

**MIEUX COMPRENDRE LA STIGMATISATION DES INFIRMIERS.ÈRES EXERÇANT
EN MILIEU DE PSYCHIATRIE LÉGALE**

AMÉLIE LADOUCEUR

Thèse soumise à l'Université d'Ottawa
dans le cadre des exigences du programme
Doctorat en philosophie en sciences infirmières

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

Résumé

L'étude de l'expérience vécue permet de comprendre les personnes et le sens unique qu'elles attribuent à leurs interactions avec les autres et leur environnement. Peuvent notamment s'y rattacher des questions reliées à des enjeux de pouvoir et de représentation du corps professionnel dans le milieu. L'expérience vécue permet d'aller au-delà de la simple description. Elle permet de comprendre et de présenter ce qui fait du sens pour des personnes qui n'ont pas souvent l'occasion de s'exprimer. La discipline infirmière ne se pratique pas toujours dans des milieux conventionnels. La spécialité de psychiatrie légale constitue un bon exemple de pratique marginale, alors qu'elle se situe au carrefour entre le milieu correctionnel et le milieu hospitalier (plus spécifiquement l'hôpital psychiatrique). Cet environnement unique est le site d'une pratique infirmière tout aussi unique, mais malheureusement peu connue des diverses sphères de la société. L'étude du vécu du personnel infirmier permet de mieux connaître les défis, les souffrances et les mécanismes d'adaptation vécus par ces professionnels. Plusieurs recherches scientifiques se sont intéressées au vécu de la clientèle dans le milieu psycholégal, mais très peu se sont intéressés aux infirmiers.ères. Cette étude permet de connaître le quotidien du personnel infirmier en milieu psycholégal, notamment au regard de leurs interactions avec leur environnement, leurs collègues de travail, l'administration, la communauté infirmière et la société en général. Bien que cela puisse être un sujet tabou au sein des milieux de psychiatrie légale, une meilleure compréhension de l'expérience vécue par le personnel infirmier pourrait être porteuse de solutions en lien avec les conditions de travail difficiles des infirmiers.ères. Finalement, cette recherche s'attarde également aux influences du genre, afin de mieux saisir si cette expérience est vécue différemment par les infirmiers et les infirmières.

Table des matières

Résumé	ii
Table des matières	iii
Liste des tableaux	vi
Liste des figures	vii
Remerciements	viii
Introduction	x
Chapitre 1 - Problématique de recherche	1
1.1 Questions de recherche.....	15
1.2 Position épistémologique	15
Chapitre 2 - Recension des écrits	19
2.1 Le soin dans le milieu psycholégal.....	20
2.1.1 Conceptualiser le soin en milieu psycholégal	20
2.1.2 Contamination du soin par l'environnement psycholégal.....	25
2.1.3 Un avenir pour le soin psycholégal.....	29
2.2 L'identité professionnelle des infirmiers.ères en milieu psycholégal	33
2.2.1 Le rôle infirmier en santé mentale	33
2.2.2 Le rôle infirmier en psychiatrie légale	34
2.2.3 Les conséquences de ces rôles nébuleux.....	37
2.3 Les facultés d'enseignement en sciences infirmières et la psychiatrie.....	39
2.3.1 Les étudiants en sciences infirmières et la santé mentale	39
2.3.2 L'avenir du parcours scolaire en soins infirmiers en santé mentale	42
2.3.3 Le cursus scolaire en soins infirmiers psycholégaux	43
2.4 L'image du rôle infirmier en psychiatrie.....	44
2.4.1 La perception médiatique	45
2.4.2 La perception des infirmiers.ères	46
2.5 La violence verticale et horizontale dans le milieu de travail infirmier	47
Chapitre 3 - Cadre théorique	50
3.1 Le stigmatisme	51
3.2 L'institution totale et les disciplines.....	61
3.3 Le pouvoir	67

3.3.1	Le pouvoir disciplinaire	71
3.3.2	Le pouvoir de la stigmatisation	74
Chapitre 4 -	Considérations méthodologiques	78
4.1	Devis de recherche	78
4.2	Milieu de recherche	84
4.3	Recrutement et échantillonnage	85
4.4	Collecte de données	88
4.5	Analyse des données	90
4.6	Critères de rigueur	95
4.7	Considérations éthiques	100
Chapitre 5 -	Résultats	108
5.1	Thème 1 : Perceptions	109
5.1.1	Catégorie 1. Perceptions des infirmiers.ères	109
5.1.2	Catégorie 2. Perceptions sociales	121
5.1.3	Catégorie 3. Perceptions de la classe dirigeante	125
5.2	Thème 2 : Choc culturel	128
5.2.1	Catégorie 1. Déceptions	128
5.2.2	Catégorie 2. Castes professionnelles	134
5.3	Thème 3 : Soigner en milieu psycholégal	143
5.3.1	Catégorie 1. Soigner autrement	143
5.3.2	Catégorie 2. Crise identitaire	153
5.4	Thème 4 : Stratégies d'adaptation	156
5.4.1	Catégorie 1. Souffrances	156
5.4.2	Catégorie 2. Mécanismes d'adaptation	158
5.4.3	Catégorie 3. Résistance	161
5.5	Résumé des résultats	163
Chapitre 6 -	Discussion	166
6.1	Les effets de l'aversion et de l'invisibilité de la psychiatrie légale sur l'exercice infirmier	167
6.2	La carrière morale des infirmiers.ères en milieu psychiatrique	175
6.3	L'importance d'une formation formelle en psychiatrie légale	192

6.4 Implications pour les sciences infirmières	197
6.4.1 Retombées pour la recherche	197
6.4.2 Retombées politiques et scolaires	198
6.4.3 Retombées pour la pratique.....	200
6.5 Limites de l'étude	201
Conclusion.....	203
Références	207
Annexe 1 - Grille d'entretien	219
Annexe 2 - Certificat d'approbation éthique de l'Université d'Ottawa	221
Annexe 3 - Approbation éthique	223
Annexe 4 - Approbation scientifique	225
Annexe 5 - Formulaire d'information et de consentement	236

Liste des tableaux

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques des participants	108
Tableau 2. Thème 1 et ses catégories	109
Tableau 3. Thème 2 et ses catégories	128
Tableau 4. Thème 3 et ses catégories	143
Tableau 5. Thème 4 et ses catégories	156

Liste des figures

Figure 1. Les concepts du pouvoir de la stigmatisation et leur opérationnalisation	76
Figure 2. Schématisation des quatre thèmes	164

Remerciements

La poursuite de mon doctorat et la rédaction de cette thèse se sont échelonnées sur près de cinq ans et elles n'auraient jamais été possibles sans le soutien moral quotidien d'une multitude d'acteurs. En faire l'énumération serait une entreprise risquée étant donné leur nombre élevé. Ces derniers se reconnaîtront sans doute dans les prochains passages. Je tiens à remercier en premier mes parents. Par leur présence, leur écoute, leur compréhension et leur indéniable soutien, ils m'ont inculqué le goût de me surpasser et de persévérer dans les moments les plus difficiles. Ils m'ont aussi appris à savourer les petites victoires, les moments joyeux et à être fière de mes réalisations. Mon père, parti trop tôt, n'aura pas la chance de partager de son vivant cette étape finale importante, néanmoins toujours présent dans nos cœurs et pensées il sera parmi nous d'une certaine façon.

Merci à ma sœur, Julie et à toute ma famille pour leurs encouragements, leur écoute, les discussions et les précieux conseils. Ces moments chers ont indéniablement contribué à l'avancement de ma thèse. Merci à François, Agathe, Marjolaine, Olivier et Camille qui me rappellent l'importance de ne pas oublier de chercher et de s'émerveiller. Merci à tous mes amis, Amélie, Lydia, Sandra, Audrey, Brigitte, David, Karine, Élisabeth et bien d'autres pour leur sens de l'humour, leur disponibilité et leur soutien indéfectible représentant une grande source de réconfort dans les moments laborieux. Merci également à mon employeur et à tous mes collègues du centre hospitalier où j'ai œuvré pendant mes études supérieures. Votre soutien a été déterminant dans la poursuite de ma recherche.

Un merci tout particulier à mon complice de tous les jours, Alexandre, qui en plus de son soutien inconditionnel quotidien, n'a jamais hésité à débattre des idées qui m'ont aidé à avancer ce travail. Sa présence, sa patience et sa perspicacité ont été d'un grand secours dans mes moments de doute, de colère et de remise en question. D'un autre côté, il m'a aidée à célébrer pleinement les réussites et l'accomplissement des différentes étapes du doctorat. Finalement, sa présence dans

toutes nos aventures parallèles à celle du doctorat a donné un sens à cette dernière, mais aussi à ma vie auprès de lui.

Je ne pourrais terminer ces remerciements sans exprimer ma gratitude envers mon superviseur de thèse, le professeur Dave Holmes, sans qui rien de tout cela n'aurait été possible. Son enseignement, ses conseils éclairés et son mentorat au cours des dernières années ont été d'une aide précieuse. Je m'estime privilégiée d'avoir pu profiter de sa sagesse, de sa générosité et de l'étendue de ses connaissances dans la poursuite de ma recherche. Je ne peux qu'espérer être à la hauteur de ses qualités dans la poursuite de mon cheminement. Merci pour tout, car sans le professeur Holmes, jamais je ne me serais engagée dans un projet doctoral.

À toutes les personnes concernées par ce message, merci. Je n'aurais jamais été en mesure de compléter cette thèse sans votre présence. Vous êtes également et à votre manière particulière les auteurs de ce travail.

