quasi continue sur le territoire de l'institution. Il est donc question ici de l'architecture et de l'aménagement, de tout matériel de sécurité utilisé à l'institut ainsi que de l'omniprésence du personnel, lesquels ont un impact direct ou indirect sur l'expression sexuelle des patients et sur sa gestion par le personnel.

Architecture

Dans cette section nous abordons les structures physiques et l'emplacement de l'institution. Nous faisons une description détaillée de l'architecture, de la disposition et de l'organisation des espaces de travail des professionnels et des espaces de vie des patients, des ressources matérielles, du mobilier, etc.

L'institut est situé dans une région rurale, à environ 25 kilomètres de la ville, le long d'une route secondaire. Le complexe institutionnel regroupant le pavillon administratif, les 15 unités de vie des patients ainsi que leurs petites cours, la grande cour, la clinique externe et le grand stationnement des membres du personnel se trouve au centre d'un terrain déboisé au relief plat, lequel est entouré d'une bande de forêt dense à largeur variable (voir Annexe I). L'accès au site de l'institut se fait via une guérite électrique contrôlée par un agent de sécurité en poste. Les différentes parties du complexe institutionnel sont pratiquement disposées de façon à former un grand carré, lequel est fermé par un haut mur de béton. Au centre de ce carré se trouve la « grande cour » (point D sur l'image de l'Annexe I), espace extérieur auquel certains patients ont accès lors d'activités organisées.

L'entrée principale de l'institut donne sur le pavillon administratif (voir point A de l'Annexe I). Une petite salle d'attente regroupant au total une dizaine de chaises se trouve à l'entrée. Une grande console de sécurité, communément appelée « la Centrale », entièrement vitrée et abritant plusieurs agents de sécurité en habits officiels, fait face aux

visiteurs. À droite, au rez-de-chaussée, se trouve l'accès à certains bureaux administratifs, la pharmacie, les bureaux du syndicat, des salles de formation et l'accès à la cafétéria des employés. Au premier étage de cette même section se trouve les bureaux de la direction de l'enseignement et de la direction des soins infirmiers ainsi que les bureaux des psychiatres, les ressources humaines, le bureau de la commissaire aux plaintes des usagers et l'amphithéâtre. Cette section du pavillon n'est jamais fréquentée par les patients.

L'amphithéâtre peut accueillir jusqu'à environ 150 personnes assises. Il est souvent utilisé à des fins de conférences, de formations, d'enseignement ou pour communiquer des informations importantes au personnel. À diverses occasions, il est utilisé pour des services religieux pour les patients. L'amphithéâtre est la seule partie du pavillon administratif qui est parfois fréquentée par les patients. Par un système de portes blindées contrôlées par les agents de sécurité, il est possible de créer un corridor sécurisé partant du milieu sécuritaire à l'amphithéâtre sans que les patients puissent aller dans le reste du pavillon administratif, ce qui permet d'éviter tout contact entre les employés de ce pavillon et les patients.

Une division physique (et psychologique) est clairement indiquée entre le milieu dit sécuritaire et celui non-sécuritaire. Le milieu « non-sécuritaire » fait référence au pavillon administratif où les patients n'ont pas accès, tandis que le milieu sécuritaire réfère aux unités de vie des patients, où certains patients peuvent se déplacer, souvent accompagnés, dans les couloirs. Bien qu'en théorie, l'institution entière soit sécurisée, la surveillance est beaucoup plus accrue du « côté sécuritaire », tel que nommé par les employés. Comme mentionné plus haut, les gens travaillant dans la partie non-sécuritaire ne sont donc jamais en contact avec les patients. Certains comportements sont observés dans le milieu sécuritaire alors qu'on ne les voit point du côté non-sécuritaire (par exemple : le respect de la distance sécuritaire avec autrui, l'orientation du corps dans

l'espace, etc....). Ceci démontre, selon nous, à quel point l'architecture et le rappel constant du risque modulent les pratiques, les déplacements et les comportements des professionnels.

C'est à l'entrée principale que se trouve la division entre le milieu sécuritaire et celui dit non-sécuritaire. Deux portes entièrement vitrées (créant ainsi un sas²) doivent être traversées afin de passer dans le « côté sécuritaire ». Ces portes s'ouvrent toujours une seule à la fois. Ce sas est adjacent à la Centrale qui est également vitrée, conférant ainsi une vue continue sur les personnes à l'intérieur du sas. Les employés de l'institution sont priés par le service de sécurité d'afficher leur carte d'employé en tout temps afin d'être rapidement identifiés et différenciés des patients.

De l'autre côté du sas, sur le même étage, se trouve la salle des visites, le corridor des coordonnateurs d'activités, des admissions, le garage, l'accès au centre de recherche et aux unités des patients.

La salle des visites, située en face du centre de recherche, est une grande pièce avec des plafonds hauts et une fenestration quasi entière sur l'un des murs donnant sur un terrain boisé. Un détecteur de métal est placé dans une petite pièce adjacente à l'entrée de la salle et un agent de sécurité y est présent lors des visites. Cette pièce peut également servir pour les fouilles provisoires lorsque jugées nécessaires. Des petites tables sont dispersées dans la salle, à distance égale les unes des autres, lesquelles sont entourées de quatre à huit chaises.

² Enceinte ou passage clos, muni de deux portes ou systèmes de fermeture dont on ne peut ouvrir l'un que si l'autre est fermé et qui permet de passer ou de faire passer d'un milieu à un autre en maintenant ceux-ci isolés l'un de l'autre (Larousse, 2019).

Un long corridor, protégé aux deux extrémités par des portes vitrées, barrées et contrôlées par la Centrale, mène au garage où les fourgonnettes sécurisées déposent les patients. Dans ce corridor, les patients nouvellement arrivés passent par un détecteur de métal puis par la salle de fouille (si jugée nécessaire) pour finalement avoir un examen d'admission. C'est également à cet endroit que les patients sont dépouillés de leurs effets personnels. En fonction des règlements de l'unité où ils seront hospitalisés, certains patients auront la permission de garder leurs vêtements sur l'unité (une fois ceux-ci nettoyés), alors que d'autres devront porter les vêtements fournis par l'institution. Ces formalités d'admission appliquées à chaque nouvel arrivant sans exception s'inscrivent dans une série de routines faisant partie du traitement de masse infligé à chaque patient, contribuant ainsi peu à peu à leur déshumanisation.

Finalement, directement en face du sas se trouve le grand escalier menant aux différentes unités de vie des patients (à côté duquel on retrouve deux ascenseurs pour le transport des patients). Les escaliers donnent accès aux cinq différents étages. Les étages 1 et 2 font le tour de l'institution et regroupent la majorité des unités (12 en tout). Les étages 3 et 4 sont restreints à ce pavillon et regroupent deux unités de soins aigus. Au 5^e étage, on retrouve une salle de radiologie ainsi qu'une salle d'électrocardiogramme. Ces deux examens sont souvent requis pour les patients de l'institution. Les offrir *in situ* permet de réduire les coûts et les risques associés avec le transport des patients vers d'autres centres hospitaliers.

Il est à noter qu'une plus grande attention est portée aux deux premiers étages puisque ceux-ci regroupent la plupart des unités où a eu lieu la collecte de données. À la sortie de la cage d'escaliers, au premier étage, se trouve un accès sécurisé pour traverser du côté non-sécuritaire et un couloir pour aller vers les unités de soins. Dans ce couloir on retrouve le bureau du médecin généraliste, du dentiste et de l'hygiéniste dentaire ainsi que le centre de documentation pour le personnel de recherche. Au bout de cette portion

du couloir se trouve « le Mirador », situé au centre de quatre corridors et donnant accès aux différentes unités de soins, lesquels sont disposés en croix. Le Mirador est une petite centrale de sécurité circulaire, complètement vitrée, où un minimum de six agents d'intervention (vêtus en civil) sont présents, prêts à intervenir. L'emplacement stratégique du Mirador fait en sorte qu'il est possible de voir toute personne (membre du personnel ou patient) quittant une unité pour se déplacer dans les corridors. Il est aussi situé au point le plus central entre les différentes unités, de façon à ce que les agents d'intervention puissent intervenir le plus rapidement possible en cas d'urgence. Par son architecture et son emplacement, le Mirador confère une surveillance constante, voire omniprésente.

Les couloirs menant aux unités sont composés de murs rideaux au vitrage sécuritaire sur un côté, celui donnant sur la grande cour extérieure. Des plantes sont accrochées devant ces fenêtres, tout le long du couloir. De l'autre côté se trouvent les entrées pour les différentes unités de soin. Au bout complètement de ce couloir, une fois passé les six unités de vie, se trouve l'accès au gymnase et à la piscine, aux ateliers (menuiserie, horticulture), à l'école et à la bibliothèque.

Typiquement, les unités de patients sont organisées en petits pavillons où l'on retrouve deux unités, une au premier étage et une au deuxième étage. La première est accessible directement à partir du grand couloir, alors que la deuxième est accessible via un escalier étroit. Une porte barrée et automatisée se trouve à l'entrée de chaque unité. Cette porte est contrôlée par le commis de l'unité.

À l'entrée de l'unité se trouvent, d'un côté, trois bureaux, soit le bureau du psychiatre, du psychologue et du coordonnateur de l'unité. Le charriot de médicaments est généralement installé au bout des trois bureaux. Une petite salle de bain pour les employés y est également située. Cette dernière est barrée en tout temps par un code qui est seulement divulgué aux membres du personnel. À une trentaine de mètres, en ligne

droite avec l'entrée de l'unité se trouve la console, un espace entièrement vitré et barré où se trouvent les membres de l'équipe de travail.

Adjacente à la console se trouve la grande porte en acier qui permet d'entrer du côté des aires des patients. La moitié des vitres de la console donnent donc sur les aires des patients, et l'autre moitié sur le corridor des bureaux des professionnels. À l'intérieur de la console se trouve une grande table de forme circulaire où les membres du personnel s'installent pour rédiger leurs notes cliniques ou consulter les dossiers des patients. Au-dessus de la table se dresse le grand tableau indiquant le nom des patients hospitalisés sur l'unité ainsi que des informations clés concernant leurs plans de soins, leurs mesures de contention, leurs temps de sortie et autres particularités. L'espace de travail désigné pour le personnel infirmier est situé à l'arrière de la console. Il renferme certains médicaments, le matériel spécifique aux soins infirmiers (seringues, pansements, etc.), des manuels de référence et des politiques et protocoles institutionnels.

De l'autre côté de la grande porte qui permet de traverser du côté des patients, on retrouve « la croix », soit la croisée du corridor des chambres des patients et du corridor menant à la grande salle commune. À droite de la croix se retrouve la cuisine de l'unité, vitrée sur trois de ses murs, ce qui permet une surveillance constante de la grande salle et de la console. La cuisine consiste en un espace où les éducateurs préparent et servent les repas aux patients, par un demi mur vitré donnant sur la salle commune des patients. Dans la plupart des unités, les patients ont accès à la cuisine à certains moments prédéterminés afin de faire le ménage et la vaisselle (ceci faisant partie des tâches quotidiennes obligatoires). On y retrouve un réfrigérateur, un évier, un lave-vaisselle industriel, un grand comptoir et un four à micro-onde. De l'autre côté de la cuisine se trouve une grande pièce à aire ouverte faisant office de salle de séjour, laquelle est disposée vers l'extérieur avec des murs rideaux au vitrage sécuritaire. D'un côté de la pièce sont placées plusieurs tables avec chaises. C'est à cet endroit que les patients

consomment leur repas et participent à certaines activités telles que les casse-têtes, jeux de société, dessins, etc. L'autre partie de la grande pièce est aménagée avec des fauteuils comptant une à plusieurs places et dont les bras sont en acier. Chaque unité possède de un à trois fauteuils dont les bras en acier sont vissés au sol. Ces fauteuils sont faits pour appliquer des contentions aux patients qui sont considérés trop dangereux pour être libres lorsqu'en salle. Directement en face de la cuisine se trouve la salle de télévision. Cette salle, entièrement vitrée, regroupe une dizaine de fauteuils. Dans le corridor séparant la cuisine de la salle de télévision, un fauteuil vissé au sol est installé à côté d'un téléphone que les patients peuvent utiliser lors du temps alloué aux appels. Derrière la cuisine se trouve une salle d'isolement puis, en face et selon les unités, se trouve soit une autre salle d'isolement, soit une salle de lavage. Finalement, de l'autre côté de la croix, on retrouve le corridor menant aux chambres des patients. La plupart des unités regroupe de 12 à 16 chambres. On retrouve en général 2 chambres doubles. Au début du corridor se trouve la salle de douche, en face de laquelle on retrouve la lingerie (salle où sont entreposées la lingerie et la literie des patients, souvent accessible aux membres du personnel seulement).

La salle de douche contient trois douches ouvertes, séparées par des murets. Certaines unités ont également un bain au centre de la salle. La porte de cette salle se verrouille à clé, de l'extérieur. Sur la porte, une fenêtre est couverte d'un petit rideau placé du côté extérieur de la porte, afin que les membres du personnel puissent assurer une surveillance continue des patients qui vont à la douche. Les unités présentent différentes façons de fonctionner quant à l'horaire des douches des patients. Certaines unités n'ont pas d'horaire, les patients peuvent donc prendre leur douche quand bon leur semble et peuvent également être plusieurs dans la salle des douches à la fois. D'autres unités ont un horaire fixé à un moment précis de la journée (ex. : les douches se prennent seulement le soir) et la porte de la salle de douche est barrée le reste du temps. Certaines unités ne

permettent pas aux patients d'être plus d'un à la fois dans la salle de douche, ces derniers doivent donc s'inscrire auprès du commis d'unité et attendre leur tour.

Tel que mentionné plus haut, la plupart des chambres sont à occupation simple. Les portes des chambres sont contrôlées par le commis d'unité, mais elles peuvent également être ouvertes par l'intérieur (donc par le patient) durant le jour, pour les patients qui ne sont pas sous un « plan de chambre »³. Ceci permet donc au commis d'unité de voir et aussi de contrôler qui entre dans quelle chambre. Les chambres sont de petite taille. On y retrouve un lit fait d'acier, dont les pattes sont vissées au sol, un bol de toilette, un petit évier surmonté d'un miroir, une grande tablette servant de bureau et des tablettes de rangement. Une petite fenêtre couverte d'un grillage donne sur l'extérieur.

Les règlements sur les unités quant aux objets personnels permis dans les chambres des patients varient selon les unités, mais aussi selon les patients. Par exemple, sur certaines unités, les patients ont le droit d'avoir une télévision et un lecteur DVD dans leur chambre. Par contre, ceux-ci peuvent leur être retirés à tout moment s'ils perdent leurs privilèges pour inconduite. Mises à part les télévisions, on retrouve souvent des livres ou magazines, des photos sur les murs et des petits objets personnels jugés sécuritaires. En ce qui concerne les photos ou affiches sur les murs, bien que certains informants clés ont mentionnés que les patients collent parfois des images érotiques dans leur chambre, cela n'a pas été constaté lors de nos observations.

Finalement, les chambres doubles sont des pièces ouvertes avec un muret les séparant en deux espaces. Chaque espace contient un lit, une tablette avec chaise faisant office de bureau et des tablettes pour rangement. On retrouve une seule toilette et évier par chambre double. Il est rare que les unités utilisent les chambres doubles pour y loger deux patients. Lorsque celles-ci sont à pleine capacité et qu'il n'y a pas d'autres choix, ils

³ Mesure de sécurité où le patient peut intégrer le groupe seulement pour un nombre d'heure préétabli par le psychiatre de l'unité.

auront recours aux chambres doubles, mais sinon, elles sont souvent vacantes ou occupées par un seul patient. Lors de nos observations, seulement deux chambres doubles sur 12 unités étaient occupées par deux patients. Lors des entrevues, certains membres du personnel ont mentionné qu'à leur connaissance, c'est souvent dans les chambres doubles que les patients ont des contacts sexuels. Nous trouvons pertinent de noter une forme de contrôle de l'expression sexuelle en lien avec l'architecture et l'assignation des chambres doubles à un ou des patients, tel qu'illustré dans l'exemple suivant:

Tu sais, (...) je n'ai pas vu [de contacts sexuels entre patients], on en voyait plus (...) quand on avait des chambres à quatre, des chambres à deux, là ils peuvent en avoir. (Pro-5, para 36)

Un patient partage également la même croyance :

Non [ce n'est pas fréquent à l'institut les contacts sexuels entre patients]. (...) Je ne sais pas, [je crois que ça arrive entre] colocs ou dans la douche. (...). Les colocs, ceux qui partagent les chambres. (Pt-10, para 55)

En conclusion, l'architecture et l'aménagement de l'institution laissent très peu d'espaces non surveillés. Outre l'aspect de la surveillance, l'hostilité cultivée par l'architecture envers toute possibilité de rapprochements entre patients n'est certes pas favorable à l'expression sexuelle. En effet, dans cet environnement où chaque espace est contrôlé et prévu pour une prise en charge complète des patients (prise des repas, activités, hygiène, prise de médication, sommeil, etc.), peu, voire même aucun espace n'est réservé afin que leur sexualité puisse s'exprimer de façon à respecter leur dignité.

Milieu sécuritaire

Dans cette section, il est question de toutes les technologies utilisées afin de sécuriser les lieux. Précisément, nous abordons le verrouillage des portes, les microphones, les caméras, les miroirs grand angle, les murs vitrés, etc.

Tel qu'énoncé dans la section précédente, à l'intérieur du milieu sécuritaire, toutes les portes sont verrouillées. Sur les unités, l'ouverture des portes est contrôlée de la

console alors qu'à l'extérieur des unités, ce contrôle s'effectue par la centrale. Les portes des chambres des patients sont barrées au couvre-feu (22 :00h) et le demeurent jusqu'au lendemain matin (8 :00h).

Un système de microphones est installé à l'intérieur de l'institution. Il est donc possible d'écouter et de parler aux individus se trouvant dans certains endroits et ce à partir de la centrale ou de la console, selon le cas. Ces micros ont été installés sous un prétexte de sécurité, pour assurer une meilleure surveillance des patients et du personnel. On retrouve des micros dans le sas de l'entrée du côté sécuritaire, dans le corridor à l'entrée des unités, dans la grande salle commune des patients, dans le corridor des chambres des patients et dans les chambres de ces derniers. Sur les unités de vie, seules la salle TV, la salle de lavage, la cuisine, les douches, la lingerie et les salles d'isolement n'ont pas de microphones. Les patients sont bien au courant des endroits où il y a des micros et des endroits où il n'y en a pas.

On retrouve également quelques caméras à l'institution, principalement à l'extérieur de la bâtisse. Plusieurs caméras sont installées pour couvrir l'espace du stationnement, de l'entrée principale, de la guérite et de la grande cour. C'est à partir de la centrale qu'il est possible de visionner ce qui est filmé dans ces endroits en temps réel, sur des téléviseurs.

Des miroirs grand-angle sont placés à des endroits stratégiques afin de maximiser la surveillance et d'éliminer les recoins non couverts par les autres dispositifs de sécurité. On retrouve ces miroirs dans le grand corridor menant aux différentes unités, dans la salle des visites et dans la grande salle commune des patients.

Les murs complètement vitrés sont aussi comptabilisés ici comme dispositifs de sécurité car ceux-ci permettent une surveillance directe et continue des patients. Parmi ceux-ci, notons le mirador, la centrale de sécurité, les consoles, les salles de télévision et les cuisines.

Il est également à noter que des rituels liés à des dispositifs de sécurité sont mis en place lors du déplacement des patients à l'intérieur de l'institution. À titre d'exemple, les membres du personnel sont tenus d'aviser le mirador à l'aide d'émetteurs-récepteurs portatifs et de garder ces derniers avec eux pour tout déplacement hors unité avec des patients.

Cette structure sécuritaire a plusieurs impacts tant sur les patients que sur les membres du personnel. Si celle-ci est souvent un rappel du risque de dangerosité que l'on considère omniprésent et qui contribue à perpétuer la dangerosité perçue de tous les patients, certains mentionnent se sentir rassurés par ces dispositifs de sécurité. Un membre de la direction confie d'ailleurs se sentir en sécurité dans cette structure :

Moi j'ai toujours trouvé qu'à ***** on a quand même une super structure, moi j'ai toujours considéré que c'était très sécuritaire. Je ne me suis pas vraiment senti menacé, (...) oui des fois, la tension monte puis on peut être inquiet puis tu peux te sentir un peu énervé, mais je ne me suis jamais fait agresser tu sais, ça fait que je n'ai pas ces traumatismes-là. (D-2, para 38)

Outre le sentiment de sécurité, le caractère fermé que confère à l'institution ce dispositif de sécurité a aussi une incidence sur la vie et la santé des patients. Un participant infirmier partage sa réflexion au sujet de la façon dont l'architecture affecte entre autres le lien relationnel qu'ont les patients avec leurs proches. Comparant l'architecture de l'institution avec l'architecture de d'autres milieux hospitaliers en ce qui a trait à l'accès aux unités de vie des patients par la famille, il souligne l'idée que l'inaccessibilité existante dans l'institution pourrait avoir un impact sur l'investissement de la famille dans la vie des patients :

Je te dirais ***** est un milieu fermé dans le sens où, (...) les visiteurs ne viennent jamais sur les unités de soins, tu sais à ce moment-là, tout ce qui se passe à ***** , ça reste à ***** , c'est difficile que ça sorte vers la famille ou à des proches et d'ailleurs les proches de ces patients-là, peut-être qu'ils sont beaucoup moins investis que les proches des autres patients des autres hôpitaux. (Pro-15, par 70)

En ce qui a trait plus spécifiquement à la sexualité des patients, plusieurs patients mentionnent en quoi le milieu sécuritaire affecte leur sexualité. Cette citation résume la

perception de plusieurs participants quant à l'impact du milieu sécuritaire sur les possibilités de contacts sexuels. Dans l'extrait suivant, le participant patient affirme que le dispositif de sécurité mis en place minimise de beaucoup les possibilités de contacts sexuels entre patients :

Non, il n'y a pas vraiment de possibilités non plus. Non parce que les portes sont barrées à tous les soirs ici, puis les portes sont barrées à dix heures et demie le soir, puis c'est surveillé pas mal, tout ça, puis les gars prennent leur douche individuelle, puis c'est bien protégé tout ça là. (Pt-1, para 75)

Malgré le déploiement d'une variété de dispositifs de sécurité, le personnel mentionne trouver des « angles morts » au système et affirme que les patients les connaissent aussi. Par « angles morts » on réfère aux endroits qui échappent aux différentes technologies de sécurité. Ces endroits, peu nombreux, deviennent, selon certains membres du personnel, des endroits à plus haut risque :

On a déjà eu quelques cas, il y a eu des fellations derrière les (...), t'as la grande salle, ils vont se mettre derrière un poteau, on a déjà vu ça. (Pro-5, para 16)

La structure sécuritaire déployée à l'institution et détaillée dans cette sous-catégorie n'est pas sans rappeler l'environnement carcéral où l'idée d'une surveillance continue est induite chez les « surveillés ». En effet, tel que mentionné par certains participants, l'auto-surveillance induite par le dispositif de sécurité module leurs comportements sexuels en instaurant l'idée qu'il n'y a pas de possibilités de contacts sexuels.

Omniprésence du personnel

Finalement, la description de ce système de surveillance ne serait pas complète sans la mention de l'omniprésence du personnel. Il est question dans cette section de l'aspect humain du dispositif de sécurité. À l'avant de la console et face au corridor des chambres des patients se trouve le commis de l'unité. Cette personne gère l'ouverture des portes (de l'unité, de la section des patients et des chambres des patients), reçoit appels téléphoniques et demandes des patients et réalise certaines tâches administratives. Elle est également le lien entre l'unité et la centrale en cas de demande

d'intervention. Communément, on dit des commis d'unité qu'ils sont les yeux et les oreilles de la console. Il est attendu d'eux qu'ils sachent en tout temps où sont les patients et les membres du personnel.

Des membres du personnel, les sociothérapeutes et les agents d'intervention, sont également présents en salle. Le service de sécurité exige qu'un minimum de 2 intervenants (sociothérapeutes, infirmières ou agents de sécurité) soient présents en salle en tout temps pour intervenir auprès des patients et pour assurer une surveillance. Les infirmières doivent d'ailleurs être accompagnées dès qu'elles traversent du côté du milieu de vie des patients. De plus, des tournées sécuritaires sont effectuées toutes les 15 à 30 minutes⁴ afin de vérifier que les patients qui sont en chambre veillent à des activités appropriées et sont en sécurité. Il est important de spécifier que ces tournées sont réalisées de jour comme de nuit.

5.1.1.2 Règles formelles

Comme dans une variété d'institutions, plusieurs politiques et règlements encadrent la vie des patients et les façons de travailler des professionnels sous forme de politiques institutionnelles. Dans cette section, on entend par « règles formelles » tout règlement écrit ayant fait l'ordre de consultation et d'approbation par une variété de comités internes de l'institution et faisant objet de révision périodiquement. Deux politiques ont retenu notre attention étant donné leur lien avec le sujet de notre étude soit : la politique sur la sexualité et la politique sur le matériel érotique.

Politique sur la sexualité

La politique formelle sur « La sexualité des patients et son expression » à l'intérieur des murs de l'institution a été formulée en 2003 et sa dernière révision (et approbation) a

⁴ De façon générale, les tournées sécuritaires se font aux 30 minutes. Par contre, lorsqu'un patient est sous mesures anti-suicidaires ou est sous contentions mécaniques, la fréquence des tournées augmente aux 15 minutes.

eu lieu en 2013. Elle compte deux pages au total et présente la politique comme telle, les exceptions et les responsabilités de chacun (intervenants, direction, patients) dans le cadre de l'application de ladite politique.

Dans le paragraphe d'introduction du document institutionnel, la mission de l'institution est évoquée pour situer le contexte dans lequel la création de cette politique fût jugée nécessaire :

L'Institut ****, par sa mission d'évaluation, de traitement et de réinsertion d'une clientèle présentant des problèmes de violence, n'en demeure pas moins une microsociété distincte qui doit tenir compte des grandes vulnérabilités psychologiques de sa clientèle. C'est dans ce contexte que l'Institut considère que d'une part, des limites doivent être imposées dans l'expression de la sexualité en milieu hospitalier, mais d'autre part, qu'il doit tout mettre en place pour que puissent s'exprimer, de façon équilibrée, les sentiments d'amitié, d'amour, de tendresse, d'affection, de solidarité et de compassion nécessaires au développement de la personne. (Politique 1235-50-09, p.1)

Dans cet extrait, on nomme entre autres, par « mission », la réinsertion, ce qui soulève un questionnement car cet objectif ne concorde point avec les conséquences connues de l'application d'une telle politique. En effet, nous questionnons les effets à court et long terme de l'application d'un tel interdit sur la sexualité des patients, et ce dans un but de « réinsertion ». D'autre part, l'extrait sous-entend que les patients sont tous très vulnérables et ce tout au long de leur hospitalisation, ce qui dès lors semble justifier un traitement de masse sans différenciation des situations propres à chaque patient.

Tel qu'entendu dans le discours de plusieurs professionnels, l'aspect thérapeutique de la mission de l'institution vient permettre l'élaboration et la légitimation d'une panoplie de comportements. Dans l'extrait suivant de la même politique, on rappelle s'appuyer sur la « vocation thérapeutique » de l'institution pour justifier l'interdiction de contacts sexuels :

Règle générale : Considérant la mission de l'Institut et sa vocation thérapeutique qui font que doivent être dispensés des soins médicaux et psychiatriques à une clientèle qui présente une instabilité affective, de la vulnérabilité, de même qu'une problématique de dangerosité active; Considérant l'obligation qu'a l'Institut d'assurer la sécurité et la protection de ses patients; Considérant les retombées

négligentes que susciterait chez certains patients ou chez l'ensemble des patients d'une unité la pratique de relations sexuelles à l'intérieur des murs de l'Institut ****, la Direction générale n'autorise pas celle-ci. (Politique 1235-50-09, p.1)

Il est à noter encore une fois le rappel de l'application d'un traitement de masse à une clientèle qui « présente une instabilité affective, de la vulnérabilité, de même qu'une problématique de dangerosité active ». Selon cet extrait, tous les patients répondent à ces caractéristiques durant leur hospitalisation, alors que selon nos observations ainsi que selon plusieurs participants, les patients évoluent dans un spectre allant de très instables à très stables durant leur hospitalisation :

[Ici] ce n'est pas comme si tout le monde est en état de crise, ou que tout le monde est inapte, (...) moi je pense que c'est la règle des tiers, il y a un tiers qui sont en crise, d'autres qui sont en voie de stabilisation, d'autres qui sont vraiment stables et ces deux tiers-là, je pense qu'ils peuvent bénéficier de plus de liberté (...) c'est même sain d'adresser ce besoin-là [la sexualité] comme n'importe quel autre besoin pendant qu'ils sont ici pour mieux faire les choix par après. (Pro-15, para 40)

Dans l'extrait suivant de la politique, on dit se référer aux « lois, règlements et chartes » sans toutefois les identifier clairement :

Exception : Dans certains cas, le directeur général ou le directeur des services professionnels peut prendre en considération des situations particulières pouvant faire l'objet d'une exception à la règle générale. Par ailleurs, (...) l'Institut s'engage à : sensibiliser le personnel à l'expression de la sexualité des patients; favoriser l'expression respectueuse de sentiments entre les patients, expression qui doit être régie par l'ensemble des intervenants qui ont la responsabilité de s'assurer du bien-être individuel et du bien-être collectif des patients et de leur évolution; supporter le développement de relations interpersonnelles à l'extérieur de l'Institut; offrir une éducation sexuelle aux patients qui le souhaitent. (Politique 1235-50-09, p.2)

Il est également intéressant de constater les engagements de l'institution notés dans cet extrait concernant la sexualité des patients. Dans l'extrait suivant, les responsabilités des patients, des intervenants, de la direction et du conseil d'administration sont énoncées :

Responsabilités : Les patients exercent une prise en charge responsable de leur sexualité et de son expression en tenant compte des caractéristiques du milieu hospitalier. Les intervenants cliniques, par leur approche éducative, favorisent cette prise en charge responsable. La Direction générale est responsable de la mise en œuvre, de la surveillance de l'application et de la révision de la présente

politique. Le conseil d'administration est responsable de son approbation et il peut demander, en tout temps, des rapports sur tout aspect de son application. (Politique 1235-50-09, p.2)

Ce qui est attendu des patients et des intervenants cliniques demeure toutefois nébuleux. Nous nous questionnons sur ce qui est entendu par « une prise en charge responsable de leur sexualité » compte tenu du règlement selon lequel tout contact sexuel est interdit.

Politique sur matériel érotique

La politique concernant le « contenu des DVD, CD, jeux, livres, journaux et revues que possèdent les patients en ce qui a trait à la sexualité et à la violence » a été créée en 2013 et comporte quatre pages. Dans le préambule, on rappelle que la politique repose sur la mission de l'institution et les valeurs de respect et d'équité :

La présente politique et procédure repose sur la mission de l'Institut, sur les valeurs de respect et d'équité ainsi que sur l'importance du jugement clinique dans un cadre sécuritaire. Elle se base également sur les recommandations du Conseil des infirmières et infirmiers et du Conseil multidisciplinaire ainsi que sur les pratiques des centres hospitaliers similaires à l'Institut. (Politique 1235-68-09, p.1)

Notons également que le « Conseil des infirmières et infirmiers » dont il est question dans l'extrait précédent, est un comité formé d'infirmières bachelières travaillant à l'interne sans expertise spécifique du sujet traité par la politique.

La politique est divisée de façon à donner des lignes directrices spécifiques aux différents médiums de diffusion (revues, CD, DVD, etc.). L'extrait suivant résume la politique de façon globale :

Tous les films, jeux vidéo, publications et musiques que le patient a en sa possession doivent correspondre aux objectifs de son plan de traitement. (...) En présence de doute, les films, contenus musicaux, jeux vidéo, publications et bandes dessinées peuvent être inspectés par l'équipe traitante avec le consentement du patient. En l'absence de consentement le matériel est retiré ou n'est pas remis. Aucun affichage suggestif, pornographique (qui expose ou laisse entrevoir la nudité) ou violent n'est autorisé, et ce, par respect pour les patients et le personnel. (Politique 1235-68-09, p.3)

Plusieurs aspects de ce court extrait retiennent notre attention. Premièrement, le fait que l'on fasse mention des « objectifs du plan de traitement » dévoile un côté très subjectif de l'application de la politique dans un contexte où ces politiques sont appliquées sans différenciation de l'état des patients ou de leur diagnostic. Deuxièmement, utiliser le terme « consentement du patient » est discutable alors qu'il est spécifié qu'en « l'absence du consentement du patient le matériel est retiré ».

Dans l'extrait suivant, il est aussi mentionné qu'il revient aux personnes de référence de décider du contenu auquel les patients ont accès :

Lorsque ces cotes sont accompagnées d'une précision telle qu'érotisme, violence ou horreur, il revient à la personne de référence sous l'approbation du personnel d'encadrement de juger de la pertinence du visionnement dans les circonstances. (Politique 1235-68-09, p.2)

Il nous apparaît pertinent de rappeler que les personnes de référence sont, la plupart du temps, des éducateurs spécialisés. Or, ces intervenants, n'ayant pas d'expertise particulière en la matière, s'en remettent à leurs valeurs personnelles. Leurs décisions quant à permettre à un patient d'avoir accès à du matériel érotique relèvent donc du jugement de valeur.

Il est également à noter que, selon cette politique, les publications à caractère érotique s'adressant à un public homosexuel ne sont pas considérées :

Publications (revues, livres, journaux et bandes dessinées) : Les publications suivantes sont autorisées : La plupart des publications en vente libre (aucun contenu illégal, violent ou sexuellement explicite). Les revues à caractère sexuel ou suggestif suivantes : Summum et Summum Girl, Sports Illustrated Swimsuit edition, Maxim, FHM, Playboy et Playgirl. Toutes les autres publications sont interdites. (Politique 1235-68-09, p.3)

Lors des entrevues, plusieurs participants membres du personnel (principalement des hommes) désapprouvent le contenu des revues autorisées pour les patients. Ils critiquent leur contenu « peu excitant » :

(...) mais le contenu fait vraiment dur, parce que des fois on va acheter des revues, on en a acheté une à un patient dernièrement (...), je ne sais pas si tu le

sais mais écoutes, sur quatre-vingt pages, il y a comme vingt pages [d'images] d'outils là, un moment donné [c'est pas très excitant]. (Pro-2, para 72)

Durant les entrevues, nous remarquons que malgré la présence de politiques formelles, leur application n'est pas toujours claire pour les membres du personnel et de la direction :

Je suis au courant de ce qui est de l'accès à du matériel érotique, les revues, les films, ces choses-là. Je ne me souviens pas de qu'est-ce qui est prévu si un patient ne serait pas autonome pour les acquérir par lui-même, si l'institut a prévu quelque chose par rapport à ça. J'ai eu à gérer des situations où les membres du personnel ne voulaient pas faire ce genre de commission-là pour les patients dont ils étaient personne de référence. Ils trouvaient que ça sortait en dehors de ce qu'ils trouvaient convenable de faire. (D-3, para 42)

Comme la politique s'en remet beaucoup au bon jugement des personnes de référence, ce genre de situations est fréquent.

5.1.1.3 Règles informelles

Durant la collecte de données, l'existence de plusieurs règles informelles a été portée à notre attention. Par règles informelles, nous entendons tout règlement appliqué sur les unités et véhiculé (voir même enseigné) de façon verbale, mais ne relevant d'aucune politique officiellement écrite. Que ces règles soient subies par les patients ou exécutées par le personnel, elles sont rapportées ici.

Politique sur les contacts physiques entre patients

Bien que la politique officielle sur la sexualité des patients mentionne l'interdiction de contacts d'ordre sexuel, en pratique, une interdiction de tout contact physique est appliquée sur les unités, tel qu'expliqué par ce participant :

Les contacts homosexuels, tous les contacts, même les poignées de main trop attachées, les gens [les intervenants] ils ne tolèrent pas ça. (...) moi je parle de ce que je sais, qu'est-ce que je vois, qu'est-ce que j'entends. Mais moi j'ai fait l'unité *****, c'est une unité d'admission, il n'y a pas de contacts, après ça j'étais venu ici et il n'y a pas de contacts [non plus], c'est le même principe [partout]. Pas de contacts. (Pt-12, para 182)

Cet extrait démontre l'intériorisation des interventions des intervenants sur les contacts entre patients. On comprend, par cet extrait, que ce participant patient a été témoin

d'interventions à l'égard de ses pairs en ce qui a trait à des contacts tels que des « poignées de mains » échangées. Il fait également mention de « contacts homosexuels ». Bien qu'il n'élabore pas sur ce qu'il entend par là, on comprend que les interventions ou les interactions avec les patients laissent fortement sous-entendre que les contacts homosexuels ne sont pas acceptés.

Un membre du personnel confirme ce qui est exprimé par ce participant patient. En effet, dans l'extrait suivant, on explique que non seulement les relations sexuelles ne sont pas tolérées sur les unités, mais que les membres du personnel interviendront en cas de « soupçons d'activité sexuelle ». Nous supposons qu'une trop grande proximité entre les patients peut éveiller les soupçons d'activité sexuelle et, dès lors, justifier une intervention auprès de ces derniers :

S'il y a une relation sexuelle qui se passe sur l'unité, je pense que les gens ont tendance à mettre fin à cette activité-là ou à un soupçon d'activité [sexuelle]. Ils vont séparer les patients, vont augmenter la surveillance, donc à ***** je te dirais que ce n'est pas quelque chose de naturel la sexualité. (Pro-15, para 8)

Lors d'observations, la règle (informelle) du « deux bras de distance » a d'ailleurs été observée à plusieurs reprises. Dans l'extrait qui suit, une infirmière explique ce qu'elle entend par cette règle :

Moi ça m'est arrivé d'intervenir [au sujet de la proximité entre patients], deux bras de distance entre les patients, « deux bras de distance s'il vous plaît ». (Pro-10, para 50)

Cette règle consiste à laisser l'équivalent d'une distance de « deux bras » entre les intervenants et les patients pour des raisons de sécurité. Ce principe est enseigné aux intervenants dès leur formation sur les unités. Il est répété souvent et fait également partie des formations sur les techniques d'interventions sécuritaires que doivent suivre les membres du personnel sur une base régulière. Étant donné la nature « dangereuse » des patients hospitalisés à l'institution, la règle est également appliquée au regard des patients

eux-mêmes, c'est-à-dire qu'on leur impose une distance de deux bras entre eux, sous prétexte de les protéger de leurs pairs.