Introduction

C'est en août 1961 qu'est publié le livre de Jean-Charles Pagé, *Les fous crient au secours!*. Témoignage d'un ex-patient, le jeune homme y raconte son internement à l'Asile Saint-Jean-de-Dieu à la suite d'une crise de *delirium tremens*. Camille Laurin signe la postface :

La société est incapable de reconnaître vraiment pour sien le malade mental. Celui-ci a toujours été l'aliéné (du latin *alienus*, autre, étranger, différent), qui s'est évadé des cadres familiers pour accéder à un univers mystérieux et lointain, qui inspire tout à la fois une pitié condescendante, un malaise indéfinissable, un respect sacré, un mépris orgueilleux, une violente hostilité, de la crainte ou de la terreur. (p. 127)

L'ouvrage obtient un franc succès et est vendu à plus de 40 000 exemplaires. Il crée une véritable onde de choc au Québec. Le gouvernement de l'époque annonce la création de la Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques, présidée par le docteur Bédard, dont le rapport final porte le nom. Ce rapport formule plusieurs recommandations, dont la « construction immédiate et urgente d'un nouvel hôpital, parfaitement adapté aux besoins des patients et conforme aux données de la science moderne » (Bédard et al., 1962). C'est la naissance de la psychiatrie légale au Québec, la reconnaissance du besoin de soigner humainement cette clientèle hors des murs carcéraux, milieu mésadapté pour offrir ces soins de santé. Surspécialité médicale, le milieu psycholégal en est à ses balbutiements et les soins offerts se veulent multidisciplinaires dès le début.

Le personnel infirmier fait partie de cette équipe, mais l'exercice de son rôle et de ses responsabilités ne se fait pas sans heurts. L'articulation du soin et de la pratique infirmière dans le milieu de la psychiatrie légale répond aux exigences sécuritaires. À ce jour, il n'est toujours pas possible pour les infirmières de trouver de la formation idoine à ce milieu. Pourtant, la psychiatrie légale est admise comme une surspécialité de la santé mentale. Le sentiment de solitude et de faire cavalier seul dans cet environnement de travail s'installe auprès du personnel infirmier et plusieurs repères concernant le soin et les impératifs déontologiques peuvent s'éluder. L'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ), qui a pour mission de protéger le public et de

façonner les soins infirmiers de l'avenir, n'offre pas non plus de définition ou de description concernant la profession infirmière en psychiatrie légale. Très peu d'études se sont attardées au vécu du personnel infirmier œuvrant dans cet environnement atypique. Il n'en demeure pas moins que ce sont les professionnels de la santé les plus présents auprès des patients desservis dans ces milieux et nous croyons qu'ils méritent d'être entendus.

L'intérêt porté par la recherche scientifique et les soins infirmiers en milieu de psychiatrie légale est limité. Certaines références peuvent paraître désuètes, mais elles demeurent des classiques dans la littérature scientifique et sont parfois les seules à aborder certains éléments importants, ce qui justifie leur utilisation dans le présent projet doctoral. L'objectif de la présente étude consiste donc à mieux comprendre l'expérience vécue du personnel infirmier en milieu psycholégal et de leur donner une voix. Le premier chapitre de cette thèse décrit plus en détail la problématique à l'étude. Le second chapitre présente la recension des écrits selon cinq grands axes. Le troisième chapitre expose le cadre théorique qui oriente ce projet de recherche, suivi du quatrième chapitre qui porte sur la méthodologie ayant rendu cette étude possible. Finalement, le cinquième et le sixième chapitres exposent respectivement les résultats provenant de la collecte de données et la discussion de ceux-ci.

Chapitre 1

Problématique de recherche

Le milieu de psychiatrie légale se situe au carrefour du système correctionnel et du système de santé, spécifiquement dans le domaine de la santé mentale. Les hôpitaux de psychiatrie légale sont le produit de deux demandes sociales compétitives : le besoin de sécurité (nécessité sociale) et le besoin de santé (bien-être social) (Allen et Aburabi, 2016; Dhaliwal et Hirst, 2016; Hörberg, 2018; Jacob, 2014; Paradis-Gagné et al., 2020; Simon et al., 2020). La gestion des comportements violents des délinquants souffrant de troubles mentaux se fait ainsi dans des milieux cliniques où la thérapie et la punition se chevauchent et où le personnel soignant doit intervenir de manière coercitive et en respectant les impératifs sécuritaires (Allen et Aburabi, 2016; Beckmann, 2017; Holmes et Jacob, 2012; Jacob, 2014; Peteet et Tobey, 2017; Simon et al., 2020).

Dans ce genre de milieu, la conception du travail traditionnel du personnel soignant, dont les infirmiers.ères, est complètement modifiée (Domingue et al., 2020; Jacob, 2012a; Simon et al., 2020). La pratique infirmière dans cet environnement est intrinsèquement liée à un réseau de relations de pouvoir où la sécurité et les soins doivent coexister (Allen et Aburabi, 2016; Holmes et Jacob, 2012; Jacob, 2014; Peteet et Tobey, 2017; Simon et al., 2020). Les impératifs de sécurité et les soins à prodiguer sont des mandats dichotomiques qui incombent au personnel soignant (Allen et Aburabi, 2016; Holmes et Jacob, 2012; Jacob, 2014; Peteet et Tobey, 2017; Simon et al., 2020). Les infirmiers.ères, dans un cadre thérapeutique sécuritaire, doivent dispenser des soins psychiatriques à une clientèle vulnérable et criminalisée, tout en respectant leur code de déontologie et les principes éthiques de leur profession (Domingue et al., 2020; Mason et Mercer, 1998/2017).

Des dilemmes éthiques découlent de cet environnement unique où la confidentialité, le bien-être de la clientèle et l'accès des patients au même niveau de soins que dans la communauté sont compromis (Allen et Aburabi, 2016; Domingue et al., 2020; Kalra et al., 2016; Simon et al., 2020). Néanmoins, selon l'angle légal de la pratique, les obligations déontologiques, morales ou éthiques du personnel infirmier ne changent pas parce que le patient a un problème de santé mentale et qu'il est en détention hospitalière (Allen et Aburabi, 2016; Beckmann, 2017; Simon et al., 2020). Cette tension est particulièrement néfaste pour le personnel soignant puisqu'elle a été rapportée comme étant une menace pour sa propre identité professionnelle (Domingue et al., 2020; Simon et al., 2020). Cette dualité entre les considérations sécuritaires et les soins cliniques à prodiguer présente un risque pour les infirmiers.ères de tomber dans un jeu de pouvoir avec la clientèle (Domingue et al., 2020; Simon et al., 2020). Elle est aussi une menace pour le bien-être des professionnels infirmiers, car cette coexistence entre soins et sécurité peut avoir des répercussions sur la perception dénaturée de leur travail, augmentant le risque d'épuisement émotionnel et d'épuisement professionnel (Kalra et al., 2016; Simon et al., 2020). Ce dernier est d'ailleurs reconnu pour être associé à des soins sous-optimaux et inefficaces (Panagioti et al., 2018; Simon et al., 2020).

Conséquemment, cette réalité spécifique au personnel infirmier en milieu psycholégal a des répercussions sur la qualité des soins offerts (Beckmann, 2017; Simon et al., 2020). Les patients qui se retrouvent dans ces milieux institutionnels étant dépouillés de plusieurs droits par rapport aux patients dans la communauté, il est difficile de s'assurer qu'ils reçoivent des soins de qualité contribuant à augmenter leur bien-être (Beckmann, 2017). La clientèle qui se retrouve en milieu psycholégal a le double statut d'une personne souffrant d'un trouble mental souvent sévère et comorbide auquel s'ajoutent des démêlés avec la justice imputable à sa condition de santé. Il est

connu que l'espérance de vie des personnes souffrant de troubles mentaux sévères est réduite de dix à vingt-cinq ans comparativement à la population générale ne souffrant pas de tels troubles, l'une des causes qui sous-tendent cette triste statistique étant l'accessibilité aux soins (Roberts et al., 2017; World Health Organization, 2014). Prioriser des soins et des services de qualité supérieure, cohérents avec les besoins des patients devrait être l'unique préoccupation de ces milieux (Beckmann, 2017). Force est de constater que ce n'est pas tout à fait le cas. L'urgence de s'intéresser au quotidien des infirmiers.ères en milieu psycholégal prend ainsi tout son sens. Il semble primordial d'en apprendre davantage sur leur expérience vécue pour connaître leurs défis et leur apporter le soutien nécessaire afin d'améliorer leur expérience de travail et, par ricochet, les soins et la qualité de vie des patients.

Le double statut socioprofessionnel des infirmiers.ères en psychiatrie légale, à la fois agents de contrôle social et agents de soins, est source de grandes difficultés. Leur expérience vécue au quotidien n'est pas banale, tant en ce qui a trait à l'articulation de leur profession avec les autres professionnels œuvrant dans le milieu, mais également en ce qui concerne la clientèle desservie dans ces milieux (Hörberg et Dahlberg, 2015; Jacob, 2012b, 2014). En effet, les infirmiers.ères doivent trouver un équilibre entre les demandes des bénéficiaires, celles provenant de l'équipe soignante et les demandes de l'organisation (Hörberg, 2015; Jacob, 2012a). Cet environnement hybride et le double mandat paradoxal du personnel infirmier l'amènent souvent à se distancer (personnellement, professionnellement, psychologiquement et physiquement) de la clientèle vulnérable à soigner, comportement qui peut même être indirectement encouragé par l'institution (Domingue et al., 2020; Holmes et Jacob, 2012; Hörberg et Dahlberg, 2015; Jacob, 2014; Jacob et Foth, 2013; Peteet et Tobey, 2017; Simon et al., 2020).

L'enchevêtrement du monde légal qui répond à un besoin de sécurité et du monde de la santé mentale qui répond aux besoins de bien-être de la clientèle présente teinte aussi l'alliance

thérapeutique (Hörberg et Dahlberg, 2015; Wittouck et Vander Beken, 2019). Le rétablissement et la réinsertion des patients sont plus réalistes si des balises claires guident les attitudes et les comportements attendus des détenteurs de pouvoir et les guident dans la prestation de soins et des services en milieu psycholégal (Wittouck et Vander Beken, 2019). Cette difficile harmonisation entre la thérapie et le contrôle social rend donc possible le parallèle entre le milieu de psychiatrie légale et ce que Goffman (1961/2013) et Foucault (1976/2015) appellent respectivement des institutions totales et la discipline institutionnelle. Celles-ci seront décrites dans le chapitre 3. Les infirmiers.ères tentent de réorganiser leur travail et leur comportement de façon rationnelle afin de rendre cette oscillation entre soin et sécurité acceptable (Holmes et Jacob, 2012; Hörberg, 2015; Jacob, 2014; Peteet et Tobey, 2017; Simon et al., 2020). Toutefois, cette reconstruction identitaire de leur pratique les distancie de leur profession et ils peuvent souffrir non seulement d'isolement et de marginalisation, mais aussi de stigmatisation (Domingue et al., 2020; Martin, 2001; Simon et al., 2020).

En pratique, tous les infirmiers.ères en psychiatrie peuvent attester des attitudes négatives du public et de leur stigmatisation lorsque leur discipline et les caractéristiques de leur clientèle sont connues (Ben Natan et al., 2015; Bladon, 2019; Gouthro, 2009; Halter, 2002, 2008; Möller-Leimkühler et al., 2016; Peternelj-Taylor, 2004; Snyder, 2019; Verhaeghe et Bracke, 2012). En effet, les infirmiers.ères en psychiatrie légale subissent une dévaluation sociale de leur profession par divers acteurs de la société (Bladon, 2019; Bujold et al., 2020; Halter, 2008). Effectivement, le personnel infirmier est décrit comme étant moins qualifié, illogique, peu dynamique, voire paresseux et certains vont même jusqu'à dire qu'il souffre lui-même de troubles mentaux (Bladon, 2019; Bujold et al., 2020; Crawford et al., 2008; Halter, 2008; Verhaeghe et Bracke, 2012). Ce personnel inspire moins le respect que ses collègues œuvrant dans le domaine de la santé physique (Ben Natan et al., 2015; Bladon, 2019; Crawford et al., 2008; Halter, 2008; Verhaeghe et Bracke,

2012). La psychiatrie elle-même se dépeint comme une spécialité médicale qui manque de contenus scientifiques, de données probantes et qui doit interagir avec des gens « fous », marginalisés et souvent étiquetés comme hostiles et violents (Halter, 2008; Kalra et al., 2016; Möller-Leimkühler et al., 2016). Après tout, qui voudrait travailler avec une clientèle décrite comme monstrueuse et qui inspire du dégoût, de la répulsion et de la peur (Bujold et al., 2020; Holmes et al., 2006; Jacob, et al., 2009)?

En réponse à cette stigmatisation du personnel infirmier en psychiatrie, l'attitude de la communauté médicale aurait pu être sympathique, mais, à tort, elle reflète principalement les croyances de la société et perpétue ainsi le stigmate (Ben Natan et al., 2015; Halter, 2008; Möller-Leimkühler et al., 2016; Sadow et Ryder, 2008). Certaines études mentionnent aussi que les personnes qui y travaillent ont des personnalités introverties, qu'elles sont incompetentes et dépendantes (Ben Natan et al., 2015; Coleman, 2018; Halter, 2008). La profession infirmière en santé mentale est aussi caractérisée comme étant contraire au caring. En milieu psychiatrique et plus spécifiquement en psychiatrie légale, la conception du caring se bute à l'aporie sécurité et soins de la pratique infirmière (Holmes, 2005; Hörberg, 2015). Pire, selon Crawford et al. (2008), les infirmiers.ères travaillant en psychiatrie ne se perçoivent pas comme des professionnels à part entière, contrairement à leurs collègues qui ont choisi une autre spécialité.

La stigmatisation des personnes souffrant de troubles mentaux a elle aussi été largement reconnue dans les écrits (Arboleda-Flórez, 2003; Roberts et al., 2017; Roelandt et al., 2012; Verhaeghe et Bracke, 2012), mais peu de recherches se sont attardées sur les conséquences de cette stigmatisation sur les équipes soignantes en santé mentale, plus particulièrement sur le personnel infirmier. La stigmatisation et les attitudes négatives peuvent profondément changer le quotidien des infirmiers.ères travaillant en psychiatrie, voire discréditer leur profession et annihiler leurs ambitions (Bladon, 2019; Verhaeghe et Bracke, 2012). Pire, cette construction négative de leur

pratique nuit aux personnes atteintes de troubles mentaux qui nécessitent des soins infirmiers spécialisés et discrédite leurs besoins; la stigmatisation vécue par le personnel exacerbe la stigmatisation vécue par les patients et affecte les soins offerts (Gouthro, 2009; Graham et al., 2020; Simon et al., 2020).

Le silence des infirmières exerçant en psychiatrie en regard de cette stigmatisation et les perceptions négatives engendrées auprès de la population et de la communauté des professionnels en sciences infirmières est inquiétant, voire alarmant (Bladon, 2019). Les infirmières en psychiatrie ont une importante problématique d'image (Bladon, 2018; Halter, 2008). On pourrait même dire qu'ils vivent une crise identitaire (Bladon, 2019; Hemingway et al., 2016). La perception floue du travail infirmier en psychiatrie et la stigmatisation par association nourrit cette crise identitaire et entrave l'émergence de cette spécialité, de même que la capacité des infirmières à prendre position ou à tirer avantage de certaines opportunités professionnelles qui pourraient se présenter (Ben Natan et al., 2015; Graham et al., 2020; Hemingway et al., 2016; Hercelinskyj et al., 2014; Sercu et al., 2015).

En effet, le rôle des infirmières en psychiatrie est ambigu et sans définition consensuelle, ce qui engendre un manque de communication sur la profession à un auditoire élargi et contribue à l'incompréhension générale des responsabilités infirmières en santé mentale (Bladon, 2019; Graham et al., 2020; Hemingway et al., 2016; Hercelinskyj et al., 2014; Martin, 2001; Möller-Leimkühler et al., 2016). Des perceptions erronées concernant cette spécialité infirmière sont entretenues tant par le public que par le monde médical et les sciences infirmières (Bladon, 2019; Ebsworth et Foster, 2016; Flaskerud, 2018; Heyman, 2012; Möller-Leimkühler et al., 2016).

Pourtant, la surspécialisation des soins infirmiers en psychiatrie légale est reconnue dans la majorité des pays industrialisés (Martin et al., 2013). Les premières formations à ce sujet sont apparues dans le milieu des années 1990 et depuis, il est possible de s'éduquer dans ce domaine

jusqu'au troisième cycle universitaire (Kent-Wilkinson, 2011; Paradis-Gagné et Guimond, 2020). Néanmoins, peu de recherches arrivent à faire consensus pour définir, décrire ou expliquer le rôle de ces professionnels de la santé (Bladon, 2018; Coleman, 2018; Graham et al., 2020; Kent-Wilkinson, 2010; Martin et al., 2013). Les objectifs de soins de cette spécialité ne sont pas plus évidents d'un point de vue extérieur. L'*Association of Forensic Mental Health Services*, section groupe infirmier, dépeint l'exercice infirmier en psychiatrie légale comme « ayant des responsabilités variables d'un pays à l'autre, mais jouant un rôle clé dans l'évaluation, la gestion et le traitement des délinquants criminels atteints de troubles mentaux » [traduction libre] (Martin et Martin, n.d.). Évidemment, cette description est élémentaire et elle peut inclure différents rôles infirmiers reliés à différents milieux, comme le pénitencier ou l'asile. L'impasse d'une définition explicite de la pratique infirmière en milieu psycholégal influence les perceptions des autres professionnels de la santé et brime le travail multidisciplinaire (Mason, Coyle, et Lovell, 2008a; Mason, Lovell, et Coyle, 2008b).

Dans cette institution de soins de haute sécurité, la description du travail infirmier en psychiatrie légale est plutôt générale et pourrait s'adresser à un emploi infirmier dans un hôpital général (Infirmier clinicien ou infirmière clinicienne, 2006). En outre, l'OIIQ n'offre aucune définition de la surspécialité de psychiatrie légale. En 2015, le ministère de la Santé et des Services sociaux publiait en primeur le Plan d'action en santé mentale. Seulement quelques lignes de ce document sont consacrées à la psychiatrie légale et il ne fait nullement mention du travail infirmier dans cette surspécialisation (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015). On peut donc constater que la définition du rôle et des responsabilités des infirmiers.ères en psychiatrie n'est pas bien établie et leur est défavorable (Bladon, 2018; Coleman, 2018). Le système de santé actuel intime des attentes chimériques qui contribuent à la confusion du rôle infirmier en psychiatrie et alimentent les préjugés, voire la stigmatisation de cette profession qui devient alors floue

(Bladon, 2018; Hercelinskyj et al., 2014; Paradis-Gagné et al., 2020). Cette situation est source d'incompréhension et contribue à la méconnaissance des responsabilités infirmières en milieu psycholégal (Bladon, 2018; Graham et al., 2020; Hemingway et al., 2016; Hercelinskyj et al., 2014). Ce vide dans lequel se retrouve la surspécialisation de psychiatrie légale en sciences infirmières entraîne plusieurs conséquences qui se répercutent autant sur le recrutement du personnel infirmier que sur la reconnaissance de son travail.

Ces fausses perceptions se répercutent tout autant auprès des étudiants en soins infirmiers (Bladon, 2019; Bujold et al., 2020; Graham et al., 2020; Halter, 2008; Happell et Gaskin, 2013; Wedgeworth, et al., 2020). Le domaine de la psychiatrie est souvent leur dernier choix de carrière et ils le justifient en mentionnant trouver la psychiatrie ennuyante, dépressive, inintéressante et offrant peu de défis à relever (Bujold et al., 2020; Günösen et al., 2017; Happell et Gaskin, 2013; Thongpriwan et al., 2015; Wedgeworth et al., 2020). Ils décrivent par ailleurs le travail comme étant terrifiant, anxiogène, ingrat et difficile (Bujold et al., 2020; Günösen et al., 2017; Halter, 2008; Happell et Gaskin, 2013; Wedgeworth et al., 2020). Des études font ressortir que les étudiants ne considèrent pas la psychiatrie comme un choix de carrière en soi et justifient ces propos par un niveau élevé d'anxiété et de peur (Bujold et al., 2020; Günösen et al., 2017; Thongpriwan et al., 2015; Wedgeworth et al., 2020). Certains étudiants vont même jusqu'à mentionner que ce n'est pas un véritable champ d'expertise de la profession infirmière et qu'il doit être décevant de s'engager dans cette spécialité (Günösen et al., 2017; Happell et Gaskin, 2013).