Politique sur la masturbation en chambre

Il n'y a pas de politique formelle encadrant la masturbation. Par contre, il est à noter que le comportement attendu de la part des patients, en ce qui a trait à la masturbation, est fortement délimité par les membres du personnel. Une façon de faire, un espace et un temps sont en quelque sorte dictés. Dans l'extrait suivant, un membre du personnel relate différentes situations où les patients se masturbent et mentionne les heures, les endroits et les façons de faire qui sont appropriés ou inappropriés, selon lui. Il commente entre autres le fait que certains patients se masturbent en chambre, « à la vue » de tous. À cet effet, nous considérons important de rappeler qu'une petite fenêtre est couverte d'un rideau sur les portes des chambres des patients. Ce rideau étant à l'extérieur de la chambre, seuls les intervenants sont en mesure de l'ouvrir ou de le fermer lorsque le patient est en chambre. On comprend par cet extrait que les patients peuvent se masturber mais selon un cadre précis, défini par le seuil de tolérance ou les valeurs personnelles des intervenants :

Des fois c'est (...) des heures qui sont appropriées, des fois complètement inappropriées, donc à l'heure du souper ou à l'heure des médicaments (...), des fois c'est des patients qui sont dans leur chambre puis qui sont couchés sur le dos, tu sais, à la vue (...) sans rideau, sans avoir pris soin (...) de se cacher moindrement, à la limite on se demande même (...) si ce n'est pas ça qu'ils veulent dans le fond, se faire (...) surprendre, mais tu sais, souvent [c'est] les intervenantes aussi qui font des tournées, donc ça coïncide avec ça. (...) on a vu de tout, mais pour la plupart, ceux qui sont un peu plus organisés et respectueux, (...) ils s'organisent pour ne pas se faire prendre (...). C'est-à-dire qu'ils mettent le rideau, ils font ça un peu en dessous des couvertures, puis ils sont cachés. Donc c'est correct, ça c'est toléré. (Pro-3, para 28)

Même en chambre, il est attendu des patients qu'ils soient conscients et « respectueux » des autres et qu'ils expriment leur sexualité discrètement, sous peine d'être identifiés comme étant exhibitionnistes, déviants, etc. Nous voyons ici une forme subtile d'induction d'autocensure. Sous le couvert du respect de l'autre, on impose aux patients des pratiques

non dérangeantes pour autrui et surtout, non offensantes pour les membres du personnel car en adéquation avec leurs valeurs :

Il y en a qui vont faire attention, puis qui vont respecter un petit peu le, leurs lieux physiques à eux, puis nos lieux aussi de travail ce qui fait que, c'est ce qui leur est demandé en fait, de faire ça en étant respectueux de gens qui peuvent être offusqués ou offensés de les voir se masturber à ciel ouvert dans leur chambre comme ça. (Pro-2, para 32)

Politique sur les visites dans les chambres

Tel que mentionné plus haut, la structure architecturale de l'institution est telle que les membres de la famille ou les proches des patients ne sont pas admis sur les unités de soins. Il n'y a donc pas de visites en chambre pour les personnes venant de l'extérieur. Certains participants ont rapporté des incidents d'ordre sexuel s'étant produits alors qu'un patient s'était clandestinement introduit dans la chambre d'un autre patient. Alors qu'aucune politique ne légifère l'accès aux chambres, on explique que ces actes sont strictement interdits dû « au lieu » et à la « situation sécuritaire » :

[Les patients] peuvent sortir de leur chambre, [mais] ils n'ont pas le droit d'être deux dans les chambres (...) à cause (...) du lieu, de la situation sécuritaire (...). (Pro-3, para 102)

Durant les séances d'observation, il est noté que les commis d'unité doivent s'assurer d'identifier les patients et d'ouvrir les portes des chambres seulement au « résident » de ladite chambre.

Politique sur les douches communes et vestiaires (gymnase et piscine)

Des informants clés nous mentionnent qu'une surveillance est assurée lorsque les patients vont dans les douches et vestiaires du gymnase et de la piscine. Ces lieux ne font pas exceptions au règlement et les patients ne peuvent pas avoir de contacts entre eux lors de leur passage dans ces endroits. Les membres du personnel s'assurent que cette politique informelle soit appliquée en assurant une présence en ces lieux.

Politique sur le partage des chambres doubles

Tel qu'expliqué plus haut, les chambres doubles sont souvent vides ou habitées par un seul patient. Dans cet extrait, un participant explique les considérations dont les équipes tiennent compte lorsqu'ils assignent une chambre double à deux patients :

Mais à une époque [où] l'ouverture n'était pas sur les relations homosexuelles (...), en fait on en avait plus peur que d'autres choses parce qu'on se disait si quelqu'un entreprend quelque chose, qu'est-ce qui va se passer ? Ou est-ce qu'il va y avoir une panique homosexuelle ? [Concernant les] chambres à deux, on a été souvent à se questionner, est-ce qu'on peut mettre monsieur un tel avec monsieur un tel ? Quel est la dynamique ? C'est arrivé qu'on ait refusé parce qu'on savait qu'il y en avait un qui pouvait permettre, (...) puis nos patients paranoïdes, il y a les nouvelles théories de l'homosexualité latente qui sous-tend le côté... fait qu'on était un peu dans tout ce genre de magma d'impressions-là qui faisait qu'on faisait attention. (Pro-13, para 253)

Tel qu'exprimé par ce participant, il est certain que plusieurs considérations sont importantes au niveau de la « compatibilité » des patients lorsqu'ils doivent partager leur chambre. Toutefois, les craintes liées aux contacts homosexuels semblent être une préoccupation de grande importance. Des informants clés ont d'ailleurs confirmé qu'il est pratique courante de séparer des patients partageant une chambre en cas de doute de contacts sexuels, surtout des patients qui sont ouvertement homosexuels.

Politique sur la distribution de condoms et de lubrifiant

Au moment de la collecte de données, il n'existait pas de politique ou guide clinique à l'effet de la distribution de condoms et de lubrifiant à l'institution. La chercheure principale a été informée qu'il y a des distributrices de condoms à la clinique externe de l'institut pour les patients de l'extérieur ou les patients en sortie. Pour ce qui est des patients à l'interne, une règle informelle interdit la possession de condoms et de lubrifiant. Lors d'investigation à savoir sur quoi est basé ce règlement informel, on informe la chercheure principale que ces items n'apparaissent pas sur la liste d'objets permis à l'intérieur de l'institution. Dès lors, on interdit la distribution et la possession de condoms et de lubrifiant aux patients. Il est toutefois à mentionner que, lors des entrevues avec les participants et différents

informants clés, on mentionne à plusieurs reprises la présence de condoms et de lubrifiant prêts à être distribués sur les unités. Il demeure donc difficile d'établir s'il est permis ou non de fournir ce matériel aux patients en l'absence de règles formelles.

5.1.2 Contexte social

Cette deuxième catégorie porte sur le contexte social influençant de façon directe ou indirecte l'expression sexuelle des patients ou la prise en charge de celle-ci par les membres du personnel. Bien que plusieurs éléments du contexte social pourraient avoir une influence sur la façon dont la culture psychiatrico-correctionnelle façonne l'expression sexuelle des patients, deux points ont particulièrement retenu notre attention dans le discours des participants. Il s'agit de l'hétéronormativité et des discours sur les droits humains et autres aspects légaux.

5.1.2.1 Hétéronormativité

Dans cette partie, nous abordons l'aspect hétéronormatif du contexte social. Par hétéronormativité, nous entendons ici la croyance selon laquelle l'hétérosexualité est la norme, tout comme la pensée binaire selon laquelle tous les individus appartiennent à des genres distincts et complémentaires (homme et femme) possédant des rôles naturels dans la vie. Ajoutons également que, selon cette croyance, les relations sexuelles et conjugales ne concernent uniquement que des personnes de sexes opposés. Par conséquent, la vision hétéronormale implique un alignement entre le sexe biologique, la sexualité, l'identité de genre et les rôles de genre, définissant ainsi comme étant déviant tout comportement ne répondant pas à ces critères.

Tel que vu dans les écrits, il a été démontré par plusieurs auteurs (Eigenberg, 2000; Hensley et Tewksbury, 2002) que le milieu correctionnel et psychiatrico-correctionnel est très hétéronormatif. L'hétéronormativité étant une vision ancrée profondément dans notre société, à degré variable, il est difficile d'extraire une citation précise de participant démontrant cette croyance. Il s'agit d'une vision imbriquée dans le

discours quotidien, dans la façon de concevoir la normalité et les relations interpersonnelles et sexuelles. Nous ne sommes donc pas en mesure d'illustrer cet aspect par un court extrait d'entrevue. Par contre, à titre d'exemple, il est important de mentionner que bien que la chercheure principale ait été très claire quant à son sujet de recherche (l'expression de la sexualité chez des patients – hommes – hospitalisés en milieu de psychiatrie-légale sur des unités non-mixtes), aucun participant n'a initialement rapporté d'anecdotes concernant des contacts homosexuels. Tous les participants, sans exception, ont fait référence à des contacts hétérosexuels lorsqu'ils répondaient à la question « Avez-vous déjà été témoin ou entendu parlé de contacts sexuels entre patients sur votre unité? ». Lorsque la chercheure réajustait la question en spécifiant l'inclusion de contacts homosexuels, les participants reformulaient leurs réponses. Certains apparaissaient surpris par la question. Ceci en soit nous apparaît comme étant révélateur quant à la qualité hétéronormative très forte de la culture psychiatrico-correctionnelle de l'institution.

Homophobie

L'hétéronormativité étant souvent liée à l'homophobie, nous abordons ici cet aspect du contexte social. Un discours teinté d'homophobie a été observé chez plusieurs patients. Dans l'extrait suivant, un participant patient partage ses peurs quant à l'homosexualité. Ce dernier mentionne être d'accord avec l'interdiction de contacts sexuels entre patients car il dit craindre, sans cela, un encouragement aux contacts homosexuels. On note également l'abjection du patient lorsqu'il réfère à « des gars de même » pour parler d'hommes homosexuels :

Moi je trouve que c'est une bonne affaire [que les patients n'aient pas le droit d'avoir de contacts sexuels entre eux] aussi tu sais, n'importe qui coucherait avec n'importe qui, ce serait pas beau en dedans ici, moi je voudrais pas rester avec des gars de même non plus. Ah oui, ça me ferait peur, bien oui, il ne faudrait pas. Je ne voudrais pas non plus que ça arrive. (Pt-1, para 178)

Plusieurs patients ont également de fausses croyances quant à l'homosexualité. À titre d'exemple, ce patient dit croire que l'homosexualité s'attrape telle une maladie et affirme être d'accord avec la politique interdisant les contacts sexuels entre patients :

[Je pense que ce serait grave si les patients pouvaient se toucher] parce que tu peux ramener quelqu'un dans tes tendances [homosexuelles] même si lui il ne veut pas puis tu l'influences et tout. (Pt-5, para 40)

Ce genre de commentaires a été prononcé par plusieurs patients. D'autres spécifient, au contraire, ne pas être dérangés par l'homosexualité. Ce témoignage d'un patient qui dit avoir « fait beaucoup de prison » nous indique que le passage en milieu carcéral et l'exposition à des contacts homosexuels davantage normalisés (il nous a été rapporté par plusieurs participants que les contacts homosexuels étaient beaucoup plus fréquents et acceptés en prison) diminue l'homophobie et favorise la normalisation des contacts homosexuels :

Comme je te dis, moi j'ai fait beaucoup de prison, cela fait que je suis habitué, je n'ai aucun problème avec les homosexuels, (...) j'avais des amis [homosexuels] en dedans, tout ça, c'est sûr que si je vois ça proche de moi, ça me dérange, tu sais, je ne suis pas à l'aise de voir deux gars s'embrasser devant moi, mais ça c'est mon problème, mais c'est, ça ne me dérange pas de voir que s'ils avaient des relations dans leur chambre, moi j'ai aucun problème avec ça, tu sais, c'est leur vie. (Pt-8, para 90)

Chez les membres du personnel, aucun propos homophobe n'a été prononcé directement lors des entrevues. Par contre, il a été observé à plusieurs reprises, par la chercheure principale, des comportements et des discours discriminatoires de l'ordre de l'homophobie à l'égard de patients ou d'autres membres du personnel.

5.1.2.2 Discours sur les droits humains et autres aspects légaux

Lors des entrevues avec les participants membres du personnel et de la direction, beaucoup de références ont été faites aux droits humains. Tel qu'énoncé dans l'extrait suivant, plusieurs reconnaissent que la sexualité est un besoin pour les patients comme pour tout être humain. Or, ce participant fût l'un des rares à mentionner la sexualité comme

étant un droit humain. Il ajoute même que, selon lui, ce droit pourrait être contesté si l'institution ne change pas ses politiques rapidement :

On n'a pas le choix que de tenir compte de tous les besoins, surtout les besoins sexuels des patients parce que c'est des humains comme nous qui ont ce besoin-là au quotidien, on ne peut pas ignorer que ça existe puis mettre des gens en danger. Mon avis, déjà la seule chose que je pourrais dire c'est que la sexualité va avec le droit des patients et ce droit-là est mieux d'être [reconnu] rapidement parce qu'il va être contesté si on n'est pas assez proactif. (Pro-15, para 132)

D'autres participants sont ambigus quant au fait de considérer ou non la sexualité comme un droit. Cette ambiguïté se manifeste par le fait que certains participants membres du personnel disent reconnaître la sexualité comme un besoin, mais expriment également ne pas trouver la politique interdisant les contacts sexuels pour tous les patients comme étant problématique des points de vue éthique et légal. Dans l'extrait suivant, on soulève l'instabilité de la clientèle, le niveau de risque élevé qu'elle représente et la dangerosité du milieu comme éléments justifiant le retrait du droit à la sexualité des patients. On comprend, par les commentaires de ce participant, que dans le contexte particulier de l'institution, les éléments liés au risque et à la dangerosité ont plus de poids que le discours sur les droits humains :

Moi encore une fois, dans un contexte où notre clientèle, la plupart du temps, n'est pas stable ou ne présente pas un niveau de risque bas, (...) je pense qu'il faut être conscient du milieu dans lequel on est et la clientèle qu'on a. Donc (...) il y a toute cette question-là de dangerosité. Mais moi je ramène encore la question de contrôle [qu'on voit souvent chez les patients où ils vont] aller chercher le plus démuné [et chercher à prendre avantage de lui] et la question d'abus [aussi], (...) donc moi je ne suis pas contre la politique. (Pro-9, para 46)

Plusieurs participants tiennent ce genre de discours selon lequel il est normal que les contacts sexuels soient interdits étant donné la particularité du milieu psychiatrico-légal. Lorsque questionnés à savoir s'ils considèrent l'expression sexuelle comme un droit humain, plusieurs participants sont en désaccord. Un malaise est ressenti en entrevue lorsque nous confirmons aux participants que l'expression de la sexualité de façon consentante s'inscrit tel un droit humain dans la Charte des droits et libertés. Dans l'extrait

suivant, un participant compare le droit à l'expression sexuelle au droit des patients à arrêter leur traitement. Il critique le courant « humaniste » ou « de gauche » qu'il sent s'intensifier depuis quelques années dans l'institution. Pour lui, les droits des patients sont souvent favorisés au détriment du traitement psychiatrique. Ce que nous entendons dans le témoignage de ce participant est que pour lui, les patients qui sont admis à l'institution sont inaptes. Dès lors, il ne comprend pas pourquoi certains droits leur sont attribués, spécialement les droits qu'il décrit comme étant anti-thérapeutiques (tel que le refus d'un traitement). Durant l'entrevue, nous sentons que les questions posées soulèvent une réflexion profonde chez le participant, lequel nomme avoir un « dilemme éthique » :

Dans les dernières années, on était en train de vraiment mettre la barre à gauche [en ce qui concerne] les droits des patients et je trouve qu'on doit les protéger, je ne dis pas le contraire, mais on s'en va beaucoup vers la gauche. (...) [Ce qui me fait peur là-dedans] (...) c'est le fait que d'être à gauche un moment donné [ça permet aux] patients qui viennent à ***** (...) ils ont le droit de refuser leur traitement alors qu'ils n'ont pas de jugement, qu'ils sont malades. Là il va falloir (...) qu'on y réfléchisse. Si on n'est pas apte à juger, on n'est pas apte à choisir (...). Déjà en venant à ***** on t'impose de venir à *****, puis une fois que tu es rendu là-bas, tu as le choix de choisir, puis de ne pas participer au traitement, si on te l'impose en commençant, on devrait continuer de te l'imposer. Là, la psychiatrie elle, je trouve qu'elle n'évolue pas toujours au même rythme que l'évolution des droits des patients. (...) Je ne sais pas si [j'exprime bien le dilemme] au niveau éthique. (Pro-12, para 206)

Mise à part ce qui a trait aux droits humains, plusieurs participants soulèvent la « responsabilité professionnelle ». Dans l'extrait qui suit, le participant explique que le fait que l'institution interdise les contacts sexuels rend ces derniers illégaux au point de vue de leur responsabilité professionnelle. Dès lors, si des intervenants sont témoins de contacts sexuels entre patients, la responsabilité professionnelle de ces derniers est en jeu. Ce que l'on perçoit dans ce commentaire est la peur des réprimandes liées au fait de ne pas respecter les politiques institutionnelles :

Je n'ai pas lu directement [la politique], mais on m'a rapporté que c'est clair, que c'était mentionné qu[e les patients] n'ont pas le droit d'avoir des relations sexuelles à *****, donc à partir de là, c'est ancré dans la tête des travailleurs que si vous êtes témoin d'une activité sexuelle, c'est illégal. Donc, (...) en partant le

réflexe des intervenants c'est d'interdire parce que c'est notre responsabilité professionnelle qui est en jeu. (Pro-15, para 40)

Une autre participante soulève le point de la sécurité des patients en lien avec la responsabilité professionnelle. Elle stipule que les intervenants pourraient se faire reprocher le « manque de surveillance » ou le « manque de précautions » dans le cas de conséquences telles qu'une grossesse non désirée par exemple :

C'est comme si les patients ne sont pas aptes à prendre cette décision-là d'avoir une relation sexuelle consentante. Mais dans notre tête à nous, s'ils sont ici, ils sont comme sous notre charge, donc on ne veut pas que les patientes tombent enceintes ou posent des gestes qui pourrait amener d'autres conséquences pires ou qu'on soit reproché pour manque de surveillance ou manque de précautions dans ce sens-là. (Pro-14, para 16)

Le concept d'aptitude à consentir à des contacts sexuels est souvent soulevé et discuté en lien avec les statuts légaux des patients durant les entrevues. Des préconceptions comme quoi les patients admis à l'institution sont d'emblée inaptes à consentir sont très présentes dans les discussions courantes et cliniques.

5.1.3 Historique socio-sexuel des patients (continuum psychiatrico-carcéral)

Dans cette catégorie, nous explorons le vécu sexuel des patients précédant leur hospitalisation à l'institution afin de mieux comprendre leur réalité et leur habitudes sexuelles pré-hospitalisation. Ce vécu est varié. Certains patients proviennent de la communauté, d'autres arrivent d'une autre hospitalisation en hôpital psychiatrique et d'autres encore du milieu correctionnel.

5.1.3.1 Sexualité en société

Les participants sont nombreux à mentionner leur passé intime et sexuel pré-hospitalisation ou pré-incarcération. Dans cette section, il est question du vécu sexuel des patients au moment où ils vivaient dans leur communauté, avant d'être hospitalisés à l'institution. Pour certain il s'agit de souvenirs de relations stables et monogames. Dans l'extrait suivant, le participant raconte avoir été avec la même partenaire pendant vingt-

sept ans et avoir eu, durant cette période, des relations sexuelles à une fréquence d'une à deux fois par semaine :

Moi j'ai sorti avec ma conjointe vingt-sept ans de temps [avant d'être hospitalisé]. Cela fait que je suis habitué à faire l'amour une fois par semaine, deux fois par semaine, tu sais. (Pt-1, para 40)

Pour d'autres, tel que dans les trois prochains extraits, il s'agissait d'une sexualité plus active et avaient parfois plusieurs partenaires :

Bien non, j'avais des blondes avant que je rentre ici. Des fuck friends. Chaque semaine. (Pt-9, para 40)

Before coming here I was outside. For about seven years, but in those seven years, I had girlfriends. When I was outside. (Pt-11, para 65)

Oui, oui, j'avais d'autres, j'avais des contacts sexuels avec d'autres personnes, d'autres homosexuels. (Pt-6, para 46)

Beaucoup de patients font des aller-retours en milieux correctionnels ou en hôpitaux psychiatriques à différents intervalles dans leur parcours et vivent leur sexualité en fonction de leurs sorties en communautés. Dans le cas de certains participants, ce sont ces intervalles qui construisent en partie leur historique socio-sexuel pré-hospitalisation.

Dans ces conditions, on devine qu'il est difficile d'entretenir des relations à long terme.

Plusieurs participants qui ont ce genre de parcours parlent de « one night stand » :

J'avais des sorties avant, j'ai eu une relation voilà deux mois avec une fille dehors que j'avais rencontrée, c'était comme un one night stand. [Ça faisait] peut-être quatre ans [que je n'avais pas eu de relation]. (Pt-10, para 89)

Certains patients ont débuté leur hospitalisation alors qu'ils étaient très jeunes, à un moment de leur vie où ils commençaient à peine à explorer différentes formes d'expression sexuelle. Dans l'extrait suivant le participant explique qu'avant d'être hospitalisé, il vivait sa sexualité via des sites internet où il pouvait entrer en contact avec des gens ailleurs dans le monde. On devine qu'il a été incarcéré ou hospitalisé à un âge plutôt jeune et n'a probablement pas expérimenté une sexualité de l'ordre des contacts physiques :

Puis aussi ce que j'ai fait (...) pas mal quand j'étais plus jeune (...) environ dans les âges de treize ans, quinze ans, ça m'a tellement attiré que j'étais souvent sur l'ordinateur. (...) on avait le site MIRC. C'est un site où on peut « chater » partout dans le monde (...) On parlait de sexe. C'est ça que je faisais avant de rentrer ici. (Pt-13, para 58)

Dans le cas de ce patient, il est intéressant de se questionner à savoir quel sera l'impact de son incarcération sur le développement de sa vie sexuelle, n'ayant que peu exploré au niveau sexuel vu son jeune âge lorsqu'il a été incarcéré pour la première fois.

5.1.3.2 Sexualité en hôpital psychiatrique

Dans cette section, nous abordons le vécu sexuel des patients pour qui la période pré-hospitalisation à l'institution correspond à un ou des séjours en milieu psychiatrique. Le premier extrait témoigne d'un patient qui mentionne avoir eu des relations sérieuses (des conjointes) à plusieurs reprises lors de ses séjours en hôpital psychiatrique. Ce participant indique avoir commencé son parcours d'hospitalisation à un jeune âge et mentionne que le fait d'avoir été hospitalisé n'a jamais été un obstacle à entrer en relation et à maintenir ses relations :

Je suis enfermé depuis l'âge de seize ans. (...) Ah non, [pendant ce temps-là] j'en ai eu [des contacts sexuels]. [Non, pas quand j'étais à l'extérieur] mais quand j'étais à l'hôpital ***** [et à] l'hôpital *****, quand j'étais en Ontario, j'avais des blondes, (...) tout le temps. Oui [je pouvais voir ma blonde], on était sur le même étage. Puis des fois elle était sur un autre étage, alors je sortais dehors, donc on réussissait à se voir. (Pt-7, para 82)

Certains patients mentionnent ne pas avoir eu de relations sérieuses mais avoir eu des contacts sexuels avec plusieurs partenaires lors de leur hospitalisation en hôpitaux psychiatriques :

(...) d'autres fois je ne connaissais pas la personne à l'hôpital, parce qu'il y avait des filles à l'hôpital *****. J'ai déjà fait ça dans les douches, puis dans les toilettes, puis dans ma chambre. Avec au moins sept, huit filles. (Pt-2, para 144)

5.1.3.3 Sexualité en milieu correctionnel

Plusieurs participants proviennent du milieu correctionnel. Dans cette section, il est question de l'expérience sexuelle des patients lors de leur passage dans ce milieu. Parmi

les participants qui ont fait un séjour en prison, un seul a mentionné avoir eu des contacts sexuels avec un autre détenu. Dans cet extrait, le participant confirme avoir eu des contacts sexuels consentants avec un codétenu. Il spécifie que ça lui est arrivé seulement une fois :

En prison? Oui j'en avais eu [des contacts sexuels avec d'autres détenus], mais seulement une fois. Non, ce n'était pas quelque chose qui m'a, comment on dit ça? (...) Oui, [c'était] consentant. (...) en prison, c'est comme si on était deux par cellules, il y avait un gars (...) il avait trente-cinq ans je pense, (...) lui me l'a offert puis j'ai été d'accord, mais je ne savais pas qu'il était gay ce gars-là. (Pt-6, para 96)

Dans le prochain extrait, le participant stipule qu'il est fréquent que les hommes aient des contacts sexuels en milieu correctionnel. Il mentionne également trouver que c'est un milieu qui est plus ouvert à l'homosexualité. On comprend, par son commentaire, qu'il compare le milieu carcéral avec le milieu psychiatrico-légal, et que ce dernier est beaucoup plus contraignant et homophobe :

(...) en prison tu vois plus ça [des contacts sexuels entre hommes], (...) c'est plus ouvert, tu sais, le monde ne se cachent pas de ça, la plupart du moins. (Pt-8, para 39)

5.1.4 Résumé du thème

Ce thème, regroupant les résultats concernant le contexte dans lequel s'exprime la sexualité des patients hospitalisés en milieu de psychiatrie-légale, démontre un contexte institutionnel non favorable à l'expression sexuelle. Tant l'architecture et le dispositif de sécurité que les politiques institutionnelles présentés ici sont des entraves à l'expression de la sexualité des patients. En fait, l'analyse des données présentées permet de constater que la culture institutionnelle est si forte que des règles informelles ont souvent préséances sur les règles formelles. L'application de ces règles reposent sur « le bon jugement » des membres du personnel, lesquels sont composés à plus de 60% d'éducateurs et d'agents d'intervention, deux groupes professionnels n'ayant pas d'ordre

professionnel et n'ayant pour la plupart aucune formation spécifique en santé mentale et en sexualité.

Une autre partie importante de l'analyse des résultats présentée dans ce thème est l'accent mis sur les éléments du discours macro-social démontrant à quel point le contexte social n'est pas favorable à l'expression sexuelle des patients. En effet, le caractère hétérosexiste de la culture psychiatrico-légale affecte les représentations que les professionnels se font des patients et la prise en charge qu'ils font de leur sexualité. L'analyse des données démontrent également que les discours en lien avec les droits humains ne font pas le poids contre les discours de dangerosité et de vulnérabilité.

Finalement, l'exploration du vécu sexuel pré-hospitalisation des patients exposée ici permet non seulement d'observer la diversité de vécu des patients, mais elle fait également ressortir la rigidité du milieu psychiatrico-légal quant à l'expression de la sexualité en la contrastant avec deux autres milieux fermés (l'institution psychiatrique et le milieu correctionnel).

5.2. Faire l'expérience de la sexualité en tant que patient

Cet deuxième thème porte sur l'expérience de la sexualité en milieu fermé telle que vécue par les patients. Ici, il est question de mieux comprendre comment est vécue la sexualité en milieu de psychiatrie légale, mais également comment celle-ci est perçue par les patients et comment ces derniers perçoivent la façon dont leur sexualité et leur santé sexuelle sont prises en charge lors de leur hospitalisation. S'appuyant principalement sur des extraits d'entrevues menées auprès des patients, nous essayons, dans cette section, de mettre en relief le vécu sexuel des patients à partir du moment où ils sont hospitalisés ainsi que la signification de ce vécu pour eux. Pour ce faire, leur expérience est divisée en plusieurs facettes soit : l'importance de la sexualité, les pratiques sexuelles, les effets

secondaires de la médication sur leur sexualité, l'intériorisation des règles institutionnelles et les mécanismes d'adaptation.

Chacune de ces catégories sert à illustrer un aspect précis de la manière dont s'exprime et est vécue la sexualité en milieu de psychiatrie légale chez une population masculine lors d'hospitalisation de courte ou de longue durée.

Tableau 3 : Faire l'expérience de la sexualité en tant que patient

5.2.1 Importance de la sexualité
5.2.2 Pratiques sexuelles
5.2.2.1 <i>Pratiques sexuelles acceptées</i>
5.2.2.2 <i>Pratiques sexuelles interdites</i>
5.2.3 Effets secondaires de la médication sur la sexualité des patients
5.2.3.1 <i>Prise en charge par les professionnels</i>
5.2.3.2 <i>Conséquences sur le traitement</i>
5.2.3.3 <i>Craintes des patients</i>
5.2.4 Intériorisation des règles institutionnelles
5.2.4.1 <i>Sexualité comme privilège</i>
5.2.4.2 <i>Sexualité comme « opportunité d'apprentissage »</i>
5.2.4.3 <i>Absence de sexualité comme pénitence</i>
5.2.5 Mécanismes d'adaptation
5.2.5.1 <i>Sexualité « en attente »</i>
5.2.5.2 <i>Sexualité vicariante</i>
5.2.5.3 <i>Fantasmes sur les membres du personnel</i>
5.2.5.4 <i>Adaptations liées aux contraintes</i>

5.2.1 Importance de la sexualité

L'importance accordée à la sexualité occupe une place différente pour chaque individu selon le contexte dans lequel ce dernier évolue. Dans cette section, il est question d'explorer cette place qu'occupe la sexualité dans la vie d'hommes hospitalisés en milieu de psychiatrie légale, où les possibilités d'expression sexuelle sont très restreintes (tel que vu dans la catégorie précédente) et où la prise en charge de la santé sexuelle est variable. Ici, la sexualité fait référence à toutes formes de sexualité confondues (tant au niveau de l'expression sexuelle que de ce qui concerne la santé sexuelle), bien que la

majorité des patients réfèrent à la présence ou l'absence de contacts sexuels avec une autre personne.

L'extrait d'entrevue qui suit révèle un état de manque profond décrit par un participant par rapport au fait qu'on lui interdise des contacts sexuels avec autrui durant son hospitalisation :

Je me sens comme si, je ne suis pas frustré, mais (...) ça me touche ici [touche son thorax vis-à-vis de son cœur]. C'est comme si l'envie de l'orgasme tout ça, puis le sentiment de vibration, on dirait que ça me manque puis ça vient me toucher à l'intérieur (...) c'est comme si ça me manque à l'intérieur. (...) On dirait que je suis déçu d'avoir été enfermé de même parce que tout allait bien avant que je sois hospitalisé. Je sortais de prison, puis je venais de faire un mois d'abstinence [aux substances illicites] puis après ça ils ont dit on te garde en détention. C'était déroutant. (Pt-6, para 88)

Le choix des mots et la gestuelle utilisés par ce participant témoignent de l'importance qu'occupe la sexualité dans la vie de certains hommes hospitalisés en milieu de psychiatrie légale. Dans le cas de ce dernier, il semble décrire un état de manque profond allant jusqu'à nommer sa déception face à son hospitalisation, montrant ainsi l'ampleur qu'occupe l'absence de sexualité dans sa réalité d'hospitalisation. Cette sensation de manque profond s'inscrit dans une expérience négative de soins et contribue à une faible qualité de vie durant l'hospitalisation de ce patient.

Dans le prochain extrait, le même participant dit ressentir cet état de manque chez ses pairs également, démontrant ainsi la perception d'une tendance répandue :

J'entends souvent parler tout le monde qui sont en manque de sexualité (...). On dirait que [je sens] que tout le monde est en manque de sexe ici dans l'unité puis je ressentais la même chose quand j'étais au ***** parce que ça faisait longtemps qu[e les patients] étaient ici. Il y en a que ça fait trente ans qui sont hospitalisés en psychiatrie ici, il y en a que ça fait trois ans. (...) (Pt-6, para 122)

Afin d'illustrer ce que représente l'absence de contacts sexuels pour eux, certains participants comparent le manque ressenti en lien avec l'interdit de contacts sexuels avec l'effet du manque ressenti lors du sevrage de drogues ou de cigarettes :

Il y en a qui disent que ça peut donner la rage [de ne plus avoir de contacts sexuels], c'est comme une cigarette, quand ça fait, quand vous coupez les

cigarettes tout d'un coup, le premier mois, les gens trouvent ça difficile. Ils en veulent, ils se sentent mal, ils toussent. Mais c'est comme le sexe.
(Pt-13, para 147)

En plus de démontrer l'importance qu'a la sexualité pour certain patients, cette comparaison atteste de la difficulté que l'interdit de contact sexuel peut représenter pour eux.

D'autres participants confient même qu'ils prévoient déjà avoir des contacts sexuels lors de leur congé. Ceci démontre non seulement ce qui occupe leurs pensées, mais également l'aspect prioritaire de la sexualité pour eux :

For me the first thing I'm doing when I get out of here is getting an escort, or getting a girlfriend, whatever which one comes first. (Pt-11, para 96)

Il est intéressant de constater que bien que la sexualité semble occuper une place centrale pour certains patients, comme l'indiquent ces trois extraits, celle-ci demeure inexistante dans la prise en charge des patients et dans la mise en place des plans de soins.

Les participants ont présenté une variété de réponses quant à l'importance de la sexualité dans leur vie au moment de leur hospitalisation. Si les résultats plus haut indiquent que la sexualité occupe une place majeure dans la vie de certains patients, les résultats plus bas sont plus nuancés. Pour différentes raisons, une fois hospitalisés, la sexualité prend une autre place pour plusieurs participants. Certains déclarent ne pas être incommodés par les mesures de contrôle appliquées sur leur sexualité car ils disent ne pas « avoir la tête à ça », comme dans l'extrait suivant :

Non, je ne me masturbe pas non plus, non. Je n'ai pas la tête à ça, ici il y a rien que des gars, puis même les femmes, je n'ai pas de (...) désir tu sais, pour l'instant, moi le désir que j'ai c'est de m'en aller d'ici puis recommencer ma vie, c'est ça le désir que j'ai. (Pt-1, para 57)

Ce patient exprime ainsi penser uniquement à sa libération et ne pas avoir de place pour d'autres désirs. Plusieurs participants disent être abstinents depuis le début de leur hospitalisation et affirment ne pas trouver cela difficile, ce qui reflète une importance moindre accordée à la sexualité à ce moment de leur vie :

Vous êtes complètement abstinent ?
Oui.
Ça ne vous arrive pas de vous masturber ?
Non.
Depuis quatre ans vous êtes complètement abstinent ?
Oui.
Trouvez-vous cela difficile ?
Non.
Est-ce quelque chose à quoi vous pensez ? Ou qui vous préoccupe ?
Non. (Pt-9, para 30)

Pour certains participants, le fait de ne pas voir d'opportunité de contacts sexuels avec d'autres patients durant leur hospitalisation facilite un sentiment de résilience face aux restrictions sexuelles qu'on leur impose. Ils expriment donc accorder une importance moindre à la sexualité durant leur hospitalisation, mais mentionne que ce sera différent à leur sortie. L'extrait suivant illustre bien cette idée :

Moi, ça ne me dérange pas d'avoir du sexe avec des filles, ça ne me dérange pas de ne pas en avoir. Je sais que je vais en avoir plus tard quand je vais sortir d'ici. (Pt-9, para 12)

Beaucoup de participants ont mentionné, étant donné qu'ils sont hospitalisés sur des unités non-mixtes, ne pas être intéressés à avoir des contacts homosexuels. C'est ce dont il est question dans l'extrait suivant. Ce participant mentionne également qu'il ignore où les patients pourraient avoir des contacts sexuels étant donné la surveillance et l'aménagement physique des lieux :

Moi ça ne me dérange pas [que les contacts sexuels soient interdits]. Moi je ne suis pas homosexuel donc ce n'est pas quelque chose qui m'intéresse vraiment. Mais comme je disais, je ne sais pas, je ne vois pas ça ici. On n'en parle pas. En prison tu vois plus ça, mais ici tout est (...) tout le temps surveillé. Je n'ai pas vu ça, je ne sais pas où est-ce qu'ils peuvent faire ça, dans les douches peut-être, mais c'est tout. (Pt-8, para 39)

5.2.2 Pratiques sexuelles

Cette catégorie rassemble l'ensemble des pratiques sexuelles décrites par les participants comme s'inscrivant dans leur expérience de sexualité durant leur hospitalisation, donc à l'intérieur des murs de l'hôpital. Deux grandes classes séparent les différents actes soit :

les pratiques sexuelles acceptées par l'institution et les pratiques sexuelles interdites par l'institution.

5.2.2.1 Pratiques sexuelles acceptées

Suite à l'analyse des données récoltées, force est de constater que deux seules pratiques sont acceptées à l'institution quant à l'expression de la sexualité des patients : l'abstinence et la masturbation. Il est à noter que l'abstinence est considérée ici comme une pratique, vu le grand nombre de participants l'ayant nommée ainsi lors des entrevues.

Abstinence

Une proportion considérable de participants a affirmé ne pas avoir d'activités sexuelles durant leur hospitalisation. Durant les entrevues, il a été clarifié auprès des participants à savoir ce qu'ils décrivaient comme état d'abstinence. En fait, lorsque questionnés « comment se vit la sexualité ici à l'institut? », beaucoup répondaient comme suit :

On n'en a pas de sexualité. (Pt-2, para 16)

Je n'ai pas de, moi actuellement je n'ai pas d'activité sexuelle. (Pt-3, para 38)

Puis ici, nous autres on n'a pas d'activité sexuelle, rien. (...) Non, non je ne me masturbe pas non plus, non. (Pt-1, para 50)

Ces extraits présentent des résultats surprenant considérant que la plupart des patients interviewés faisaient des séjours allant de 6 mois à plusieurs années à l'institution. Le ton avec lequel les participants ont exprimé ces propos apparaît pertinent à souligner, selon nous. Ces témoignages ont été partagés de façon nonchalante, sans démontrer de frustration quelconque, ce qui nous indique un détachement face à la sexualité, voir même un abandon de cette partie de leur vie. Dans tous les cas, une perte complète de désir est notée. L'abstinence semble même devenir une habitude pour certains patients. Dans l'extrait suivant, un participant mentionne qu'il trouvait initialement difficile d'être abstinent, mais que quatre ans plus tard, il « s'est habitué » :

Ça fait peut-être quatre ans [que je n'ai pas eu de contacts sexuels]. (...) Oui [c'est difficile] (...) Au début oui, [je trouvais cela frustrant] mais là je suis habitué. (Pt-10, para 98)

Masturbation

La masturbation semble être pratiquée par la plupart des participants, à fréquence variable, tout au long de leur hospitalisation. Pour certains, cette pratique est acceptable, c'est-à-dire qu'ils normalisent cette façon d'exprimer leur sexualité alors que pour d'autres, elle indique une « faiblesse ». Ce participant explique qu'il était actif sexuellement avant d'être hospitalisé, à raison de deux ou trois partenaires par semaine et pour lui, le fait de palier à ces activités sexuelles par la masturbation est une « faiblesse » :

Lorsque je pense à la masturbation, est-ce que je le fais, est-ce que je ne le fais pas, est-ce que c'est, comment je pourrais dire ? (...) C'est sûrement une faiblesse [de se masturber]. (...) Parce qu'il faut faire l'amour à tous les jours. Deux filles différentes, trois filles différentes, mais je ne veux pas me masturber trois fois par jours et puis (...) Oui, [ça peut être une façon saine pour l'instant] oui, mais c'est sûr. (Pt-13, para 45)

Lorsque questionnés davantage sur la fréquence, certains participants soulignent le fait de se masturber à une fréquence qui leur semble « raisonnable », comme par désir de différencier leur comportement d'un comportement « compulsif » ou pour justifier leur sexualité comme étant saine :

Oui, oui ça m'arrive [de me masturber]. Non [ce n'est pas rare], je ne pense pas que je suis compulsif, une couple de fois par semaine, c'est tout. Donc ce n'est pas, je ne passe pas mes journées à faire ça. (Pt-8, para 29)

Cet extrait où le participant semble vouloir justifier la fréquence à laquelle il se masturbe, nous donne l'impression que l'environnement institutionnel pousse le patient à vouloir normaliser son geste. En effet, le milieu psychiatrico-légal étant un environnement où les patients sont continuellement sous observation, catalogués par une variété de diagnostics, évalués, *pathologisés*, fait en sorte que ce participant désire justifier son comportement comme étant « normal », « sain ».

Dans le prochain extrait, un autre participant semble d'ailleurs incertain à savoir si la masturbation est une façon saine de vivre sa sexualité. Il mentionne essayer de « ne pas trop se masturber ». Ce que l'on comprend dans cet extrait est que ce participant manque de connaissances relatives à la sexualité, nous questionnant à savoir s'il y a des conséquences à la masturbation :

J'essaie de ne pas me masturber tant que ça, juste de temps en temps quand j'ai envie. (...) J'essaie de ne pas trop [me masturber] parce que si, en fait, ça n'a pas de conséquence la masturbation ça vraiment ? (...) Il n'y a pas de conséquences non, non. (Pt-5, para 22)

Les tournées sécuritaires, effectuées par les membres du personnel aux 15 à 30 minutes selon les cas, viennent encadrer (de façon indirecte) la pratique de la masturbation tel qu'expliqué dans l'extrait suivant :

Bien, on le sait quand vous faites des tournées. (...) J'y vais [dans ma chambre]. Alors quand je vois qu'ils ont passé, mettons qu'il est minuit je sais qu'à minuit vingt-cinq ou minuit et demi ils vont revenir, donc je fais ce que j'ai à faire et puis ça finit là. (Pt-13, para 50)

Cette surveillance constante, ou l'idée d'une surveillance constante induit une forme d'auto-surveillance ou d'autorégulation chez les patients. Dans cet extrait, nous voyons un patient qui adapte son comportement au rythme des tournées sécuritaires. Il finit par incarner lui-même la surveillance dont l'occurrence est aux 15 à 30 minutes. Ceci nous porte à croire que certains patients poussent peut-être même la modification de leur comportement sexuel jusqu'à l'abstinence complète par auto-surveillance.

En ce qui concerne les observations des membres du personnel effectuant les tournées sécuritaires, il est à noter qu'elles sont toutes rapportées au reste de l'équipe à la console et qu'elles sont souvent notées au dossier du patient dans les notes évolutives. L'expression sexuelle ne fait pas exception à cette pratique clinique et il a même été rapporté que certains membres du personnel vont jusqu'à noter que les patients se masturbent, tel que le souligne ce professionnel :

Ça m'a toujours surpris que ça fasse l'objet d'une note, voilà, mais parce que des fois il y a une pertinence clinique si c'est très ostentatoire, etc. Mais des fois c'est juste signalé comme ça. (...) Oui, donc c'est souligné exactement comme donc il y en a qui regarde la télé, qui écoute de la musique, qui se masturbe parce que c'est comme ça, comme si on considère que c'est digne de mention. (Pro-16, para 23)

Il est aussi fréquent d'entendre des plaisanteries lorsqu'un membre du personnel surprend un patient en train de se masturber dans sa chambre et rapporte la situation aux autres membres du personnel à la console.

5.2.2.2 Pratiques sexuelles interdites

Tel qu'énoncé dans la politique officielle sur la sexualité à l'institution, les contacts sexuels sont interdits. Toute autre pratique sexuelle que celles énoncées dans la section précédente sont donc proscrites. Dans cette section nous abordons les contacts de l'ordre du toucher, les relations sexuelles complètes, les fellations et la consommation de pornographie. Ces types de contacts, définis plus bas, ont été soit expérimentés par les participants, soit observés par ces derniers ou relèvent d'anecdotes racontées entre les patients sur les unités.

Toucher

Dans la section qui suit, nous nous concentrons sur une pratique qui n'est pas acceptée : le toucher. Par toucher nous entendons ici tout contact physique entre individus tel que les attouchements, poignées de mains, caresses, massages, accolades, embrassades, etc.

Plusieurs participants ont nommé avoir été témoins d'attouchements, de caresses, de massages ou simplement de touchers, de poignées de mains ou d'autres contacts physiques entre patients et ce, de façon régulière. Dans l'extrait qui suit, le participant note une différence entre des contacts d'ordre sexuels et des contacts « physiques ». Il explique qu'il voit souvent des contacts physiques entre ses pairs et remarque que pour lui, ce n'est « rien de grave » :

Non [je n'ai jamais vu d'autres patients avoir des contacts sexuels], j'ai déjà vu des patients se toucher, mais pas sexuellement, pas sur les [parties] génitales, les fesses ou quoi que ce soit. (...) En fait, [ils se touchaient] sur les épaules, sur le cou. (...) Non je ne penserais pas [que c'était sexuel], c'est peut-être des amitiés. (...) Oui, se toucher oui [c'est fréquent]. Mais rien de grave, pas pour aller toucher les fesses, en tout cas. (Pt-5, para 23)

Tel qu'expliqué dans la catégorie 1, bien que la politique officielle portant sur la sexualité des patients mentionne uniquement les contacts d'ordre sexuel, en pratique, l'interdit va bien au-delà des contacts sexuels et est appliqué à tout contact physique entre patients, comme l'illustre le témoignage d'un participant infirmier :

Entre patients, c'est beaucoup plus des attouchements [que l'on voit]. Entre eux, les attouchements et là tout de suite, mon réflexe [institutionnel] c'est de dire ah non, non, vous n'avez pas le droit de vous toucher, puis tassez-vous. (Pro-15, para 9)

Les patients sont bien au courant de cette réalité. Dans l'extrait suivant, le participant décrit être souvent témoin de « massages » entre d'autres patients. On comprend que ces derniers doivent se faire avertir de ne pas se toucher car le participant dit que l'équipe « ne veut pas ». Il stipule toutefois qu'il y a certains membres du personnel qui sont plus tolérants que d'autres :

Oui, il y en a qui se font des massages des fois ou des choses comme ça. (...) Non [les membres de l'équipe soignante], ne veulent pas mais il y en a qui ne disent rien des fois, ça dépend c'est qui. (Pt-10, para 139)

Selon nos observations, une grande majorité de patients semble se conformer à cette règle informelle et garder une certaine distance physique avec leurs pairs tel qu'il leur est indiqué.

Relation sexuelle complète

Cette section concerne les relations sexuelles complètes, avec pénétration, relevant tant de relations homosexuelles qu'hétérosexuelles. Il est cependant à noter qu'aucune relation sexuelle complète homosexuelle n'a été rapportée.

Les relations sexuelles dites complètes entre patients semblent être plutôt rares à l'institution. Parmi tous les participants interviewés, un seul a mentionné avoir eu des

contacts sexuels avec une patiente lors d'une hospitalisation antérieure alors qu'il était sur une unité mixte :

Oui, moi ça m'est déjà arrivé de coucher avec une fille ici, on a fait des choses, mais j'ai entendu des gars qui font des choses aussi, mais c'est ça, ce n'est pas de mes affaires les autres, moi ça m'est arrivé une fois voilà longtemps, j'étais dans le ***** [unité mixte]. (...) C'est arrivé dans la douche puis une fois dans sa chambre à elle. (Pt-10, para 36)

Le fait que ce soit le seul extrait relatant une expérience de relation sexuelle complète entre patients montre bien la rareté de ce type de contact à l'institution. On comprend également par cet extrait que cela arrive principalement sur les unités mixtes. Le participant exprime le fait que certaines anecdotes circulent concernant des contacts sexuels entre patients, ce qui laisse croire que son expérience n'est peut-être pas un cas isolé. Parmi tous les témoignages recueillis, aucune anecdote de relation sexuelle complète entre hommes n'a été partagée. Il est difficile d'établir si cela relève de la rareté de ces contacts ou plutôt du fait que les contacts homosexuels sont extrêmement tabous à l'institution.

Fellation

Les fellations entre patients, bien que rapportées par quelques membres du personnel, semblent plutôt rares. Durant les entrevues, aucun participant patient n'a rapporté ce type d'expression sexuelle durant leur hospitalisation à l'institution. Il semble que les fellations relèvent davantage de l'anecdote lors des entrevues avec les participants que de pratiques courantes. Ce participant raconte d'ailleurs une anecdote qu'il a entendu lors de son arrivée à l'institution :

La première chose dont j'ai entendu parler quand je suis arrivé sur l'unité c'était la fellation qui a eu lieu dans les douches. La personne qui a été fixée [punie], [celle qui a reçu la fellation] c'était la personne qui était bisexuelle, c'était lui et là je me suis dit, je vais me rapprocher de lui, mais vu qu'il a reçu une interdiction de [contacts dans les douches] je n'ai pas pu. (Pt-6, para 108)

On comprend par cet extrait que cet événement a été marquant pour ce participant et probablement pour d'autres patients sur l'unité, lesquels ont fait circuler l'anecdote. Ceci

porte à croire que cet évènement est rare mais soulève une certaine excitation. Ce participant partage d'ailleurs qu'il aurait été intéressé à se rapprocher du patient concerné, mais que cela était interdit.

Consommation de pornographie

Tel que vu sous la section des « Règles formelles » du premier thème, la possession de matériel pornographique n'est pas permise à l'institution. Toutefois, certains patients ayant des privilèges de sorties mentionnent en consommer durant leurs sorties :

Oui, j'ai parlé de regarder de la pornographie. Ils [l'équipe soignante] m'ont aidé pour que ça ne se reproduise pas, c'est tout. (...) parce que de temps en temps je [regardais de] la pornographie, je leur ai dit puis, ils m'ont aidé à essayer de ne pas penser à ça. (...) C'était dans mes sorties [que je regardais de la pornographie]. (...) Non, ce n'était pas [une consommation] problématique, mais on sait dans le fond de nous que ça peut causer de la haine puis des mauvaises perceptions et tout, de voir de la porno. (Pt-5, para 146)

Ce participant partage s'être confié à l'équipe traitante par rapport au fait qu'il consommait de la pornographie durant ses sorties. Bien que celui-ci stipule considérer que sa consommation n'était pas problématique, il mentionne que l'équipe l'a « aidé à arrêter ». Le participant n'a pas détaillé les interventions de l'équipe mais cet extrait illustre, selon nous, l'étendu du contrôle institutionnel sur la sexualité des patients, allant jusqu'à intervenir sur des pratiques sexuelles s'exerçant à l'extérieur des murs de l'institution. On comprend aussi, par les termes utilisés par le patient (« peut nous causer de la haine puis des mauvaises perceptions »), qu'il a assimilé le discours institutionnel des intervenants.

5.2.3 Effets secondaires de la médication sur la sexualité des patients

Dans cette catégorie, nous abordons les effets secondaires relatifs au traitement pharmaceutique des patients qui affectent leur sexualité. Une revue de ces effets est recensée ici. Ensuite, il est question de la prise en charge de ces effets secondaires par les professionnels, des conséquences sur le traitement puis des craintes des patients à l'égard de ces effets indésirables.

Une variété d'effets secondaires sont associés avec la prise de médicaments fréquemment administrés dans le milieu de la psychiatrie tels que les antipsychotiques, les anxiolytiques, les modificateurs de l'humeur et les antidépresseurs. Parmi ces effets secondaires, de gravité variable, se trouvent des effets non désirables affectant considérablement la sexualité des patients. Typiquement, les hommes expérimentent une baisse de libido telle que vécue par ce participant :

Oui, mais là, même avec ma nouvelle médication, (...) je n'ai même pas envie comme avant, je ne sais pas si c'est l'âge ou ma médication, je suis sûr que c'est ma médication. (...) Mais mon ancien médecin me l'a dit que mon envie va baisser avec cette médication-là, c'est un des effets secondaires, mais il y a des bons effets aussi, donc... (Pt-10, para 86)

Cet extrait démontre l'incertitude vécue par certains patients quant à l'état de leur connaissance vis-à-vis des effets secondaires de leur médication, spécialement ceux qui affectent la sexualité. Le participant dit croire que sa baisse de libido est due à sa médication, mais il exprime ne pas en être certain. Ce témoignage porte à croire que peu d'enseignement est fait à l'institution quant aux effets secondaires de la médication affectant la sexualité.

Les pertes d'érection ou même l'impuissance, l'incapacité d'éjaculer ou l'éjaculation tardive sont aussi fréquentes, comme le soulignent ces deux prochains extraits :

Oui, on dirait que j'ai moins de puissance de ces temps-ci. (Pt-6, para 147)

Ça m'est déjà arrivé [l'impuissance] pendant deux ans là. (...) je n'ai pas aimé ça du tout. (Pt-2, para 82)

Ces effets sont toujours difficiles à accepter pour les patients concernés, qui présentent parfois de la détresse face à leur situation :

I can't ejaculate no more. But they [the medical team] need to bring it back cause that's bad, I want to have babies one day. [My doctor] prescribed me a spermogram. But the day I got to do the spermogram is the day I can't get hard. Je ne peux pas bander, je suis comme what the fuck ! (Pt-11, par 116)

Lors des entrevues, la plupart des patients parlent ouvertement des inconvénients des effets secondaires de leur médication sur leur sexualité. Certains sont moins confortables d'aborder cette question, d'autres semblent soulagés de pouvoir ventiler à ce sujet. Tous disent être incommodés par cette situation bien qu'ils sachent que les contacts sexuels sont interdits à l'institution.

5.2.3.1 Prise en charge par les professionnels

La majorité des patients interviewés ont affirmé se sentir à l'aise de parler avec l'équipe soignante dans l'éventualité où leur sexualité serait affectée par des effets secondaires de leur médication. Plusieurs ont même affirmé l'avoir déjà fait et être satisfaits de la prise en charge de ces derniers tel que dans cet extrait :

Oui je lui en parlais [à mon psychiatre], mais un moment donné j'étais dépressif aussi sur ces médicaments-là. Donc ils me les ont enlevés. (...) Oui, mais ça peut rendre dépressif aussi ce médicament-là. (...) Ça a pris comme un mois après que j'ai arrêté de prendre les médicaments [puis ma libido est revenue]. (Pt-2, para 86)

Certains sont toutefois moins satisfaits et expriment se sentir incompris, tel ce participant qui reproche à l'équipe soignante de minimiser l'importance de sa situation :

Ils [l'équipe soignante] m'ont dit qu'il n'y avait pas de pilule pour augmenter la libido. (...) comme si c'était rien, comme si ce n'était pas grave, comme s'ils ne peuvent rien faire. (Pt-6, para 154)

D'autres patients ont également fait mention du fait qu'ils se sentiraient plus à l'aise de se confier à leur psychiatre qu'aux infirmiers et infirmières :

Oui, [je serais à l'aise d'en parler avec] le psychiatre surtout. (...) Ah parce qu'eux-autres [les infirmiers et infirmières] ne sont pas là pour régler mon problème, donc je ne leur en parle pas. (Pt-3, para 80)

Bien que ce participant n'ait pas spécifié la raison justifiant son commentaire, il est bon de noter qu'il n'était pas le seul à penser qu'il ne relevait pas du travail des infirmiers et infirmières de répondre aux questions ou inquiétudes des patients face à leur sexualité. Nous sommes d'avis que le rôle de discipline et de contrôle conféré aux infirmières travaillant en milieux de psychiatrie-légal affecte leur lien thérapeutique avec les patients.

Ceci expliquerait pourquoi la plupart des patients ont mentionné être davantage à l'aise à discuter de ce sujet délicat avec leur psychiatre plutôt qu'avec leur infirmière.

5.2.3.2 Conséquences sur le traitement

Une mauvaise prise en charge des effets secondaires qui affectent la sexualité des patients peut avoir de graves conséquences telles que l'arrêt complet ou la prise irrégulière de médicaments (certains patients vont délibérément omettre de prendre leurs médicaments seulement les jours où ils ont des permissions de sorties, par exemple) dans le but d'éviter ou de diminuer les effets secondaires. C'est le cas de ce participant qui se questionne à ce sujet et considère arrêter son traitement pharmaceutique pour retrouver une vie sexuelle satisfaisante :

Peut-être que si j'arrêtais complètement mes pilules, peut-être que ça ré augmenterait [ma libido], je ne sais pas. (Pt-6, para 156)

Typiquement, les patients vont suivre un traitement pharmaceutique lorsqu'hospitalisés sans nécessairement se plaindre d'effets secondaires au niveau de leur santé sexuelle étant donné le manque d'opportunité d'expression sexuelle durant cette période. Une fois qu'ils reçoivent leur congé, lorsqu'ils tentent de reprendre leur vie sexuelle telle qu'ils la connaissaient pré-hospitalisation, ceux-ci arrêtent leur traitement car ils souhaitent se débarrasser des effets secondaires de leur médication (perte d'érection, diminution considérable de la libido, etc.). Ces cas sont très fréquents et, vu la nature des médicaments administrés, l'arrêt ou l'omission de la prise de médication peut devenir nuisible à la continuité du traitement et à la condition générale du patient. Aussi, comme certains patients sont inconfortables de parler de leur problème sexuel, il est fréquent qu'ils mentent lors de leur suivi psychiatrique quant à l'arrêt de leur médication, ce qui amène des complications au niveau de leur traitement. Le médecin peut ainsi croire à l'inefficacité d'un médicament et prendre la décision de changer de molécules alors que

le patient, qui avait été mal informé des effets secondaires de la médication sur sa sexualité, avait de lui-même mis fin au traitement.

5.2.3.3 Craintes des patients

Certains participants expriment différentes craintes à l'égard des effets secondaires de leur médication en ce qui a trait à la façon dont leur sexualité est affectée. L'extrait suivant présente le témoignage d'un jeune patient inquiet à savoir s'il pourra un jour avoir des enfants :

It's serious shit. If I don't cum, how am I supposed to make babies you know. I want to have babies some day. (Pt-4, para 52)

Lors des entrevues, une fois les enregistrements terminés, les participants patients sont plusieurs à poser des questions sur les effets secondaires de leurs médicaments. Plusieurs participants mentionnent être inquiets que leur libido ne revienne pas telle qu'elle était avant le début de leur traitement pharmaceutique. Certains s'inquiètent également à savoir s'ils resteront impuissants pour toujours. La plupart mentionnent qu'ils ne sont pas incommodés pour l'instant étant donné leur hospitalisation à plus ou moins long terme, mais ils expriment des préoccupations face à leur éventuel congé.

5.2.4 Intériorisation des règles institutionnelles

Cette catégorie rassemble les différentes façons par lesquelles les patients ont intériorisé les règles institutionnelles. Sans s'être fait dire ou expliquer ce qui est attendu d'eux par rapport à certains comportements et sans même s'être fait réprimander, les patients intègrent les règles et les appliquent à leur quotidien et à leur façon de vivre à l'intérieur de l'institution ; ils sont ainsi façonnés en « patients dociles ». Trois différents discours des patients illustrant une intériorisation de la répression sexuelle véhiculée par les règles institutionnelles sont classés dans cette section, soit : la sexualité comme privilège, la sexualité comme opportunité d'apprentissage et l'absence de sexualité comme pénitence.

Tout d'abord, plusieurs extraits dénotent une intégration des règles institutionnelles concernant la sexualité de la part des patients, tout en mettant en lumière leurs perceptions quant aux comportements attendus en général de leur part sur les unités. L'extrait qui suit montre entre autres comment le participant a intériorisé la surveillance, allant jusqu'à toujours s'assurer d'être dans un endroit où son discours peut être monitoré via les microphones :

Non, non, non, ici, [les patients] ne peuvent pas [avoir des contacts sexuels]. C'est interdit puis il y a une sécurité maximum à *****[l'institut]. ***** c'est une institution à haute sécurité, sécurité maximum. Même nous autres dans les (...) couloirs, on n'a pas le droit de discuter, de faire des échanges et des conversations entre nous. Même si je m'assoie ici [salle de télévision] avec toi en tant que deux patients, s'il n'y a pas de microphones, on n'a pas le droit de discuter. Si on veut discuter, on va aller discuter dans la salle d'attente ou dans la salle à dîner afin que la commis ou la secrétaire qui est là puisse entendre la conversation. Il faut que les conversations soient adéquates. Oui, oui, oui. (Pt-12, para 96)

Le même participant explique pourquoi, selon lui, les contacts sexuels sont interdits à l'institut :

Pourquoi je pense que c'est interdit ? Parce que, et bien, c'est la loi parce que si on dit qu'on va laisser faire tout le monde, ça va être une gang de... parce que ***** a une réputation, je ne parle pas de ***** de dix, quinze ans en arrière, mais ***** a changé de face, on veut, on est un hôpital et, c'est une institution, il y a beaucoup de règlements, par exemple quelqu'un qui veut s'asseoir puis mettre les deux pieds sur les chaises, on n'accepte pas ça ici (...). Mettons quelqu'un qui mange à table, il a la fourchette puis il néglige sa fourchette il prend sa main, il n'est pas prêt pour sortir dehors. Parce qu'avant ça même, il y a des sorties qui vont se faire pour aller au restaurant ou voir comment cette personne-là est, [comment elle] se présente avant même de sortir (...), la majorité des gens qui sortent d'ici, ils vont aller dans des foyers ou dans les maisons de la paix fait que, ça prend des préparatifs. (Pt-12, para 121)

Dans ce témoignage, le participant donne plusieurs exemples où l'institution intervient pour corriger certains comportements (manger avec ses mains, mettre ses pieds sur les chaises). Nous entendons dans cet extrait que le participant identifie le bon redressement comme l'un des buts premiers de l'institution, ce qui inclut, selon lui, la sexualité. Le fait que ce participant semble assimiler totalement cette façon de faire, mentionnant que «

c'est une institution, il y a beaucoup de règlements » illustre une intériorisation des règles institutionnelles.

Par ailleurs, tous les participants ont mentionné croire que les contacts sexuels entre patients étaient interdits à l'institut, sans toutefois être au courant de l'existence d'une règle ou d'une politique formelle, tel qu'on peut le constater dans cet extrait :

Je ne [sais] pas (...) parce que comme je dis je n'ai pas vu de relations, je n'ai pas vu une intervention là-dessus, mais d'après moi [selon] la manière que ça se passe ici c[est] [il doit être] interdit. C'est la manière que, de ma perception là. (...) Ah c'est sûr, ils ne laisseraient pas je pense, en fait tu peux être deux gars dans la douche, mais, c'est plus s'il se passe de quoi c'est là, mais la plupart du temps le gars est tout seul, puis aussi ils vérifient souvent, tu sais, ils tassent ton rideau [de la fenêtre de ta chambre] constamment fait que, ça serait assez dur là. (Pt-8, para 91)

Nous sommes d'avis que le fait que tous les participants interviewés aient dit croire que les contacts sexuels entre patients étaient interdits sans être au courant de l'existence d'une politique officielle (et dans plusieurs cas sans être en mesure de dire ce qui justifierait cet interdiction) démontre une assimilation de cette règle institutionnelle.

5.2.4.1 Sexualité comme privilège

Une intériorisation des règles institutionnelles est également perceptible au regard du discours institutionnel désignant la sexualité comme un privilège. À titre d'exemple, l'approche comportementale ou de « modification de comportement » est encore très présente dans les milieux psychiatriques (bien que contestée par plusieurs). Dans cette approche, on retrouve le concept de « privilège » qui représente une activité, un objet ou un aliment particulier auquel le patient a droit s'il se comporte bien. L'idée est d'encourager les bons comportements. Cette approche, bien qu'infantilisante, est répandue dans les pratiques institutionnelles et est également bien connue des patients. C'est à cet effet que plusieurs participants semblent avoir intériorisé le discours institutionnel en associant le droit à la sexualité à un privilège. Cet extrait témoigne de ce phénomène :

Non je ne trouve pas ça correct [qu'on m'interdise d'avoir des contacts sexuels], on dirait que, moi je pense que, je ne trouve pas ça correct non. Je trouve qu'ils

m'obligent à travailler pour mériter une sexualité. Comme s'ils me donnent du travail pour avoir plus de privilèges, puis de sortir un petit peu, puis de bien agir tout ça. (Pt-6, para 127)

Certains participants ne nommaient pas le terme « privilège » comme tel, mais parlaient plutôt de « faire leur preuves » comme l'illustre cet extrait :

Mais je recommence tranquillement à aller au Tim Horton's accompagné, puis en faisant mes preuves, je vais pouvoir avoir d'autres sorties [et rencontrer des filles]. (Pt-2, para 44)

Certains font aussi référence à « bien se comporter », ce qui relève indirectement de l'approche par privilège. Dans le prochain extrait, le participant dit ne pas savoir pourquoi les contacts sexuels sont interdits, mais stipule qu'une fois que les patients se « comporteront bien », ils pourront avoir des sorties et des possibilités de contacts sexuels. Ceci sous-entend une forme de correction, démontrant que le droit à la sexualité vient en récompense à un bon comportement :

Je ne sais pas, parce que c'est un hôpital. Parce que les patients ne sont pas ici à l'éternité ou bien, certains d'eux oui, mais les trois quarts des patients ici, ils vont sortir un moment donné, fait que s'ils se comportent bien, ils vont avoir le droit de sortir dehors. (Pt-7, para 116)

Ces extraits témoignent du fait que les patients ont non seulement assimilé l'approche de modification de comportements fortement répandue dans les institutions psychiatriques, mais qu'ils l'appliquent à leur sexualité. L'association que les patients font entre le droit à l'expression de leur sexualité de façon saine et un privilège à acquérir révèle ainsi une série d'intériorisation de règles institutionnelles.

5.2.4.2 Sexualité comme « opportunité d'apprentissage »

Pour certains participants, tant chez les patients que les membres du personnel, la sexualité est vue comme une opportunité d'apprentissage. Chez les membres du personnel, on entend par « opportunités d'apprentissage » des notions relevant davantage de l'enseignement clinique telles que l'apprentissage des différentes méthodes de contraceptions, le dépistage des ITSS, etc. Chez les patients, cette notion

d'apprentissage est d'un tout autre ordre. La notion d'« opportunité d'apprentissage », lorsque liée à la privation de contacts sexuels, reflète davantage des notions d'apprentissage sur soi. Puisqu'il est question, dans cette catégorie, de l'expérience des patients, nous nous concentrons ici sur le discours de ces derniers à cet effet.

Pour plusieurs patients interviewés, la privation de contacts sexuels leur apprend le « contrôle sur soi ». Ce participant explique que cette privation lui permet de rester « sain d'esprit » en le forçant à penser à autre chose :

Je pense [que l'interdiction de contacts sexuels sert] à te garder sain d'esprit, te garder le cerveau clair, pour ne pas que tu penses à des choses trash (...). Oui, [la sexualité] peut être vécue de façon saine, mais par exemple, tu dois avoir du self control (...) parce que s'ils te mettent dans une unité avec des filles, et que tu commences à mettre la main sur la cuisse, ça peut être considéré du viol. (...) puis il y a des conséquences avec ça. Donc il faut que tu te contrôles. (Pt-5, para 174)

Ce participant semble croire qu'on lui inflige ce « contrôle sur soi » afin de lui permettre d'apprendre à mieux gérer ses contacts avec les femmes lors de rencontres futures. Il nous apparaît que l'idée que l'institution prenne en charge la sexualité des patients à des fins d'apprentissage relève d'une forme d'intériorisation des règles institutionnelles. En fait, ce qui importe dans cet extrait n'est pas l'idée que l'institution retire le droit à la sexualité par désir d'offrir des opportunités d'apprentissage. C'est plutôt que le patient assume que l'institution lui retire ce droit pour cette raison, qu'il semble d'ailleurs accepter tout en trouvant cette façon de faire normale, qu'elle soit donc normalisée.

5.2.4.3 Absence de sexualité comme pénitence

Un autre aspect de l'intériorisation des règles institutionnelles a été exposé par le lien que plusieurs participants font entre la privation de sexualité et une forme de pénitence pour leur délit. Il s'agit d'un discours qui est également populaire chez certains membres du personnel, comme quoi il est normal que les patients (spécialement les détenus) se voient privés de droits fondamentaux à l'exemple du droit à une sexualité épanouie pendant qu'ils servent leur sentence. Ce discours semble découler de la culture carcérale où les

expressions comme « faire du temps » sont typiques. Cet extrait montre d'ailleurs cette appropriation du discours institutionnel :

Well I don't know, we are doing time so I'd be like, I guess it's normal [d'être privé de contacts sexuels]. (Pt-11, para 79)

Cette façon de concevoir l'absence de sexualité comme une pénitence est plutôt répandue chez les patients. Lorsque questionnés à savoir s'ils trouvent normal le fait d'être privé de sexualité durant leur hospitalisation, ils sont plusieurs à faire référence à leur délit et à affirmer que oui, pour eux il est normal d'être « puni » à cet effet. Bien qu'au point de vue légal, la conséquence de certains crimes soit le retrait de liberté (l'emprisonnement), certains participants pensent qu'il est normal de retirer d'autres libertés ou droits tel le droit à une sexualité.

5.2.5 Mécanismes d'adaptation

Dans cette catégorie, sont répertoriés les différents mécanismes d'adaptation mis en œuvre par les patients afin de vivre une certaine forme de sexualité durant leur hospitalisation. Quatre mécanismes d'adaptation sont répertoriés ici, soit : une sexualité en attente, une sexualité vicariante, les fantasmes sur les membres du personnel et, finalement, les mécanismes d'adaptation liés aux contraintes.

5.2.5.1 Sexualité en attente

Un mécanisme qui semble commun chez plusieurs patients est l'idée de mettre sa sexualité « en attente » jusqu'à leur prochaine permission de sortie non-supervisée. La longueur d'attente afin d'avoir cette permission est souvent variable selon les différentes situations des patients et fait ainsi varier la longueur de la « pause » imposée à la sexualité. Par « pause » on entend ici le fait d'ignorer ses besoins, désirs ou pulsions sexuelles, de les réprimer en quelque sorte, pendant un certain temps. Dans l'extrait suivant, un participant explique cette idée :

Là tu te dis j'aimerais ça être dehors pour faire l'amour, des affaires comme ça mais tu es pris ici. Le premier quatre mois seulement ça passe, mais quand ça

fait seize ans, ça devient plus difficile surtout quand tu n'as pas de sorties, si tu avais des sorties, ça passerait mieux. (...) Lors de ta sortie de neuf heures de temps, tu as le temps de faire tes besoins, d'aller voir ton ex ou une nouvelle fille ou whatever. (...) Tu as le temps de te vider et puis passer à autres choses puis la semaine continue, jusqu'à ta prochaine sortie. Mais quand tu n'en as aucune sortie ou tu as des sorties juste devant *****[l'institut], c'est plus difficile. (Pt-13, para 26)

Tel que mentionné par ce participant, certains patients n'ont pas de sorties et mettent en « pause » leur sexualité pour toute la durée de leur hospitalisation, jusqu'à leur congé :

Puis ici, nous autres on n'a pas d'activité sexuelle rien, puis moi je n'aime, ça ne m'attire pas non plus ça les, tu sais, moi faut que je refasse ma vie puis j'ai hâte de sortir d'ici, puis ça va revenir tu sais. Bon là avec la médication qu'on prend, moi je n'ai pas l'idée à ça non plus tu sais. (...) Non [pas juste à cause de la médication] parce qu'on n'a pas de sortie non plus, puis c'est pas mal ça. (Pt-1, para 68)

Pour certains patients, leur congé devient synonyme de fin de cette pause. Dans l'extrait suivant, le participant mentionne compter les jours et dit avoir hâte de mettre fin à cette « pause » :

Puis il me reste un mois à faire ici, puis j'ai hâte de faire des rencontres. (Pt-6, para 42)

5.2.5.2 Sexualité vicariante

Le terme « sexualité vicariante » est utilisé ici pour illustrer une façon différente de vivre sa sexualité. Il a été question, dans certaines entrevues, de sexualité vécue de façon « verbale », par des conversations avec les pairs.

Ce mécanisme d'adaptation semble permettre aux patients une certaine forme d'expression sexuelle. Bien que certains patients émettent le commentaire que la sexualité est taboue et qu'ils n'en parlent point entre eux, plusieurs admettent en parler ou, du moins, écouter leurs pairs en parler entre eux. C'est d'ailleurs de cette façon que ce participant explique vivre sa sexualité durant son hospitalisation :

C'est plus par conversation [qu'on vit notre sexualité ici]. (Pt-6, para 6)

Le même participant explique qu'en dépit de ne pas avoir de sortie ou d'opportunité

de contacts sexuels avec d'autres patients, ils « en parlent » :

Mais eux ils peuvent sortir, ils peuvent sortir mais quand, mais les autres qui ne peuvent pas sortir, alors ils en parlent [de sexualité], ils en parlent c'est tout. (Pt-6, para 124)

Ce dernier explique qu'il s'agit de parler de sujets excitants :

Oui par la conversation comme parler des danseuses, dans les bars de danseuses, tout ça puis comme des danseuses ou bien des ex, leur blonde ou bien des choses comme ça. (Pt-6, para 37)

5.2.5.3 Fantômes sur les membres du personnel

Plusieurs membres du personnel interviewés rapportent que les patients semblent excités par les membres féminins de l'équipe traitante. L'extrait suivant en témoigne :

Quand c'est les filles [qui font les tournées sécuritaires], ils en profitent les gars, certains gars en profitent de se masturber quand ils voient passer les filles qui font les tournées. (Pro-5, para 28)

Certains patients avouent avoir des fantasmes portant sur des membres du personnel.

Un participant (Pt-11) confie, une fois l'enregistrement arrêté, qu'il a rêvé de sa psychiatre la veille. Il me mentionne cette anecdote en ajoutant que pour lui, la situation est grave d'en être rendu à fantasmer sur sa psychiatre. Il nomme qu'en l'absence de sortie, de visite de conjoint ou ami et de matériel érotique, il ne lui reste plus beaucoup d'objets de fantasme. En général, les participants sont conscients qu'il est inapproprié de fantasmer ou d'espérer une relation avec un membre de l'équipe traitante :

Mais ça ne marche pas comme ça il y a des règles, tu comprends ce que je veux dire, c'est les règles. (...) C'est comme si on me dit que le staff femme pourrait faire l'amour avec moi, c'est une femme, mais ça ne marche pas. Il y a une barrière entre moi puis elle. (...) Exactement, une barrière professionnelle. (Pt-13, para 74)

Lors de séances d'observation, il a été noté que le personnel accorde une grande importance à ces dits fantasmes, qui semblent d'ailleurs relever de préoccupations cliniques car plusieurs membres du personnel confient ce genre de témoignages. Ceux-

ci sont l'objet de discussions lors des réunions d'équipe et de mises en garde à certains membres du personnel (principalement féminin) lors des changements de quarts de travail.

5.2.5.4 Adaptations liées aux contraintes

Plusieurs participants se plaignent qu'ils n'ont ni accès à du matériel pornographique, ni à une roulotte comme dans les pénitenciers. Ils nomment se sentir contraints dans leurs droits sexuels sans toutefois avoir d'autres façons de vivre leur sexualité, tel qu'énoncé dans l'extrait suivant :

On dirait que vous avez peur qu'il se passe des choses entre nous, mais si ça ne devrait pas se passer, j'en n'ai pas vu, mais si ça ne devrait pas se passer, autrement dit si vous avez si peur que ça, pourquoi on ne pourrait pas avoir des films pornographiques ? Ça aiderait, en prison tout le monde, si tu as une télé, un dvd là un petit peu de porno puis ça aiderait à soulager la libido des personnes. C'est comme si [vous prétendez que] ça n'existe pas [la sexualité], on le sait très bien que ça existe (...) puis là ils nous coupent tout d'un coup de tout ça. (Pt-13, para 138)

Comme c'est le cas pour plusieurs règles institutionnelles, les fondements qui sous-tendent certains interdits ne sont pas expliqués aux patients. Ce participant dit ne pas comprendre la raison derrière l'interdiction de matériel pornographique :

C'est sûr que c'est quelque chose à quoi j'ai hâte [de sortir pour avoir des contacts sexuels], tu sais c'est, je me suis fait à l'idée, c'est, moi la seule affaire plus que je trouve plate ici c'est que tu n'as pas le droit d'avoir de matériel pornographique. (...) Non, ça non, il n'y a rien, il n'y a pas de revue, le monde les demande, mais tu sais, je ne comprends pas trop pourquoi, le monde sont adulte. (Pt-8, para 49)

Les patients, particulièrement ceux qui ont fréquenté les pénitenciers, trouvent le milieu psychiatrico-légal beaucoup plus contraignant que le milieu correctionnel. Ils nomment le fait que la sexualité n'était pas interdite en prison, connaissent les systèmes de roulettes que l'on retrouve dans certains pénitenciers et se demandent pourquoi il ne pourraient pas y en avoir à l'institution :

C'est plus fermé au *****[autre unité de l'institut , on n'a accès à rien là-bas et lui [un autre patient], je ne sais pas comment je pourrais dire ça, lui il voyait la possibilité d'avoir des roulettes, comme en prison, pénitencier, pour faire, pour

aller faire du sexe comme avec un homme ou une femme. Lui il avait dit aux infirmiers pourquoi vous ne mettez pas des roulottes ici comme au pénitencier pour avoir une prescription puis de donner des condoms, puis d'aller faire ça là dans la roulotte. Au moins pour la fin de semaine puis d'avoir une sorte d'accès pour faire ça. (Pt-6, para 112)

Inaccessibilité de produits pour sexualité active

Les contacts sexuels à l'interne étant interdits, l'accès aux produits sexuels tels que les préservatifs ou le lubrifiant s'en trouve restreint. Il n'est pas clair, d'ailleurs, quelles unités y ont accès et où ils se trouvent sur les unités. Plusieurs professionnels mentionnent qu'ils offrent des préservatifs aux patients lors de leur sortie. Par contre, lorsqu'il s'agit de sexualité à l'interne, les condoms s'avèrent difficiles à trouver. Certains participants patients sont bien au courant des risques encourus lors de contacts sexuels non protégés et partagent leur inquiétude à cet effet:

C'est vrai, je pensais à ça, s'il y en a qui ont des relations là, il n'y a pas, ils ne sont pas protégés. En prison il y a des distributrices de condoms. (...) mais ici c'est vrai, ça me fait penser à ça, il n'y a pas d'autre solution. Bien c'est dangereux ça. Oui, ça peut être dangereux s'il y en a qui ont des relations puis s'ils ne se protègent pas. Aussi c'est dangereux pour les autres tout ça, les hépatites, les affaires de même. (Pt-8, para 73)

En ce qui concerne l'accès au lubrifiant, tel que vu au point 5.1.1.1.1., le même doute persiste quant à savoir si les patients y ont droit et où le trouver. Aucun participant patient n'a mentionné ce produit. Par contre, cette anecdote d'un membre du personnel est révélatrice :

On a déjà eu une pénurie de beurre. En fait, ils n'ont pas de lubrifiant donc, les gars, un moment donné on manquait de beurre. (...) J'ai travaillé quand même trois ans avec des délinquants sexuels, on a manqué de beurre. (...) À ce moment-là, on a décidé de serrer le beurre. On n'a pas eu le choix, on a rentré le beurre dans la console si je me rappelle bien, mais ça s'est remplacé. Mais il y en a souvent, ils vont prendre, de la crème à mains, du shampoing, du savon. (Pro-5, para 38)

Cet extrait témoigne du fait que le lubrifiant n'est pas disponible sur toutes les unités et ce, même si certains patients démontrent clairement un besoin pour ce produit, allant jusqu'à utiliser des produits inadaptés tel que du savon, du shampoing, de la crème à

main, etc. On comprend également qu'il y a une volonté plutôt forte de l'équipe traitante de restreindre l'accès à ces produits plutôt que de fournir du lubrifiant.

Utilisation de la technologie

À défaut de pouvoir exprimer leur sexualité, les patients développent des pratiques sexuelles dites « inappropriées ». Les membres de l'équipe traitante réfèrent souvent à ces pratiques comme étant exhibitionnistes ou désinhibées.

Cet extrait d'un participant patient décrivant des appels érotiques qu'il faisait dans la salle commune illustre comment les patients, eux, perçoivent ces pratiques :

Au début [de mon hospitalisation], je ne vais pas mentir, au début moi j'appelais mon ex, j'appelais mon ex puis on faisait des sex phone. Oui, ici [dans la salle commune] oui. Puis là on parlait, puis moi je ne pouvais pas parler parce que je ne voulais pas que le monde entende. Moi j'écoutais le téléphone. J'ai fait ça pendant trois, quatre fois, mais après je me suis tanné parce que shit c'est fucked up. (Pt-13, para 166)

On comprend dans cet extrait que le participant s'adonne à des pratiques avec lesquelles il n'est pas nécessairement confortable, mais qu'il le fait tout de même en l'absence d'alternatives.