De plus, les étudiants sont susceptibles d'avoir les mêmes opinions erronées sur le travail en santé mentale que le public (Bujold et al., 2020; Günösen et al., 2017; Thongpriwan et al., 2015; Wedgeworth et al., 2020). Ils appréhendent des patients violents, hostiles et agressifs (Günösen et al., 2017; Happell et Gaskin, 2013; Thongpriwan et al., 2015; Wedgeworth et al., 2020). Conséquemment, le rejet de cette spécialité nourrit la stigmatisation de la profession infirmière en

santé mentale et affecte profondément la motivation des infirmiers.ères à se diriger dans ce domaine (Graham et al., 2020; Sercu et al., 2015; Wedgeworth et al., 2020). Inévitablement, ces préconceptions nuisent au recrutement du personnel infirmier en santé mentale et à la rétention des infirmières à long terme. Ces lacunes contribuent à la stigmatisation des travailleurs infirmiers en psychiatrie (Bujold et al., 2020; Gouthro, 2009; Günösen et al., 2017; Heyman, 2012).

Pour le corps professoral en sciences infirmières, modifier ces perceptions représente tout un défi. Il est pourtant le mieux placé pour forger la future opinion des étudiants en sciences infirmières par rapport à la spécialité de la psychiatrie (Flaskerud, 2018; Gouthro, 2009; Graham et al., 2020; Möller-Leimkühler et al., 2016; Wedgeworth et al., 2020). Effectivement, il a été démontré que la stigmatisation des infirmiers.ères en psychiatrie est, entre autres, perpétrée par les facultés d'enseignement qui tardent à revitaliser cette spécialisation infirmière (Flaskerud, 2018; Gouthro, 2009; Graham et al., 2020; Möller-Leimkühler et al., 2016). Certaines études ont fait remarquer que des modèles scolaires orientés sur la gestion de crises et portés sur le « ici et maintenant » donneraient probablement de bons résultats sur la déstigmatisation des infirmiers.ères en psychiatrie (Cleary, 2004; Halter, 2008). D'autres pistes de solutions démontrent que l'augmentation des heures de théorie et de pratique en psychiatrie des étudiants en soins infirmiers diminue leurs appréhensions, leur stress et leurs idées faussement conçues et entraîne une perception positive du personnel infirmier qui y travaille (Graham et al., 2020; Happell et Gaskin, 2013; Thongpriwan et al., 2015). Enfin, plus récemment, des études ont démontré l'importance de centrer le modèle éducatif pour les futures infirmières et les futurs infirmiers sur des modèles de rétablissement de la maladie mentale et des modèles réflexifs afin de s'éloigner du modèle médical qui alimente le stigmate (Bladon, 2019; Graham et al., 2020; Wedgeworth et al., 2020).

De plus, l'innovation dans les approches éducatives en sciences infirmières pour les soins en santé mentale serait porteuse de grands espoirs. En effet, les méthodes d'enseignement non

traditionnelles incluant des témoignages de personnes vivant avec un problème de santé mentale ou des possibilités d'expériences cliniques immersives ont permis de diminuer considérablement les attitudes stigmatisantes des étudiants (Bujold et al., 2020; Graham et al., 2020). Selon Graham et ses collaborateurs (2020), les soins offerts aux patients souffrant de troubles psychiatriques seraient bien plus spécifiques et de meilleure qualité si les cursus académiques étaient actualisés. Présentement, les changements aux programmes se font attendre, laissant l'impression que la discipline même des soins infirmiers en santé mentale n'a pas de but évident et n'est pas bien définie pour les étudiants (Bladon, 2019).

Les institutions collégiales ou universitaires peuvent jouer un rôle central et prédominant dans l'exercice de l'abolition de la stigmatisation des infirmières en psychiatrie (Gouthro, 2009). Selon Gouthro (2009), les facultés des sciences infirmières devraient prendre le temps de faire un exercice réflexif sur leur contenu académique en santé mentale et sur ce qui est enseigné pour déterminer si cet enseignement contribue à alimenter la marginalisation de leurs collègues. Cette pensée critique pourrait par la suite être enseignée aux étudiants en soins infirmiers, afin qu'ils soient capables de reconnaître leurs préjugés ou leurs idées discriminatoires et leur peur en lien avec la santé mentale dès leur parcours académique (Gouthro, 2009). De plus, les facultés en sciences infirmières devraient par la suite pousser leur réflexion sur l'enseignement prodigué concernant la stigmatisation et la déstigmatisation, afin d'élever le niveau de conscience de leurs étudiants sur ce concept (Gouthro, 2009; Graham et al., 2020). Bien que l'étude de Gouthro (2009) puisse sembler vétuste, elle est toujours citée et bien présente dans la littérature contemporaine concernant les enjeux de formation de la relève infirmière. Cette perception de l'enseignement trouve écho parmi des études plus récentes qui ont aussi offert des pistes de solutions dans la manière d'offrir ces apprentissages et de s'émanciper du modèle médical (Bujold et al., 2020; Flaskerud, 2018; Graham et al., 2020).

C'est cette absence de cursus académique cohérent, tant en psychiatrie qu'en psychiatrie légale, qui amène les professionnels en soins infirmiers à davantage emprunter une culture carcérale et coercitive qu'une culture de soins humanistes (Hörberg et Dahlberg, 2015; Pariseau-Legault, 2017). Les effets sur la clientèle présente dans cet environnement peuvent être dévastateurs et même contraires à un rétablissement pour les patients (Hörberg et Dahlberg, 2015; Paradis-Gagné et al., 2020). L'influence des institutions académiques sur la stigmatisation des infirmiers.ères en psychiatrie n'est donc pas négligeable, d'autant plus que plusieurs centres hospitaliers se nomment comme étant des instituts universitaires en santé mentale.

Dû à cette confusion, il incombe présentement à la communauté infirmière en psychiatrie d'endosser la responsabilité de promouvoir son rôle, de transmettre ces connaissances à une large audience et de tenter de briser la stigmatisation qui lui est rattachée (Bladon, 2019). Le corps professoral en sciences infirmières au Royaume-Uni s'est même questionné sur le futur et la pertinence des infirmières en psychiatrie, comme étant une réelle profession (Hemingway et al., 2016). En effet, celle-ci est une spécialité largement négligée par les médias populaires, ce qui entraîne une désinformation auprès du grand public et nourrit une image erronée de la profession (Halter, 2008; Hercelinskyj et al., 2014). Les conséquences de cette réalité sont importantes pour la profession puisqu'elles influencent la décision du personnel infirmier à demeurer dans la pratique psychiatrique. Leur découragement transmet le problème d'une mauvaise conception de leur propre travail (Ben Natan et al., 2015; Bladon, 2019; Graham et al., 2020; Hercelinskyj et al., 2014; Heyman, 2012), entraînant une dépersonnalisation de leur travail, de l'épuisement émotionnel et une faible satisfaction au travail (Kalra et al., 2016; Möller-Leimkühler et al., 2016; Simon et al., 2020; Verhaeghe et Bracke, 2012).

Dans de telles conditions, la profession infirmière en santé mentale doit se mobiliser afin de mieux définir son rôle et d'avoir une vision claire et orientée, voire une perspective

internationale (Flaskerud, 2018; Hercelinskyj et al., 2014; Heyman, 2012; Loukidou et al., 2010; Möller-Leimkühler et al., 2016). Quelques études se sont intéressées au développement de la pratique de soins en sciences infirmières dans le milieu psycholégal (Bladon, 2018; Holmes et al., 2018; Hörberg, 2015, 2018). Elles montrent l'émergence de modèles ancrés dans l'environnement unique de la psychiatrie légale et proposent des avenues sur les habiletés et les connaissances que le personnel infirmier devrait acquérir pour œuvrer dans ce milieu (Holmes et al., 2018; Hörberg, 2018). Néanmoins, ces possibilités de soins tardent toujours à s'arrimer de manière efficace et holistique dans la pratique infirmière quotidienne en psychiatrie légale.

Des attentes irréalistes provenant du système de santé contribuent également à la confusion du rôle infirmier en psychiatrie et alimentent la stigmatisation de cette profession (Bladon, 2018; Coleman, 2018; Hercelinskyj et al., 2014). Les professionnels en soins infirmiers psychiatriques, tout comme en psychiatrie légale, n'arrivent pas à s'autodéterminer et semblent s'engager dans une lutte territoriale entre le social et le médical, engendrant l'échec de pouvoir définir leur spécialité (Bladon, 2018). En psychiatrie légale, il y a aussi le risque que le personnel infirmier soit utilisé par le système comme objet de pouvoir et de coercition sur la clientèle afin qu'elle modifie les comportements indésirables en société (Hörberg et Dahlberg, 2015; Paradis-Gagné et al., 2020). Le silence sur ce sujet contribue entre autres à une culture du secret concernant cette spécialité (Bladon, 2018, 2019; De Carlo, 2007). De plus, cet aspect utilitaire de la profession infirmière en psychiatrie légale n'a pas nécessairement d'objectifs communs avec le développement et l'émergence de connaissances dans cette surspécialité. Les exigences de gestion du risque des personnes ayant commis un délit tout en étant porteuses d'un trouble de santé mentale peuvent insidieusement favoriser l'augmentation du pouvoir du personnel soignant envers les patients (Hörberg et Dahlberg, 2015; Paradis-Gagné et al., 2020).

Le côté nébuleux de la profession infirmière en psychiatrie légale permet cet espace où le personnel infirmier peut jouer un rôle pragmatique de contrôle sur la clientèle. La stigmatisation de la profession infirmière en psychiatrie légale ouvre la porte à ces demandes en contradiction avec les normes déontologiques et sert certains intérêts tant politiques qu'économiques (Paradis-Gagné et Guimond, 2020; Tyler et Slater, 2018). Après tout, comme démontré précédemment, le rôle infirmier est obscur en milieu psycholégal, les responsabilités du personnel ne font pas consensus, aucune formation n'est offerte pour inculquer du savoir, du savoir-être ou du savoir-faire et l'espace créé permet une élasticité morale et pratique. L'équilibre peut rapidement basculer dans ces milieux, au détriment des soins et services offerts à la clientèle. Le pouvoir de la stigmatisation vient aider cet objectif puisqu'en gardant la psychiatrie légale mystérieuse, glauque et insaisissable de l'extérieur, on ne sait pas trop ce qui s'y passe et les perceptions ou croyances erronées peuvent s'y coller (Link et Phelan, 2013; Tyler, 2020; Tyler et Slater, 2018). Donc, la stigmatisation du personnel infirmier vient servir le côté utilitaire que veulent insuffler les instances pour contrôler le risque que représente la clientèle (Link et Phelan, 2013; Tyler, 2020; Tyler et Slater, 2018). Le rétablissement et la réinsertion sont perdus de vue, alors qu'ils se devraient d'être une priorité. Comme le stipulent différents documents politiques où il est question de l'importance de la primauté des soins, les intérêts du patient en milieu de psychiatrie devraient être au cœur des priorités (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015).