Il semble être fréquent, aussi, que les patients aient recours aux services de prostituées lorsqu'ils en ont l'occasion. Deux participants ont nommé l'avoir fait ou planifier de le faire lors de leur sortie ou congé d'hospitalisation :

Un moment donné, dans une sortie je suis allé voir des prostituées.
Oui [c'est quelque chose qui me faisait du bien]. (Pt-2, para 34)

For me the first thing I'm doing when I get out of here is getting an escort, or getting a girlfriend, whatever which one comes first. (Pt-11, para 96)

On peut voir, dans cette sous-catégorie portant sur les mécanismes d'adaptation, les différentes façons dont les patients modulent leur comportement pour vivre une forme de sexualité durant leur hospitalisation. Nous percevons ces adaptations comme étant intégrées, c'est-à-dire que les patients utilisent ces stratégies d'adaptation en réponse aux contraintes de l'institution. Ces contraintes définissent des façons de faire et des façons

d'être bien précises. Nous voyons, dans la façon dont les patients décrivent ces comportements, une façon pour eux de se réapproprier leur vie (sexuelle) dans un environnement tentant de les mortifier.

5.2.6 Résumé du thème

Ce thème, portant sur l'expérience des patients relative à la sexualité en milieu de psychiatrie légale, lève le voile sur l'impact du traitement de masse préconisé par l'institution sur la sexualité des patients. Chaque catégorie explore une facette différente du vécu des participants, mettant ainsi en lumière la prise en charge totale de l'institution au regard de la sexualité des patients, la façonnant et la modifiant par différents processus qui mènent, nous le croyons, jusqu'à la castration. Les résultats relatés ici permettent de constater que les patients ont tous un rapport différent à la sexualité avant d'être hospitalisés, mais que leur passage en institution psychiatrico-légale transforme leurs pratiques et leur rapport à la sexualité. Ceci est constaté par l'intériorisation des règles institutionnelles, par la résilience aux effets secondaires sévères affectant leur sexualité et par les mécanismes d'adaptation qu'ils développent leur permettant de conserver une certaine forme de sexualité. Nous comprenons, dans ce thème, que les patients subissent une forme de castration qui se manifeste de différentes façons, soit par un désintérêt total de la sexualité (tant dû à la prise de médication, au manque d'opportunité de contact ou qu'à l'intériorisation des règles institutionnelles), soit par une répression complète des habitudes sexuelles. Peu importe le facteur de castration en cause, ce que l'on voit ici est qu'une fois institutionnalisés, les patients modifient complètement leur sexualité, allant jusqu'à l'abandon de toute vie sexuelle.

5.3 Gouverner la sexualité des patients

Dans cette catégorie, nous exposons les résultats qui ont trait aux rôles et expériences des infirmières et autres professionnels, ceux-ci s'inscrivant dans une variété de discours en ce qui a trait à la gestion de la sexualité des patients hospitalisés en milieu de

psychiatrie légale. Nous nous intéressons au vécu des professionnels, à la façon dont ils définissent leur rôle en lien avec la sexualité des patients ainsi qu'à la façon dont ils perçoivent les patients en ce qui a trait à la sexualité. Afin de bien saisir tous ces aspects, une attention particulière est mise sur la culture psychiatrico-légale et la façon dont elle façonne les différentes pratiques professionnelles dans la prise en charge de la sexualité des patients.

En premier lieu nous présentons le discours infirmier. Le discours médical est présenté par la suite, puis le discours des autres professionnels (psychologues, éducateurs). Finalement, une exploration des stratégies mises en place par l'interaction des différents discours gouvernant la sexualité des patients est présentée. Ces stratégies sont regroupées sous forme de modes d'exercice du pouvoir dont le dressement, la surveillance et la répression.

Tableau 4 : Gouverner la sexualité des patients

5.3.1 Discours infirmier <i>5.3.1.1 Directions des soins infirmiers</i> <i>5.3.1.2 Cliniciens</i>
5.3.2 Discours médical <i>5.3.2.1 Perception des patients</i> <i>5.3.2.2 Perception du rôle médical</i> <i>5.3.2.3 Représentation « médico-légale » de la sexualité des patients</i>
5.3.3 Autres discours professionnels <i>5.3.3.1 Perception des patients</i> <i>5.3.3.2 Perception des rôles de chacun en lien avec la sexualité des patients</i>
5.3.4 Gouvernement de la sexualité <i>5.3.4.1 Dressement</i> <i>5.3.4.2 Surveillance</i> <i>5.3.4.3 Répression</i>

5.3.1 Discours infirmier

Dans cette section, il est question du discours véhiculé par le personnel infirmier en ce qui a trait aux patients et à leur sexualité, notamment à la gestion de leur expression sexuelle

et à la prise en charge de leur santé sexuelle. Le discours infirmier est ici divisé en deux différentes parties, soit le discours au sein de la direction des soins infirmiers et le discours au sein des cliniciens. Cette distinction est faite dans le but d'offrir une meilleure compréhension de la complexité du discours infirmier en milieu psychiatrico-légal. Cette sous-catégorie est principalement fondée sur les données collectées lors des entrevues avec les participants et sur les observations faites sur le terrain.

5.3.1.1 Direction des soins infirmiers

Lors des entrevues avec plusieurs membres de la direction des soins infirmiers, trois principaux points sont ressortis quant à l'expression de la sexualité des patients et à la prise en charge de leur santé sexuelle : l'uniformité dans l'approche, la vulnérabilité et la dangerosité.

Uniformité dans l'approche

La direction des soins infirmiers occupe une place de grande importance au sein de l'institution. Historiquement, son rôle et les groupes professionnels qu'elle a chapeautés ont varié. Au moment de la collecte de données, plusieurs groupes de travailleurs tombent sous sa gouverne, soit les infirmières, les éducateurs et le personnel de sécurité, ce qui entraîne une diversité au niveau des responsabilités de cette direction. En effet, en fonction des disciplines qui sont représentées par la direction des soins infirmiers, celle-ci s'adapte aux différents types d'emplois et doit concilier les perspectives et les approches des différentes disciplines. Un membre de la direction des soins infirmiers décrit le rôle principal de la DSI comme étant un rôle d'intégration des différents services qu'elle gère. Cet extrait montre les défis associés à la formation de chacun de ces groupes de travailleurs :

Donc on est un peu le moteur, on est beaucoup le bras agissant pour donner des soins puis des services à la clientèle. Le fait d'avoir, dans la direction des soins, oui, les infirmières, mais aussi les psychothérapeutes, les agents d'intervention, les gardes, tout le service de la sécurité, puis des petits services connexes aussi, la radiologie puis l'électrophysiologie médicale, ça amène tout un besoin

d'intégration de ces professionnels pour en faire un tout cohérent pour donner des services qui ont du sens auprès de la clientèle. (D-2, para 14)

À titre d'exemple, on peut imaginer qu'il apparait cohérent, du point de vue du service de la sécurité, de considérer la question de la sexualité comme comportant certains dangers alors que du point de vue des infirmières, la tendance serait plutôt à l'intégrer dans une vision holistique des soins aux patients. À cet effet, on peut supposer les tensions existant entre les employés dues aux approches privilégiées par chacun. Ce rôle d'intégration devient alors un enjeu important dans un milieu autant polarisé.

En plus de ce rôle d'intégration des différentes approches professionnelles, la DSI a comme fonction d'assurer l'application de l'approche caritative des soins infirmiers, en cohésion avec les autres tâches relatives au milieu psychiatrique légal qu'ont les infirmières. Durant les entrevues avec les membres de la direction des soins, on reconnaît une dualité dans l'approche soignante. En effet, on perçoit l'approche de soins infirmiers comme étant en opposition à l'approche carcérale (sécuritaire). Un désir de réconcilier ces approches est prononcé comme faisant partie du rôle de la direction des soins infirmiers. Cette réconciliation, décrite comme l'atteinte d'un équilibre entre la sécurité et le travail clinique, est essentielle afin que tous les différents groupes de professionnels puissent faire leur travail et qu'ainsi, les patients puissent recevoir des soins de qualité :

C'est tout le sentiment de sécurité qui est important de maintenir chez le personnel si je veux arriver à ce que les clients obtiennent des bons services. Puis si je n'ai pas ce sentiment de sécurité-là, c'est les clients qui en payent le prix, ça fait que j'ai tout le temps cet enjeu-là en arrière de la tête : d'équilibrer la sécurité puis la clinique, si on veut atteindre nos objectifs. Ça fait que ça c'est un des rôles importants. (D-2, para 16)

L'atteinte de cet équilibre est d'autant plus importante lorsqu'il est question de l'expression sexuelle des patients. Tel qu'exprimé par ce participant, le sentiment de sécurité chez le personnel est essentiel dans le milieu de psychiatrie légale afin que les cliniciens puissent offrir des services de qualité tenant compte des besoins sexuels des patients, tels que des soins holistiques. Il est également important de considérer que l'établissement du lien

thérapeutique est une notion très importante en sciences infirmières et extrêmement pertinente dans l'administration de soins de santé sexuelle. Le milieu de psychiatrie légale n'étant pas propice à l'établissement d'un lien solide est un défi supplémentaire pour les infirmières.

Vulnérabilité

À titre de rappel, la politique formelle à l'égard de l'expression sexuelle des patients à l'intérieur de l'institution présentée plus tôt est la suivante :

Règle générale : Considérant la mission de l'Institut et sa vocation thérapeutique qui font que doivent être dispensés des soins médicaux et psychiatriques à une clientèle qui présente une instabilité affective, de la vulnérabilité, de même qu'une problématique de dangerosité active; Considérant l'obligation qu'a l'Institut d'assurer la sécurité et la protection de ses patients; Considérant les retombées négatives que susciterait chez certains patients ou chez l'ensemble des patients d'une unité la pratique de relations sexuelles à l'intérieur des murs de l'Institut ****, la Direction générale n'autorise pas celle-ci. (Politique 1235-50-09, p.1)

Lorsque questionnés sur la raison d'être de cette politique, les membres de la direction des soins donnent diverses raisons justifiant à leur avis l'existence de la politique. De façon générale, tous les membres de la direction interviewés expliquent qu'il leur apparaît plus simple d'interdire complètement les contacts sexuels plutôt que de gérer des situations compliquées au cas par cas. Dans l'extrait suivant, le participant élabore sur ces situations compliquées et appuie ses préoccupations sur la vulnérabilité des patients, les décrivant comme des êtres fragiles devant être protégés en ce qui a trait à leur sexualité et à d'éventuels contacts sexuels avec d'autres patients. Cette vulnérabilité est décrite comme justifiant, selon ce participant, la présence d'une politique interdisant les contacts sexuels :

Dans le fond, la grande crainte là-dedans c'est la gestion des patients qui sont plus vulnérables par rapport à d'autres. Comment on encadre ces relations-là ? Si on dit oui, est-ce que ça veut dire qu'il faut toujours chapeauter ça puis prendre la décision là ah non, là c'est une relation qui est malsaine, ah là nous on décide comme équipe que ça c'est une relation qui pourrait peut-être être saine, puis là finalement deux semaines après on dit oui mais là, ça a amené des problématiques donc on vous dit non. Tu sais, déjà je vois ce genre de

questionnement-là arriver, puis c'est clairement plus simple de dire non, pas à l'intérieur des murs, tu sais ça c'est clair. (D-2, para 92)

Nous constatons, par cet extrait d'entrevue avec un participant de la direction des soins infirmiers, non seulement sa propre représentation des patients comme étant des êtres vulnérables, mais également le fait que, de son point de vue, le personnel doit décider de ce qu'est une relation « saine » ou « malsaine ». Nous comprenons ainsi que ce participant établit qu'il existe des relations saines et des relations malsaines et, bien que ce dernier n'ait pas détaillé ce qu'il voulait dire à cet effet, les équipes se réserveraient le droit de déterminer ce qui serait une bonne relation ou une mauvaise relation. Étant donné la complexité de cette tâche, on devine que ces dernières refuseraient de le faire. Aussi demeure-t-il plus simple d'interdire les contacts sexuels. Cet extrait révèle également l'idée qu'un contrôle quasi absolu en ce qui concerne les relations entre patients doit être mis en place afin de régulariser les relations entre eux. Un autre participant de la DSI exprime une vision similaire lorsqu'il explique le rôle infirmier idéal en lien avec la sexualité des patients et le définit comme étant un rôle d'accompagnement et de support « dans toutes les phases » des relations entre patients :

Il y aurait un rôle ou une responsabilité au niveau de la planification de la rencontre ou de l'acte sexuel entre deux patients. Tu sais, d'évaluer chacun des partis, leur aptitude à consentir, [leur état] de vulnérabilité (...) ensuite il y aurait quelque chose dans une espèce de processus continue, de réévaluation, de retours, de soutiens à l'éducation sexuelle, de gestion, (...) de soutien à gérer un conflit amoureux ou de, tout le volet de prévention de la maladie, les précautions dans la sexualité, les grossesses indésirables, ces choses-là, puis peut-être même l'accompagnement à une fin de relation. (...) d'après moi il y aurait des rôles puis des responsabilités dans toutes les phases nécessairement, tant que ce serait dans les lieux ici. (D-3, para 90)

Ce participant décrit en détail ce qui constitue un contrôle minutieux d'éventuelles relations sexuelles entre patients, définissant ce contrôle comme faisant partie du rôle infirmier idéal en ce qui a trait à la sexualité des patients dans un milieu de psychiatrie légale. Nous sentons dans cette vision une intense volonté d'agir, se traduisant par une application très contrôlante de l'étendue de la pratique infirmière (planification des rencontres et actes

sexuels, évaluation de l'aptitude à consentir, évaluation de l'état de vulnérabilité, soutien à l'éducation sexuelle, gestion de conflit amoureux, prévention des ITSS et grossesses non désirées, accompagnement en fin de relation, etc.). L'extrait révèle une certaine réflexion de la part du participant mais les propositions, qui nous apparaissent inapplicables, démontrent une approche de soins infirmiers totalitaire en ce sens où l'entièreté des aspects de la vie des patients est prise en charge. Cette approche est d'ailleurs typique du milieu psychiatrico-légal où les patients sont souvent considérés comme étant inaptes, ayant une capacité de jugement altérée par leur condition de santé mentale et manquant d'introspection. Ces deux extraits d'entrevues précédents mettent ainsi en relief que les aspects relatifs à la sexualité des patients ne font pas exception à ces croyances.

Dangerosité

Les aspects de la gestion de la dangerosité, du risque et de la sécurité sont également soulevés dans les propos de la direction des soins infirmiers en regard de la justification de la politique en place :

C'est certain que si tu permets quelque chose [comme les contacts sexuels entre patients], si tu ouvres un horizon, (...) tu devras travailler pour ça. Alors que quand c'est interdit, c'est interdit point. Quand tu dis oui, c'est certain que ça amène beaucoup d'évaluation, beaucoup de gestion, toute la gestion des jouets sexuels, peut être même si les patients peuvent les acheter eux-mêmes c'est la gestion de sécurité que ça amène, c'est la gestion de l'enseignement aussi, ce que peut-être l'établissement n'est pas prêt à faire pour l'instant. (D-1, para 108)

Ce participant de la DSI réaffirme le point de vue qui considère plus simple d'interdire les contacts sexuels plutôt que de gérer ou d'encadrer ces contacts. Dans cet extrait, on s'appuie sur le risque de dangerosité afin de justifier l'importance de la politique. Cette citation témoigne de l'omniprésence du risque perçu par le personnel, phénomène qui a été également observé sur le terrain. Cette idée que tout peut constituer un risque à la sécurité des patients et du personnel est inhérente à la culture psychiatrico-légale. Ici, l'idée que les « jouets sexuels » impliquent de la gestion au niveau de la sécurité illustre

bien ce fait. Ce participant souligne également que « peut-être l'établissement n'est pas prêt » à gérer cette sécurité, notamment au regard de l'enseignement avec lequel il fait un lien. Ce blâme reporté sur l'« établissement » affiche, selon nous, un manque de leadership clinique. En effet, bien que la direction des soins infirmiers relève de la direction générale de l'hôpital en ce qui a trait à la création et à la modification des politiques institutionnelles, elle est toutefois en mesure de les questionner et de remettre en cause le *statu quo* de la dite politique.

Un autre aspect présent dans le discours de la DSI en lien avec la dangerosité est la différenciation perçue entre la prise en charge de la sexualité en milieu primaire et celle en milieu tertiaire. Dans le jargon médical, on réfère au « milieu de soins primaires » ou « soins de première ligne » comme étant non seulement le point d'entrée dans le système de santé (CLSC par exemple), mais également l'endroit où l'on offre des services généraux et des soins courants (soins de plaie simple, suivi et enseignement quant aux maladies chroniques, etc.). Les soins tertiaires ou de troisième ligne sont les soins complexes pour des problèmes de santé plus rares et relevant d'une surspécialité. Il est fréquent d'entendre les membres du personnel et de la DSI justifier beaucoup d'actions (ou d'inactions) liées à leur statut d'établissement de 3^e ligne, dont la prise en charge de la sexualité. Un participant membre de la DSI souligne le fait qu'il y a peu de lignes directrices quant à la prise en charge ou à la prévention des ITSS en milieu d'administration de soins tertiaires. En effet, selon ce participant, ces infections sont traitées ou prévenues dans les milieux de soins primaires, laissant ainsi les intervenants en milieux tertiaires sans lignes directrices spécifiques concernant leur clientèle :

Le volet de prévention des infections qui sont sexuellement transmissibles c'est un peu délaissé par le Ministère ce volet-là, c'est un peu laissé aux soins de première ligne au niveau des soins infirmiers. C'est quand un patient arrive à l'hôpital psychiatrique surtout psychiatrie légale, ce côté n'est pas écrit nulle part, il n'y a pas de lignes directrices qui vont te guider. Mais il n'y a pas plein de lignes directrices pour les ITSS mais ça touche beaucoup plus la première ligne. Mais nous [on est considéré] troisième ligne. (D-1, para 16)

On entend, dans cet extrait, que les infirmières ne se sentent pas adéquatement outillées pour aborder les ITSS avec la clientèle en milieu de psychiatrie légale. En fait, considérant les besoins particuliers de la clientèle par rapport à une prise en charge au niveau de leur santé sexuelle, elles sentent que les outils cliniques ne sont pas adaptés.

5.3.1.2 Cliniciens

Cette section porte sur le discours infirmier émergeant du milieu clinique. Une distinction est faite entre la section précédente, présentant le discours de la direction des soins infirmiers et la présente section présentant le discours des cliniciens, c'est-à-dire les infirmiers travaillant auprès des patients. Cette distinction est également sentie sur le terrain où les relations entre les infirmières cliniciennes et les infirmières de la DSI sont hiérarchisées. Trois points principaux ressortent du discours des cliniciens soit : les perceptions des patients, les expériences des infirmières et le rôle infirmier en lien avec la sexualité des patients.

Perceptions des patients

Les patients sont perçus de diverses façons chez le personnel infirmier. Lorsqu'il est question des patients comme êtres sexuels, on reconnaît qu'ils ont des besoins et que ces besoins peuvent prendre une importance variable. On reconnaît également que la sexualité peut occuper une grande place dans la vie des patients malgré la présence de la maladie mentale. Une participante infirmière témoigne de cette perception des patients dans l'extrait suivant:

C'est important autant pour nous que pour eux, ce n'est pas parce qu'ils ont une maladie ou un problème de santé mentale que la vie sexuelle c'est fini. (Pro-10, para 26)

Une grande partie du discours infirmier dresse un portrait dichotomique des patients lorsqu'il est question de leur sexualité. En effet, le prochain extrait fait valoir une idée plutôt répandue dans l'ensemble des discours professionnels au sujet des patients comme

appartenant à un groupe de « dominants » ou de « dominés ». Cette dualité place non seulement les patients dans des cadres rigides, leur conférant ainsi peu de façons d'exister autrement comme êtres sexuels, mais elle semble aussi façonner l'établissement des routines sur les unités. À titre d'exemple, l'extrait suivant présente le témoignage d'un participant décrivant comment l'organisation de la prise des douches est pensée en fonction des patients qui sont soit « dominants » soit « victimes » :

[En équipe] on a déjà réfléchi sur ça, (...) l'accès aux douches avec des patients qui ont des profils plus dominants puis des patients qui ont des profils plus de victimes. (D-3, para 18)

Des considérations similaires ont été observées par la chercheure principale lors de la planification de diverses activités sur les unités. Il est fréquent que les membres du personnel tiennent compte ou commentent ledit « statut » (« dominant » ou « victime ») des patients lors d'attribution de tâches à certains d'entre eux, ou lorsque des patients passent du temps ensemble dans les aires communes. Cette micro-gestion témoigne de préoccupations majeures quant aux perceptions que les infirmiers ont des patients, préoccupations venant du fait que l'on craigne les abus entre un patient plus « dominant » et un patient plus vulnérable. Le prochain extrait dépeint les patients dans une dichotomie similaire, utilisant des termes plus cliniques tel que « vulnérabilité » et « traits anti sociaux » :

Il y a toujours des histoires sur des unités où il y a des patientes plus vulnérables avec des patients plus dans une dynamique antisociale où là des fois il y a des demandes de faveurs sexuelles qui se font, puis c'est tout un contexte de vulnérabilité, d'abus, d'obligation, mais en même temps de besoin de base naturel. (Pro-14, para 48)

Encore une fois, le patient est conceptualisé selon deux cadres où on le positionne, de façon automatique, soit en victime, soit en agresseur. Il devient donc difficile pour les patients d'exprimer leur sexualité à l'extérieur de ces cadres. En décrivant un « contexte de vulnérabilité, d'abus, d'obligation », ce participant renforce l'idée que les patients sont ancrés dans l'un ou l'autre de ces rôles exclusifs (abuseur ou abusé). Il est à noter qu'il y

a en effet des patients portant officiellement un diagnostic de troubles psychiatriques avec trait de personnalité antisociale. Par contre, ce terme est utilisé plus souvent par le personnel qu'il n'est officiellement diagnostiqué. Ce participant mentionne également un élément ajoutant à la complexité de la situation, soit le « besoin de base naturel ». On entend ainsi, dans ce discours, que le participant reconnaît que les patients ont des besoins sexuels et ce, malgré le contexte de « vulnérabilité et d'abus » qui est automatiquement identifié.

Un autre aspect très présent dans le discours infirmier est la fragilité des patients de façon générale. Cette fragilité semble plus flagrante lorsqu'il est question de sexualité. Plusieurs participants de divers groupes de professionnels ont tenu ce discours. Dans tous les cas, les patients sont très souvent décrits comme étant très fragiles. Dans l'extrait suivant, on mentionne que cette fragilité nécessiterait plus d'enseignement auprès des patients et on exprime un questionnement quant à la façon dont cette fragilité pourrait s'exprimer en réponse à d'éventuelles fin de relations entre patients :

Je pense qu'il y aurait aussi beaucoup d'enseignement à faire [dans le cas où] ça ne marche plus [la relation prend fin] (...) parce que, tu sais, c'est des patients qui sont tellement fragiles. (Pro-6, para 79)

L'idée qu'une peine d'amour soit plus dommageable pour des personnes atteintes de maladies mentales revient souvent dans le discours des participants infirmiers :

Oui parce que je me dis c'est certain qu'une peine d'amour, ça fait mal pour tout le monde, mais imagine quand tu as une maladie mentale, ça doit être encore [pire]. (Pro-6, para 85)

Nous entendons, dans cette conception récurrente des patients comme des êtres fragiles, la croyance que la maladie mentale empêche la gestion adéquate des émotions. Il est vrai que, pour certains patients, leurs problèmes de santé mentale peuvent affecter leurs habiletés à gérer leurs émotions, mais ce n'est pas le cas pour tous les patients et à tout moment de leur hospitalisation. Les ruptures de relations sont choses fréquentes et sont difficiles tant pour les personnes non affectées par la maladie mentale que pour les

personnes qui le sont. Puisque les ruptures sont des événements qui arrivent fréquemment dans la communauté, il serait bénéfique d'intégrer cet aspect à l'enseignement lié à la réinsertion sociale des patients. D'autre part, il nous apparaît pertinent de souligner que les contacts sexuels sont officiellement réglementés à l'institution, mais il n'en est rien des attachements émotionnels. Aucune politique n'empêche officiellement les patients d'être en relation affective. Par contre, lors de nos observations, il a été noté que les intervenants indiquent aux patients qu'ils ne peuvent être en couple. Lorsqu'informellement questionnés sur les raisons soutenant cet interdit, on indique à la chercheuse principale que « les patients sont ici pour se concentrer sur leur traitement. Dès lors, les relations de couples viennent distraire les patients et les empêchent de se concentrer sur leur guérison ».

Les patients ne sont toutefois pas uniquement perçus comme étant inaptes à avoir des contacts sexuels ou à gérer leurs émotions. Certains participants infirmiers ont nommé ce fait, avançant qu'il y a un spectre de stabilité de l'état mental chez les patients:

Ce n'est pas tous les patients qui (...) sont inaptes ou à risque, ceux qui sont stabilisés, [pour qui] le statut médical est beaucoup plus avancé que les autres, [ceux-ci] sont juste en attente d'hébergement ou de transfert (...), ils sont aussi aptes [à avoir des contacts sexuels] que monsieur et madame tout le monde. (Pro-15, para 23)

Cette perception, plus nuancée, coïncide d'ailleurs avec nos observations sur le terrain. Effectivement, il a été noté que les patients présentent une variété d'états mentaux selon la maladie ou les troubles qui les affectent, leur cheminement, leur vécu pré-hospitalisation et leur traitement. Dès lors, il nous paraît inconcevable d'implanter un règlement reflétant un état d'inaptitude en ce qui a trait aux contacts sexuels chez tous les patients.

Expériences des infirmières

Outre le fait de surprendre les patients qui se masturbent en chambre lorsqu'elles font les tournées sécuritaires, le vécu des infirmières quant à l'expression sexuelle des patients n'est pas aussi riche que ce que les rumeurs institutionnelles laissent comprendre. En

effet, à plusieurs reprises lors de périodes d'observations, la chercheuse principale a entendu des commentaires laissant sous-entendre que les contacts sexuels entre patients sont non seulement fréquents, mais que les professionnels doivent souvent intervenir à cet effet. Dans l'extrait suivant, une participante infirmière affirme le contraire :

[Régulièrement] on voit des attouchements [entre les patients] donc on les sépare immédiatement. On ne voit pas nécessairement [des patients qui se touchent les] parties génitales ou [quoique ce soit], mais c'est des attouchements, des caresses ou, donc on les sépare immédiatement, on voit comme je disais tantôt de la masturbation, ça c'est fréquent, mais à part ça non [rien d'autre]. (Pro-10, para 36)

Cet extrait appuie non seulement ce qui ressortait des données récoltées chez les participants patients, indiquant que les contacts sexuels entre patients sont très rares à l'institution, mais également qu'aucune gradation n'est faite en ce qui a trait aux « attouchements entre les patients ». Il n'y a pas de différenciation entre « des patients qui se touchent les parties génitales » et des patients qui se font une « caresse » dans le dos ou une accolade. Dans tous les cas, lors de contacts entre patients et sans différenciation au regard de la nature de ces contacts, les patients sont séparés, ce qui illustre une rigidité dans l'application des règles, laquelle est typique de la culture carcérale.

En ce qui a trait aux interventions lors de situations présumées à risque de contacts sexuels entre les patients, plusieurs infirmières disent appliquer la règle du « bras de distance » entre ces derniers (tel que vu dans la catégorie 1). Toutefois, lorsque confrontée à de telles situations, cette participante infirmière affirme fermer les yeux sur certains comportements. Cette participante fut la seule à avouer cette pratique, ce qui nous amène à constater qu'il y a très peu de place pour la dissidence :

Oui, moi je pense que oui, [il faut se fermer les yeux des fois], il y en a qui pique les nerfs pour ça [des contacts entre les patients], (...) moi j'[avise les patients], puis si je vois qu'ils sont calmes, il n'y a pas de malaise entre les deux puis, je me retourne puis je me dirige vers la console ou je vais faire autres choses. (Pro-10, para 142)

En ce qui concerne les questions relevant de la santé sexuelle des patients, les infirmières disent avoir parfois des questions de leur part par rapport aux effets secondaires de la médication ou au dépistage de certaines ITSS. Aucune infirmière n'a rapporté avoir refusé d'aborder des préoccupations d'ordre sexuel formulées par des patients, mais plusieurs infirmières nomment se sentir peu outillées lorsqu'il est question de la sexualité des patients :

C'est difficile de parler pour l'ensemble, moi (...) comme infirmière, je me sentrais que très peu outillée, probablement autant outillée qu'une bonne mère de famille qui veut bien faire avec son enfant, tu sais, qui ne veut pas mal faire (...). Ça ne faisait pas partie de nos cours d'infirmière, cet aspect-là. (D-3, para 94)

En plus du sentiment d'être peu outillée par la formation initiale en soins infirmiers en ce qui a trait à l'éducation sexuelle des patients, on note, dans cet extrait, la comparaison du rôle infirmier avec le rôle de mère. Ceci révèle, selon nous, une surprotection de la clientèle en ce qui a trait à l'expression sexuelle. Ce n'est pas la première manifestation de ce phénomène dans les extraits présentés, ce qui souligne l'étendue de cette attitude.

Rôle infirmier et sexualité des patients

Les rôles et les responsabilités infirmières quant à la sexualité des patients hospitalisés en milieu de psychiatrie légale ne sont pas bien définis. Aucune ligne directrice ne spécifie comment exercer ce rôle dans un milieu présentant des contraintes telles que des politiques institutionnelles prohibitives à l'égard de la sexualité, une architecture ne favorisant pas les rapprochements entre patients et une approche sécuritaire où la surveillance est omniprésente. Les infirmières interviewées considèrent tout de même que la sexualité des patients s'inscrit dans le cadre de soins holistiques qui doivent être offerts aux patients :

Pour nous, les intervenants [infirmiers] c'est notre rôle aussi de les accompagner là-dedans [l'expression de la sexualité], ça fait partie de leur vie, c'est une sphère de leur vie qu'il faut aborder. (Pro-10, para 24)

Bien que ce discours fût tenu par toutes les infirmières participantes, il ne se reflète pas dans la pratique. Rares sont les infirmières qui rapportent inclure les préoccupations d'ordre sexuel dans les plans de soins (telles que l'importance de l'impact des effets secondaires affectant la sexualité des patients, par exemple).

Dans l'extrait suivant, le participant décrit le rôle infirmier en lien avec la sexualité des patients comme étant un rôle d'« ambassadeur », de « protecteur » et d'« ami ». Il explique également comment, selon lui, les infirmières peuvent jouer un rôle quant à l'entretien de l'espoir chez les patients, notamment par la sexualité :

Notre rôle est un rôle d'ambassadeur, un rôle de protecteur, un rôle d'ami aussi. Pourquoi [un rôle d'ami] ? Pour maintenir ou créer l'espoir chez le patient. Parce que la sexualité ça fait partie, je pense, de l'éveil de l'espoir. (Pro-15, para 110)

Ce discours s'inscrit dans une perspective *caring*, reflétant principalement l'aspect *advocacy* du rôle infirmier et va ainsi à l'encontre d'autres discours au sein des infirmières interviewées. L'extrait qui suit est un exemple d'une infirmière qui perçoit en partie son rôle comme étant celui d'assurer la sécurité des patients. Dès lors, les interventions sur la proximité entre patients s'inscrivent dans ce mandat selon elle. En effet, certains participants ont situé ces interventions dans le cadre de la protection des patients et relevant de leur rôle infirmier :

Je n'ai jamais questionné la chose, mais je pense que c'est ça, la proximité ici, on essaye le moins possible [que ça arrive], on garde un bras de distance même entre les patients pour éviter des interprétations ou (...) que ça dégénère si un veut ou ne veut pas puis là on doit intervenir là-dessus, on évite. (Pro-10, para 35)

Ces deux extraits ci-haut reprennent ce qui avait été nommé par un participant de la direction des soins infirmiers en termes d'intégration d'approches divergentes mais, dans le cas présent, au sein du même groupe de professionnels, celui des infirmières. À cet effet, le premier extrait (Pro-15, para 110) présente un discours qui s'inscrit difficilement dans la culture psychiatrico-légale où une approche sécuritaire telle que décrite dans le

deuxième extrait (Pro-10, para 35) est favorisée. Dans l'extrait qui suit, le participant Pro-15 exprime d'ailleurs un sentiment d'oppression quant à la culture institutionnelle :

Si tu es trop philosophique ou éthique ou différent, tu es vu comme un corps étranger, donc les gens vont chercher à t'imposer un point de vue ou te dissoudre dans la masse. (Pro-15, para 36)

On comprend, par cet extrait, que les discours allant à l'encontre du courant dominant se font « dissoudre dans la masse » et sont, dès lors, pratiquement inexistantes. En ce qui concerne l'implication des infirmières en lien avec la sexualité des patients, cet extrait semble refléter ce qui est observé à l'institution. En effet, tel que mentionné au début de cette section, la plupart des infirmières interviewées affirment que la sexualité des patients devrait faire partie intégrante de la prise en charge de leur santé or, en pratique, il s'agit d'un sujet qu'elles abordent très peu.

En ce qui a trait à l'étendue de la pratique infirmière en lien avec la sexualité des patients hospitalisés en milieu de psychiatrie légale, plusieurs participants mentionnent que le rôle infirmier n'est pas exploité à son plein potentiel. Dans l'extrait suivant, la participante remarque qu'il est difficile de s'approprier certains aspects du rôle infirmier tels que « l'aspect du consentement » et « l'évaluation de la vulnérabilité » et questionne la prise en charge de la sexualité des patients à cet effet. Lorsque questionnée davantage sur le sujet, la participante dit ignorer la cause du malaise qu'elle ressent chez ses collègues en ce qui a trait à l'appropriation de l'étendue de la pratique infirmière. Elle affirme de plus peiner à projeter la possibilité d'amener la pratique à un autre niveau, soit au niveau où l'expression sexuelle des patients serait acceptée et abordée dans le cadre du rôle infirmier :

Tout l'aspect de consentement aussi puis d'évaluation de la vulnérabilité, tu sais c'est déjà des éléments centraux de notre rôle d'infirmière, mais qu'on a beaucoup de difficulté à s'approprier, puis qu'on ne se sent pas à l'aise de faire, donc on ne se sent pas à l'aise au quotidien pour des choses qui sont très fréquentes, donc là je m'imagine [d'amener] ça à un autre niveau pour l'expression de la sexualité, j'ai l'impression qu'on se sentirait pas plus outillé vraiment. (D-3, para 97)

Les opinions sont partagées quant au rôle infirmier versus celui des autres professionnels en ce qui a trait à la prise en charge de la santé sexuelle des patients. Certains croient que ce rôle s'inscrit dans le rôle infirmier alors que d'autres, les éducateurs par exemple, considèrent que ce rôle leur revient. De façon générale, on perçoit une complémentarité des rôles, ce qui a trait à la physiopathologie étant associé au rôle infirmier et ce qui concerne le côté relationnel au rôle des éducateurs :

Je pense qu'on pourrait être complémentaire (...) Tout l'aspect physionomie c'est [le rôle des infirmières]. L'aspect un peu plus comment établir une relation saine, comment faire les premières approches, tout ça je pense que le socio est plus outillé, (...). Non, [en fait] mon opinion [c'est que] je ne sais pas trop jusqu'à quel point on ne serait pas en mesure de donner les mêmes informations, mais côté physique du moins ça c'est sûr que nous les infirmières on a plus de bagage à ce niveau-là. (Pro-10, para 94)

5.3.2 Discours médical

Cette catégorie présente le discours des psychiatres en ce qui a trait à la sexualité des patients. Il est à noter que seulement trois psychiatres ont participé à l'étude et il est de notre avis que ces psychiatres, du fait d'avoir voulu partager leur voix dans ce projet, présentent une plus grande ouverture d'esprit sur le sujet. Dès lors nous ne pouvons pas affirmer que leurs voix, présentées ici, sont une représentation juste du discours médical présent à l'institution. En fait, le discours médical qui émerge ici détonne sur plusieurs points des observations faites sur le terrain en ce qui a trait à la prise en charge de la sexualité des patients par le corps médical.

Cette sous-catégorie rassemble les points émergents du discours des psychiatres interviewés, soit la perception des patients, le rôle médical par rapport à la sexualité des patients et la représentation médico-légale de la sexualité des patients. Cette sous-catégorie est principalement basée sur les données recueillies en entrevues avec les psychiatres, mais également avec d'autres membres du personnel qui ont fait référence au discours médical. Nous nous appuyons également sur des observations afin

de souligner les différences et similarités entre le discours des psychiatres interviewés et le discours médical entendu à l'institution.

5.3.2.1 Perception des patients

Tout comme pour les infirmières, la façon dont les psychiatres perçoivent les patients en ce qui a trait à la sexualité a un impact direct sur la prise en charge qu'ils en font. À titre d'exemple, on peut supposer qu'une perception des patients devant être privés de sexualité suite à un délit commis n'entraînera fort probablement aucune prise en charge de ses besoins sexuels. Dans l'extrait qui suit, on comprend que le participant perçoit les patients comme des citoyens qui ont des droits et ce, en dépit des délits commis. Il soulève le fait que malgré leur statut de détenu ou de prévenu ou celui de garde d'établissement, le seul droit qu'on peut légalement leur retirer est la liberté ; il questionne et critique ainsi le fait que les patients soient privés de sexualité. Il est à noter que ce participant est le seul à avoir soulevé ce point fondamental qui relève d'une conception de l'expression sexuelle des patients tel un droit et non un besoin :

Les patients, même s'ils sont détenus, qu'ils viennent du fédéral ou pas, (...) mais ils doivent être privés de liberté [seulement], pas du reste, hein? Tu sais, je veux dire, [d'] un strict point de vue légal, c'est privés de liberté qu'ils sont. Mais, pourquoi on va jusqu'à les priver de sexualité, etc, etc. Bien ça, ça pose question. (Pro-16, para 38)

Dans un autre extrait, le même participant dresse un portrait de sa clientèle typique, décrivant de jeunes hommes fréquemment incarcérés à un âge où ils ne sont pas encore certains de leur orientation sexuelle, mais ayant tout de même des envies de rapprochement avec autrui. Dans cet extrait, le participant aborde la question de l'« homosexualité d'opportunisme », concept bien établi dans les écrits scientifiques et qui réfère à une adaptation de l'orientation sexuelle temporaire en fonction de ce qui est accessible pour l'individu. Ce participant fût le seul à aborder ce phénomène alors que celui-ci est largement documenté, particulièrement dans les milieux fermés. Tel que décrit dans la catégorie 1 au point 1.2.1, l'homosexualité ou la possibilité de contacts

homosexuels sont mentionnés par plusieurs comme étant inexistant à l'institution, alors qu'on peut penser qu'il y ait plutôt un refus de les voir ou une difficulté à concevoir l'orientation sexuelle comme étant fluide.

Ils ont dix-huit, dix-neuf ans, trente ans. Mais ils rêvent de rencontrer quelqu'un évidemment, mais ils ne sont pas forcément certains de leur orientation sexuelle, c'est sûr que d'être enfermé dans un milieu d'hommes que ce soit en milieu carcéral ou ici, il y a de l'homosexualité d'opportunisme je dirais, ils ne sont pas forcément homosexuels dans l'âme, mais [à un moment donné] ils recherchent [de l'affection], ils veulent vivre quelque chose avec quelqu'un. (Pro-16, para 17)

Dichotomie des « types » de patients

Le discours médical est similaire au discours infirmier en ce qui concerne les constructions dichotomiques des patients en lien avec leur sexualité. On retrouve donc le même genre de conceptualisations des patients en tant qu'êtres sexuels selon des cadres très limités dans la façon dont leur sexualité est perçue chez les infirmiers. En effet, l'idée que les patients sont soit vulnérables, soit des agresseurs potentiels, est également courante au sein du discours médical. Dans l'extrait suivant, le participant soutient que les unités psychiatriques renferment des populations très vulnérables et accepte à cet effet la prudence des institutions à l'égard de la sexualité des patients. Celui-ci mentionne tout de même qu'il faut faire preuve de nuances, ce que nous interprétons comme une critique à l'égard de l'application stricte (allant jusqu'à interdire les contacts physiques entre les patients) de la politique sur l'expression sexuelle :

Je maintiens tout de même que surtout dans des unités de psychiatrie, il y a beaucoup de population vulnérable, il faut quand même être très prudent, il faut quand même qu'il y ait des règles mais entre zéro et cent il y a beaucoup de chiffres. (Pro-17, para 88)

Dans l'extrait suivant il est également question des patients perçus comme êtres « vulnérables ». Le participant fait référence à une inquiétude fréquemment verbalisée par différents participants lorsque questionnés à savoir quelle est la justification de la politique interdisant la sexualité. Cette inquiétude relève du fait que les membres du personnel, dans le cas présent les psychiatres, sentent qu'il est de leur responsabilité d'identifier s'il

y a un réel consentement des patients à avoir des contacts sexuels. On comprend, par cet extrait, que selon ce participant, l'état de vulnérabilité des patients les rendrait inaptes à consentir à des relations sexuelles, et qu'il reviendrait dès lors aux membres du personnel de déterminer de l'authenticité de leur consentement :

C'est arrivé qu'on ait connaissance effectivement d'échanges entre deux patients, puis en général ce qu'on trouvait plus compliqué pour nous, c'était de faire la part entre du volontarisme ou de l'abus de l'autre parce qu'il était plus vulnérable des fois, plus vulnérable à recevoir des choses, des cadeaux, des cigarettes, (...), [en échange de contacts sexuels]. (Pro-13, para 88)

La citation suivante du même participant illustre bien cette même dichotomie dans sa façon de décrire deux patients qui avaient des contacts sexuels, l'un étant l'« abuseur » et l'autre l'« abusé ». Cette conception, qui est ici basée sur des diagnostics, témoigne de la complexité de certaines situations du milieu psychiatrico-légal. En effet, tel que mentionné précédemment, il est vrai que certains patients ont des troubles de personnalité antisociale et sont hospitalisés sur la même unité que des patients dont la maladie n'est pas stabilisée, ces derniers présentant une plus grande vulnérabilité.

Il y avait un monsieur entre autres, puis il était très malade le monsieur, puis il était ouvertement homosexuel ce monsieur-là, puis il s'était lié d'amitié avec un autre monsieur qui était un patient plus délinquant que psychiatrique (...) qui d'ailleurs s'est retrouvé à l'extérieur mais rapidement en prison et lui c'était un abuseur. (Pro-13, para 251)

Il est aussi important de remarquer que, dans les rares cas où on admet qu'il y a des patients homosexuels, ils sont automatiquement catégorisés comme étant de possibles victimes.

5.3.2.2 Perception du rôle médical

Dans cette section, nous exposons principalement les résultats concernant le rôle médical perçu par les psychiatres en ce qui a trait à la sexualité des patients, mais également celui d'autres professionnels et ce, afin d'offrir un meilleur aperçu du discours médical à ce sujet. Deux points principaux ressortent de ce discours, soit le rôle de psychiatre comme patron et le rôle de psychiatre comme spécialiste de la sexualité.

Psychiatre comme patron

Parmi les différentes perceptions du rôle médical, on retrouve, tant chez les psychiatres et chez certains membres du personnel infirmier que chez les éducateurs, l'idée que le psychiatre est le patron, c'est-à-dire le supérieur hiérarchique, la personne qui dirige l'équipe de travail. L'extrait suivant d'un participant psychiatre, témoigne non seulement de cette perception du rôle de psychiatre comme le « chef d'équipe », mais également comme étant le professionnel détenant le plus de savoirs et étant ainsi en mesure d'« éduquer » les membres de l'équipe soignante :

On a un rôle traditionnel d'évaluer les patients et les plans de traitement. Je le vois aussi comme un rôle d'éducateur aussi face aux patients mais aussi face à l'équipe. C'est certains aussi que sans qu'on ait le rôle officiel de chef d'équipe, dans un hôpital psychiatrique je pense que c'est clair que le psychiatre doit avoir un rôle de leadership, être rassembleur et s'assurer que les valeurs et les approches de tout le monde soient considérées dans le plan de traitement. (Pro-17, para 19)

Cet extrait correspond en partie à ce qui est observé sur le terrain. Le modèle biomédical étant prédominant à l'intérieur de l'institution, les psychiatres incarnent en quelque sorte ce modèle et occupent, conséquemment, une place d'importance. Ainsi, ils sont souvent considérés comme le « chef d'équipe » bien qu'officiellement, une infirmière occupe généralement le poste de coordonnatrice des activités au sein de chaque équipe, ce qui signifie qu'elle est en charge de la direction des équipes. Il est cependant à noter que selon nos observations, rares sont les psychiatres qui partagent la vision selon laquelle leur rôle est de « s'assurer que les valeurs et les approches de tout le monde soient considérées dans le plan de traitement ». De façon générale, l'approche biomédicale est privilégiée.

Les trois extraits qui suivent permettent de constater comment la perception du rôle du psychiatre comme étant celui de patron est répandue chez les professionnels de l'institution. Ces extraits proviennent tant d'entrevues avec des participants membres de la direction des soins infirmiers, des éducateurs et des infirmiers qui répondent à la

question à savoir ce qu'ils feraient s'ils soupçonnaient que des patients ont des contacts sexuels. Chacun d'eux, sans exception, a mentionné que le psychiatre de l'équipe traitante devrait être tenu au courant. Ces réponses indiquent à quel point le rôle du psychiatre est valorisé, voir même priorisé sur le rôle des autres professionnels de l'équipe traitante :

Puis on reprend ça [la situation concernant les contacts sexuels entre patients] le lendemain avec le médecin [psychiatre]. (D-2, para 73)

Je dirais qu'on aurait été probablement guidé par nos supérieurs puis le docteur [psychiatre] à savoir quelle approche on était pour prendre. (Pro-3, para 106)

J'en parlerais à l'équipe, c'est certain. Je ne garderais pas ça pour moi, j'en parlerais aussi, tu sais c'est certain [qu'il faut] que le médecin [psychiatre] soit au courant, puis voir de quelle façon que ça peut être géré. (Pro-6, para 117)

On entend également dans ces extraits la croyance que les psychiatres doivent savoir ce qui se passe quant à la sexualité des patients. Ces propos soulignent de plus l'importance qu'occupe la sexualité dans l'ensemble des observations qui sont notées quant aux activités des patients. Dans l'extrait qui suit, un participant psychiatre partage une anecdote où un patient demandait fréquemment à voir l'infirmière à la porte de sa chambre. Après plusieurs visites, explique-t-il, l'équipe est entrée dans la chambre du patient et s'est alors rendu compte que le patient appelait l'infirmière à des fins d'excitation sexuelle. Ce dernier pratiquait la masturbation en regardant l'infirmière, rapporte le psychiatre, et éjaculait sur le mur. C'est ainsi que l'équipe s'est rendu compte que ce patient était « plus actif » sans que l'équipe ne le sache. On comprend, par cet extrait, que le participant est d'avis que cette information est importante à savoir pour le psychiatre :

Donc, puis là ils ont dit ah, ce n'est pas pour rien qu[e le patient] fait venir l'infirmière. En tout cas (...) on ne sait pas si c'était toujours pour ça, mais il reste qu'il y a des fois qu'on a des surprises comme ça où on voit que nos patients sont plus actifs sans qu'on ne le sache. (Pro-13, para 84)

Est dévoilé, par cette conception du rôle de patron pour les psychiatres et par l'importance accordée au fait que tout ce qui a trait à la sexualité des patients doit leur être rapporté,

l'intérêt du discours médical pour les questions relatives à la sexualité des patients. Les résultats présentés dans cette section révèlent une vaste incitation à discourir sur la sexualité. Les psychiatres doivent savoir, les autres membres de l'équipe traitante doivent rapporter les activités sexuelles dont ils sont témoins et les patients doivent parler de leur sexualité. Il appert donc que si la sexualité n'est pas vécue, elle doit être discutée.

Psychiatre comme spécialiste de la sexualité

Parmi les données récoltées, on retrouve la perception selon laquelle les psychiatres seraient des spécialistes de la sexualité. Nous entendons par « spécialistes » l'idée qu'ils sont mieux outillés que les autres professionnels en termes de connaissances relatives à la sexualité afin d'aborder le sujet et de répondre aux questions des patients. Cette perception du corps médical comme possédant le monopole des connaissances en ce qui a trait à la sexualité des patients est perceptible dans l'extrait suivant, où le participant soutient qu'il y a « beaucoup d'éducation à faire auprès du personnel ». Le choix du mot « éduquer » révèle, selon nous, une posture hiérarchique postulant de l'état des savoirs sexuels des autres professionnels de l'équipe traitante :

Il y a beaucoup d'éducation à faire auprès du personnel même avant de faire quoique ce soit. Ça passe vraiment par là en premier. L'inconfort de l'autre, de celui qui doit intervenir. La sexualité ce n'est pas tout le monde qui l'aborde facilement, qui est confortable avec ça, donc quand t'es obligé de gérer celle de l'autre ça devient compliqué. (Pro-17, para fin)

Cette perception est répandue chez la plupart des membres du personnel également. De façon générale, les questions d'ordre sexuel semblent être davantage déléguées aux psychiatres. L'extrait suivant d'une participante infirmière témoigne de cette tendance :

Ce n'est pas tout le monde qui est habileté à tenir ce genre de conversation [à propos de la sexualité] avec son patient mais au moins (...) le médecin [psychiatre], c'est lui qui est mieux placé mais, ce côté de vie [la sexualité des patients] doit être abordé, doit être gravé quelque part. (D-1, para 110)

Tel que mentionné plus haut, cette participante mentionne, elle aussi, l'importance de récolter des informations concernant la sexualité. Ces informations doivent « être gravées

quelque part », dit-elle, et le psychiatre est, selon elle, le « mieux placé » pour aborder ces questions.

5.3.2.3 Représentation « médico-légale » de la sexualité des patients

Dans cette sous-catégorie, on aborde un aspect important du discours médical, soit la représentation « médico-légale » de la sexualité des patients. Les données récoltées s'inscrivant dans le discours biomédical montrent une tendance à visualiser la sexualité des patients via une lentille « médico-légale ». Selon nos données, cette façon de voir la sexualité des patients se résume en trois types de perceptions : la représentation de la sexualité comme étant pathologique, la représentation des effets secondaires de la médication comme outils de contrôle de la sexualité et la représentation de la sexualité comme étant clandestine.

Sexualité pathologique

La sexualité est souvent représentée dans un cadre pathologique dans le discours médical. On entend, par une sexualité pathologique, tout l'aspect « déviant » de la sexualité. Les déviances de l'ordre de la pédophilie ainsi que de toutes les paraphilies sont abordées et traitées de façon spécifique. Historiquement, l'institution tenait une unité spécialisée pour traiter les pathologies sexuelles : l'unité des délinquants sexuels. Cette unité n'existe désormais plus, mais ces patients ont été relocalisés à l'intérieur des différentes unités de l'institution. Dans la majorité des cas, ceux-ci sont suivis par un psychiatre spécialisé en délinquance sexuelle et suivent un parcours thérapeutique différent (castration chimique, thérapies orientées pour aborder les questions de sexualité, etc.). L'extrait suivant témoigne de la prise en charge de la sexualité qui est faite lorsque celle-ci est « problématique » :

On a aussi des patients avec des problématiques sexuelles plus de l'ordre de la pédophilie, donc là on en entend parler [de la sexualité] mais dans un contexte qui est contre les lois. (...) Oui, [la sexualité dans ce contexte est abordée mais d'une façon] qui fait partie du traitement et ça devient des points d'intervention finalement. (Pro-14, para 36)

À l'extérieur d'un contexte problématique, la sexualité demeure un sujet rarement abordé par les psychiatres, selon ce participant :

Mais [la sexualité] ça reste un domaine qu'on n'effleure plus, qu'on ne creuse plus à moins qu'il y ait vraiment une problématique. (...) Puis comme je n'ai pas les délinquants sexuels comme clientèle [alors je n'aborde pas les questions de sexualité de prime abord]. (Pro-13, para 261)

Il semble donc que si les patients ne présentent pas une sexualité déviante, celle-ci n'est pas abordée ou ne fait pas partie du discours médical. Dès lors, les sexualités dont on parle à l'institution sont pathologiques. Il est à noter que l'on « pathologise » non seulement les comportements sexuels déviants, mais également les comportements dits non conformes tel que les comportements de séduction, d'exhibitionnisme ou les délires érotomanes. Dans de tel cas, tout comme dans les cas de paraphilies, la sexualité des patients sera abordée comme un « problème » et deviendra un point central d'intervention.

Effets secondaires de la médication comme outil de contrôle de la sexualité

Dans cette section, nous présentons les données émergentes du discours médical en ce qui a trait à la représentation des effets secondaires de la médication (psychiatrique) comme outil de contrôle de la sexualité des patients. En effet, tel qu'expliqué au point 5.2.3, la médication fréquemment utilisée pour traiter les troubles psychiatriques (antipsychotiques, anxiolytiques, antidépresseurs, modificateurs de l'humeur) a d'importants effets secondaires pouvant affecter la sexualité des patients. Parmi les effets indésirables reconnus, nous retrouvons une diminution de la libido, des pertes d'érection, l'impuissance et l'éjaculation tardive ou l'incapacité à éjaculer. Dans l'extrait suivant, le participant explique qu'il trouvait « avantageux », par le passé, que la médication utilisée diminue la libido des patients, l'expression de la sexualité étant interdite à l'institution (ce qui serait moins le cas avec la médication actuelle, comme nous le verrons). Il exprime qu'ainsi, « ils en entendaient moins parler », c'est-à-dire que les patients ne se plaignaient

pas du fait qu'ils avaient des effets indésirables affectant leur sexualité, ni du fait qu'il est interdit d'avoir des contacts sexuels durant leur hospitalisation. Cette conception des effets secondaires de la médication comme étant une façon de taire les plaintes relatives à la sexualité des patients nous apparaît comme une utilisation de la médication à des fins de contrôle :

Ce que je trouvais avantageux à l'époque c'est que la médication qu'on utilisait diminuait [très souvent] la libido. Donc quand on a cette situation-là puis que le patient est à l'interne, on n'en entend moins parler, puis c'est sûr que si la libido n'est pas diminuée, là on risquait plus d'en entendre parler et on risquait plus aussi d'avoir des commentaires [de la part des patients]. (Pro-13, para 72)

Dans l'extrait suivant, le même participant déplore le fait que les effets secondaires de la nouvelle médication diminuent la libido des patients, mais ne la dissipent pas complètement, contrairement aux anciennes médications. Il dit trouver malheureux le fait que certains patients aient des dysfonctions sexuelles, mais ont tout de même des désirs. Cette représentation des désirs des patients comme étant problématiques et nuisibles au traitement appuie également l'idée que les effets secondaires sont un outil au contrôle de la sexualité des patients :

Là on en a un peu plus souvent des patients qui malheureusement n'ont pas la libido minimisée, mais qui par contre ont des dysfonctions sexuelles [dues à la médication], donc ça ne marche plus. Ça c'est les plus coriaces parce qu'ils veulent arrêter leurs médicaments parce qu'ils ont des désirs. (...) Les médicaments font que [leur libido] ne fonctionne pas bien, mais ils n'ont pas perdu leur libido (...) ça c'est plus problématique dans ce temps-là. (Pro-13, para 94)

Sexualité clandestine

La sexualité clandestine fait référence ici aux réseaux de délinquance parallèle qui, typiquement, se créent en milieux fermés. Ces réseaux s'établissent généralement autour d'interdits et transforment des activités qui, dans un autre contexte, ne seraient pas nécessairement considérées comme délinquantes mais, vu l'interdit, s'exercent clandestinement. L'échange de nourriture entre patients lors des repas, la possession d'un téléphone cellulaire et les communications entre patients inter-unités, par exemple,

sont des activités interdites et font en sorte que les patients développent toutes sorte de techniques pour réaliser ces activités de façon clandestine. Dans cette section, nous exposons les données ayant trait à la représentation de la sexualité comme une activité interdite. Dès lors, il semble que parce qu'elle soit interdite, on se représente la sexualité comme étant vécue de façon clandestine. Dans l'extrait suivant, le participant fait la comparaison entre l'interdiction de contacts sexuels et l'interdit de consommation de cigarette qui en a transformé la consommation dans les milieux carcéraux. Le participant décrit les conséquences d'interdire la cigarette (trafic, taxage, augmentation de sa valeur, etc.) qui ont mené à une amplification du problème initial :

Comme toutes les choses dont on ne parle pas ou qu'on ne veut pas [qu'on interdit], alors on ne veut pas de cigarette ici, donc il y a du trafic de cigarettes, donc il y a du taxage, donc enfin bref, ça crée un autre problème, hein? (...) Il ne faut pas, on préfère ne pas (...) voir les conséquences de ce que les règles mettent en place. (...) Cinq dollars la cigarette, avec un paquet ça représente beaucoup d'argent ça. (Pro-16, para 96)

Cet extrait illustre l'idée qu'interdire les contacts sexuels provoque des conséquences peut être plus graves que les conséquences attendues d'une sexualité qui ne serait pas interdite. Ce même participant ajoute que les conséquences de l'interdiction pervertissent la sexualité, alors que se mettent en place des façons de faire qui vont à l'encontre de « l'épanouissement humain » et qui ne permettent pas de développer une « dimension plus noble de la sexualité ».

Les interdits sont tous imbriqués les uns dans les autres. (...) Il y a forcément un usage clandestin, perversi de la sexualité du fait qu'on est dans un milieu très fermé et très contrôlant. (...) Donc on ne va pas dans le sens de l'épanouissement de l'humain semble-t-il. (...) Au niveau de l'échelle des valeurs c'est très bas. Donc je pense qu'aussi ça fait qu'on est au degré zéro de la relation. (...) On ne permet pas aux gens de développer une dimension plus noble de la sexualité. (...) tout ça, je le déduis parce que je ne l'observe pas vraiment. (...) Parce que c'est clandestin. (Pro-16, para 123)

5.3.3 Autres discours professionnels

Dans cette section, nous présentons les données récoltées s'inscrivant dans les autres discours professionnels. Étant donné la faible proportion de participants provenant du

groupe des psychologues et du groupe des agents de sécurité, nous avons décidé de les regrouper tous deux avec la majorité de participants appartenant au groupe des éducateurs spécialisés. Une attention particulière est portée sur les différences et les similarités entre les discours de ces différents groupes. Les principaux éléments des discours quant à la sexualité des patients sont classés sous deux sous-sections, soit la perception des patients et les perceptions des rôles de chacun quant à la sexualité des patients.

5.3.3.1 Perception des patients

On retrouve, parmi les différentes représentations des patients en tant qu'êtres sexuels, une variété de perceptions de la part des éducateurs et des psychologues. Il est toutefois impossible d'établir si ces variances relèvent de la différence entre les valeurs professionnelles ou personnelles. Néanmoins, ces perceptions nous apparaissent comme des éléments importants de la construction des patients comme êtres sexuels, lesquels s'inscrivent dans le discours sur la sexualité.

Plusieurs participants éducateurs ont mentionné sentir que la sexualité n'est pas une priorité pour les patients. Dans l'extrait suivant, un éducateur mentionne que ce n'est pas un sujet dont il entend souvent parler de la part des patients, ni de préoccupations qui sont souvent partagées contrairement à d'autres préoccupations liées aux privilèges auxquels les patients font souvent référence tels que la nourriture, les sorties ou l'argent:

Bien moi je ne le ressens pas, je ne sens pas ça, comme je disais tantôt la maladie, la médication c'est souvent, ça fait souvent baisser beaucoup les capacités, les pulsions, [la libido] et tout ce qui va avec. (...) Exact, donc on ne sent pas nécessairement que pour eux c'est une priorité. On entend beaucoup plus parler de nourriture, de sortie à l'extérieur, d'argent que de ce sujet-là. (Pro-7, para 32)

On comprend, par cet extrait, qu'on ne considère pas la sexualité comme un besoin pour les patients. Un autre participant abonde dans le même sens, mais spécifie que durant leur passage à l'institution, les patients sont « fermés sur eux-mêmes », ce qui rend les

rapports avec autrui difficiles. Il décrit les patients comme étant « désorganisés », ce qui entrave toute forme de sexualité :

Tu sais ça arrive rarement qu'il va y avoir des contacts entre deux patients parce que quand ils sont ici, ils sont plutôt fermés sur eux-mêmes, donc ils ont de la misère à établir des rapports avec les autres parce qu'ils sont vraiment désorganisés. (Pro-6, para 23)

Il semble que les patients sont soit désintéressés de la sexualité, soit que celle-ci n'est pas une priorité, ou encore qu'ils sont trop désorganisés pour établir des relations avec autrui ou trop psychotiques, tel que décrit dans l'extrait suivant :

Puis des patients tellement psychotiques aussi que, eux-autres [leur] vie sexuelle il n'y en a plus là, [ils] sont dans leur délire [tout le temps]. (Pro-5, para 74)

Nous observons une tendance dichotomique dans le discours des éducateurs selon laquelle les patients seraient soit « asexuels » tel que vu dans les extraits précédents, c'est-à-dire désintéressés ou trop désorganisés pour considérer avoir une sexualité, soit « hypersexuels ». En effet, dans l'extrait suivant, le participant décrit les patients comme étant tellement actifs sexuellement que cela nuit au bon fonctionnement de l'unité. On décrit les patients hypersexuels comme ceux qui se masturbent souvent et de façon désinhibée :

Je te dirais que [d'un sens la sexualité est] assez caché. Puis t'as des patients, certains qui sont malades, tu vas faire une tournée, ils vont se masturber souvent. Il y en a qui ont des rideaux, [d'autres] pas de rideaux. (...) Puis quand c'est [les femmes qui font les tournées], ils en profitent les gars, certains gars en profite de se masturber quand ils voient passer les filles [qui] font les tournées. (Pro-5, para 24)

Un participant psychologue soutient également que la sexualité est très importante pour les patients puisqu'il s'agit d'un élément très présent dans leur discours. Il stipule que les patients font constamment des références à la sexualité. Le fait qu'ils en parlent directement ou indirectement montre, de son point de vue, la place que la sexualité occupe dans leur vie et l'importance que le manque de sexualité peut avoir comme impact

sur leur vie. Ce participant explique que la sexualité est souvent abordée en lien avec la médication et ses effets secondaires sur la libido.

Il y a des références ici et là dans les narratives, dans les récits des patients, [concernant] la sexualité donc il y a des allusions directes, (...) et il y a aussi des allusions indirectes aussi qui sont présent dans le matériel. Donc je dirais que le thème de la sexualité est toujours abordé [chez les] hommes comme en lien avec la médication, donc par exemple les contraintes au niveau de la sexualité qui sont imposées par la médication comme la dysfonction érectile chez les hommes et aussi par exemple chez un autre homme (...), c'était le manque, donc l'absence de contacts physiques et à quel point ça a un impact sur les patients. (Pro-8, para 78)

Tout comme dans les autres discours professionnels décrits dans les sections précédentes, des préoccupations concernant la capacité des patients à consentir à des contacts sexuels sont présentes dans le discours des éducateurs :

Tu sais [aussi], il y en a un qui veut mais, tu sais ici, [les patients] sont tellement désorganisés que, [on se demande] est-ce que c'est vraiment consentant, tu sais, [si on parle de] un jugement éclairé, [dans leur cas], est-ce vraiment consentant? Je ne penserais pas. (Pro-6, para 75)

5.3.3.2 Perception des rôles de chacun par rapport à la sexualité des patients

Les perceptions des rôles de chacun par rapport à la sexualité des patients révèlent que les rôles des différents professionnels à cet effet sont très mal connus. De façon générale, les participants éducateurs ont mentionné se sentir adéquatement outillés pour aborder les questions de sexualité avec les patients. Ce participant mentionne d'ailleurs croire que le sexe de l'intervenant est aussi important. Il stipule que selon lui, il est plus approprié pour un homme intervenant d'enseigner, par exemple, la mise en place du condom à un patient que pour une infirmière :

Je les connais [les ITSS] aussi fait que ça ne veut pas dire pour autant que je ne serais pas capable de donner de l'enseignement [aux patients], même pour ce qui est du port du condom, comment mettre un condom (...), je suis un homme aussi fait que c'est mon expérience professionnelle, c'est mon expérience personnelle aussi. Donc, je pense que ça reviendrait davantage aux gars de leur montrer comment, disons à un patient, comment mettre un condom, ce serait plus notre rôle qu'une infirmière de leur montrer ça juste par respect pour ce qui est du sexe physique de la personne. (Pro-2, para 141)

Plusieurs éducateurs ont affirmé croire qu'ils étaient mieux placés et mieux outillés pour aborder les questions d'ordre sexuel des patients. Plusieurs mentionnent que, mise à part la prise en charge de l'enseignement, du dépistage des ITSS et des effets secondaires de la médication, ils ne croient pas que les infirmières soient bien placées pour traiter des questions de sexualité.

Mais d'emblée on n'a pas, on ne se dit pas bien ça va être l'infirmier qui va faire ça [aborder la sexualité], je veux dire la relation d'aide en tant que tel [ça relève de nos tâches, les éducateurs] c'est notre travail au quotidien. Donc si ce n'est pas médical ou mécanique, s'il y a un problème mécanique ou une inquiétude mécanique, bien là c'est sûr on va faire l'intervention si c'est le cas avec un infirmier. Mais si non, non. (Pro-3, para 78)

Un participant psychologue a, pour sa part, mentionné qu'il avait un accès privilégié à la sexualité des patients étant donné les rencontres individuelles qu'il mène avec eux. Cette position lui confère un rôle de « personne de référence » quant à la sexualité, affirme-t-il :

Moi, j'ai un accès privilégié à cette expression de la sexualité dans le sens où je fais que des rencontres individuelles et donc ça, ça me permet d'avoir un accès un peu en premi[er] [comme une] personne de (...) référence à la sexualité. (Pro-8, para 86)

Le même participant psychologue mentionne qu'il ne croit pas que la sexualité devrait nécessairement faire partie des plans de soins des patients et être discutée durant les réunions d'équipe au même titre que d'autres aspects du traitement. Selon ce participant, la sexualité appartient à une sphère différente qui est importante à respecter. Il soulève l'idée que les patients n'ont peut-être pas le goût d'étaler et de partager ces aspects de leur intimité et qu'il faut respecter cela. Ce propos est très différent du discours de la direction des soins infirmiers qui proposait un micro-contrôle de la sexualité des patients ou du discours médical stipulant « qu'il faut savoir » tout ce qui concerne les activités sexuelles des patients.

Donc oui on peut intégrer [la sexualité dans les plans de soin] mais avec prudence (...) ça fait partie d'une sphère qu'on ne doit pas violer chez le patient, donc on peut l'utiliser pour le bien-être du patient, on peut peut-être ouvrir la question, ouvrir le débat, ouvrir la question directement avec le patient, mais pas que ce soit par exemple je ne sais pas, peut-être aborder dans le kardex comme

on aborde je ne sais pas (...) un problème d'utiliser des «compression socks» ou des choses comme ça, une certaine pudeur [est importante]. (Pro-8, para 112)

5.3.4 Gouvernement de la sexualité

Les discours véhiculés à l'institution en ce qui concerne la sexualité des patients sont variés. Tel que présenté dans la présente catégorie, on retrouve des similarités et des discordances entre les discours infirmier, médical et celui des autres professionnels. Selon les différents discours, l'accent est mis sur divers aspects de la sexualité des patients (les risques pour la santé et/ou la sécurité, l'épanouissement de la personne, la dignité, etc.). Les perceptions du rôle des intervenants à l'égard de la sexualité des patients et de l'application de la politique sur l'expression sexuelle varient également selon les discours professionnels. On retrouve donc un milieu où des discours concurrents doivent cohabiter. Par exemple, des discours exprimant des préoccupations quant à la vulnérabilité des patients et au risque de violence côtoient des discours manifestant des préoccupations liées aux droits humains et à diverses approches de rétablissements pour lesquelles la sexualité est l'une des nombreuses facettes de la santé. Les différentes représentations des patients comme êtres sexuels ainsi que le rôle que chaque professionnel joue ou croit jouer par rapport à la sexualité des patients interagissent en pratique pour gouverner la sexualité des patients lors de leurs séjours à l'institution.

C'est ce thème que nous abordons dans cette section, soit le gouvernement de la sexualité des patients, lequel s'exprime par une rationalisation d'un certain type de contrôle sur leur sexualité. Trois principaux modes d'exercice de ce pouvoir sont ressortis dans le discours des participants, soit le dressement, la surveillance et la répression.

5.3.4.1 Dressement

Tel que vu dans la catégorie 1, la politique concernant la sexualité des patients stipule que les contacts sexuels sont interdits. Aucune modalité n'est clairement indiquée en cas de désobéissance de la part des patients. Par contre, vu l'interdiction, il est sous-entendu

que l'équipe traitante se doit d'interrompre l'activité sexuelle. L'imprécision de la politique laisse place à différentes façons d'intervenir. Les équipes n'ont pas toutes la même approche quant à la gestion de ces incidents. De façon générale, les incidents d'ordre sexuel sont traités comme tout autre type de désobéissance, c'est-à-dire par des interventions de nature punitive. Donc, en plus de mettre fin à l'expression sexuelle des patients, qui est non conforme aux règlements de l'institution, des mesures restrictives sont mises en place. L'extrait suivant est très éloquent à cet effet, révélant l'utilisation de l'isolement comme sanction auprès des patients ayant eu ou ayant tenté d'avoir des contacts sexuels :

Mais dans la défense de notre institution, je n'ai jamais vu de cas où on a toléré [les contacts sexuels entre patients]. À toutes les fois que ça a été vu, on a arrêté ça là pour (...) donner des isolements ou des choses comme ça, de façon générale c'est là que tu t'en vas à ta chambre puis on expliqu[e] les choses. (Pro-12, para 43)

Plusieurs participants mentionnent avoir indiqué aux patients concernés de retourner à leurs chambres respectives lorsqu'ils soupçonnaient la possibilité de contacts sexuels. Il est important de noter que lors des entrevues, ces mêmes participants disaient ne pas considérer ces interventions comme étant punitives ou similaires à une mesure d'isolement. Pour eux, le fait d'envoyer les patients concernés à leur chambre était simplement un moyen de mettre fin à l'acte sexuel, de séparer les patients afin de faire un retour sur la situation individuellement avec chaque patient concerné à un moment opportun. Il nous apparaît que la punition est un concept ancré dans la culture institutionnelle à un point tel que les intervenants ne voient pas le « retour en chambre » comme une mesure punitive, une contention physique en conséquence à un acte posé, une rectification d'un comportement « inacceptable » qui est, dans le cas présent, une tentative d'expression sexuelle.

5.3.4.2 Surveillance

Tel qu'il en a été question dans le premier thème, la surveillance est un aspect inhérent au milieu psychiatrico-légal. L'architecture et l'aménagement des espaces sont pensés en termes d'observation. L'une des fonctions principales de chaque membre du personnel, indépendamment du groupe professionnel, est de maintenir un état de surveillance constant et de documenter les activités des patients. Cette fonction du dispositif psychiatrico-légal a été largement abordée dans les catégories précédentes. Or, ce dont il est question dans cette sous-section est la surveillance qui est exercée spécialement en cas de soupçons d'activité sexuelle. Tel qu'exprimé par plusieurs participants, lors de soupçons d'activités sexuelles, l'ensemble des actes par lesquels est exercé un contrôle suivi des patients augmente. Dans l'extrait suivant, le participant nomme des mesures prises en termes de surveillance lorsque les professionnels rapportent des soupçons de contacts sexuels entre patients. Il mentionne que ces informations sont partagées en réunion d'équipe afin de « surveiller de façon plus intense » :

Mais on faisait attention quand même, c'était nommé dans les réunions [d'équipe], on savait qui souhaitait avoir des relations puis on le surveillait de façon plus intens[e]. (Pro-12, para 44)

Ce qui est mentionné dans cet extrait reflète ce que nous avons observé sur le terrain. Les soupçons, les tentatives de contacts sexuels ou même les rumeurs que des patients pourraient être ou désirer être en relation avec d'autres patients deviennent des informations cliniques traitées avec grande importance. Elles font l'objet de discussions cliniques entre les membres du personnel et sont discutées lors des réunions d'équipe. Souvent, un appel à la vigilance est lancé et il est décidé que la surveillance des patients concernés sera augmentée. À titre d'exemple, une présence soutenue en salle (spécialement auprès des patients concernés) sera déployée, la fréquence des tournées sécuritaires augmentera lors d'activités tel que les douches, la lessive, les visualisations de films dans la salle de tv, etc. On documentera également au dossier du patient les

observations faites en lien avec sa sexualité sous prétexte d'assurer un meilleur suivi entre les professionnels et plus de cohérence au niveau des interventions.

Alors que différents professionnels appliquent différentes formes de surveillance, celles-ci interagissent ensemble pour exercer de façon coercitive ou non une forme de contrôle sur les comportements sexuels des patients. Ainsi, que ce soit une surveillance physique appliquée en salle par un éducateur, une observation notée au dossier d'un patient par une infirmière quant à un comportement de nature sexuelle ou la collecte de données d'un psychiatre orientée vers l'expression sexuelle du patient, ces formes de surveillance s'imbriquent les unes aux autres et modulent les comportements des patients. C'est en ces termes que l'on rationalise les techniques de surveillance et que celles-ci deviennent un mode d'exercice de pouvoir afin de gouverner la sexualité.

5.3.4.3 Répression et sanctions

Dans cette section, nous exposons les résultats qui ont trait à la répression. Les quelques cas de contacts sexuels qui ont été rapportés par des participants patients ont mené à la même sanction : avoir été changé d'unité. L'extrait suivant d'un participant patient témoigne de cette expérience. Il raconte s'être fait changé d'unité suite à ce que l'équipe traitante se soit rendu compte qu'il entretenait une relation intime avec une patiente de son unité :

Je ne me rappelle pas [comment l'équipe était intervenue], je pense qu'ils m'ont transféré [d'unité] après avoir su [qu'on avait essayé d'avoir des contacts sexuels]. Ils m'ont transféré dans une autre unité. Mais [c'était] comme si on sortait ensemble, c'était comme ma blonde la fille, on s'embrassait tout le temps dans la chambre, la salle de télé, puis (...) Oui, oui [ça me faisait du bien cette relation-là]. (Pt-10, para 46)

Nous entendons, dans ces propos, que cette relation était sérieuse pour le patient qui nomme la patiente comme étant « sa blonde ». Nous sentons le désarroi de ce patient lorsqu'il mentionne que cette relation était un élément positif de son hospitalisation. Il n'est pas le seul à avoir rapporté ce genre de conséquences où aucune information concernant

son transfert ne lui a été transmise et aucun autre contact avec sa « blonde » n'a été permis par la suite.

Un aspect important d'une répression est le fait de rendre les sanctions appliquées visibles à tous les patients, tel un rappel ou un exemple des conséquences à la désobéissance. Dans l'extrait suivant déjà présenté dans une section précédente, un patient raconte une anecdote circulant sur son unité concernant deux patients qui auraient eu des contacts sexuels dans la douche puis mentionne le fait que le patient en question aurait reçu une interdiction de prendre sa douche avec d'autres patients. Nous comprenons, par ce témoignage, que la situation représente un avertissement clair aux patients qu'il ne doit pas y avoir de contacts sexuels à l'institution :

La première chose dont j'ai entendu parler quand je suis arrivé sur l'unité c'était la fellation qui a eu lieu dans les douches. La personne qui a été fixée c'était la personne qui était bisexuelle, c'était lui et là je me suis dit, je vais me rapprocher de lui, mais vu qu'il a reçu une interdiction de [contacts dans les douches] je n'ai pas pu. (Pt-6, para 108)

Aussi banales que ces actions puissent paraître lorsque racontées par les patients ou même par les membres de l'équipe traitante comme application de la politique sur l'expression sexuelle, elles révèlent l'application de contraintes graves, voire même violentes sur les patients afin d'empêcher le développement d'un désordre à l'institution.

5.3.5 Résumé du thème

Dans ce dernier thème, nous avons exposé en détail les éléments qui constituent le discours infirmier, le discours médical ainsi que le discours des autres professionnels en ce qui a trait à la sexualité des patients. Les représentations des patients comme être sexuels ainsi que la perception que chacun a de son rôle par rapport à la sexualité des patients ont servi de points de comparaisons entre les différents discours. Les représentations des patients dans des cadres rigides dichotomiques de vulnérabilité-dangereux, abuseur-abusé, asexuel-hypersexuel sont des notions récurrentes dans tous

les discours professionnels et contribuent grandement au façonnage tant des pratiques professionnelles que de la sexualité des patients.

La conceptualisation de la sexualité comme un besoin versus un droit est un autre point de comparaison des différents discours professionnels. Il a été exposé que, de façon générale, les infirmières reconnaissent la sexualité comme un besoin plutôt que comme un droit alors que les éducateurs ont peine à la reconnaître comme un besoin.

L'analyse des résultats présentés dans ce thème montre un milieu polarisé où les infirmières se retrouvent en négociation constante de leur rôle caritatif lié traditionnellement à la prise en charge de la santé sexuelle versus le rôle de contrôle attribué par le milieu psychiatrico-légal. Les différents discours documentés dans les résultats interagissent et rationalisent l'application de modes d'exercice de pouvoir pour gouverner la sexualité des patients. Peu importe les rôles traditionnellement attribués aux différents professionnels quant à la sexualité des patients, chacun devient un acteur dans le gouvernement des conduites sexuelles des patients à l'institution.

5.4 Résumé des résultats

L'analyse des données présentée dans ce chapitre explore trois différents thèmes soit : situer la sexualité en contexte médico-légal, faire l'expérience de la sexualité en tant que patient et gouverner la sexualité des patients. En explorant ces thèmes à partir des points de vue individuel, institutionnel et social, mais aussi sous différents axes (patients, professionnels, membres de la direction des soins infirmiers) une variété de discours spécifiques a été identifiée. Les données récoltées permettent de constater que ces discours façonnent les croyances et les actions des patients, des infirmières et des autres professionnels tels que les psychiatres, les éducateurs et les psychologues. En présentant ces données, nous espérons mettre en lumière comment ces discours issus du contexte, de l'expérience des patients et des professionnels de la santé agissent au niveau individuel, institutionnel et même social. La façon, par exemple, dont les professionnels

se représentent les contacts sexuels entre hommes en milieu fermé affectent non seulement la prise en charge qu'ils font de la sexualité des patients, mais également la perception que les patients ont de leur propre sexualité.

Les discours ainsi que les pratiques discursives qui sont exposés dans les trois thèmes sont interconnectés et révèlent comment la culture psychiatrico-légale transforme la profession infirmière. En effet, le double rôle infirmier (soin et discipline) spécifique au milieu psychiatrico-légal affecte la perception que les patients ont des infirmières. Les infirmières, de par leur rôle traditionnel, ont un accès privilégié à certaines sphères de la vie de leurs patients telles que la sexualité. Dans le contexte du milieu à l'étude, le rôle de discipline et de contrôle qu'elles doivent aussi incarner vient compromettre l'établissement d'une alliance thérapeutique nécessaire à l'administration de soins de santé sexuelle. L'analyse des données présentée dans ce chapitre lève le voile sur des aspects particuliers des soins infirmiers en milieu de psychiatrie légale quant à la sexualité des patients hospitalisés.