Mon intérêt pour ce domaine infirmier n'est pas naïf. Depuis un peu plus de huit ans, je travaille comme infirmière clinicienne dans un milieu psycholégal. Mon expérience clinique et professionnelle a été essentiellement acquise dans une institution asilaire de haute sécurité qui n'est pas un centre correctionnel. Au tout début de ma carrière, il m'était déjà possible de constater l'isolement professionnel des infirmières par rapport à leurs collègues et leur équipe de travail, résultat de la méconnaissance de leur rôle au regard de leurs responsabilités professionnelles et

légales. S'ajoute à cela un isolement social marqué de la communauté infirmière, de la société en générale et de nos proches. Au fil du temps, force a été de constater que la pratique infirmière dans un tel environnement se voit confrontée à de l'incompréhension et de l'ignorance, de même qu'à une non-reconnaissance de son expertise; la pratique infirmière est marginalisée. Tous ces enjeux entourant le travail infirmier dans un milieu aux multiples facettes incombent aux infirmiers.ères qui subissent alors des attitudes négatives, de la discrimination et, pour finir, de la stigmatisation. Cette interprétation de l'exercice infirmier est souvent basée sur des croyances historiques ou populistes jusqu'à une réidentification et s'avère inappropriée et inadéquate dans le contexte actuel (Paradis-Gagné et Holmes, 2019).

Mon implication dans une variété de comités ou de conseils m'a permis de constater l'invisibilité du travail infirmier en milieu psycholégal, même au niveau des cadres intermédiaires et supérieurs. Ces « exclusions » professionnelles et sociales peuvent certainement provoquer une détresse importante chez le personnel infirmier travaillant en milieu psychiatrique hautement sécuritaire. Un questionnement sur sa propre profession et son importance s'ensuivent. Il est possible de trouver des articles scientifiques traitant des conditions difficiles de la pratique infirmière et du haut niveau de détresse psychologique ou de désertion de la pratique des soins infirmiers, mais très peu se penchent sur le vécu du personnel infirmier œuvrant en psychiatrie légale auprès d'une clientèle connue comme étant violente et difficile. La méconnaissance de la pratique quotidienne du personnel infirmier dans ces milieux contribue certainement à un sentiment d'exclusion, voire de marginalisation de ce personnel infirmier et ce, à plusieurs niveaux même à l'intérieur des murs de ces institutions. Il est temps de s'intéresser à la réalité vécue par ce personnel infirmier que nous considérons comme marginalisé à plusieurs égards.

1.1 Questions de recherche

Tenant compte de ce qui a été exposé précédemment, cette recherche vise à explorer et à comprendre l'expérience vécue du personnel infirmier en milieu de psychiatrie légale et le sens donné à sa réalité quotidienne. Elle entend donc répondre à la question suivante : « Quelle est l'expérience vécue du personnel infirmier exerçant en milieu psycholégal? ». Pour répondre à cette question générale, cinq questions spécifiques ont été formulées :

- 1) Dans quelle mesure cette expérience influence la perception de leur travail en tant que professionnels de la santé?
- 2) Quels sont les effets sur le personnel infirmier lorsqu'il est témoin de gestes ou de paroles qui le marginalisent?
- 3) Y a-t-il une différence des expériences vécues selon le genre? Si oui, laquelle?
- 4) Quels sont les effets de la représentation sociale de leur champ d'exercice par le personnel infirmier et par le public?
- 5) Quelles sont les stratégies déployées par le personnel infirmier pour faire face à la réalité de son milieu de travail, afin de donner un sens à sa pratique?

1.2 Position épistémologique

Selon Guba et Lincoln (1994), un paradigme est une manière de voir le monde, sa nature et ce qu'il y a à apprendre ou à découvrir en fonction d'une discipline spécifique et cette façon de percevoir le monde va influencer le développement des connaissances dans cette discipline. Les paradigmes de recherche permettent de répondre précisément à trois questions fondamentales soit l'ontologie, l'épistémologie et la méthodologie, qu'importe le paradigme choisi par le chercheur (Guba et Lincoln, 1994). Pour le tenant d'un paradigme, cela représente sa conception de la réalité, la place de l'individu et l'éventail des relations possibles dans ce monde (Guba et Lincoln, 1994). Les paradigmes contribuent à la construction des connaissances de la discipline infirmière

(syntaxe) et sont soutenus par des courants philosophiques desquels découlent des approches de recherches spécifiques (Weaver et Olson, 2006).

Étant donné que notre projet se campe dans l'optique davantage politisée, le paradigme de théorie critique était tout indiqué. L'ontologie du paradigme de théorie critique est un réalisme historique et construit (Campbell et Bunting, 1991; Guba et Lincoln, 1994), ce qui veut dire qu'une réalité est assumée pour être appréhendable, malléable et influençable, mais qu'avec le temps, elle a été modulée par de multiples facteurs sociaux, politiques, culturels, économiques, éthiques et de genre qui sont concrétisés dans une série de structures qui sont maintenant (inappropriées) considérées comme « réelles », naturelles et immuables (Guba et Lincoln, 1994). La théorie critique représente la possibilité d'analyser les relations de pouvoir, d'examiner les facteurs structurels, d'ébranler la domination d'un statuquo et de décentraliser les connaissances et leur production pour se demander comment pourrait être la réalité, l'idéologie de cette réalité et permettre d'opérer des transformations (Bickford, 2014; Guba et Lincoln, 1994; Mill et al., 2001; Mosqueda-Diaz et al., 2014; Weaver et Olson, 2006). Avec le temps, le changement sera notable par l'apparition d'une restitution et d'une émancipation du savoir qui vont perdurer (Campbell et Bunting, 1991; Guba et Lincoln, 1994; Mill et al., 2001; Mosqueda-Diaz et al., 2014; Weaver et Olson, 2006). La stigmatisation des infirmiers.ères en psychiatrie légale provient probablement de l'ignorance et de l'incompréhension de leur travail quotidien, depuis la naissance de cette spécialité jusqu'à la stigmatisation actuelle de cette spécialité. La déconstruction de cette réalité sera rendue possible par l'action qui va transformer les structures existantes. Donc, les transformations surgissent lorsque l'ignorance et l'incompréhension cèdent leur place à des connaissances plus approfondies par l'interaction d'une dialectique significative (Guba et Lincoln, 1994; Mosqueda- Diaz et al., 2014; Weaver et Olson, 2006).

L'épistémologie dans le paradigme de théorie critique est subjective et transactionnelle (Guba et Lincoln, 1994). Le chercheur et l'objet investigué sont intrinsèquement reliés et les valeurs du chercheur vont inévitablement affecter la recherche (Guba et Lincoln, 1994; Weaver et Olson, 2006). Les résultats sont influencés par ces valeurs et l'interaction avec l'objet ou le groupe de recherche en particulier (Guba et Lincoln, 1994). La théorie critique offre une posture médiatrice entre les deux extrêmes du positivisme et de l'antipositivisme (Weaver et Olson, 2006) et ne croit pas en des découvertes linéaires et irréfutables (Mosqueda-Diaz et al., 2014). C'est l'étude d'une situation actuelle et de ce en quoi elle pourrait être différente (Weaver et Olson, 2006). La théorie critique offre la possibilité de prendre conscience des limites à cet affranchissement, dont une des barrières est l'idéologie et de critiquer pleinement celle-ci qui engourdit l'esprit dans le quotidien, afin de s'en libérer et de pouvoir librement apprécier la véracité d'une situation, dans l'intérêt des personnes concernées (Mosqueda-Diaz et al., 2014). Le paradigme de théorie critique peut donc être vu comme un processus de réflexion interne menant à l'émancipation et une occasion de concevoir de nouvelles options et de changer la structure présente (Weaver et Olson, 2006).

Finalement, une autre caractéristique de l'épistémologie du paradigme de théorie critique est l'importance de la compréhension de la structure sociale (comme les classes sociales) qui prévaut sur la compréhension des perceptions idiosyncrasiques (Mill et al., 2001). Ainsi, les expériences passées, les savoirs acquis et la culture influencent grandement les perceptions. En ce sens, les théoriciens critiques soutiennent que les standards de vérité ou l'idéologie sont des faits sociaux construits selon des normes, des conventions et des règles d'une société à un moment donné (Hirsch, 1975; Mill et al., 2001). Il faut alors analyser ces vérités et ces interprétations dans le contexte historique s'y rapportant et c'est cet aspect historique et toutes ses composantes liées qui contribuent à établir une signification individuelle des événements. Cette signification personnelle est distordue par les barrières historiques et idéologiques façonnées dans les structures

sociales existantes (Mill et al., 2001). C'est pour cette raison que la compréhension historique de la réalité à l'étude est primordiale et que le chercheur ne peut se distancer complètement et observer, il doit être lié au sujet à l'étude.

Chapitre 2

Recension des écrits

Les stratégies de recherche qui ont été employées pour réaliser la recension des écrits nécessaire au projet doctoral incluent l'analyse 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*, *Google Scholar* et *Ebsco*. Plusieurs combinaisons de mots clés ont été envisagées afin de trouver les articles pertinents à notre sujet. Tout d'abord, nous avons cherché ce qui a été écrit concernant la pratique infirmière en milieu psycholégal. Pour ce faire, nous avons déterminé les thèmes de recherche comme « infirmière en psychiatrie légale », « infirmière en milieu légal », puis nous avons élargi la recherche à « infirmière en santé mentale » et « infirmière en psychiatrie ». Ensuite, nous avons cherché les thèmes tels que « stigma », « stigmatisation » et différentes troncatures. Par la suite, nous avons pu associer ces multiples recherches, ce qui a permis de récupérer des articles en lien avec le personnel infirmier en santé mentale et la stigmatisation.

La recension des écrits scientifiques s'est poursuivie selon cinq grands axes. Le premier se rapporte à la notion du soin dans le milieu psycholégal. Le second axe porte sur l'identité professionnelle des infirmiers.ères en psychiatrie, ses fondements et ses origines. La troisième section cible la réalité pédagogique et la place donnée à la santé mentale dans la formation scolaire des futurs professionnels en soins infirmiers. La quatrième section concerne la perception du rôle infirmier en psychiatrie et en psychiatrie légale; tant auprès des médias que des infirmiers.ères. Finalement, le cinquième axe relève de la violence du milieu de la psychiatrie légale. Ces différents axes nous ont permis d'aborder toute la complexité de notre sujet de recherche.

2.1 Le soin dans le milieu psycholégal

Dans cet axe, il est question de la représentation et de la place du soin dans les milieux de psychiatrie légale. Une partie fondamentale de l'identité professionnelle des infirmiers.ères, peu importe leur champ de pratique, est l'art du soin et la relation thérapeutique avec ses patients. Nous avons recueilli des informations concernant la possibilité de soin et les obstacles à celui-ci, en tenant compte du fait qu'il se réalise dans un milieu complètement différent d'un hôpital général. Nous espérons ainsi mieux comprendre les enjeux quotidiens des infirmiers.ères en psychiatrie légale qui désirent soigner leur clientèle dans un milieu atypique. Cet axe va donc porter sur la conceptualisation de ce soin, l'influence du milieu et l'avenir du soin dans un environnement psycholégal.

2.1.1 Conceptualiser le soin en milieu psycholégal

La désinstitutionnalisation a mené à la libération de milliers de gens aux prises avec un trouble de santé mentale. Malheureusement, le financement communautaire pour accueillir cette nouvelle clientèle n'a pu être à la hauteur de leurs besoins. Ainsi, le mode de vie délinquant et les comportements perturbateurs ont mené à l'incarcération de plusieurs d'entre eux. Des lois plus restrictives et spécifiques envers cette population ont contribué à l'augmentation de sa présence dans le milieu carcéral et pénal (Reeder et Meldman, 1991). Toutefois, les milieux coercitifs ne sont pas bien adaptés pour les personnes délinquantes souffrant de maladies mentales, leurs conditions de vie étant souvent mauvaises. Le besoin de soins médicaux appropriés à cette clientèle est donc devenu évident. Certains hôpitaux de psychiatrie à haute sécurité ou des ailes de prison dédiées à cette population ont conséquemment vu le jour. Par le fait même, le besoin de soins infirmiers dans ces milieux est devenu imminent. Fournir des soins et des services de santé dans ces milieux allait devenir sources de conflits et de confrontations philosophiques. Reeder et Meldman (1991) ont rapidement identifié que les soins de santé et la nécessité de sécurité allaient

être à l'origine d'une importante complexification des implications infirmières. Les intérêts et les objectifs du soin et de la sécurité divergent de manière importante et ce, même ils s'entrechoquent (Reeder et Meldman, 1991). Devant cette réalité, comment le personnel infirmier, qui exerce dans ce milieu, peut-il définir son art de soigner et de baser sa pratique?

L'étude de Tom Martin (Tom Martin, 2001) réfute que la spécialité infirmière en psychiatrie légale soit fondée. Selon ce chercheur australien, pour que ce champ de pratique soit reconnu comme une spécialité, il importe que des différences tangibles soient établies par rapport aux soins infirmiers psychiatriques généraux. Il ajoute que pour ce faire, le soin en psychiatrie légale doit, entre autres, se définir par la relation des infirmiers.ères avec leurs patients et leurs interventions thérapeutiques (Martin, 2001). Conséquemment, le milieu ne doit pas dicter le soin au personnel infirmier. En effet, les infirmiers.ères sont les professionnels de la santé ayant le plus de contact avec la clientèle, ce qui devrait bonifier les assises de la relation thérapeutique. Cependant, il peut advenir que le fonctionnement du milieu ne favorise pas ces contacts (Mason, 2002). La distinction ne peut reposer uniquement sur l'appellation psychiatrie légale, elle doit inclure une pratique substantielle et singulière (Mason, 2002). La définition du soin doit passer par l'articulation et l'explication de la relation infirmier.ère-patient et c'est par cette avenue que le personnel infirmier en milieu psycholégal pourra démontrer sa distinction et sa spécificité (Martin, 2001). La nature du soin ne doit pas être floue et disparate, bien que la profession elle-même puisse être perçue comme incomplète (Mason, 2002). Finalement, la pratique infirmière et le soin ne devraient pas s'orienter selon l'environnement où ils sont exercés qui est, tout de même, dépeint comme isolé, stigmatisé et peu enviable (Martin, 2001). Ceci met en relief l'importance de la compréhension du soin et de ses déterminants qui peuvent à la fois distinguer cette expertise infirmière des autres domaines similaires, mais aussi de saisir les bases spécifiques pour la pratique. En outre, il importe de développer l'intégration des connaissances et des compétences liées au

comportement délinquant pour contribuer au développement clinique de cette spécialité (Martin, 2001).

Les chercheuses Dahlberg et Hörberg (2015) ont publié une étude qui voulait éclairer les soins psycholégaux contemporains de la perspective des soignants et des patients en se basant sur deux études phénoménologiques. Elles ont réexaminé ces travaux à la lumière de différents travaux philosophiques de Michel Foucault. Il s'en dégage que les soins en milieu de psychiatrie légale ne sont pas clairs et que la prise en charge par le personnel soignant est aléatoire, peu définie et ponctuée par le contrôle et la punition (Hörberg et Dahlberg, 2015). Il en ressort que cette prise en charge diffère des autres milieux médicaux plus traditionnels parce qu'elle implique une approche plus corrective et une volonté de corriger les comportements indésirables par certains principes de récompense et de punition (Hörberg et Dahlberg, 2015). Cette sorte de soins met grandement en danger la perspective des soins humanistes ou de *caring*, généralement au cœur de la profession infirmière. Les soins en milieu psycholégal entraînent également des difficultés à établir une relation thérapeutique significative et profonde. De plus, les chercheuses soulignent leur crainte que le soin en étant peu exhaustif dans ces milieux, le personnel soignant verse dans une attitude plus autoritaire, comme les agents de sécurité présents, pour assurer la sécurité. Évidemment, cela est un obstacle indéniable à l'existence de soins de qualité et des services appropriés pour la clientèle en milieu psycholégal qui en a pourtant besoin.

Ces constats amènent Dahlberg et Hörberg (2015) à se questionner sur la nécessité de réexaminer les objectifs de soin de ces milieux. S'ils poursuivent réellement des objectifs de rétablissement ou de réinsertion sociale, il est impératif que les soins en psychiatrie légale soient réexaminés. Elles rappellent que les objectifs de tout soin sont d'accompagner le patient dans son processus de guérison ou de rétablissement et de l'aider à développer un bien-être et une vie satisfaisante, même si la maladie ne se guérit pas. Il s'agit d'aider le patient à accroître ses

connaissances, ses forces et ses habiletés afin de pallier les difficultés causées par la maladie. La recherche de Dahlberg et Hörberg (2015) met en relief que ce n'est pas tout à fait le concept dominant actuellement dans le milieu de psychiatrie légale, ce qui peut être une source de complexité tant pour le personnel soignant (d'un point de vue déontologique) que pour les patients. Cette recherche remet en avant-plan la matérialisation de la discipline et du pouvoir dans les soins aux patients. Elles concluent sur la nécessité pour les milieux de psychiatrie légale de réfléchir sur un processus de standardisation des soins davantage centré sur le patient et ses objectifs de vie. Cette conceptualisation des soins dans un milieu de psychiatrie légale aiderait le personnel soignant à ne pas basculer vers une attitude coercitive contraire à ses obligations professionnelles.

Cette recherche fait écho à celle menée par Paradis-Gagné, Jacob et Pariseau-Legault (2020) qui ont exploré les enjeux spécifiques à la judiciarisation de la clientèle en milieu psycholégal et leurs répercussions sur la pratique infirmière. Ils concluent que les soins infirmiers qui se veulent ou se proclament humanistes en psychiatrie légale cachent un côté obscur remplissant des mandats coercitifs et de contrôle. Les chercheurs analysent cette situation sous un angle de pensée critique en y intégrant aussi des concepts de Foucault. Ils font ressortir toute la complexité du soin dans un milieu où la clientèle judiciarisée est perçue comme étant un danger pour la sécurité publique et devant par conséquent être contrainte. Cette logique permet d'assouvir des finalités de contrôle social en instrumentalisant le travail infirmier dans le milieu. Évidemment, ce détournement de la pratique est néfaste tant pour les patients que pour les infirmiers.ères. Les chercheurs mentionnent que ces méthodes peuvent sembler anodines ou plus timorées que d'autres interventions, mais il n'en demeure pas moins que ce sont des atteintes aux soins thérapeutiques. Ce risque est d'autant plus présent si le milieu de psychiatrie légale n'a pas une philosophie de soins cohérente avec la clientèle desservie. Conséquemment, une réflexion sur le soin et sa pratique doit être envisagée afin de pouvoir nommer et identifier ces risques et tenter d'élaborer des

stratégies pour en dégager le personnel infirmier afin que le soin soit le plus humaniste et thérapeutique possible.