L'analyse des données dévoile un système en place (architecture, politiques, agents) servant à contrôler la sexualité des patients. Les infirmières semblent être prises dans un double paradoxe où, d'une part, elles doivent appliquer des politiques institutionnelles non favorables à l'expression sexuelle des patients alors que leur rôle est d'épauler les patients dans les démarches relatives à leur mieux-être et, d'autre part, elles deviennent des actrices importantes dans le maintien du discours selon lequel les interventions quant à la sexualité des patients sont non prioritaires, étant donné le mandat principal de l'institution qui est orienté davantage vers l'évaluation et la stabilisation de l'état mental. Or, est aussi visible dans les données le fait que la sexualité semble au contraire devenir rapidement une priorité lorsqu'il y a « soupçon » de contacts sexuels entre patients. Dès lors, ces « soupçons » viennent justifier l'arrêt de toute tâche en cours et la mise en place d'interventions auprès du ou des patients concernés. Il apparaît donc

qu'aborder la sexualité de façon positive ne soit pas une priorité, mais de s'assurer qu'il n'y ait point de sexualité en soit une.

Les différents thèmes présentés dans ce chapitre sont présentés comme trois différentes parties d'une analyse. Notre discussion viendra tisser des liens entre les données présentées dans ces trois thèmes et les écrits ainsi qu'avec notre cadre théorique afin de montrer comment les données collectées créent, légitiment, supportent et contredisent des pratiques discursives spécifiques.

CHAPITRE VI : DISCUSSION

Nous avons jusqu'ici présenté notre problématique de recherche et en avons démontré l'importance, tout en la situant au plan paradigmatique. Le contexte psychiatrico-légal, l'expérience sexuelle des patients et la prise en charge de la sexualité par le personnel infirmier et non-infirmier ont été explorés suivant une perspective de théorie critique. Cette position épistémologique a inévitablement orienté l'analyse de nos résultats. Conjointement au choix méthodologique, elle a également permis de situer des notions tel que le risque, la dangerosité et la vulnérabilité en lien avec le contrôle de l'expression sexuelle des patients, notions d'une grande pertinence à ce projet de recherche. Notre recension des écrits s'est ensuite articulée autour de six axes fondamentaux à la compréhension de la problématique de recherche, mais également à une meilleure compréhension de la culture psychiatrico-correctionnelle.

Suite aux considérations méthodologiques, nous avons procédé à une analyse thématique des données collectées. Cette analyse nous a permis de dégager trois grands thèmes. Suivant les résultats obtenus et mis en évidence au chapitre précédent, le temps est maintenant venu de confronter nos résultats de recherche aux écrits existants et de liés ceux-ci aux théories utilisées.

À partir de l'ensemble de nos résultats, nous retenons trois dimensions touchant directement notre sujet de recherche « l'expression de la sexualité de patients (hommes) hospitalisés en milieu de psychiatrie-légale » et faisant aussi directement écho à nos questions de recherche initiales. Notre discussion s'articulera donc autour des dimensions suivantes : 1) les pratiques disciplinaires et le gouvernement des conduites sexuelles, 2) la santé sexuelle et les droits humains, et 3) l'impact des discours ambiants sur l'expression sexuelle. Finalement, une exploration des limites et contributions de ce projet de recherche sera également élaborée.

6.1 Pratiques disciplinaires et gouvernement des conduites sexuelles

À la lumière des données recueillies lors de notre recherche, l'institution étudiée combine les caractéristiques de l'asile et de la prison (Mason et Mercer, 1999). Elle s'inscrit à la croisée des dispositifs psychiatrique et pénal, lesquels sont tous deux décrits par Goffman (1968) comme des institutions totales (ou totalitaires), des « lieux de résidence et de travail où un grand nombre d'individus, placés dans la même situation, coupés du monde extérieur pour une période relativement longue, mènent ensemble une vie recluse dont les modalités sont explicitement et minutieusement réglées » (p.41). Ce dernier stipule que dans notre société, ces institutions sont des endroits de coercition qui transforment les gens. Sous le couvert du traitement de patients, de la réhabilitation de criminels ou de l'éducation des enfants à l'école (Hacking, 2004), on façonne les individus, on les transforme ou, comme dirait Foucault (1975), on « les rend dociles ». Goffman reconnaît quatre principales caractéristiques aux institutions totales : la coupure du monde extérieur, une prise en charge complète des besoins des reclus par l'institution, un mode de fonctionnement bureaucratique et, finalement, des contacts entre reclus et surveillants limités. Il a été mis de l'avant, dans l'analyse des résultats, que ces caractéristiques étaient toutes présentes dans l'institution et que cette transformation dite « totale » s'étend effectivement à toutes les sphères de la vie des patients lorsque hospitalisés, allant jusqu'aux sphères les plus intimes telles que la sexualité. L'expression sexuelle ne fait donc pas exception à cette « docilisation des corps » à laquelle Foucault fait référence.

L'analyse de l'espace institutionnel, de l'architecture, des rituels et de la prise en charge des patients révèle le caractère total de l'institution ainsi que les aspects de surveillance et de contrôle qui lui sont reliés. Nos données ont fait valoir que la répartition de l'environnement et de l'architecture (entre autres) facilite le contrôle des corps et de l'expression sexuelle des patients. En effet, selon Foucault, la création d'espaces dédiés, séparés, éloignés, clos, tels que les asiles, les prisons, les hôpitaux, est nécessaire pour

créer des corps dociles. Toutes nos données récoltées concernant l'espace, l'architecture et le design sont des éléments typiques de l'institution totale ainsi que de ce que Foucault décrit comme étant essentiel à la création de corps dociles. Nos données quant à l'espace institutionnel et à la façon dont il façonne les pratiques sexuelles rejoignent également ce que Brown et al. (2014) décrivent comme un arrangement architectural minant la capacité de se « sentir sexuel », comme il est possible de le faire à l'extérieur du contexte médico-légal.

Non seulement l'architecture et la répartition des corps dans des espaces définis ne permet pas les rapprochements entre patients, mais elle induit l'auto-surveillance. Plusieurs éléments de l'architecture (disposition des unités de vie, design des consoles de sécurité, dispositifs de sécurité) ne sont pas sans rappeler le concept de *panopticon* ou panoptisme de Foucault. Ce concept fait référence à un outil de surveillance et de contrôle caractéristique du pouvoir disciplinaire (Monod, 1997). Typiquement, le *panopticon* réfère à une forme particulière qui permet la surveillance ou l'idée d'une surveillance continue, conférant ainsi un contrôle quasi absolu. Ce que Monod (1997) explique est qu'en fait, cette tour d'observation qu'est la forme panoptique pourrait être vide et l'effet produit serait le même : la personne incarcérée viendra inévitablement à croire qu'elle est observée dans sa cellule et ce, en tout temps. C'est ainsi que la machine panoptique induit l'auto-surveillance, l'autorégulation et l'intériorisation de la discipline (Foucault 1975). Nous avons observé que cette intériorisation de la discipline s'applique aux pratiques sexuelles des patients. En effet, l'autorégulation que font les patients sur leur expression sexuelle est, selon nous, le produit de l'effet du panoptisme. La visibilité des membres du personnel à elle seule semble induire une pratique disciplinaire infaillible en faisant en sorte d'induire l'auto-surveillance chez les patients. Nous croyons également que le fait qu'il y ait si peu d'incidents d'ordre sexuel à l'institut relève entre autres de l'intériorisation de la surveillance chez les patients. Tel qu'il a été mentionné dans les

résultats, tous les patients interviewés croyaient que les contacts sexuels étaient interdits sans connaître l'existence de la politique officielle. Théoriquement, ceci est expliqué par Foucault par l'intériorisation de la discipline, et repris en partie par Mason lorsqu'elle décrit le caractère productif de l'homophobie, nous permettant de voir comment cette forme de violence est un instrument du pouvoir qui assure la subjectivation des patients et des professionnels. À notre connaissance, cette perspective n'a pas été explorée dans les écrits. En fait, les données issues des écrits montrent une plus grande incidence des contacts sexuels dans les milieux de psychiatrie légale (Quinn et Happell, 2015 ; Brown et al., 2014 ; Barlett et al. ; 2010 ; Ruane et Hayter, 2008 ; Warner et al., 2004) que ce que nous avons relevé.

Le gouvernement des conduites sexuelles illustré dans l'analyse des données s'opère selon trois modes d'exercices du pouvoir (dressement, surveillance et répression) et s'inscrit dans une approche disciplinaire typique du milieu psychiatrico-légal. Une série d'interventions a été décrite par les participants en réponses aux comportements sexuels « incorrects », à l'indécence, à la désobéissance quant à la politique sur la sexualité, etc. À titre de punition, les participants ont rapporté toute une série de procédés subtils allant du châtiment physique léger (retour en chambre – isolement) à des privations mineures (retrait de certains privilèges) et à de petites humiliations. Au point de vue théorique, Foucault mentionne qu'un système disciplinaire vise à réduire les écarts, à être correctif. Ces punitions sont essentiellement des mesures correctives qui relèvent du contrôle des déviations liées au temps, aux activités, aux comportements, au langage, au corps ou à la sexualité (Foucault, 1975). Elles s'inscrivent aussi dans les différents mécanismes de contrôle décrits par Mason (2006).

Une autre notion relevant de la discipline et inhérente aux institutions totalitaires est le fait qu'elles appliquent à l'individu un traitement collectif répondant à un système d'organisation bureaucratique qui prend en charge tous ses besoins, quelle que soit la

nécessité ou l'efficacité de ce système (Goffman, 1968). C'est précisément ce que nous avons observé en ce qui a trait à la prise en charge de la sexualité. Aucune différenciation n'est faite quant au statut du patient, à son état mental et à ses besoins quant à l'application de la politique sur l'expression sexuelle. Les contacts sexuels sont interdits au même titre pour tous.

La discipline, selon Foucault, fabrique des corps « dociles », soumis et obéissants; elle régule minutieusement les forces du corps par différentes techniques. Le pouvoir disciplinaire consiste en l'application de politiques de coercition qui agissent directement sur le corps afin de manipuler ses comportements, ses gestes et aussi ses relations avec les autres. C'est ce que les données recueillies ont révélé quant à la politique formelle interdisant les contacts sexuels entre patients, mais également au regard de la conduite sexuelle générale que doivent adopter les patients. L'analyse des données a exposé un comportement sexuel précis attendu de la part des patients. En effet, les corps, une fois hospitalisés, se doivent d'être soit abstinentes, soit de pratiquer la masturbation « de façon respectueuse », c'est-à-dire en chambre, couvert, à des heures appropriées, entre les multiples tournées sécuritaires. Il est aussi attendu de la part des patients que leurs fantasmes soient appropriés (selon les standards institutionnels). En effet, les discours professionnels vont jusqu'à dicter ce qui est approprié comme objet de fantasme. Ces interventions sont un exemple de ce Foucault appelle des techniques de subjectivation. Elles sont un processus par lequel se produit la constitution d'un sujet et sa soi-disant subjectivité (Vihalem, 2011). Pour Foucault, la sexualité s'inscrit dans les différentes facettes de la subjectivation des individus. Il est primordial de spécifier que pour lui, la sexualité est beaucoup plus qu'une façon de se reproduire ou d'expérimenter le plaisir. Il s'agit en fait d'un concept rattaché à plusieurs significations et au pouvoir, est une forme de savoir en plus d'être une activité physique et elle implique la relation à soi autant que la relation aux autres (Danaher, Schirato et Webb ; 2000). Tout au long de l'histoire et à

travers une variété de cultures, les civilisations ont tenté de contenir et de contrôler les comportements sexuels dans le but de définir ce que l'on considère comme une sexualité normale pour leur société (Goodwach, 2005).

Les différents discours professionnels qui sont ressortis de notre analyse de données reflètent l'idée que la sexualité des patients est propriété publique, c'est-à-dire qu'elle ne leur appartient plus strictement à eux, qu'elle est sujette à être gérée par autrui. Ainsi, notre analyse de données permet de constater que leur sexualité doit être discutée et gouvernée pour empêcher qu'elle soit mal utilisée, malsaine, abusive, déviante, inappropriée et ce, par l'institution. Cette idée est élaborée dans le livre *Histoire de la sexualité* (1978) où Foucault, par une archéologie de la sexualité, explique les changements en termes de pratiques et de discours sur la sexualité au cours des siècles, ceux-ci étant passés de l'acte simplement physique et relevant du plaisir corporel à un acte lié à la perfection de soi, puis à un péché (associé à l'émergence de l'ère Chrétienne) et maintenant, à un phénomène qui se doit d'être gouverné. Ainsi, l'idée que la sexualité doit faire l'objet de politiques officielles a émergée au 18^e siècle, explique Foucault, et c'est à partir de ce point marquant que la sexualité est devenue propriété publique. En tant que propriété publique, elle est devenue une ressource potentielle pouvant être menacée ou mal utilisée, nécessitant par conséquent l'analyse d'experts et la gestion d'autorités institutionnelles plutôt qu'une autogestion exercée par les individus eux-mêmes (Danaher, Schirato et Webb ; 2000).

L'utilisation de la sexualité des individus pour classifier leur subjectivité fait en sorte que l'attention est portée sur la personne plutôt que sur l'acte sexuel. Ceci établit les raisons pour lesquelles des gens sont représentés et conçus comme des types particuliers d'êtres, en fonction des relations singulières qu'ils entretiennent avec eux-mêmes, avec la société et ses normes (Danaher, Schirato et Webb ; 2000). Effectivement, les classifications qui sont faites des patients par rapport à certains comportements sexuels

(masturbation « inappropriée », comportement de séduction, exhibitionnisme, etc.) affectent leur subjectivation. Ils deviennent des êtres « déviants », « pervers », « vulnérables », « dangereux » à cause de comportements sexuels ne répondant pas à la norme institutionnelle, ce qui vient justifier des interventions cliniques qui n'auraient pas lieu d'être si on ne les classifiait point selon des actes sexuels commis. À cet effet, en incorporant les théories féministes au pouvoir foucaldien, Mason (2006) montre également le caractère oppressif de l'homophobie. Cette distinction quant au pouvoir répressif vs le pouvoir productif a été pertinente pour notre projet dans la mesure où elle insiste sur l'importance d'une vision systémique des effets de l'homophobie tout en offrant également un point de vue sur les effets sur les personnes touchées.

L'association entre vérité et sexualité, associée à la production de catégories telles que « normales » et « déviantes », à quoi s'ajoute ce que Foucault considère comme l'intérêt presque obsessionnel des sociétés occidentales pour le sexe et ce, depuis l'époque Victorienne, est basée sur ce qu'il appelle la dyade « savoir-pouvoir ». Ces attitudes et pratiques réglementaires ont émergé en même temps que le développement des sciences sociales, pour lesquelles elles ont fourni maints objets d'étude. Gros (1996) explique que la démographie, l'économie et l'eugénisme furent d'abord axés sur des sujets "normaux" – principalement des couples mariés – car il s'agissait de développer une base de données permettant de mesurer les niveaux de production et de consommation par rapport à la natalité. Mais, comme toujours, les experts (les scientifiques) accordent plus d'attention aux sujets "déviants", en partie parce que tout ce qui est considéré comme normal est également considéré comme « allant de soi », c'est-à-dire ne nécessitant pas d'analyse (Danaher, Schirato et Webb ; 2000). À la lumière de notre analyse de données, la sexualité à l'institution s'inscrit dans ces attitudes et pratiques réglementaires en ce sens où l'on juge que la sexualité des patients doit être étudiée, analysée par des experts – les psychiatres. Dès lors, les actes sexuels des

patients deviennent un objet de science qui nous en apprend davantage sur « qui ils sont vraiment », nous donnant toutes sortes d'information sur leur condition, leur statut de dangerosité, etc. Cette idée vient également justifier la collecte de données sur la sexualité des patients, sans toutefois aborder les préoccupations d'ordre sexuel que les patients pourraient avoir. Plusieurs écrits tirés de la littérature scientifique ont également soulevé des résultats semblables quant à l'intérêt porté à la sexualité des patients et aux répercussions de cet intérêt sur sa prise en charge. DeLamater et Friedrich (2002) mentionnent que l'influence des croyances et des attitudes des infirmières qui définissent des comportements sexuels spécifiques comme étant normaux ou anormaux peut entraîner la régulation du comportement sexuel dans les hôpitaux (Earle 2001), celle-ci étant vue comme un obstacle au développement des relations futures (McCann 2010). De façon générale, les écrits décrivent un manque de reconnaissance de la sexualité ou des relations intimes entre patients (Perlin, 1993) ainsi que des tentatives de prévention par diverses stratégies de ségrégation (Greenberg, 1993), tel que décrit dans notre analyse de données. Les croyances religieuses et morales des infirmières jouent également un rôle dans le développement de pratiques négatives et restrictives envers les relations sexuelles des patients (Loza et Zaki, 1993), et même lorsque le personnel tolère certains comportements sexuels à l'exemple la masturbation, les relations sexuelles sont généralement perçues comme « malsaines » (Commons et al., 1992; Vartiainen, 1993; Hickling, 1993). La notion selon laquelle les patients pourraient vouloir établir des relations sexuelles est souvent désapprouvée (Earle 2001), ce qui entraîne la stigmatisation de ces comportements (Berer 2004) et évite d'inclure la sexualité dans les soins des infirmières en santé mentale (Quinn et al., 2011).

Ainsi, selon Foucault (1978), le corps est devenu le site ou le « centre local » du savoir-pouvoir sous la surveillance d'experts et de surveillants autorisés. L'époque Victorienne – dont nous nous souvenons maintenant comme la période de répression du

sexe – était en fait la période où le sexe est devenu très visible. Plutôt qu'une absence de sexe, on peut voir ce que Foucault appelle une explosion de discours sur le sexe : « ce n'est pas qu'ils ont consigné le sexe à une existence obscure, mais qu'ils se sont engagés à en parler *ad infinitum*, tout en l'exploitant comme secret » (Foucault, 1978, p.35). Et le but de cette explosion discursive n'était pas de trouver de meilleurs moyens de s'engager dans la sexualité, de faire disparaître la sexualité ou de l'interdire, mais plutôt de la connaître. Ainsi, le sexe à l'ère moderne a été dominé par ce que Foucault appelle une *scientia sexualis*, l'accent mis sur le savoir plutôt que sur le plaisir, le sexe comme clé de la compréhension des sujets et donc sur la réalisation du bien-être social. *Scientia sexualis* retire complètement le plaisir à la pratique et base la vérité dans les principes scientifiques de classification, d'organisation et de mesure (Danaher, Schirato et Webb ; 2000). Cette attitude, principalement observée chez les psychiatres participants à notre étude, souligne une volonté de savoir afin de mieux contrôler. En effet, nous avons observé, lors de la collecte de données, que les patients ne sont pas tant incités à parler de leur sexualité, alors que le personnel hospitalier, pour sa part, collige maintes données à ce sujet. On documente le nombre de fois qu'ils se masturbent, leurs habitudes sexuelles, on discute de leurs comportements et on les catégorise selon qu'ils nous apparaissent déviants ou acceptables, exhibitionnistes ou séducteurs, etc. Le terme « laboratoire de pouvoir » que Foucault (1975) utilisait pour décrire le panoptisme, dans le sens où il permet un contrôle plus efficace et une accumulation de savoir accru, prend tout son sens. Dans les écrits, il est plutôt question d'un déni complet des besoins sexuels des patients ou de l'omission volontaire d'aborder les questions d'ordre sexuel avec eux.

Finalement, bien que les discours sociaux et institutionnels de même que leurs technologies connexes forment notre subjectivité, selon Foucault, ils sont eux-mêmes des effets sociaux et répondent aux changements des pratiques sociales. Ce qui est juste ou éthique dans une période donnée est simplement ce qui correspond à l'épistème

dominant et est autorisé par les discours et les institutions dans lesquels la pratique est formulée (Danaher, Schirato et Webb ; 2000). Ces discours sont muables et le *statu quo* peut changer et permettre de nouvelles pratiques, adressant les besoins sexuels plutôt que de les documenter et de les utiliser comme éléments définissant les patients.

6.2 Santé sexuelle et droits humains

Comme nous l'avons présenté dans la recension des écrits, l'expression de la sexualité ainsi que la santé sexuelle relèvent des droits humains fondamentaux (Dixon-Mueller et al., 2009; Perlin, 2008). Outre les droits sexuels proprement dits, c'est-à-dire les droits découlant du droit à la vie privée et à l'expression sexuelle de façon libre et consentante, les droits relatifs à la sécurité, à la dignité ainsi qu'à l'absence de discrimination sont également en cause. Il a été soulevé par plusieurs participants que l'interdiction de contacts sexuels mettait la sécurité des patients en jeu. En effet, l'exemple nommé par certains concernant l'absence de matériel de protection ou de routine de dépistage d'ITSS est une entrave aux droits humains des patients par le fait qu'ils mettent la sécurité de ces derniers en jeu, les exposant à des infections surreprésentées dans les milieux correctionnels (Association Médicale de l'Ontario, 2004). L'interdiction de contacts sexuels faisant en sorte qu'il n'y a point d'espace dédié pour que les patients expriment leur sexualité de façon privé, sécuritaire et confortable affecte leur dignité. À cet effet, Goffman (1968) affirme que les institutions totales limitent les rapprochements et favorisent la délinquance, forçant la mise en place par les patients d'« adaptations secondaires »⁵. Les patients qui tentent, malgré l'interdit, d'avoir des contacts sexuels de façon clandestine se mettent ainsi davantage à risque. En plus du risque de provoquer, au sein de l'institution, des réactions homophobes, le règlement interdisant les contacts

⁵ Goffman (1968) définit les adaptations secondaires ainsi : « des pratiques permettant aux reclus dans une institution totalitaire d'obtenir des satisfactions interdites ou autorisées, mais par des moyens défendus » (p.245)

sexuels entre patients vient créé un sentiment négatif à l'égard de la sexualité. Au ressort des commentaires généraux des participants patients, nous notons effectivement de la honte, de la culpabilité, une peur du jugement et une impression de ne pas avoir le droit d'avoir une vie sexuelle. Ceci illustre ce que Mason (2006) théorise comme la violence homophobe, ayant des répercussions tant au niveau systémique qu'individuelle. Ces conclusions ont également été rapportées dans la littérature (Merotte, 2009; De la Motte Rouge, 2006). Plusieurs auteurs soulèvent de plus un questionnement quant à la portée que peuvent avoir ces sentiments négatifs à l'égard de leur sexualité une fois de retour en communauté (Brown et al., 2014; Pitt et al., 2007), reflétant ainsi un impact à long terme sur les droits fondamentaux des patients.

Chez les participants membres du personnel, plusieurs témoignages reflètent un malaise persistant quant à l'expression sexuelle des patients, la prise en charge de leur santé sexuelle et le respect des droits fondamentaux humains. En effet, pour plusieurs intervenants cliniques, le questionnement à savoir si des patients hospitalisés en milieu de psychiatrie légale ont le droit d'avoir des interactions sexuelles volontaires soulève un dilemme éthique. D'une part, par définition, les patients hospitalisés en milieu de psychiatrie légale ont des démêlés avec la justice et sont, dès lors, soit souvent inaptes à subir leur procès, étant tenus non-criminellement responsables pour cause de troubles mentaux ou dans certains cas, sentenciés pour avoir commis des actes criminels graves. D'autre part, leurs statuts légaux soulèvent certaines préoccupations à savoir à quel point ceux-ci sont autorisés à exercer leur droits civils lorsqu'institutionnalisés, et aussi à quel point ils sont habilités à consentir à des contacts sexuels sans être un potentiel danger pour eux-mêmes ou pour autrui. Pour reprendre les termes exacts des témoignages recueillis, les préoccupations liées soit à la « dangerosité » ou à la « vulnérabilité » des patients viennent remettre en question l'exercice de leurs droits sexuels. Il s'agit d'un réel enjeu clinico-légal (Perlin, 2008) qui a été reconnu dans plusieurs recherches sur le sujet.

Welch et Clements (1996) affirment que les relations intimes des patients représentent des problèmes importants, mais difficiles à intégrer dans le contexte des soins de santé en réadaptation médico-légale. Ils soulèvent des préoccupations fondamentales concernant les droits et libertés des individus en même temps que la complexité de cet enjeu, en rappelant que la liberté pour une personne peut constituer un abus ou une négligence pour autrui. Ainsi, la santé sexuelle, l'expression et les relations sexuelles des patients doivent être gérées par le personnel hospitalier, expliquent-ils. Ces derniers ajoutent que pour les institutions qui ont un devoir de diligence, cela nécessite de trouver un équilibre entre les risques perçus et les résultats thérapeutiques potentiels et de mettre en place des stratégies appropriées de gestion des risques afin d'atteindre un équilibre entre la facilitation et le contrôle (Hodge et Kruppa, 1999; Swan et Taylor, 1999; Holmes, 1998; 1993). Bien que ces écrits datent de presque deux décennies, ils sont toujours pertinents car ils reflètent le discours des professionnels et des membres de la direction à l'égard de l'intégration de la sexualité des patients.

Un autre point important soulevé dans les écrits est l'importance des pratiques discursives en ce qui a trait à la sexualité et aux droits des patients. Nos données révèlent que plusieurs participants considèrent l'expression sexuelle comme un besoin des patients. Très peu de participants conceptualisaient l'expression sexuelle comme un droit. Nous croyons, tout comme Rowntree et Zufferey (2015), que la façon dont l'expression sexuelle est conceptualisée a des implications critiques quant à l'engagement de l'institution par rapport à ce sujet. Reconnaître l'expression sexuelle comme un besoin produit un discours qui informe les politiques, les procédures et les pratiques permettant aux professionnels de répondre aux besoins des patients, alors qu'un discours quant au droit à l'expression sexuelle des patients façonne les politiques, les procédures et les pratiques afin d'améliorer leur autonomie et leur intimité, ce qui redonne plus de pouvoir aux patients en ce qui a trait aux droits sexuels.

D'un point de vue théorique, Perlin (1994, 1998, 2008) stipule que le sanisme est la source de plusieurs dénis de droit de personnes affectées par des troubles de santé mentale et, plus particulièrement, celle qui influence les professionnels de la santé à ne pas considérer les patients hospitalisés en milieux de psychiatrie légale comme étant aptes à avoir des contacts sexuels. La psychophobie ou le *sanisme* est une forme de discrimination et d'oppression à l'égard des personnes catégorisées comme souffrant de troubles psychiques (Birnbaum, 1974). Plusieurs témoignages recueillis nous portent à croire que l'application d'un traitement de masse imputant de grandes restrictions à l'expression sexuelle des patients tel que le prescrit la politique officielle de l'institution relève de la psychophobie. Perlin (2008) stipule que l'attitude des professionnels de la santé en regard de la sexualité des personnes atteintes de problèmes de santé mentale reflète le *sanisme*, ainsi :

Society tends to infantilize the sexual urges, desires, and needs of the mentally disabled. Alternatively, they are regarded as possessing an animalistic hypersexuality, which warrants the imposition of special protections and limitations on their sexual behavior to stop them from acting on these "primitive" urges. By focusing on alleged "differentness", we deny their basic humanity and their shared physical, emotional, and spiritual needs. By asserting that theirs is a primitive morality, we allow ourselves to censor their feelings and their actions. By denying their ability to show love and affection, we justify this disparate treatment. (p.502)

Cet extrait reflète largement ce qui a été entendu lors des entrevues. En effet, plusieurs participants ont émis l'opinion que les patients nécessitaient une prise en charge totale et infantilissante de leur sexualité, révélant une croyance que ceux-ci sont extrêmement vulnérables et complètement inaptes à gérer leur sexualité. Des craintes face à l'hypersexualité potentielle des patients dans l'éventualité où les contacts sexuels seraient permis ont également été soulevées à plusieurs reprises dans nos résultats. Ces discours sont des exemples de ce que Perlin appelle le sanisme et pourrait en partie expliquer la prise en charge des infirmières à l'égard de la sexualité des patients. Bien que Quinn et Happell (2015) stipulent que les raisons de l'inaction apparente des infirmières

participantes à leur recherche ne semblent pas refléter des croyances discriminatoires et stéréotypées, nous ne pouvons, à la lumière de notre analyse, abonder dans le même sens.

Perlin (2008) explique que les croyances relevant du sanisme justifient les règles et les pratiques en place qui cherchent activement à prévenir les relations sexuelles sur la base du risque et de la protection de ceux qui sont vulnérables et potentiellement incapables de consentir (Bartlett et al. 2010; Dixon-Mueller et al. 2009). Bien que les questions juridiques et éthiques soient des considérations importantes, l'approche actuelle empêche un soutien holistique, individualisé (Pacitti & Thornicroft 2009), axé sur le rétablissement et centré sur la personne (Slade et al. 2014), typique de l'approche de soins infirmiers. Nous sommes d'avis que les risques de relations sexuelles et, en particulier, les complications juridiques et éthiques, doivent être reconnues et traitées. Vu sous cet angle, il est moins nécessaire de miser sur le contrôle (Dein et Williams 2008) et davantage sur une appréciation positive des relations sexuelles comme étant une question de qualité de vie pour les patients (Eklund et Östman 2010) au regard de leurs décisions en matière de relations sexuelles (Tennille & Wright 2013).

D'un point de vue déontologique, plusieurs questions s'imposent. En effet, l'éthique professionnelle est grandement remise en question en ce qui concerne les valeurs professionnelles des soins infirmiers. Notre analyse de données ainsi que plusieurs études font valoir que les infirmières reconnaissent l'importance des relations sexuelles, en particulier dans l'environnement médico-légal à long terme, mais qu'elles ne semblent toujours pas l'incorporer dans la pratique (Quinn et Happell, 2015). Éviter ces discussions et ne pas soutenir les patients en ce qui a trait aux problèmes liés à leur sexualité, comme nous l'observons dans nos données, est préoccupant, en particulier parce que certains patients passeront une grande partie de leur vie adulte en milieux fermés (Dein et Williams, 2008). Tel que mentionné précédemment, il s'agit non

seulement d'un déni des droits de l'homme (Dixon-Mueller et al. 2009; Perlin 2008), mais aussi d'un déni de soins et de traitements de base qui s'inscrivent dans une vision holistique des soins de santé. Quand les individus subissent d'importantes privations au niveau de leur fonctionnement psychologique et biologique, il s'avère logique que s'en suivent des conséquences négatives, stipulent Tewskbury et West (2000). Ruane et Hayter (2008) affirment que la minimisation du discours professionnel sur les relations sexuelles entre patients soulève des questions sur le rôle de l'enseignement professionnel, des connaissances et des politiques en matière de socialisation professionnelle. Pour notre part nous croyons qu'elle soulève également des questions quant à l'éthique professionnelle. À cet effet, les valeurs fondamentales de la profession infirmière tel que le respect, l'humanité, la compétence et l'excellence (OIIQ, 2014) ne sont pas respectées. Les écrits abondent sur les effets positifs que peuvent avoir les relations sexuelles et intimes sur les patients. Les recherches suggèrent que lorsque les patients sont impliqués dans des relations, ils manifestent un plus grand intérêt pour d'autres activités significatives (Eklund & Östman 2010). À ce titre, fournir un soutien relationnel devrait être une considération clinique importante.

Lors d'une entrevue avec la commissaire aux plaintes des usagers de l'institution, des préoccupations légales sont soulevées. On nous explique qu'il n'y a aucun fondement légal soutenant la politique institutionnelle interdisant les contacts sexuels. Bien que les droits humains ne soient pas des droits absolus (Clapham, 2007), ils ont un poids particulier contre d'autres revendications et peuvent être brimés seulement pour des raisons exceptionnelles, lesquelles doivent être clairement expliquées et délimitées (Freeman, 2011). Aussi, un droit de cet ordre ne peut être brimé pour une durée indéterminée. Une réévaluation continue de l'état ou de la condition faisant en sorte que ce droit peut être brimé est essentielle. Or, rien n'est indiqué à cet effet dans la dite politique. Le personnel infirmier a le devoir d'accepter et de traiter la sexualité des patients,

indépendamment de leur orientation sexuelle ou de leur état matrimonial, de manière empathique, non critique et humaine. Cette obligation découle des articles de la loi sur la charte des droits et libertés ainsi que de l'Acte de loi sur la santé mentale et reflète les valeurs fondamentales de la profession infirmière (Welch et Clements, 1996 ; OIIQ, 2014). L'accomplissement de cette tâche par le personnel infirmier est essentiel au respect des droits fondamentaux des patients.

Notre analyse de données a également révélé que la direction de l'institution a, elle aussi, des responsabilités à l'égard de la santé sexuelle des patients. Dans leur étude sur l'élaboration d'une politique sur la sexualité des patients en milieu de psychiatrie légale, Welch et Clements (1996) affirment que « l'hôpital a le devoir de prendre des mesures raisonnables pour protéger les patients contre d'éventuels préjudices découlant de rencontres sexuelles et pour dispenser une éducation et une rééducation adaptées à la sexualité des patients. » (p.276). En outre, l'obligation de dispenser une éducation et une réadaptation liées à la sexualité des patients est nécessaire dans le cadre d'un effort raisonnable visant à protéger ces derniers contre les préjudices (Welch et Clements, 1996).

Durant notre collecte de données, les membres du personnel tout comme les membres de la direction des soins infirmiers expriment, à plusieurs reprises, avoir une expertise exceptionnelle et unique comme professionnel de la santé œuvrant en milieu de psychiatrie légale auprès d'une clientèle de 3^e ligne, sans toutefois définir en quoi exactement consiste cette expertise. Trouver des solutions pour respecter les droits et la dignité des patients et ce, malgré la présence d'importantes contraintes, devrait s'inscrire prioritairement dans cette dite expertise. En effet, dans un milieu aussi étroitement lié au domaine du droit, il appert que l'expertise des infirmières devrait résider dans des approches tentant de rééquilibrer le soin et le contrôle afin que, malgré les contraintes propres au milieu psychiatrico-légal, jamais un patient ne se voit brimer de ses droits

humains fondamentaux sans justification. Robert Castel, dans la préface du livre *Asiles* de Goffman (1968), soulève cette tension constante entre « l'activité thérapeutique et les exigences de sécurité et de sauvegarde sociales dont a hérité l'hôpital » (p.25).

Dans ce milieu clos, prisonnier de son héritage historique, deux pathologies antagonistes s'entretiennent mutuellement : par ce qui lui reste de conscience de sa liberté, l'interné s'affronte au médecin et à l'institution carcérale en un combat souvent injuste mais nécessaire, car il représente sa seule défense contre l'aliénation asilaire; mais, par ce fait même, malade, il s'interdit le meilleur recours contre son aliénation privée, la confiance non moins nécessaire envers le thérapeute et l'établissement thérapeutique. Il n'est sans doute pas de piège mieux monté, ni de rôle plus pathétiquement contradictoire, sauf peut-être celui du psychiatre lorsqu'il éprouve que chacune des alternatives de ce conflit insoluble s'investit sur l'une des figures de son double personnage de représentant de l'institution totalitaire et de thérapeute. (p.35)

Ce rôle contradictoire de « représentant de l'institution totalitaire » et de « thérapeute » abordé par Castel en faisant référence au rôle du psychiatre a été observé chez les différents groupes professionnels, tant chez les psychiatres que chez le personnel infirmier et non infirmier lors de notre collecte de données. Dans une perspective de respect des droits des patients, il nous apparaît que le rapport de force inégal entre patient et soignant dont parle Castel ainsi que cette tension entre contrôle et thérapie, inhérente au milieu psychiatrico-légale, doivent être reconnus par les différents acteurs œuvrant auprès des patients, mais particulièrement par le personnel infirmier.

6.3 Impact des discours ambiants sur l'expression sexuelle

Nous sommes d'avis que les différentes représentations que les professionnels se font des patients ont un impact direct sur leur expression sexuelle. Qu'il s'agisse de discours macrosociaux décrivant une image des patients hospitalisés en milieux de psychiatrie légale comme étant asexuels, hypersexuels, dangereux ou vulnérables, chacune de ces représentations affectent l'expression sexuelle des patients. À titre d'exemple, plusieurs participants patients, dans le cadre de leurs témoignages, soulevaient des préoccupations quant à la normalisation de leur sexualité. Certains tentaient de justifier leurs pratiques sexuelles comme n'étant pas « obsessives » ou « anormales ». Selon Brown et al.

(2014), le fait de se représenter les patients comme étant soit des victimes, soit des agresseurs, transforme grandement l'image qu'ils se font d'eux-mêmes ainsi que leur propre rapport à la sexualité. Par le biais des témoignages recueillis, on a pu observer que les pratiques sexuelles des patients sont transformées de façon directe (tel que par les pratiques disciplinaires et la surveillance), mais également de façon indirecte. Nous entendons par ceci que la mise en place de politiques par les décideurs et l'application de ces politiques par les professionnels est influencée par les discours ambiants (discours médiatiques et populaires). Dans les écrits, ce fait a été rapporté de plusieurs façons. McCann (2003) stipule que les attitudes discriminatoires des autres peuvent influencer négativement les besoins sexuels et relationnels des patients. Étiqueter des patients comme étant asexués est une des manières de leur refuser leurs droits en tant que membres adultes à part entière de la société (Earle, 2001). En outre, les cliniciens supposent souvent qu'en raison d'une maladie chronique, une discussion sur le sexe n'est pas pertinente parce que les patients sont peu susceptibles de créer une relation (Ford, Rosenberg, Holsten et Boudreaux, 2003). Dès lors, le fait que leur sexualité soit ignorée affecte grandement celle-ci.

Cette question concernant l'impact des discours ambiants sur les représentations qu'on se fait des patients comme êtres sexuels nous amène inévitablement à questionner les effets de l'hétéronormativité, phénomène observé lors de notre analyse de données, sur la sexualité des patients. Le fait silencieux, mais frappant que nul ne considérerait les contacts homosexuels lorsqu'ils répondaient aux questions de la chercheure principale dénote à quel point, non seulement les contacts homosexuels consentants ne sont pas normalisés en milieu psychiatrico-légal, mais qu'ils sont considérés comme étant pratiquement inexistants. Ceci contribue, selon nous, à *pathologiser* les rapports sexuels entre hommes et est également une forme de violence (Mason, 2006). Le caractère hétérosexiste et homophobe du milieu carcéral ainsi que la façon dont il affecte les

représentations des contacts homosexuels en milieux fermés a été abordé par plusieurs. Sit et Ricciardelli (2013) parlent d'homophobie hétérosexiste institutionnelle. Eigenberg (2002) soulève l'idée que même les recherches sur la sexualité entre hommes en prison sont influencées par l'hétéronormativité, du fait que les contacts homosexuels sont automatiquement représentés comme des agressions.

Dans son ensemble, la problématique entourant la sexualité des patients à l'institution est pensée dans un cadre hétéronormatif et n'est pas abordée d'un point de vue « neutre ». Ceci a été observé lors de notre analyse de données par le fait que la perception des risques encourus est considérée selon ce cadre. En effet, les deux principaux risques perçus par les participants membres du personnel et de la direction aux faits que les patients aient des contacts sexuels concernaient soit les risques à l'égard de la responsabilité de l'institution quant aux possibles conséquences relevant de contacts sexuels (notamment l'exemple nommé à plusieurs reprises : les grossesses non désirées), soit les risques relevant de la situation de vulnérabilité de certains patients (abus, agressions). Ceci reflète les principales préoccupations cliniques quant aux contacts sexuels entre patients, mais fait aussi voir que l'on ne considère pas réellement la possibilité que des contacts homosexuels puissent être consentants en milieu fermé. Cette possibilité n'étant pas considérée, on définit par défaut tout contact sexuel entre deux hommes comme étant une agression ou un acte de prostitution pour rembourser une dette. Ceci a également été rapporté dans les écrits par Eigenberg (1992 ; 2002).

Le problème avec cette façon hétéronormative de conceptualiser les contacts homosexuels en milieu fermé est qu'elle perpétue l'invisibilité de ces pratiques, ce qui affecte la prise en charge que les professionnels font de la sexualité des patients. D'un point de vue strictement infirmier, la prévention et le dépistage des ITSS s'en retrouvent affectés. Comme la vision de la sexualité est strictement hétéronormative, on ne conçoit pas que des hommes, qui se disent hétérosexuels (ou qui se disaient hétérosexuels pré

hospitalisation), puissent modifier leurs pratiques sexuelles pendant leur hospitalisation. D'un point de vue hétéronormatif, considérant que la plupart des unités de vie sont non-mixtes, la politique prohibitive ne semble point problématique. Les témoignages de plusieurs participants soulignaient de façon claire leur croyance quant au fait que pratiquement aucun patient n'était homosexuel et que ceux qui l'étaient courraient un plus grand risque de se faire agresser, ce qui a également été rapporté dans les écrits (Hensley et Tewskbury, 2005). Dès lors, la distribution de matériel de protection et l'enseignement pour des pratiques homosexuelles sécuritaires ne semblent pas nécessaires.

Outre les considérations d'ordre clinique, cette conceptualisation des contacts homosexuels engendre l'homophobie, laquelle est théorisée par Mason (2006) lorsqu'elle fait l'analogie de la violence homophobe avec un « spectacle » :

Violence is a spectacle. Not because it is simply something that we observe but, more fundamentally, because it is a mechanism through which we observe and define other things. Violence has the capacity to shape the ways that we see, and thereby come to know, these things. In other words, violence is more than a practice that acts upon the bodies of individual subjects to inflict harm and injury. It is, metaphorically speaking, also a way of looking at these subjects. (p.174)

En mettant l'accent sur l'exemple de la violence homophobe et de l'hostilité, Mason souligne les interactions entre différentes identités sexuelles et différents systèmes de connaissances dans la mise en œuvre, l'expérience et les implications d'une telle violence. Elle soutient que la violence est à la fois un site d'assujettissement et un site de formation (2006). Elle insiste sur la manière dont la violence s'infiltré et ce, non seulement sur les pratiques quotidiennes par lesquelles les homosexuels négocient la sécurité, mais également sur les systèmes de connaissance à travers lesquels nous construisons et reconnaissons les identités sexuelles. Ce que nous soulignons dans notre analyse et qui concorde avec certains auteurs à l'instar de Sit et Ricciardell (2013) et d'Eigenberg (2002) est qu'en effet, l'homosexualité n'est pas reconnue comme une identité sexuelle également valable à l'hétérosexualité. Le fait qu'on n'en tienne point compte dans la prise

en charge des patients, dans la mise en place de plan de soins et dans l'élaboration de la politique sur la sexualité, ou qu'on en tienne compte, mais comme élément de risque ou comme une pathologie, reflète cette violence homophobe que Mason (2006) théorise.

6.4 Limites de l'étude

Plusieurs éléments limitent l'étendue de l'application des connaissances générées par cette étude. Il est important de considérer certains points qui ont, selon nous, limité ou perturbé certaines données.

Ces éléments soulignent le caractère spécifique des résultats produits. L'échantillonnage est en lui-même restreint à 33 participants, soit 13 patients, 17 professionnels et 3 membres de la direction. Il nous apparaît également important de noter que le recrutement des participants patients fut réalisé par l'intermédiaire des coordonnateurs d'activité de chacune des unités, ce qui a limité la participation de plusieurs patients dont les expériences auraient certainement contribué à la richesse de cette étude. En effet, lors de cette étape préliminaire de la collecte de données, une censure fut appliquée au droit de parole de plusieurs participants et ce, de deux façons. Premièrement, des psychiatres de certaines unités ont boycotté notre projet de recherche et refusé que les patients de leurs unités respectives participent. Ceci a restreint notre bassin de recrutement en plus de léser ces patients dans leur droit de parole. Deuxièmement, lors de notre passage sur les unités pour les entrevues, nous avons remarqué que les coordonnateurs d'activité filtraient les patients, non pas par les critères d'inclusion et d'exclusion qui leur avait été expliqués, mais par leur opinion personnelle selon laquelle certains patients seraient beaucoup trop loquaces quant à leur sexualité si on leur permettait de s'exprimer à cet effet. Dès lors, plusieurs se sont vu refuser le droit de participer à cette étude même s'ils correspondaient aux critères de recherche des participants que nous désirions entendre.

La sensibilité du sujet est également susceptible d'avoir influencé le recrutement des participants à cette étude. Par ailleurs, le statut socioprofessionnel « d'infirmière » rattaché à la chercheure principale et qui, par surcroît, travaillait à l'institution au moment de la collecte des données, pourrait aussi constituer une limite à la participation de certaines personnes ainsi qu'à la nature des informations divulguées à cette dernière, spécialement de la part des professionnels. Le fait que ces derniers connaissaient le statut d'infirmière de la chercheure a pu influencer leurs réponses dans le sens de la désirabilité sociale.

Les perspectives théoriques qui ont été choisies et utilisées par la chercheure tout au long de ce projet constituent, elles aussi, une autre limite non-négligeable puisqu'elles ont teinté inévitablement l'interprétation des résultats. Il en est de même pour l'organisation et la sélection des extraits d'entrevues supportant la description et l'interprétation de nos résultats. Effectivement, la sélection de certains extraits identifiés comme pertinents constitue un choix de la chercheure. Ces décisions ont été prises à partir de ses expériences cliniques, de sa connaissance du milieu, des écrits scientifiques ainsi que de son positionnement paradigmatique. Ces extraits ont été sélectionnés afin d'offrir une réponse cohérente et pertinente à l'égard des questions de recherche.

La perspective critique adoptée a fait ressortir plusieurs mécanismes d'oppression. Deux principaux types d'oppression sont ressortis dans notre analyse soit le sanisme et l'homophobie, que nous avons traités séparément. Dans de futures recherches, nous sommes d'avis qu'il serait important d'explorer le concept d'intersectionnalité afin d'avoir une meilleure compréhension de la manière dont s'articulent ces types d'oppression dans un milieu où ils se côtoient et où possiblement d'autres types d'oppression sont présents.

Finalement, malgré les efforts d'inclusion de la chercheure principale, peu de participants s'identifiant comme n'étant pas hétérosexuel ont participé. Nous sommes d'avis qu'étant donné la nature de notre sujet, il serait essentiel d'entendre le point de vue

de gens de la communauté LGBTQ tant chez les patients que les membres du personnel sur ce sujet. Nous croyons que, dans des recherches futures, cette considération pourrait mettre en lumière de nouvelles perspectives et des résultats différents.

6.5 Implications de la recherche

Les implications de notre étude à l'égard des sciences infirmières s'illustrent de différentes façons. En ce qui a trait à la démarche scientifique, la méthodologie, la collecte ainsi que l'analyse des données montrent la pertinence de l'utilisation de l'ethnographie critique pour illustrer l'expérience de différents acteurs, mais également pour faire ressortir les situations d'oppression en milieu fermé. L'inclusion de participants variés (professionnels, patients et membres de la direction) a permis d'exposer une variété de discours et de points de vue. L'utilisation de cette méthodologie a aussi permis de donner une voix à une population qui a rarement la chance de s'exprimer sur sa situation. Notre étude contribue également à l'évolution du corpus de connaissances ciblant l'expérience des patients hospitalisés en milieu de psychiatrie légale à l'égard de leur vie et de leur santé sexuelle. Ces connaissances font place à une plus grande compréhension de l'expression sexuelle entre patients (hommes) en milieu fermé et de la complexité de ce phénomène, mais aussi des enjeux, défis et caractéristiques du rôle infirmier auprès de ces personnes. Notre étude permet finalement d'établir un dialogue au sein de la profession infirmière afin de contribuer à son développement, à son actualisation et à sa capacité à répondre aux besoins particuliers de cette population dans ce contexte particulier.

En prenant appui sur une variété d'expériences en lien avec les soins infirmiers en milieu psychiatrico-correctionnel, cette recherche interroge l'invisibilité des soins infirmiers en milieu de psychiatrie légale et, ainsi, l'invisibilité d'une approche biopsychosociale de la santé sexuelle des patients. Bien que les infirmières ne soient pas absentes de ce milieu de soins, leur pratique semble être limitée à la technicité des soins psychiatriques alors qu'elles sont pourtant des témoins privilégiés du non-respect de droits humains

fondamentaux. De façon plus spécifique, cette étude soulève une réflexion nécessaire sur le rôle infirmier quant à la sexualité de patients hospitalisés à long terme en milieu fermé ainsi que sur les limites du rôle de plaidoyer des infirmières quant à la défense des droits fondamentaux des patients. En termes de pistes de solutions envisageables, nous sommes d'avis qu'une sensibilisation du personnel infirmier quant à l'importance que peut avoir la sexualité (ou l'absence de) chez les patients hospitalisés en milieu de psychiatrie légale est essentielle afin de démystifier les idées préconçues quant à sa minimisation, une fois la maladie mentale présente. En tenant compte de son inclinaison holistique, il nous semble que l'infirmière pourrait se constituer comme agent de maintien, de maximisation et de facilitation de la santé sexuelle. Cela pourrait prendre différentes formes telles que faciliter l'accès du matériel éducatif et de protection, mais également participer à la construction d'une culture de soin susceptible de faciliter l'expression affective et sexuelle ainsi que de favoriser la mise en place d'espaces intimes et sécuritaires, tout en normalisant les contacts homosexuels. En termes de recommandations plus spécifiques au niveau de la pratique infirmière en milieu de psychiatrie légale et pour faire écho à notre critique de l'expertise du milieu, nous recommandons qu'une attention soit portée davantage sur les aspects légaux des soins à l'égard de la sexualité des patients. Tel que mentionné, les infirmières devraient être mises au courant des droits fondamentaux des patients, des mesures exceptionnelles dans lesquelles certains de leurs droits peuvent être retirés ainsi que des modalités d'évaluation, de réévaluation et de documentation des situations particulières. Une formation quant à la situation particulière de l'expression de la sexualité en milieu fermé, en tenant compte d'éléments importants tel que le consentement, les méthodes de protection propres aux pratiques du milieu et l'évaluation de la capacité et l'aptitude à consentir des patients sont un point de départ.

Afin de supporter les infirmières dans leur rôle de plaider quant à la défense des droits fondamentaux des patients, certaines recommandations concernant l'agentivité politique nous apparaissent pertinentes. Dans l'optique d'aider les infirmières à prendre leur place et à se porter à la défense des patients, nous croyons qu'il faut mettre de l'avant des façons pour l'infirmière de s'imposer, de se faire entendre et de s'affirmer. Des recherches plus poussées à cet effet seraient certainement nécessaires. Mettre en place des espaces dédiés aux discussions portant sur les meilleures pratiques, les défis cliniques et l'éthique tel que des communautés de pratique en soins infirmiers psychiatrico-légaux, des journal club, etc., favoriserait non seulement l'échange d'expertise mais l'établissement d'un discours infirmier plus fort et la prise de position infirmière.

À l'égard de la formation de la relève infirmière, nous suggérons d'inclure de façon plus soutenue la sexualité dans le cursus de formation ainsi que de souligner l'importance de normaliser l'homosexualité, spécialement dans des milieux qui tendent à être plus conservateurs. Aussi, accordé un intérêt aux dimensions sociales et identitaires de la sexualité et de la santé sexuelle afin de faire un contrepoids au discours biomédical entourant la sexualité. De façon plus générale, il nous apparaît également que d'éduquer les futures infirmières à l'importance de notre rôle de plaider et de défense des droits de nos patients représente un pas essentiel vers la justice sociale.

Notre recherche met en lumière l'importance du rôle infirmier en position de gestion quant au questionnement des politiques en place et à l'élaboration de nouvelles politiques, en considérant les besoins et les droits des patients. Il importe de mettre en place des séances de concertation afin d'identifier les besoins des professionnels en termes de respect des droits des patients et d'établir des normes de pratiques favorisant la formulation de solutions créatives qui tiennent compte des situations de vie et de santé

complexes de certains patients en ce qui a trait à l'expression de leur sexualité durant leur hospitalisation.

CONCLUSION

Le domaine des soins infirmiers en psychiatrie légale est une surspécialité des soins infirmiers qui est encore mal définie et dont les balises ne sont pas encore bien établies au Canada. L'étendue et les limites du rôle infirmier, comme l'étendue et les limites des rôles des autres professionnels œuvrant dans ce domaine (psychiatres, juristes, criminologues, psychologues, éducateurs, agents d'intervention, etc.), demeurent encore floues. L'institution de psychiatrie légale constitue un milieu institutionnel hautement spécialisé dans le soin d'une clientèle à risque, où les objectifs de garde et de protection du public de même que les impératifs de sécurité chevauchent les objectifs du soin psychiatrique et de la réhabilitation sociale. Bien que d'emblée, l'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec encadre l'exercice de la profession infirmière en la définissant de façon générale et spécifique tout en s'appuyant de lignes directrices et d'un code déontologique, certaines dimensions du rôle infirmier, actualisées en contexte de psychiatrie légale, demeurent absentes de cet encadrement. La prise en charge de l'expression sexuelle et de la santé sexuelle en est un exemple.

Notre recherche doctorale s'inscrit dans la continuité de cette thématique. Dans le cadre de cette étude, nous avons exploré la manière dont était vécue l'expérience de la sexualité entre hommes hospitalisés en milieu de psychiatrie légale à partir de la perspective des patients, des membres du personnel (infirmier et non infirmier) et de la direction des soins infirmiers. Le vécu de chacun ainsi que la définition et la perception du rôle des professionnels quant à l'expression sexuelle et la santé sexuelle ont mené à une nouvelle compréhension du processus par lequel la culture psychiatrico-légale module l'expérience sexuelle des patients, mais également au constat que plusieurs facteurs en viennent à influencer le gouvernement des pratiques sexuelles. Les constats de notre recherche exposent que l'expérience de la sexualité en milieu de psychiatrie légale est grandement influencée par le contexte institutionnel (architecture, surveillance, politiques

prohibitives à l'égard de la sexualité), le contexte social (représentation hétéronormative de la sexualité en milieu fermé, non reconnaissance des droits humains fondamentaux des patients hospitalisés en milieu de psychiatrie légale), les effets secondaires des traitements pharmacologiques et les différents discours professionnels, lesquels sont souvent basés sur l'attitude et les valeurs personnelles des membres du personnel. L'organisation de l'ensemble des actions posées à l'égard de l'expression sexuelle des patients semble poursuivre une rationalité spécifique visant à prévenir la matérialisation des risques associés à la sexualité. La perception de ces risques est également porteuse de valeurs hétéronormées et d'une vision psychophobe des patients et de leurs besoins en matière de sexualité.

D'une part, le contexte institutionnel, par son architecture, son histoire, son mandat et ses politiques, est non seulement défavorable à l'expression sexuelle des patients, mais il l'interdit, à la fois de façon officielle et non-officielle. En fait, tous ces éléments tracent un parcours bien précis dans lequel les patients doivent évoluer lors de leur hospitalisation, tout en adoptant des comportements spécifiques en termes d'expression sexuelle. Toute dérogation à ce cadre en vient à positionner les patients hospitalisés en milieu de psychiatrie légale selon leur dangerosité potentielle ou leur état de vulnérabilité. Cette perception dichotomique sert d'ailleurs à justifier l'action ou l'inaction face aux besoins sexuels des patients. D'autre part, le contexte social, de par son caractère hétéronormatif et saniste, vient renforcer l'idée qu'il est préférable de contrôler l'expression sexuelle des patients et sert d'assise au « bon jugement » des professionnels sur lesquels repose la responsabilité d'aborder ou non les questions d'ordre sexuel auprès des patients. Les entrevues avec ces derniers révèlent d'ailleurs la rigidité du milieu psychiatrico-légal. En effet, nous comprenons dans les récits de patients ayant été hospitalisés sur des unités de psychiatrie générale ou incarcérés en milieu correctionnel

que l'institution de psychiatrie légale est beaucoup plus restrictive à l'égard de l'expression sexuelle des patients que ces autres milieux.

L'expérience sexuelle relatée par les patients lève le voile sur l'impact du traitement de masse préconisé par l'institution sur leur sexualité. Celle-ci met en lumière la prise en charge totale de l'institution au regard de leur sexualité, la façonnant et la modifiant par différents processus pouvant aller jusqu'à la castration. Au sein de leurs récits, on remarque que les patients ont tous un rapport différent à la sexualité avant d'être hospitalisés, mais que leur passage en institution psychiatrico-légale transforme leurs pratiques et leur rapport à la sexualité. Ceci est constaté par les différentes façons dont ils intériorisent les règles institutionnelles, par la résilience aux effets secondaires sévères affectant leur sexualité et par une variété de mécanismes d'adaptation qu'ils développent, leur permettant de conserver une certaine forme de sexualité. Ces restrictions que subissent les patients sont une forme de castration qui se manifeste de différentes façons, soit par un désintérêt total de la sexualité (tant dû à la prise de médication, au manque d'opportunité de contact ou à l'intériorisation des règles institutionnelles), soit par une répression complète des habitudes sexuelles. Malgré tout et au contraire de ce qui est généralement affirmé, nous avons constaté qu'une fois institutionnalisés, les patients modifient complètement leur sexualité, allant jusqu'à l'abandon de toute vie sexuelle.

Chez les professionnels et les membres de la direction des soins infirmiers, une variété de discours relatant différentes représentations des patients, les positionnant dans des cadres rigides dichotomiques tels que vulnérabilité-dangerosité, abuseur-abusé, asexuel-hypersexuel, a été constaté. Il s'agit de notions récurrentes appartenant à tous les discours professionnels et contribuant grandement au façonnage tant des pratiques professionnelles que de la sexualité des patients. Ces représentations affectent de plus la conceptualisation que les professionnels se font de la sexualité, celle-ci étant vue comme un besoin versus un droit des patients. Le vécu partagé par les professionnels

montre un portrait de l'environnement psychiatrico-légal tel un milieu polarisé où les infirmières se retrouvent en négociation constante de leur rôle caritatif lié traditionnellement à la prise en charge de la santé sexuelle versus le rôle de contrôle attribué par le milieu psychiatrico-légal. Les différents discours ici documentés interagissent et rationalisent l'application de modes d'exercice du pouvoir afin de gouverner la sexualité des patients. Malgré la variété des rôles traditionnellement attribués aux différents professionnels à l'égard de la sexualité des patients, chacun devient un acteur dans le gouvernement des conduites sexuelles des patients à l'institution.

Ces éléments nous mènent au constat que les pratiques actuelles en ce qui a trait à la sexualité en milieu psychiatrico-légal vont à l'encontre des meilleures pratiques et des approches de rétablissement et de réduction des méfaits. Elles sont porteuses de messages contradictoires quant à la reconnaissance des besoins des patients et du droit à l'expression sexuelle. Cette observation ne sous-entend nullement l'imposition d'une vision unique et normative au regard de la manière dont la sexualité devrait se vivre en milieu de psychiatrie légale. Nous n'affirmons donc pas, à titre d'exemple, que les pratiques sexuelles devraient être permises entre tous les patients. Comme autant d'autres pratiques en milieu de psychiatrie légale, elles requièrent une évaluation adéquate de l'état mental des patients, de leur capacité à consentir et de leur potentiel de dangerosité immédiat. Toutefois, il est primordial que, d'une part les dimensions légales soient respectées et que, d'autre part, les besoins et les droits des patients soient considérés de façon individuelle plutôt que par le biais d'un traitement de masse.

Afin que les patients puissent exprimer leur sexualité dans la dignité, le droit à l'expression sexuelle doit être reconnu. Pour ce faire, nous croyons que plusieurs barrières structurelles et attitudinales doivent être surmontées. Plusieurs tabous et préjugés doivent être abandonnés, notamment au regard de la normalisation des pratiques homosexuelles qui nous apparaît nécessaire. À ce sujet, plusieurs perspectives

de recherche seraient pertinentes à explorer et à développer. Une étude plus poussée sur l'expérience de patients s'identifiant comme membre de la communauté LGBTQ serait importante vu le caractère hétéronormatif ressortit dans notre analyse quant à la culture psychiatrico-légale à l'étude. Les données récoltées, ont démontrées que la sexualité des hommes et celle des femmes ne s'exprimait pas de la même façon, n'engendrait pas les mêmes risques et les mêmes réactions de la part des membres du personnel. Dans cette optique, une étude comparative de la situation et des besoins sexuels des femmes hospitalisées en milieu psychiatrico-légal pourrait également mettre en lumière différentes perspectives. Une analyse intersectionnelle permettrait une exploration plus riche des différents types d'oppressions en jeu et de la façon dont elles interagissent et affectent les patients. Quoi qu'il en soit, une investigation plus soutenue quant à l'affirmation professionnelle et le rôle de plaidoyer des infirmières serait aussi nécessaire afin de définir comment former celles-ci à se porter à la défense de patients qui se voient brimé dans l'expression de leur droits fondamentaux humains particulièrement dans un contexte professionnel correspondant au profile des institutions totales.

Références

- Alarid, L. F. (2000). Sexual orientation perspectives of incarcerated bisexual and gay men: The county jail protective custody experience. *The Prison Journal*, 80(1), 80-95.
- Association des Infirmières et Infirmiers du Canada. (2008). Code de Déontologie des infirmières et infirmiers. Relevé du site web : <http://cna-aiic.ca/fr>.
- Arbour, L. (1998). Déclaration universelle des Droits de l'Homme. *Rev. quebecoise de droit int'l*, 11, 3.
- Arribas-Aylon, M. et Walkerdine, V. (2008). Foucauldian discourse analysis. Dans C. Willig et W. Stainton-Rogers (dir.), *The SAGE handbook of qualitative research in psychology* (p. 91 – 109). Thousand Oaks, Californie : SAGE Publications.
- Azzoni, A., & Raja, M. (1997). Sexual interest and behavior of psychotic patients. *Biological Psychiatry*, 42(1), 119S.
- Baumbusch, J.L. (2008). *Decommissioning Citizenship : The Organisation of Long-Term Residential Care*. Unpublished doctoral dissertation, University of British Columbia, Canada.
- Baumbusch, J.L. (2011). Conducting critical ethnography in long-term residential care: experiences of a novice researcher in the field. *Journal of Advanced Nursing*, 67 (1), 184-192.
- Becker, H. G. B., Hughes, E., & Strauss, A. (1961). *Boys in White: Student Cultures in Medical Schools*.
- Bentham, J. (1843). *Jeremy Bentham : Collected works*. J. Bowring (ed), London.
- Bonfils, K. A., Firmin, R. L., Salyers, M. P., & Wright, E. R. (2015). Sexuality and intimacy among people living with serious mental illnesses: Factors contributing to sexual activity. *Psychiatric rehabilitation journal*, 38(3), 249.
- Bourdieu, P. (1977). *Outline of a Theory of Practice*. Cambridge : Cambridge University Press.
- Bourdieu, P. (2001). *Masculine domination*. Stanford University Press.
- Borrillo, D. (2000). *L'homophobie*. Que sais je?. Presse de l'université de Paris.
- Boyle, J. (1994). 'Styles of Ethnography', in J Morse (ed.) *Critical Issues in Qualitative Research Methods*, pp. 159-85. Thousand Oaks, CA :Sage.
- Brown, S., D., Reavey, P., Kanyeredzi, A., & Batty, R. (2014). Transformations of self and sexuality: Psychologically modified experiences in the context of forensic mental health. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness & Medicine*, 18(3), 240-260.

- Buckley, P. F., & Gutheil, T. G. (1999). Sexuality, Stigma Busting and Mental Illness. *Sexuality and Serious Mental Illness*, 7, 217.
- Buckley, P. F., & Robben, T. (2000). A content analysis of state hospital policies on sex between inpatients. *Psychiatric Services*, 51(2), 243-245.
- Buckley, P. F., & Wiechers, I. R. (1999). Sexual behavior of psychiatric inpatients: hospital responses and policy formulation. *Community mental health journal*, 35(6), 531-536.
- Bussi res, H., Couture, N., & Lalancette, D. (2008). *Manuel d'éducation psychosexuelle en soutien à la promotion du concept de sexualité santé*. Centre hospitalier Robert-Giffard, Institut universitaire en santé mentale.
- Butler, T. (1997). *Preliminary findings from the inmate health survey*. Sydney, NSW : New South Wales Corrections Health Service.
- Bruner, J. S. (1990). *Acts of meaning*. Harvard University Press.
- Carter, S.M. & Little, M. (2007). Justifying Knowledge, Justifying Method, Taking Action: Epistemologies, Methodologies and Methods in Qualitative Research. *Qualitative Health Research*, 17 (10), 1316-1328
- Civic D, Walsh G and McBride D (1993) Staff perspectives on sexual behavior of patients in a state psychiatric hospital. *Hospital and Community Psychiatry* 44: 887–889.
- Clapham, A. (2007). *Human rights: a very short introduction*. Oxford University Press.
- Clough, P. (1998). « The End(s) of Ethnography » : Now and then, *Qualitative inquiry* 4(1) : 3-12.
- Commons, M. L., Bohn, J. T., Godon, L. T., Hauser, M. J., & Gutheil, T. G. (1992). Professionals' attitudes towards sex between institutionalized patients. *American Journal of Psychotherapy*, 46(4), 571–80.
- Courtemanche, Y., Poulin, C., Serhir, B., & Alary, M. (2016).  tude de prévalence du VIH et du VHC chez les personnes incarcérées dans les établissements de détention provinciaux au Québec. *Québec, QC: Institut national de santé publique du Québec*.
- Deegan, M.J. (2001). The Chicago School of Ethnography. In P. Atkinson, A. Coffey, S. Delamont, J. Lofland, & L. Lofland (Eds.), *Handbook of Ethnography* (pp.11-25). Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Deegan, P.E. (2001). Recovery as a self-directed process of healing and transformation. In : Brown, C. (ed.) *Recovery and Wellness : Models of Hope and Empowerment for People with Mental Illness*. New York : Haworth Press, pp.5-21.
- Dein, K., Williams, P.S., Volkonskaia et al. (2007). The sexuality of inpatients in secure settings : the views of psychiatrists and psychologists working in forensic unit. In :

North London Forensic Service 10th International Conference. London : Queens College Cambridge.

Dein, K., et Williams, S. (2008). Relationships between residents in secure psychiatric units : Are safety and sensitivity really incompatible? *Psychiatric Bulletin* 32 : 284-287.

Dein, K., Williams, S., Volkonaesia et al. (à venir). Examining mental health professionals' perspectives on inpatients sexuality and sexual behaviour in medium secure forensic mental health service. *Journal of Forensic Psychology & Psychiatry*.

Deleuze, G., & Guattari, F. (1987). *A thousand plateaus: Capitalism and schizophrenia*. Bloomsbury Publishing.

Denzin, N.K., & Lincoln, Y.S. (2003). *The landscape of qualitative research: theories and issues*. Thousand Oaks: Sage.

Dickson-swift, V., James, E. L., & Liamputtong, P. (1996). What is sensitive research ? In *Undertaking Sensitive Research in the health and Social Sciences: Managing Boundaries, Emotions and Risks*.

Dickson-Swift, V., James, E. L., Kippen, S., & Liamputtong, P. (2007). Doing sensitive research: what challenges do qualitative researchers face? *Qualitative Research*, 7(3), 327–353.

Dixon-Mueller, R., Germain, A., Fredrick, B., & Bourne, K. (2009). Towards a sexual ethics of rights and responsibilities. *Reproductive Health Matters*, 17(33), 111-119.

Donnelly, J. (2013). *Universal Human Rights in Theory and Practice*. Retrieved from <https://books.google.com/books?hl=fr&lr=&id=3gVCY1P7e4MC&pgis=1>

Dyer, K., & das Nair, R. (2013). Why don't healthcare professionals talk about sex? A systematic review of recent qualitative studies conducted in the United Kingdom. *Journal of Sexual Medicine*, 10(11).

Eigenberg, H. M. (1992). Homosexuality in male prisons: Demonstrating the need for a social constructionist approach. *Criminal Justice Review*, 17(2), 219-234.

Eigenberg, H. M. (2000). Correctional Officers and Their Perceptions of Homosexuality, Rape, and Prostitution in Male Prisons. *The Prison Journal*, 80(4), 415–433.

Eigenberg, H., & Baro, A. (2003). If you drop the soap in the shower you are on your own: Images of male rape in selected prison movies. *Sexuality & Culture*, 7(4), 56-89.

Emerson, R.M., Fretz, R.I., et Shaw, L.L. (1995). *Writing Ethnographic Fieldnotes*. Chicago, IL and London : University of Chicago Press.

Eribon, D. (1999). *Réflexions sur la question gay*. Fayard.

- Foley, D. (2002). 'Critical Ethnography : The Reflexive Turn', *International Journal of Qualitative Studies in Education* 15(4) : 469-90.
- Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir*. Paris, France : Gallimard.
- Foucault, M. (1976). *Histoire de la sexualité : la volonté de savoir* (vol. I). Paris, France : Gallimard.
- Ford, E., Rosenberg, M., Holsten, M., & Boudreaux, T. (2003). Managing Sexual Behavior on Adult Acute Care Inpatient Psychiatric Units. *Psychiatric Services*, 54(3), 346–350.
- François, A. (2015). Chronique de criminologie. Etude sur la sexualité en milieu carcéral belge: données d'une recherche récente réalisée en Belgique. *Revue de Droit Pénal et de Criminologie*, 546–564.
- Freeman, M. (2011). *Human rights: an interdisciplinary approach*. Polity.
- Gamel, C., Davis, B. D., & Hengeveld, M. (1993). Nurses » provision of teaching and counselling on sexuality: a review of the literature. *Journal of advanced nursing*, 18(8), 1219-1227.
- Gastaldo, D., & Holmes, D. (1999). Foucault and nursing: a history of the present. *Nursing Inquiry*, 6(4), 231–240.
- Gewirtz, S., & Cribb, A. (2006). What to do about values in social research: the case for ethical reflexivity in the sociology of education. *British Journal of Sociology of Education*, 27(02), 141-155.
- Gilbert, P. (forthcoming). *Human Rights. Moral or Political?* In Adam Etinson (ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Gitlin, A., Siegel, M., & Boru, K. (1989). The politics of method: From leftist ethnography to educative research. *International Journal of Qualitative Studies in Education*, 2(3), 237-253.
- Goffman, E. (1959). *The Presentation of Self in Everyday Life*. (E. University Of, Ed.), Teacher (Vol. 21).
- Goffman, E. (1968). *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. AldineTransaction.
- Gostin, L. O. (2000). Human rights of persons with mental disabilities: The European convention of human rights. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23(2), 125–159.
- Gros, F. (1996). *Michel Foucault*, Paris, Presses Universitaires de France, coll. « Que sais-je ? »

- Gubrium, J.F. et Holstsein, J.A. (1997). *The New Language of Qualitative Method*. New York : Oxford University Press.
- Guba, EG. et Lincoln, Y. (1994). Competing paradigms in qualitative research. In NK Denzin & Y Lincoln (Eds.) *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks, CA: Sage
- Guba, E.G., et Lincoln, Y.S. (2005). Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences. In N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Eds.), *The SAGE handbook of qualitative research* (4th ed., pp. 191-215). Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Hacking, I. (2004). Between Michel Foucault and Erving Goffman: between discourse in the abstract and face-to-face interaction. *Economy and Society*, 33(3), 277–302.
- Hammersley, M. (1989). *The Dilemma of Qualitative Method : Herbert Blumer and the Chicago Tradition*, London : Routledge.
- Hammersley, M. et Atkinson, P. (2007). *Ethnography : Principles in Practice*. London : Tavistock Publications.
- Hammett, T., & Harmon, P. Maruschak (1999). 1996–1997 update: HIV/AIDS, STDs, and TB in correctional facilities. *Washington, DC: National Institute of Justice*.
- Hannem, S. (2012). Theorizing Stigma and the Politics of Resistance. In Hannem, S., & Bruckert, C. (Eds.), *Stigma Revisited*. University of Ottawa Press.
- Hensley, C., & Tewksbury, R. (2002). Inmate-to-Inmate Prison Sexuality: A Review of Empirical Studies. *Trauma, Violence, & Abuse*, 3(3), 226–243.
- Higgins, A., Barker, P., & Begley, C. M. (2005). Neuroleptic medication and sexuality: the forgotten aspect of education and care. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 12(4), 439-446.
- Hoggart, R. (1971). *Only connect : On culture and communication*. London : Chatto and Windus.
- Holmes, D. (2001). From iron gaze to nursing care: mental health nursing in the era of panopticism. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8(1), 7-15.
- Holmes, D., & Jacob, J. D. (2012). Entre soin et punition: la difficile coexistence entre le soin infirmier et la culture carcérale. *Recherche en soins infirmiers*, 111(4), 57-66.
- Holmes, D., & Murray, S. J. (2011). Civilizing the 'Barbarian': a critical analysis of behaviour modification programmes in forensic psychiatry settings. *Journal of nursing management*, 19(3), 293-301.
- Holmes, D., Perron, A., & O'Byrne, P. (2006). Understanding disgust in nursing: abjection, self, and the other. *Research and theory for nursing practice*, 20(4), 305-316.

- Holmes, D., Perron, A., et Murray, S.J. (2011). Milieu psychiatrique – La persistance de l'institution « totale ». *Le Devoir*, 28 juin 2011.
- Hughes, A. K., & Wittmann, D. (2015). Aging sexuality: knowledge and perceptions of preparation among US primary care providers. *Journal of sex & marital therapy*, 41(3), 304-313.
- International Covenant on Civil and Political Rights. (1966). Art. 22, Mar. 23. U.N.T.S. 171.
- Jacob, J. D., Gagnon, M., & Holmes, D. (2009). Nursing so-called monsters: On the importance of abjection and fear in forensic psychiatric nursing. *Journal of Forensic nursing*, 5(3), 153-161.
- Jäger, S. (2001). Discourse and knowledge : theoretical and methodological aspects of a critical discourse and dispositive analysis. Dans R. Wodak et M. Meyer (dir.), *Methods of critical discourse analysis* (p. 32-62). Thousand Oaks, Californie : SAGE Publications.
- Jonsdottir, J. I., Zoëga, S., Saevarsdottir, T., Sverrisdottir, A., Thorsdottir, T., Einarsson, G. V., ... & Fridriksdottir, N. (2016). Changes in attitudes, practices and barriers among oncology health care professionals regarding sexual health care: Outcomes from a 2-year educational intervention at a University Hospital. *European Journal of Oncology Nursing*, 21, 24-30.
- Katz, A. (2003). Sexuality after hysterectomy: A review of the literature and discussion of nurses'role. *Journal of Advanced Nursing*, 42, 297-303.
- Kawachi, I., & Berkman, L. F. (2001). Social ties and mental health. *Journal of Urban health*, 78(3), 458-467.
- Kinavey, C. (2006). Explanatory models of self-understanding in adolescents born with spina bifida. *Qualitative Health Research*, 16, 1091-1107.
- Kontos, P., Grigorovich, A., Kontos, A. P., & Miller, K. L. (2016). Citizenship, human rights, and dementia: Towards a new embodied relational ethic of sexuality. *Dementia*, 15(3), 315-329.
- Koro-Ljungberg, M. et Greckhamer, T. (2005). Strategic turns labeled 'ethnography' : From description to openly ideological production of cultures. *Qualitative Research*, 10(6), 729-747.
- Lee, R.M. & Renzetti, CM. (1993). The problems of researching sensitive topics. Dans CM. Renzetti & R.M. Lee (Eds). *Researching sensitive topics* (pp. 3-13). Newbury Park, CA: SAGE.
- Lincoln, Y.S., Linham, S. A. et Guba, E. G. (2011). Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences, revisited. Dans N. K. Denzin et Y. S. Lincoln (dir.), *Handbook of qualitative research* (4e ed., p. 97 – 128). Londres, Royaume-Unis: SAGE Publications.

- Livingston, J. D., Nijdam-Jones, A., & Brink, J. (2012). A tale of two cultures: Examining patient-centered care in a forensic mental health hospital. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 23(3), 345-360.
- Lyon, D. (Ed.). (2006). *Theorizing surveillance : The Panopticon and Beyond*. Routledge.
- Lynd, R.S. et Lynd, H.M. (1929). Middletown, New York : Harcourt, Brace and World.
- Magnan, M. A., Reynolds, K. E. & Galvin, E. A. (2005). Barriers to addressing patient sexuality in nursing practice. *MedSurg Nursing* 14, 282-289.
- Mahmoud, S. B., Zouari, L., Dammak, M., Thabet, J. B., Zouari, N., & Maâlej, M. (2013). Evaluation of sexuality in 61 subjects suffering from chronic psychosis. *Sexologies*, 22(2), e59-e63.
- Marchetti, A. M. (2001). *Perpétuités. Le temps infini des longues peines*. Plon.
- Marx, K., & Engels, F. (1973). *On Colonialism: Articles from the New York Tribune and Other Writings*.
- Mason, G. (2002). *The Spectacle of Violence: Homophobia, Gender, and Knowledge*. United Kingdom: Routledge imprint of Taylor & Francis.
- Mason, G. (2006). The Book at a Glance. Symposium: The Spectacle of Violence: Homophobia, Gender and Knowledge. *Hypatia* 21 (2) : 174-206.
- McHoul, A. et Grace, W. (1993). *A Foucault primer: Discourse, power, and the subject*. NYU Press.
- McCabe, J., & Holmes, D. (2013). Nursing, sexual health and youth with disabilities: a critical ethnography. *Journal of advanced nursing*, 70(1), 77-86.
- McIntyre, M., Francis, K. et Chapman, Y. (2012). Critical discourse analysis : Understanding change in maternity services. *International Journal of Nursing Practices*, 18(1), 36-43.
- Merotte, L. (2012). Sexuality in prison: Three investigation methods analysis. *Sexologies: European Journal of Sexology and Sexual Health / Revue Européenne De Sexologie Et De Sante Sexuelle*, 21(3), 122-125.
- Mick, J., Hughes, M., & Cohen, M. Z. (2004). Using the Better Model to Assess Sexuality. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 8(1), 84-86.
- Modestin, J. (1981). Patterns of overt sexual interaction among acute psychiatric inpatients. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 64: 446–459.
- Monod, J.C. (1997). *Foucault : la police des conduites*. Éditions Michalon, Paris.
- Mossman, D., Perlin, M. L., & Dorfman, D. (1997). Sex on the wards: Conundra for clinicians.

- Muecke, M. A. (1994). On the evaluation of ethnographies. *Critical issues in qualitative research methods*, 187-209.
- Nacci, P. L., & Kane, T. R. (1983). The incidence of sex and sexual aggression in federal prisons. *Fed. Probation*, 47, 31.
- Noblit, G. W., Flores, S. Y., & Murillo, E. G. (2004). *Postcritical ethnography: Reinscribing critique*. Hampton Pr.
- O'Farrell, C. (2007). Key concepts. *Michel-Foucault. com*, 68-90.
- Olessen, V. (2005). « Early millennial feminist qualitative research : challenges and contours', in N.K. Denzin and Y.S. Lincoln (eds) *Handbook of Qualitative Research*, 3rd edn, Thousand Oaks, CA :Sage.
- Ordre des infirmiers et infirmières du Québec. (2010). Online : https://www.oiiq.org/sites/default/files/263NS_doc.pdf
- Organisation mondiale de la santé - World Health Organization. (2006). *Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002*, Geneva. World Health Organization.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Armand Colin.
- Pacitti, R., & Thornicroft, G. (2009). Sex, relationships and mental health. *A Life in the Day*, 13(1), 27-30.
- Peretz, H. (2004). *Les méthodes en sociologie: l'observation*. Ed. La Découverte.
- Perlin, M. L. (1992). Hospitalized Patients and the Right to Sexual Interaction: Beyond the Last Frontier. *New York University Review of Law & Social Change*, 20. Retrieved from http://www.narpa.org/beyond_the_last_frontier.htm
- Perlin, M. L. (1992a). On Sanism. *SMU Law Review*, 46. Retrieved from <http://heinonline.org/HOL/Page?handle=hein.journals/smulr46&id=387&div=&collection=>
- Perlin, M. L. (2002). You Have Discussed Lepers and Crooks: Sanism in Clinical Teaching. *Clinical Law Review*, 9. Retrieved from <http://heinonline.org/HOL/Page?handle=hein.journals/clinic9&id=689&div=&collection=>
- Perlin, M. (2008). "Everybody is Making Love/Or Else Expecting Rain": Considering the Sexual Autonomy Rights of Persons Institutionalized Because of Mental Disability in Forensic Hospitals and in Asia. *Washington Law Review*, 83, 481–512.
- Perron, A., Fluet, C. et Holmes, D. (2005). Agents of care and agents of the state : bio-power and nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 50(5), 536-544.