Hörberg (2015) a également publié une étude visant à explorer comment la science du caring peut fournir une base théorique solide pour développer un soin et une prise en charge congruents en milieu psycholégal. Elle souligne à quel point les soins devraient, en tout temps et dans tout environnement, soutenir et renforcer la situation de santé du patient. Hörberg (2015) souligne qu'en aucun temps le rôle des cliniciens n'est de « produire » quelque chose pour le patient et qu'ils doivent demeurer dans leur rôle d'accompagnateur et soutenir le patient dans son évolution. Toutes relations coercitives, punitives ou de contrôle entre le personnel soignant et les patients ne sont pas porteuses de soins humains et brisent la relation de confiance qui devrait pourtant être primordiale pour les infirmiers.ères (Hörberg, 2015). Bien que la chercheure admette que ce soit un défi dans le milieu de la psychiatrie légale, l'implantation d'une philosophie de soins humanistes n'est pas impossible. Hörberg (20015) apporte une spécification indispensable pour y parvenir, une nécessité qui n'est pas souvent mentionnée dans les autres recherches. Il est incontestable, pour qu'une culture de soins humanistes se concrétise dans un milieu psycholégal, que les responsables de la psychiatrie légale « saisissent et comprennent sérieusement cette nécessité afin de soutenir et de donner aux soignants la possibilité de développer une attitude de soins » [traduction libre] (Hörberg, 2015, p. 282). Les cliniciens ont certes un rôle prioritaire dans l'application du soin, mais, trop peu souvent considérée, la classe dirigeante joue un rôle tout aussi important pour définir le soin en milieu de psychiatrie légale et en assurer la qualité.

Beckmann (2017) a publié une étude de cas rappelant que, d'un point de vue juridique, la conceptualisation du soin en milieu carcéral ou psycholégal ne se module pas et que les soignants ont les mêmes obligations. Cet article porte essentiellement sur les obligations médicales, mais comme elles sont très similaires à celles des infirmiers.ères, nous l'avons préservé. Il fait mention

que les obligations déontologiques, juridiques ou bioéthiques sont les mêmes pour toute clientèle desservie et que le soin ne doit pas fluctuer parce qu'il a un contexte légal. Les normes de respect, d'autonomie de la personne, de confidentialité et d'action dans le l'intérêt des patients doivent être préservées. Le chercheur réitère la vulnérabilité et la perte de tant de droits, par rapport à la population civile, de ces personnes incarcérées et souffrant de troubles mentaux. Il considère que la préservation de la qualité des soins et des services est un minimum. L'élaboration du soin ne doit pas déroger des soins qu'il serait possible de recevoir dans un autre milieu.

Les cliniciens qui se retrouvent à donner des soins peuvent aussi jouer un rôle dans la conceptualisation du soin en milieu psycholégal. C'est ce que mettent de l'avant Peteet et Tobey (2017) dans leur article. Les auteurs font mention de la nécessité que les soignants dans ces milieux appliquent pleinement leur champ de pratique et mettent en exergue l'autonomie des patients et le principe directeur de justice sanitaire. Les patients dans les milieux fermés devraient pouvoir bénéficier de la qualité de soins et de services au même titre que n'importe quelle autre clientèle dans le système de santé. L'élaboration de processus et de plans de soins centrés sur leurs besoins, comme cela serait fait dans un autre milieu, devrait être priorisée. Enfin, les auteurs soulignent que la nécessité de l'engagement des cliniciens dans les milieux restreints envers des soins égaux n'est que justice pour les patients.

Ces études présentées permettent de mieux comprendre différents facteurs adverses au soin en milieu de psychiatrie légale. Il est sans équivoque que les responsables de ces milieux, tout comme le personnel soignant, se doivent de réfléchir à l'offre de services qui doivent être disponibles et aux standards de soins offerts afin de prévenir les dérapages coercitifs.

2.1.2 Contamination du soin par l'environnement psycholégal

Comme abordé au préalable, l'environnement ne devrait pas influencer sur le soin et la pratique infirmière. Néanmoins, des études éloquentes ont apporté à l'attention du monde scientifique et

clinique que la réalité était différente. Selon Peternelj-Taylor (2004), les infirmiers.ères travaillant dans un contexte psycholégal sont davantage confrontés à des préoccupations éthiques que leurs collègues œuvrant dans n'importe quel autre domaine en soins infirmiers. La clientèle desservie peut être qualifiée de différents sobriquets dégradants qui peuvent donner une représentation distordue de l'être humain à soigner. Dans ces milieux légaux, les collègues de travail du personnel infirmier ne sont pas toujours des professionnels de la santé. Il s'agit même souvent de personnel embauché pour maintenir la sécurité. Cette réalité n'est pas sans teinter la vision portée sur la population qui se trouve entre les murs de ces institutions (Peternelj-Taylor, 2004). Il y a un véritable risque que les soins infirmiers soient assimilés dans une culture pénitentiaire diamétralement opposée à la culture de soins (Peternelj-Taylor, 2004). Pire, certains milieux vont aller jusqu'à implanter, contre l'avis du personnel infirmier et à l'encontre de l'approche éthique de la gestion des soins infirmiers, des plans de redressement du comportement, faisant fi des objections de ces professionnels de la santé (Holmes et Murray, 2011). Ce dérapage est dangereux pour la pratique infirmière dans cet environnement. Les infirmiers.ères ne peuvent pas toujours s'y opposer ou y mettre un terme, ils doivent moduler leur travail selon les exigences du milieu (Jacob, 2012a; Peternelj-Taylor, 2004). L'intégration des demandes correctionnelles par le personnel infirmier se réalise au détriment des impératifs de soins et d'intervention thérapeutique beaucoup plus significatifs pour le personnel infirmier (Holmes et Murray, 2011; Jacob, 2012a; Jacob et Foth, 2013; Peternelj-Taylor, 2004). Ce qui est encore plus délétère pour la profession infirmière c'est l'apparence humaine que le milieu correctionnel ou pénal souhaite insuffler socialement au traitement des détenus par l'instrumentalisation de la valeur humaine si souvent associée aux soins infirmiers (Jacob, 2012a; Jacob et Foth, 2013).

Il s'en suit que ces milieux souhaitent inculquer au personnel infirmier la culture carcérale et l'utiliser comme agent de pouvoir. Dans ces conditions, comment le soin peut-il se concrétiser?

Comment le personnel infirmier peut-il définir son rôle? En conséquence, une réorganisation de leur pratique s'opère pour essayer de rééquilibrer ces demandes contradictoires et polarisantes (Holmes, 2005; Jacob, 2012a, 2014). Nous pourrions croire que le personnel infirmier gèrerait ces nouvelles exigences et s'y conformerait ou quitterait simplement la pratique en milieu psycholégal ne convenant pas à ses valeurs professionnelles. Alors que l'impossibilité de traitement humain et individualisé des délinquants atteints d'un trouble de santé mentale semble se montrer à l'horizon, une résistance infirmière se dessine : soigner autrement est une possibilité (Jacob, 2014; Jacob et Foth, 2013; Peternelj-Taylor, 2004). Des infirmiers participants à une recherche sur le sujet se sont dits capables de recomposer leurs soins afin de se frayer un chemin dans ces impératifs sécuritaires et de mettre en œuvre des interventions et des démarches infirmières (Jacob, 2014).

Tout professionnel de la santé qui œuvre dans un milieu légal fermé et de haute sécurité rencontre un défi éthique induit par le fonctionnement du milieu, soit d'équilibrer sa loyauté professionnelle envers le milieu ou envers le patient et ses droits. Allen et Aburabi (2016) soulignent que l'obligation première de tout professionnel de la santé est envers son patient. Cependant, il devient évident que cela peut être très confrontant par rapport aux exigences de sécurité et de protection sociale du milieu (Allen et Aburabi, 2016). Néanmoins, le milieu psycholégal doit fondamentalement offrir des services de santé et des soins similaires à ceux offerts en communauté et les professionnels de la santé ne doivent pas moduler leurs impératifs légaux parce qu'ils sont dans un milieu fermé. L'étude d'Allen et Aburabi (2016) se concentre initialement sur le travail du médecin, mais comme ses exigences professionnelles sont en plusieurs points comparables à celles des autres professionnels de la santé, les chercheurs appliquent aussi cette rhétorique à tous les acteurs de la santé qui œuvrent en milieu fermé. Les auteurs mettent en exergue un des conflits majeurs des milieux de soins légaux, soit la confidentialité des patients lorsqu'ils s'expriment sur une problématique de santé. Évidemment, en milieu de psychiatrie légale les

infirmiers.ères ne vont jamais voir un patient seuls, ce qui serait un manquement au plan sécuritaire. Le patient doit donc exposer ses problèmes de santé en présence d'un agent de sécurité qu'il aura à croiser à nouveau dans d'autres contextes. Pire, il arrive parfois que, selon la configuration du milieu, le patient doive s'exprimer dans un contexte où il est possible que d'autres patients entendent la conversation qui aurait dû être confidentielle. Allen et Aburabi (2016) soulignent que ce manque de confidentialité est un obstacle au développement d'une relation thérapeutique de confiance et significative. Il est évident que le soin en est ainsi teinté. Les chercheurs mentionnent qu'il est important que les professionnels de la santé et les dirigeants de ces milieux puissent en discuter ouvertement et qu'ils trouvent des terrains d'entente ou des solutions afin de minimiser ces atteintes aux soins par les particularités du milieu. Allen et Aburabi (2016) concluent que bien que les professionnels de la santé puissent ressentir cette pression concernant la dualité du milieu, ils doivent demeurer loyaux aux normes déontologiques et légales de leur profession. De plus, il pourrait être pertinent de rappeler aux autorités en place que des soins de santé conformes sont fondamentaux à tout milieu psycholégal. Cette situation peut aussi être source de danger pour le patient dont la confidentialité est bafouée par rapport aux autres patients présents. Peu d'études se sont penchées sur cet aspect qui peut venir fragiliser la sécurité de la personne elle-même envers ses congénères qui connaîtront des détails confidentiels de son état de santé.

Les soins en milieu psycholégal sont aussi encadrés par des tribunaux et des dispositions légales qui ont une incidence sur les soins offerts (Domingue et al., 2020). Les chercheurs mettent en relief le fait que la relation soignant-soigné sert les impératifs de contrôle du milieu tout comme les soins dispensés par les infirmiers.ères en psychiatrie légale. Ils soulignent que la confidentialité et le consentement sont deux éléments majeurs des soins qui sont atteints. En effet, les notes infirmières reflétant les conversations avec le patient colligées au dossier peuvent être par la suite récupérées par le psychiatre traitant et figurer dans les documents qui se retrouveront par la suite

aux tribunaux, plus précisément à la Commission d'examen des troubles mentaux. Ainsi, le soin à l'intérieur des murs psycholégaux diffère des soins dans la communauté. Le côté légal de cet environnement se répercute à différents niveaux et porte atteinte aux interventions thérapeutiques du personnel infirmier. Pour ces chercheurs, la notion de consentement n'est pas possible en milieu psycholégal, ce qui compromet évidemment la notion de soins, de confiance et d'intervention thérapeutique envers cette clientèle (Domingue et al., 2020). Ils encouragent fortement qu'une réflexion soit engagée en ce sens puisque le soin sans confidentialité ou consentement possible n'est pas conforme aux normes de la pratique infirmière.