- Petit Larousse illustré. (2014). Paris, Larousse, 2016 p.
- Pitt, L., Kilbride, M., Nothard, S., et al. (2007). Researching recovery from psychosis : A user-led project. *Psychiatric Bulletin* 31: 55-60.
- Pourtois, J., & Desmet, H. (1989). Pour une recherche qualitative et néanmoins scientifique. *Réseaux*, 55-56, 57, 13-35.
- Potter, R. H., & Tewksbury, R. (2005). Sex and prisoners: Criminal justice contributions to a public health issue. *Journal of Correctional Health Care*, 11(2), 171-190.
- Pringle, R. (1995). « Destablising patriarchy » in Barbara Caine and Rosemary Pringle (eds) *Transitions : New Australian Feminists*, St Leonards : Allen and Unwin.
- Quinn, C., Happell, B., & Welch, A. (2013). Talking about sex as part of our role: Making and sustaining practice change. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22(3).
- Quinn, C., & Happell, B. (2015). Consumer sexual relationships in a Forensic mental health hospital: Perceptions of nurses and consumers. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(2), 121–129.
- Quinn, C., & Happell, B. (2015). Sex on show. Issues of privacy and dignity in a Forensic mental health hospital: Nurse and patient views. *Journal of Clinical Nursing*, 24(15–16).
- Raja, M., & Azzoni, A. (2003). Sexual behavior and sexual problems among patients with severe chronic psychoses. *European Psychiatry*, 18(2), 70-76.
- Renucci, J. F. (2002). *Droit européen des droits de l'homme* (Vol. 2). Paris: LGDJ.
- Ricordeau, G. (2008). Les détenus et leurs proches. *Paris: Autrement*.
- Rowntree, M. R., & Zufferey, C. (2015). Need or right: Sexual expression and intimacy in aged care. *Journal of Aging Studies*, 35.
- Ruane, J., & Hayter, M. (2008). Nurses' attitudes towards sexual relationships between patients in high security psychiatric hospitals in England: An exploratory qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 45(12), 1731–1741.
- Savage, J. (2000). Ethnography and health care. *BMJ: British Medical Journal*, 321(7273), 1400.
- Savage, J. (2006). Ethnographic evidence the value of applied ethnography in healthcare. *Journal of Research in Nursing*, 11(5), 383-393.
- Scala, A. (1991) « Notes sur l'actualité, le présent et l'ontologie chez Foucault », *Les Cahiers de Philosophie*, n° 13.

- Schel, S. H. H., Bouman, Y. H. A., & Bulten, B. H. (2015). Quality of life in long-term forensic psychiatric care: comparison of self-report and proxy assessments. *Archives of psychiatric nursing*, 29(3), 162-167.
- Schwandt, T. A. (1997). *Qualitative Inquiry : A Dictionary of Terms*. Thousand Oaks, CA : Sage.
- Seal, D. W., Belcher, L., Morrow, K., Eldridge, G., Binson, D., Kacanek, D., ... & Simms, R. (2004). A qualitative study of substance use and sexual behavior among 18-to 29-year-old men while incarcerated in the United States. *Health education & behavior*, 31(6), 775-789.
- Shell, J. (2007). Including sexuality in your nursing practice. *Nursing Clinics of North America*, 42, 685-696.
- Simpson, P., Brown Wilson, C., Brown, L. J., Dickinson, T., & Horne, M. (2017). The challenges and opportunities in researching intimacy and sexuality in care homes accommodating older people: a feasibility study. *Journal of advanced nursing*, 73(1), 127-137.
- Sit, V., & Ricciardelli, R. (2013). Constructing and Performing Sexualities in the Penitentiaries Attitudes and Behaviors Among Male Prisoners. *Criminal Justice Review*, 38(3), 335-353.
- Skelton, J. R., & Matthews, P. M. (2001). Teaching sexual history taking to health care professionals in primary care. *Medical education*, 35(6), 603-608.
- Spradley, J. P. (1970). *You Owe Yourself a Drunk : An Ethnography of Urban Nomads*. Prospect Heights, IL : Waveland, Inc.
- Sullivan, G. (2005). Forensic patients' accounts of risk: The case for qualitative research within a sociocultural theory framework. *Australian Psychologist* 40: 31–44.
- Sy, W. (2001). Right of Institutionalized Disabled Patients to Engage in Consensual Sexual Activity, The. *Whittier Law Review*, 23. Retrieved from <http://heinonline.org/HOL/Page?handle=hein.journals/whitlr23&id=555&div=&collection=>
- Sykes G., 1958, *The society of Captives. A study of a maximum Security Prison*, Princeton, Princeton University Press.
- Tewksbury, R. (1989). Fear of sexual assault in prison inmates. *The Prison Journal*, 69(1), 62-71.
- Tewksbury, R., Vito, G. F., et Cummings, S. (1998). Injection drug users and HIV risk behaviors : Criminal justice professionals's role in identifying and responding to risk behaviors. *Journal of Crime Justice*, 21(1), 1-22.
- Tedlock, B. (2000). Ethnography and ethnographic representation. *Handbook of qualitative research*, 2(1).

- Thomas, J. (1993). *Doing Critical Ethnography*. Newbury Park, CA : Sage.
- Trueba, E. (1999). 'Critical Ethnography and a Vygotskian Pedagogy of Hope : The empowerment of Mexican Immigrant Children', *International Journal of Qualitative Studies in Education* 12(6) : 591-614.
- Volman, L., & Landeen, J. (2007). Uncovering the sexual self in people with schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(4), 411-417.
- Weiss, C., & Friar, D. J. (1974). *Terror in the prisons: Homosexual rape and why society condones it*. Indianapolis: Bobbs-Merrill.
- Welch, S. J., & Clements, G. W. (1996). Development of a policy on sexuality for hospitalized chronic psychiatric patients. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 41(5), 273–9.
- Williams, G. (1999). *French Discourse Analysis: The Method of Post-Structuralism*. New-York: Routledge.
- Wolff, R. P. (1964). Kant's Theory of Mental Activity: a commentary on the transcendental analytic of the Critique of Pure Reason.
- Wooden, W. S., & Parker, J. (1982). Men behind bars. *Sexual Exploitation in Prison*. New York, NY : Plenum Press.
- Wright, D., & Pugnaire-Gros, C. (2010). Let's talk about sex: Promoting staff dialogue on a mental health nursing unit. *Journal for Nurses in Professional Development*, 26(6), 250-255.
- Wright E.R., McCabe H., Kooreman H.E. (2012). Institutional Capacity to Respond to the Ethical Challenges of Patient Sexual Expression in State Psychiatric Hospitals in the United States. *Journal of Ethics in Mental Health*, vol.7, 2012.
- Wright, E. R., & Gayman, M. (2005). Sexual networks and HIV risk of people with severe mental illness in institutional and community-based care. *AIDS and Behavior*, 9(3), 341-353.
- Whyte, W.F. (1943). *Street Corner Society : The Structure of an Italian Slum*. Chicago, IL :University of Chicago Press.

Annexe A : Guide d'entrevue - Patients

1. Comment exprimez-vous votre sexualité ici à l'institut ?
2. Avez-vous déjà eu (ou vu d'autres patients avoir) des contacts sexuels avec d'autres patients durant votre hospitalisation ?
 - a) Avant votre hospitalisation, aviez-vous déjà eu des contacts sexuels avec un autre homme ?
3. Quels genres de contacts sexuels avez-vous avec les autres patients ?
4. À quelle fréquence avez-vous des contacts sexuels avec d'autres patients ?
5. Où avez-vous des contacts sexuels à l'institut ?
6. Vous êtes-vous déjà fait surprendre pendant que vous aviez des contacts sexuels avec un autre patient ?
 - a) Si oui, avez-vous été sanctionné ?
 - b) Quelle a été la sanction ?
7. Connaissez-vous les effets secondaires de vos médicaments sur votre santé sexuelle ?
8. Que savez-vous de la transmission des ITSS ?
 - a) Quels moyens prenez-vous pour vous protéger des ITSS ?
9. Pouvez-vous me décrire un exemple où vous avez (ou auriez voulu) poser une questions à propos de sexe, sexualité ou santé sexuelle à l'infirmière ou autre membre du personnel ?
 - a) Comment a-t-on réagit à vos questions ?
 - b) Est-ce acceptable selon vous ?
10. Avez-vous l'impression que la sexualité entre patients est acceptée à l'XXXX?

Annexe B : Guide d'entrevue - Membre du personnel

1. Parlez-moi de votre rôle comme infirmière / infirmier / éducateur/ agent d'intervention (AGI) / psychiatre/ psychologue/ criminologue ici à l'institut.
2. Infirmières/ infirmier : Pouvez-vous me donner un exemple de situation où un patient vous a posé une question à propos de sexualité ou de santé sexuelle ?
 - a) Comment avez-vous réagit à ces questions ?
 - b) Comment vous sentez-vous quand vous devez répondre à ce genre de questions ?
3. Avez-vous déjà surpris des patients en train d'avoir des contacts sexuels sur votre unité?
 - a) Comment avez-vous réagit?
 - b) Quelles actions avez-vous prises?
4. Sociothérapeute / Psychiatre / Psychologue / Aumônier : Avez-vous déjà référer un patient à l'infirmière/infirmier pour des questions relatives à la sexualité ou à la santé sexuelle ?
5. Croyez-vous qu'il est de votre responsabilité de répondre aux questions / préoccupations d'ordre sexuelle des patients ?
 - a) Pourquoi ?
6. Etes-vous au courant, s'il y a une politique en regard de l'expression sexuelle, la santé sexuelle et/ou les droits relatifs à la sexualité des patients lorsque hospitalisé à l'institut ?
7. Quelle est votre position vis-à-vis la politique en place à l'égard de la sexualité des patients ?
 - a) Pourquoi ?
8. Comment appliquez-vous cette politique sur votre unité?
9. Que pensez-vous que sont les rôles et les responsabilités de l'infirmière/infirmier quant à l'expression de la sexualité des patients et à la santé sexuelle de ceux-ci?

Annexe C : Guide d'entrevue – membres de la Direction des soins infirmiers

Exemple de questions d'entrevues pour les membres de la direction des soins infirmiers:

1. Parlez-moi de votre rôle au sein de la Direction des soins infirmiers?
2. Vous a-t-on déjà rapporté des incidents concernant des rapports sexuels entre patients à l'institut?
3. Comment sont gérés ces incidents de façon générale?
4. Etes-vous au courant des politiques par rapport à l'expression sexuelle, la santé sexuelle et/ou les droits relatifs à la sexualité des patients lorsqu'hospitalisé à l'institut?
5. Comment est appliquée la politique concernant les rapports sexuels entre patients à l'institut?
6. Quel est le rôle du personnel infirmier quant à l'expression de la sexualité et la santé sexuelle des patients hospitalisé à l'institut?

Annexe D : Grille d'observation (adaptée de Peretz, 2004)

Catégories générales	Éléments spécifiques d'observation
Caractéristique de l'établissement	• Situation géographique et historique de l'établissement • Accessibilité • Fonction de l'établissement/de l'unité de soins (Quels services sont offerts?)
Apparence physique	• Architecture (Comment est occupé l'espace, disposition des chambres, la console, vitrage, fenêtres, autres locaux, etc.) • Affiches ou photos sur les murs
Éléments de surveillance	• Microphones • Caméras • Portes barrées
Ratio	• Staff/patients • Infirmières/patients • Agents de sécurité/patients • Professionnels hommes/femmes

Annexe E : Certificat éthique

Numéro de dossier: H01-16-06



Date (mm/jj/aaaa): 03/30/2016

Université d'Ottawa
Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche

University of Ottawa
Office of Research Ethics and Integrity

Certificat d'approbation déontologique

CÉR Sciences et science de la santé

Chercheur principal / Superviseur / Co-chercheur(s) / Étudiant(s)

<u>Prénom</u>	<u>Nom de famille</u>	<u>Affiliation</u>	<u>Rôle</u>
Dave	Holmes	Sciences de la santé / Sciences infirmières	Superviseur
Myriam	Kaszap	Sciences de la santé / Sciences infirmières	Étudiant-chercheur

Numéro du dossier: H01-16-06

Type du projet: Thèse de doctorat

Titre: Expression de la sexualité de patients (hommes) en milieux de psychiatrie légale: Une ethnographie critique

Date d'approbation (mm/jj/aaaa)	Date d'expiration (mm/jj/aaaa)	Approbation
03/30/2016	03/29/2017	Approbation

Conditions Spéciales / Commentaires:

N/A



Université d'Ottawa
Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche

University of Ottawa
Office of Research Ethics and Integrity

La présente confirme que le Comité d'éthique de la recherche (CER) de l'Université d'Ottawa identifié ci-dessus, opérant conformément à l'Énoncé de politique des Trois conseils et toutes autres lois et tous règlements applicables de l'Ontario, a examiné et approuvé la demande d'approbation éthique du projet de recherche ci-nommé. L'approbation est valide pour la durée indiquée plus haut et est sujette aux conditions énumérées dans la section intitulée "Conditions Spéciales / Commentaires".

Lors de l'étude, le protocole ne peut être modifié sans approbation préalable écrite du CER sauf si le participant doit être retiré en raison d'un danger immédiat ou s'il s'agit d'un changement ayant trait à des éléments administratifs ou logistiques de l'étude comme par exemple un changement de numéro de téléphone. Les chercheurs doivent aviser le CER dans les plus brefs délais de tout changement pouvant augmenter le niveau de risque aux participants ou affecter considérablement le déroulement du projet. Ils devront aussi rapporter tout événement imprévu et / ou dommageable et devront soumettre toutes les nouvelles informations pouvant nuire à la conduite du projet et/ou à la sécurité des participants. Toutes modifications apportées au projet, aux lettres d'information / formulaires de consentement ainsi qu'aux documents de recrutement doivent être soumises pour approbation en utilisant le document intitulé "Modification au projet de recherche" au: <http://recherche.uottawa.ca/deontologie/submissions-and-reviews>.

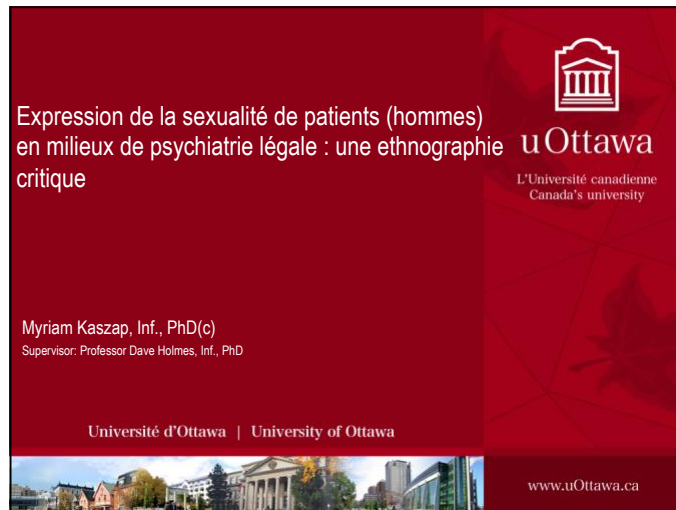
Veillez soumettre un rapport annuel au Bureau d'éthique quatre semaines avant la date d'échéance indiquée afin de renouveler de l'approbation éthique. Afin de fermer le dossier, un rapport final doit être soumis. Ces documents sont disponibles en ligne au: <http://recherche.uottawa.ca/deontologie/submissions-and-reviews>.

Pour toutes questions, vous pouvez communiquer avec le Bureau d'éthique en composant le poste 5387 ou par écrit à: ethique@uOttawa.ca.

Signature:

Riana Marcotte
Responsable d'éthique en recherche
Pour Daniel Lagarec, Président du CÉR en Sciences de la santé et sciences

Annexe F : Présentation protocole pour recrutement



Expression de la sexualité de patients (hommes)
en milieu de psychiatrie légale : une ethnographie
critique

uOttawa
L'Université canadienne
Canada's university

Myriam Kaszap, Inf., PhD(c)
Supervisor: Professor Dave Holmes, Inf., PhD

Université d'Ottawa | University of Ottawa

www.uOttawa.ca

Plan de la présentation

- Définitions
- Problématique
- Objectifs de recherche
- Cadre théorique
- Méthodologie
- Considérations éthiques
- Échéancier
- Questions

Définition

- **Sexualité**

"La sexualité est un élément central de l'expérience humaine, et ce, tout au long de la vie. Ce terme comprend le sexe (biologique), les identités et rôles liés au genre, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction. La sexualité est vécue et exprimée par différents moyens tels que les pensées, les fantasmes, les désirs, les croyances, les attitudes, les valeurs, les comportements, les pratiques, les rôles et les relations. Alors que la sexualité peut inclure toutes ces dimensions, elle n'est pas toujours vécue et exprimée ainsi."
(OMS, 2006)

Définition (suite)

- **Santé sexuelle**

"Ne se limite pas à l'absence de maladie, de dysfonction ou d'infirmité, mais représente un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en relation à la sexualité" (OMS, 2006)

Problématique

- Privation de libertés des patients hospitalisés en milieu de psychiatrie légale - parmi ces privations, on note la perte de relations sexuelles (Potter and Tewksbury, 2005).
- Il y a un manque général de politiques officielles quant aux relations intimes et sexuelles des patients dans les services de psychiatrie légale (Dein and Williams, 2008).

Problématique (suite)

- Les professionnels de la santé prennent souvent pour acquis que les patients abandonneront d'eux-mêmes l'idée de relations sexuelles (Deegan, 2001).
- La sexualité est vue comme un "obstacle" au traitement (Brown et al., 2014).
- En l'absence de politiques claires quant à l'expression de la sexualité, la décision de permettre ou d'aborder ce sujet avec les patients est souvent remise entre les mains des professionnels de la santé (Civic et al., 1993; Modestin, 1981).

Problématique (suite)

- Droits de la personne - "the right to private life" (Gostin, 2000).
- La prévalence élevée du VIH et des ITSS dans les prisons et dans la rue (Hammett, Harmon, et Maruschak, 1999; Tewksbury, Vito, et Cummings, 1998).
- Des expériences positives de sexualité ont beaucoup d'impacts bénéfiques sur la santé et la qualité de vie des patients (Kawachi et Berkman, 2001).

Objectifs de recherche

- Comprendre l'expérience des patients hospitalisés en milieu de psychiatrie légale quant à l'expression de leur sexualité lorsque hospitalisés.
- Comprendre l'expérience et le rôle des infirmières et infirmiers de psychiatrie légale ainsi que des autres professionnels (psychiatres, psychologues, criminologues, gardes de sécurité, éducateurs) quant à l'expression de la sexualité des patients et de leur santé sexuelle.
- Comprendre le rôle que joue la direction des soins infirmiers dans la régulation de la sexualité des patients.

Cadre théorique

- Paradigme - Théorie critique (≠ École de Frankfort)
 - La réalité est "virtuelle", historique et spécifique au temps et au lieu, et est façonnée par différents facteurs (sociaux, liés au genre, culturels, politiques, économiques, etc.).
 - Promeut la transformation, l'émancipation, la restitution et la critique (Guba & Lincoln, 2005).
- Les travaux du philosophe Michel Foucault ainsi que du sociologue Erving Goffman seront utilisés comme cadre théorique.

Méthodologie

Devis: Ethnographie critique

- Vu le focus de cette recherche, l'ethnographie est une méthodologie appropriée.
- Une compréhension de la culture psychiatrico-légale ainsi que de ces effets sur les comportements et attitudes face à la sexualité est essentielle.
- Toutefois, une approche ethnographique traditionnelle ne permettrait point d'explorer pleinement les enjeux sociopolitiques contenus dans le discours en lien avec la culture psychiatrico-légale face à l'expression de la sexualité des patients et de les analyser.

Méthodologie (suite)

Devis: Ethnographie critique

- L'ethnographie critique permet de porter un regard plus sociopolitique afin d'explorer les questions de recherche proposées.
- Dans cette étude, une grande importance est attribuée au contexte (social, politique, historique, culturel, ethnique, de genre, etc).



Méthodologie (suite)

Devis: Ethnographie critique

- Le coeur de mon projet de recherche vise à explorer ce qui se dit et ce qui se vit en matière d'expression sexuelle des patients dans le contexte particulier de la culture psychiatrique-légale.
- L'ethnographie critique permet d'exposer les effets du pouvoir qui s'émissent sur, dans et au travers des corps et qui se traduit dans différents discours (Thomas, 1993).
- Cette approche permet également de comprendre comment les discours (professionnels, organisationnels) pénètrent les corps et modulent les pratiques des personnes.



Méthodologie (suite)

Questions de recherche

- 1) Quelle est l'expérience des patients (hommes) hospitalisés en milieu de psychiatrie légale en ce qui concerne l'expression de leur sexualité lorsque hospitalisés?
- 2) Quelle est l'expérience et le rôle des infirmières et des autres professionnels (psychiatres, psychologues, criminologues, CPU, Socio éducateurs) quant à l'expression de la sexualité des patients et de leur santé sexuelle?
- 3) Quelles sont les influences externes (sociales, politiques, culturelles, etc.) sur l'expérience et le rôle des infirmières?
- 4) Quel est le rôle de la direction des soins infirmiers quant à l'expression sexuelle des patients et à la prise en charge de leur santé sexuelle?

Méthodologie (suite)

Collecte de données

Milieu

- L'étude prendra place dans un hôpital canadien de psychiatrie légale à haute sécurité ~~à haute sécurité~~
- Plus de 280 patients; 14 unités au total.
- Soins tertiaires : services hautement spécialisés.

Méthodologie (suite)

Collecte de données

Échantillon

Patients

•n = 15

•**Critères d'inclusion:** Homme, détenu ou en garde en établissement, 18 ans et plus.

•**Critères d'exclusion:** Incapacité à consentir, comportements agressifs ou violent, suivant traitements pour déviances sexuelles.

Membres du personnel

•n = 15 (minimum de 5 inf.)

•**Critères d'inclusion :** Infirmières/ers, sociothérapeutes, AGI, psychiatres, psychologues, criminologues, ayant travaillé à [REDACTED] pour un minimum de 6 mois.

•**Critères d'exclusion :** Aucun

Méthodologie (suite)

Collecte de données

Recrutement

Patients

•Participation sollicitée par les membres du personnel.

Membres du personnel

•Présentations préliminaires (de jour/de soir) aux membres du personnel afin d'expliquer le projet et de solliciter leur participation.

Considérations éthiques

- Confidentialité
- Consentement éclairé

Échéancier

- **Septembre 2015 - Janvier 2016** : Révision éthique et mise à jour de la recension des écrits.
- **Février - Mai 2016**: Collecte des données (Entrevue avec patients et professionnels).
- **Mai - Décembre 2016** : Analyse des données, interprétation et rédaction.

Questions

Annexe G : Formulaire de consentement - patients

Formulaire d'information et de consentement – Patients

Titre et no du projet : L'expression de la sexualité de patients (hommes) en milieu de psychiatrie légale : une ethnographie critique (projet no 15-010)

Chercheuse principale : Myriam Kaszap, Inf., PhD (candidate), Université d'Ottawa

Chercheur superviseur de thèse : Dave Holmes, Inf., PhD, professeur titulaire, Université d'Ottawa, chercheur associé, Centre de recherche de l'Institut XXXX

Établissement participant : XXXX

Nous sollicitons votre participation au présent projet de recherche. Veuillez lire attentivement ce formulaire d'information et de consentement. Il est important de comprendre toutes les informations qu'il contient. N'hésitez pas à poser des questions, s'il y a un mot ou une phrase que vous ne comprenez pas ou si une information n'est pas claire.

Description du projet

Le projet porte sur l'expression de la sexualité des patients hospitalisés en milieu de psychiatrie légale. Il s'intéresse à connaître l'expérience des patients, du personnel infirmier et d'autres membres du personnel (ex. : sociothérapeute, psychiatre, psychologue, aumônier) ainsi que des membres de la direction des soins infirmiers, en ce qui a trait à l'expression de la sexualité et de la santé sexuelle des patients. Le projet durera une année. Pour le mener à bien, nous aurons besoin de la participation d'une trentaine de personnes, recrutées à l'Institut XXXX, réparties dans l'un des trois groupes suivants : des patients, des membres du personnel et des membres de la direction des soins infirmiers. C'est à ce titre que nous sollicitons votre participation aujourd'hui.

Nature de la participation

Si vous acceptez de participer à ce projet, un membre de l'équipe de recherche vous rencontrera. Il vous demandera de raconter votre expérience liée à l'expression sexuelle en milieu de psychiatrie légale. Cette rencontre aura lieu à l'Institut XXXX, dans une salle de

votre unité. Elle devrait durer environ 60 minutes maximum. Pour les besoins du projet et avec votre accord, l'entrevue sera enregistrée.

Avantages associés au projet

Vous ne retirez aucun bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche. Toutefois, les résultats obtenus pourraient contribuer à mettre en place des services améliorés susceptibles d'aider des personnes qui ont vécu, comme vous, des expériences en lien avec l'expression de la sexualité ou la santé sexuelle de patients hospitalisés en milieu de psychiatrie légale.

Risques et inconvénients associés au projet

En acceptant de participer au projet, il est possible que certaines questions abordées dans l'entretien provoquent un sentiment de gêne ou vous fassent revivre des événements qui ont été troublants pour vous. Vous pouvez choisir de ne pas répondre à certaines questions si elles vous créent un inconfort, sans avoir à justifier pourquoi vous avez choisi de ne pas y répondre. Si vous manifestez un niveau de stress ou d'anxiété élevé, vous serez orienté vers un membre de l'équipe de soins. Les autres risques associés à votre participation sont liés à un manquement à la confidentialité; nous avons pris des mesures afin de sauvegarder votre anonymat. Enfin, le seul inconvénient du projet est le temps nécessaire à votre participation.

Vie privée et confidentialité

Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet seront recueillis. Ils seront utilisés pour ce seul projet. Bien que l'entretien ait lieu dans un local qui ne permettra pas d'assurer l'anonymat de votre participation, tous les renseignements recueillis demeureront confidentiels dans les limites prévues par la loi, sauf si un membre de l'équipe de recherche recueille de l'information qui laisse supposer que votre sécurité ou celle d'autrui puisse être menacée ; dans un tel cas, la chercheuse principale sera tenue de la divulguer aux autorités compétentes.

Afin de préserver la confidentialité des renseignements, vous ne serez identifié que par un code alphanumérique. La clé du code, reliant votre nom à votre dossier de recherche, sera conservée par la chercheuse principale, Myriam Kaszap. Les renseignements recueillis seront conservés sous clé, au Centre de recherche de l'Institut XXXX. L'enregistrement de l'entrevue sera détruit, une fois le verbatim retranscrit et vérifié. La chercheuse principale conservera les autres renseignements recueillis pendant 7 ans suivant la fin du projet, après quoi, elle les détruira dans le respect de la confidentialité. Les résultats du projet pourront être publiés dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il sera impossible de vous identifier.

Par ailleurs, il est possible qu'à des fins de surveillance ou de vérification, nous devions permettre l'accès aux dossiers de recherche aux autorités compétentes (ex. : un représentant du comité d'éthique de la recherche de l'Institut XXXX). Il est aussi possible que nous

devions communiquer, notamment à des fins de gestion, vos noms et prénoms, vos coordonnées ainsi que la date de début et de la fin de votre participation à ce projet à un représentant de la Direction générale ou du comité d'éthique de la recherche de l'Institut. Dans le cadre de leurs activités, ces autorités pourraient vouloir communiquer avec vous. Toutes adhèrent à une politique de stricte confidentialité.

Enfin, vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que le chercheur principal détient ces informations. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, vous pourriez n'avoir accès à certaines de ces informations qu'une fois votre participation terminée.

Communication des résultats généraux

Vous pourrez communiquer avec l'équipe de recherche afin d'obtenir de l'information sur l'avancement des travaux ou les résultats généraux du projet de recherche. L'équipe de recherche prévoit également faire une présentation à l'ensemble du personnel de l'Institut XXXX une fois le projet complété.

Indemnité

Aucune compensation financière n'est prévue en guise de dédommagement pour votre participation.

Liberté de participation

Votre participation à ce projet est volontaire. Vous pouvez donc accepter ou refuser d'y participer sans avoir besoin de vous justifier et sans que cela nuise à vos soins ou services reçus. Aussi, même si vous acceptez de participer à ce projet, vous pourrez vous retirer en tout temps, par simple avis verbal, sans explication et sans que cela vous cause aucun tort.

Par ailleurs, la chercheuse principale ou le comité d'éthique de la recherche de l'Institut XXXX pourraient mettre fin à votre participation, sans votre consentement, par exemple si cela était dans votre intérêt ou si le projet devait être abandonné pour des raisons administratives.

Si vous vous retirez ou êtes retiré du projet, nous détruirons alors les données vous concernant.

Responsabilités

En acceptant de participer à ce projet, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs et les établissements en cause de leur responsabilité civile ou professionnelle.

Personnes-ressources

Si vous avez des questions concernant cette recherche ou voulez nous informer de votre retrait, vous pouvez contacter la chercheuse principale, madame Myriam Kaszap, en composant le 514-648-8461, poste 624.

Si vous avez des questions concernant vos droits à titre de participant à la recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez vous adresser au commissaire local aux plaintes et à la qualité des services de l'Institut XXXX, en composant le 514-648-8461, poste 174.

Surveillance des aspects éthiques du projet

Le comité d'éthique de la recherche de l'Institut XXXX a approuvé ce projet et en assure le suivi. Ainsi, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au projet ou à l'un de ses documents. Pour toute information, vous pouvez rejoindre le secrétariat du comité au 514-648-8461, poste 574.

Consentement du participant

J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire. Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement. J'ai eu l'occasion de poser toutes mes questions et on y a répondu à ma satisfaction. Je sais que je suis libre de participer au projet et que je demeure libre de me retirer en tout temps, par simple avis verbal, sans que cela me cause aucun tort. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision. Je sais que je recevrai une copie signée et datée du présent formulaire.

Je soussigné consens à participer à ce projet.

Oui ☐ Non ☐ Je consens aussi à ce que la rencontre soit enregistrée.

Nom du participant

Signature

Date

Déclaration d'engagement de la chercheuse principale ou de son représentant

Je certifie a) avoir expliqué au participant les termes du présent formulaire, b) avoir répondu à ses questions à l'égard du projet et c) lui avoir clairement rappelé qu'il reste à tout moment libre de mettre fin à sa participation, et ce, par simple avis verbal et sans préjudice. Je lui remettrai une copie signée du présent formulaire.

Nom de la chercheuse principale
ou de son représentant

Signature

Date

Annexe H : Formulaire de consentement – membres du personnel et DSI

Formulaire d'information et de consentement – Professionnels et membres de la DSI

Titre et no du projet : L'expression de la sexualité de patients (hommes) en milieu de psychiatrie légale : une ethnographie critique (projet no 15-010)

Chercheuse principale : Myriam Kaszap, Inf., PhD (candidate), Université d'Ottawa

Chercheur superviseur de thèse : Dave Holmes, Inf., PhD, professeur titulaire, Université d'Ottawa, chercheur associé, Centre de recherche de l'Institut XXXX

Établissement participant : Institut XXXX

Nous sollicitons votre participation au présent projet de recherche. Veuillez lire attentivement ce formulaire d'information et de consentement. Il est important de comprendre toutes les informations qu'il contient. N'hésitez pas à poser des questions, s'il y a un mot ou une phrase que vous ne comprenez pas ou si une information n'est pas claire.

Description du projet

Le projet porte sur l'expression de la sexualité des patients hospitalisés en milieu de psychiatrie légale. Il s'intéresse à connaître l'expérience des patients, du personnel infirmier et d'autres membres du personnel (ex. : sociothérapeute, psychiatre, psychologue, aumônier) ainsi que des membres de la direction des soins infirmiers, en ce qui a trait à l'expression de la sexualité et de la santé sexuelle des patients. Le projet durera une année. Pour le mener à bien, nous aurons besoin de la participation d'une trentaine de personnes, recrutées à l'Institut XXXX, réparties dans l'un des trois groupes suivants : des patients, des membres du personnel et des membres de la direction des soins infirmiers. C'est à ce titre que nous sollicitons votre participation aujourd'hui.

Nature de la participation

Si vous acceptez de participer à ce projet, un membre de l'équipe de recherche vous rencontrera. Il vous demandera de raconter votre expérience liée à l'expression sexuelle en milieu de psychiatrie légale. Cette rencontre aura lieu à l'Institut XXXX, avant ou après

votre quart de travail. Elle devrait durer environ 60 minutes maximum. Pour les besoins du projet et avec votre accord, l'entrevue sera enregistrée.

Avantages associés au projet

Vous ne retirez aucun bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche. Toutefois, les résultats obtenus pourraient contribuer à mettre en place des services améliorés susceptibles d'aider des personnes qui ont vécu, comme vous, des expériences en lien avec l'expression de la sexualité ou la santé sexuelle de patients hospitalisés en milieu de psychiatrie légale.

Risques et inconvénients associés au projet

En acceptant de participer au projet, il est possible que certaines questions abordées dans l'entretien provoquent un sentiment de gêne ou vous fassent revivre des événements qui ont été troublants pour vous. Vous pouvez choisir de ne pas répondre à certaines questions si elles vous créent un inconfort, sans avoir à justifier pourquoi vous avez choisi de ne pas y répondre. Si vous manifestez un niveau de stress ou d'anxiété élevé, vous serez orienté vers la ressource d'aide psychologique appropriée (programme d'aide aux employés). Les autres risques associés à votre participation sont liés à un manquement à la confidentialité; nous avons pris des mesures afin de sauvegarder votre anonymat. Enfin, le seul inconvénient du projet est le temps nécessaire à votre participation.

Vie privée et confidentialité

Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet seront recueillis. Ils seront utilisés pour ce seul projet. Bien que l'entretien ait lieu dans un local qui ne permettra pas d'assurer l'anonymat de votre participation, tous les renseignements recueillis demeureront confidentiels, dans les limites prévues par la loi, sauf si un membre de l'équipe de recherche recueille de l'information qui laisse supposer que votre sécurité ou celle d'autrui puisse être menacée ; dans un tel cas, la chercheuse principale sera tenue de la divulguer aux autorités compétentes.

Afin de préserver la confidentialité des renseignements, vous ne serez identifié que par un code alphanumérique. La clé du code, reliant votre nom à votre dossier de recherche, sera conservée par la chercheuse principale, Myriam Kaszap. Les renseignements recueillis seront conservés sous clé, au Centre de recherche de l'Institut XXXX. L'enregistrement de l'entrevue sera détruit, une fois le verbatim retranscrit et vérifié. La chercheuse principale conservera les autres renseignements recueillis pendant 7 ans suivant la fin du projet, après quoi, elle les détruira dans le respect de la confidentialité. Les résultats du projet pourront être publiés dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques ; même si tous les moyens seront pris en vue de protéger votre identité, il pourrait être difficile de le faire pour les personnes dont le rôle est exclusif au sein de l'organisation.

Par ailleurs, il est possible qu'à des fins de surveillance ou de vérification, nous devions permettre l'accès aux dossiers de recherche aux autorités compétentes (ex. : un représentant

du comité d'éthique de la recherche de l'Institut XXXX). Il est aussi possible que nous devions communiquer, notamment à des fins de gestion, vos noms et prénoms, vos coordonnées ainsi que la date de début et de la fin de votre participation à ce projet à un représentant de la Direction générale ou du comité d'éthique de la recherche de l'Institut. Dans le cadre de leurs activités, ces autorités pourraient vouloir communiquer avec vous. Toutes adhèrent à une politique de stricte confidentialité.

Enfin, vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que le chercheur principal détient ces informations. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, vous pourriez n'avoir accès à certaines de ces informations qu'une fois votre participation terminée.

Communication des résultats généraux

Vous pourrez communiquer avec l'équipe de recherche afin d'obtenir de l'information sur l'avancement des travaux ou les résultats généraux du projet de recherche. L'équipe de recherche prévoit également faire une présentation à l'ensemble du personnel de l'Institut XXXX une fois le projet complété.

Indemnité

Aucune compensation financière n'est prévue en guise de dédommagement pour votre participation.

Liberté de participation

Votre participation à ce projet est volontaire. Vous pouvez donc accepter ou refuser d'y participer sans avoir besoin de vous justifier et sans que cela vous cause préjudice. Aussi, même si vous acceptez de participer à ce projet, vous pourrez vous retirer en tout temps, par simple avis verbal, sans explication et sans que cela vous cause aucun tort.

Par ailleurs, la chercheuse principale ou le comité d'éthique de la recherche de l'Institut XXXX pourraient mettre fin à votre participation, sans votre consentement, par exemple si cela était dans votre intérêt ou si le projet devait être abandonné pour des raisons administratives.

Si vous vous retirez ou êtes retiré du projet, nous détruirons alors les données vous concernant.

Responsabilités

En acceptant de participer à ce projet, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs et les établissements en cause de leur responsabilité civile ou professionnelle.

Personnes-ressources

Si vous avez des questions concernant cette recherche ou voulez nous informer de votre retrait, vous pouvez contacter la chercheuse principale, madame Myriam Kaszap, en composant le 514-648-8461, poste 624.

Si vous avez des questions concernant vos droits à titre de participant à la recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez vous adresser au commissaire local aux plaintes et à la qualité des services de l'Institut XXXX, en composant le 514-648-8461, poste 174.

Surveillance des aspects éthiques du projet

Le comité d'éthique de la recherche de l'Institut XXXX a approuvé ce projet et en assure le suivi. Ainsi, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au projet ou à l'un de ses documents. Pour toute information, vous pouvez rejoindre le secrétariat du comité au 514-648-8461, poste 574.

Consentement du participant

J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire. Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement. J'ai eu l'occasion de poser toutes mes questions et on y a répondu à ma satisfaction. Je sais que je suis libre de participer au projet et que je demeure libre de me retirer en tout temps, par simple avis verbal, sans que cela me cause aucun tort. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision. Je sais que je recevrai une copie signée et datée du présent formulaire.

Je soussigné consens à participer à ce projet.

Oui ☐ Non ☐ Je consens aussi à ce que la rencontre soit enregistrée.

Nom du participant

Signature

Date

Déclaration d'engagement de la chercheuse principale ou de son représentant

Je certifie a) avoir expliqué au participant les termes du présent formulaire, b) avoir répondu à ses questions à l'égard du projet et c) lui avoir clairement rappelé qu'il reste à tout moment libre de mettre fin à sa participation, et ce, par simple avis verbal et sans préjudice. Je lui remettrai une copie signée du présent formulaire.

Nom de la chercheuse principale
ou de son représentant

Signature

Date

L'original de ce formulaire sera conservé par Madame Myriam Kaszap, dans son dossier de recherche.

Annexe I : Vue aérienne de l'institution