Ces recherches permettent d'apprécier la portée et les défis du milieu qui oppose soigner et sévir, le soin infirmier en milieu psycholégal n'étant pas aisément pratiqué ou défini. Ce faisant, ce soin restreint et manipulé ne profite pas à l'essor de cette spécialité infirmière, à son identité unique et contribue même à sa marginalisation.

2.1.3 Un avenir pour le soin psycholégal

Une étude australienne a regroupé les connaissances d'un groupe d'infirmières qui a rédigé des normes de pratique pour les soins dans les milieux de psychiatrie légale (Martin et al., 2013). Un tel exercice, à notre connaissance, n'a jamais été réalisé au Québec, bien qu'il pourrait différer du document australien puisque nous avons des systèmes de santé et pénal différents. Néanmoins, il est intéressant de constater que, malgré toutes les contraintes précitées, des standards peuvent se dégager pour la pratique infirmière en milieu psycholégal. Ces chercheurs affirment que les soins psychiatriques légaux se sont empêtrés dans un discours hasardeux concernant le type de clientèle desservie et que cela constitue un obstacle à une bonne pratique infirmière (Martin et al., 2013). Les normes établies permettent de concrétiser l'apport des infirmières à l'évaluation interdisciplinaire, à la formation, au traitement et au suivi des interventions (Martin et al., 2013). Les résultats de cette étude peuvent permettre aux décideurs d'un centre psycholégal d'établir un

profil infirmier souhaité et d'élaborer une description de tâches plus spécifique de même qu'un guide pour les évaluations de performance (Martin et al., 2013). Bien que cette étude ne représente pas exactement la réalité québécoise ou canadienne, c'est un point de départ encourageant qui démontre que cet exercice est possible et peut être réalisé de manière rigoureuse. Les chercheurs avancent également la nécessité de percevoir les soins en milieu psycholégal comme hybrides afin d'équilibrer les demandes de soin et les demandes judiciaires (Martin et al., 2013). Finalement, cette recherche répond à l'exigence de démontrer par la pratique infirmière qu'il s'agit bien « plus » que des soins psychiatriques généraux (Martin et al., 2013).

L'étude de Hörberg (2015) fait ressortir le rôle du soignant dans un milieu psycholégal en façonnant l'objectif du soin comme n'étant pas la « production » de quoi que ce soit pour le patient, mais davantage un soin de soutien pour l'accompagner dans son processus de rétablissement. Cette perspective permet d'aligner le soin psycholégal avec les valeurs humanistes précieuses aux sciences infirmières (Hörberg, 2015). La personne délinquante aux prises avec un trouble de santé mentale est ainsi une personne qui doit être considérée, comprise dans son point de vue et prise en charge de manière holistique (Hörberg, 2015). Seul le personnel infirmier peut y arriver, avec difficulté. C'est pour cela qu'il importe que les personnes en position de décision dans les établissements psycholégaux saisissent ce besoin pour soutenir les infirmiers.ères et leur offrir une occasion de développer une véritable philosophie de soins empreinte d'humanisme (Hörberg, 2015). De plus, cette approche pourrait donner une direction pour les soins infirmiers en psychiatrie légale qui, lorsqu'ils en sont dépourvus, penchent trop souvent vers une culture coercitive et carcérale (Pariseau-Legault, 2017).

La profession infirmière ne se limite pas non plus à ces valeurs définissant le caring. L'étude de Pariseau-Legault (2017) permet d'envisager une avenue pour développer les connaissances du personnel infirmier exerçant en milieu psycholégal correspondant à son rôle d'*advocacy* et de

justice sociale. Pour ce chercheur, une partie du conflit entourant la pratique infirmière en milieu psycholégal prendrait racine dans le processus d'application et de compréhension des enjeux juridiques s'y rapportant. La réponse juridique qui est fournie à une diversité de problèmes sociaux en lien avec les personnes souffrant de troubles de santé mentale et qui peut être utilisée par une pléthore d'acteurs différents paraît décalée pour offrir des soins psychiatriques légaux de qualité (Pariseau-Legault, 2017). Cette recherche met l'accent sur l'importance de former adéquatement le personnel infirmier soignant cette clientèle vulnérable sur les lois, l'application de certaines dispositions et les droits des usagers (Pariseau-Legault, 2017).

La complexité du soin et des services en milieu de psychiatrie légale nécessite l'implication de plusieurs disciplines différentes et leur arrimage n'est pas aisé. Une équipe de chercheurs s'est intéressée à cette situation et a proposé un modèle de pratique interdisciplinaire spécifique au milieu de psychiatrie légale (Holmes et al., 2018). À la suite de l'analyse de leurs données recueillies en milieu psycholégal, les chercheurs ont dégagé cinq dimensions fondatrices : 1) les connaissances spécialisées, 2) les facteurs criminogènes, 3) la gestion des risques, 4) la sécurité et 5) les dimensions éthiques et légales (Holmes et al., 2018, p. 38). Ces cinq dimensions font partie intégrante du travail journalier des infirmiers.ères de ce milieu. L'interdisciplinarité est au cœur de ce modèle de pratique, mais elle constitue aussi son talon d'Achille (Holmes et al., 2018). En effet, l'harmonisation de différentes idéologies peut émerger dans un contexte psycholégal qui unit le soin et la sécurité sous un même toit. D'ailleurs, l'un ne va pas sans l'autre. Comme identifié avec justesse par ces chercheurs, le soin ne peut exister dans ce milieu sans sécurité, mais des activités thérapeutiques de rétablissement et de rééducation réussies contribuent aussi au mandat de sécurité de ce milieu (Holmes et al., 2018). Cette étude permet de démontrer l'importance d'une conciliation dans les différentes dimensions interdisciplinaires qui permettrait de répondre aux besoins diversifiés et complexes de la clientèle (Holmes et al., 2018). Ce modèle de pratique

permettrait aussi d'établir un parcours stable et de coordonner les interventions pour optimiser les chances de rétablissement du patient (Holmes et al., 2018). Cette perspective est porteuse d'espoir tant pour le travail infirmier en psychiatrie légale que la clientèle.

De façon complémentaire, Hörberg (2018) suggère que l'art de la compréhension pourrait être une approche très intéressante pour optimiser les soins offerts par les infirmiers.ères en milieu de psychiatrie légale. Cette approche permettrait une plus grande ouverture de la part des soignants lors des rencontres et une meilleure sensibilité à la réalité de la clientèle. Pour Hörberg (2018), l'art de comprendre les patients en psychiatrie légale ne remplace pas une autre compétence infirmière, mais offre plutôt une base pour renforcer et solidifier une attitude attentionnée vers le patient afin de le connaître. Ce qui est pertinent dans cette approche, c'est qu'elle peut aussi aider les infirmiers.ères d'une perspective sécuritaire puisque l'art de la compréhension permet de mieux saisir ce qui se passe dans la tête du patient, les facteurs de risque et les forces, ce qui améliore les évaluations et les contacts au quotidien (Hörberg, 2018). La chercheure souligne que l'histoire du patient, son expérience vécue, doit être au cœur des conversations reposant sur l'art de la compréhension. Cela s'inscrit aussi dans la philosophie de soins humanistes. La chercheure mentionne aussi que si le soignant est confronté à une histoire qui le rebute, l'art de la compréhension lui permettra de le réaliser, de persévérer dans l'écoute de l'expérience du patient et de l'éloigner de toute attitude discriminante ou préjudiciable pour celui-ci. Cette approche mettant de l'avant l'art de comprendre le patient pourrait s'imbriquer dans les soins spécifiques pour la psychiatrie légale et être source de formation pour le personnel infirmier présent.

En considérant ces dernières recherches, il y a un espoir de développer la pratique infirmière en soins psychiatriques légaux, mais plusieurs acteurs devront se positionner et montrer du courage.

2.2 L'identité professionnelle des infirmiers.ères en milieu psycholégal

Si les instances officielles entourant la pratique infirmière sont peu loquaces sur la spécialité infirmière en psychiatrie légale, il devient intéressant de s'interroger sur la définition de cette expertise. L'appropriation et la popularisation d'une profession infirmière unique passent, bien sûr, par son identité qui vient encadrer et expliquer sa portée et ses responsabilités. L'imprécision qui accompagne le rôle infirmier en psychiatrie, tout comme celui en milieu psycholégal, a fait l'objet de certaines études sur lesquelles nous nous sommes attardés. Évidemment, ce flou descriptif n'est pas sans conséquence.

2.2.1 *Le rôle infirmier en santé mentale*

La construction d'une identité professionnelle du personnel infirmier en soins psychiatriques est nécessaire à une pratique louable et équilibrée entre ses attentes et les demandes cliniques. Les hôpitaux fonctionnent selon des principes de bureaucratisation qui segmentent les tâches infirmières, augmentent le pouvoir hiérarchique supérieur et ajoutent une pression notable sur le travail infirmier (Cleary, 2004; Loukidou et al., 2010). Cette contradiction entre les sollicitations de l'organisation et la profession infirmière souhaitée par le personnel infirmier l'éloigne de ses patients et de ses pratiques, amenant son lot d'insatisfaction (Cleary, 2004; Loukidou et al., 2010). D'ailleurs, Cleary (2004) mentionne qu'un défi qui attend ces professionnels de la santé mentale consiste à faire ressortir visiblement le travail infirmier en soins de santé mentale et son apport thérapeutique. Toutefois, cela est rendu difficile par l'institution même, puisque les demandes bureaucratiques viennent écraser et délimiter les soins (Cleary, 2004; Loukidou et al., 2010). Cette réalité a évidemment des conséquences sur l'efficacité du travail infirmier et amène des comportements négatifs, voire dénigrants, envers celui-ci (Cleary, 2004; Loukidou et al., 2010). C'est pour cela qu'une identité professionnelle claire et en harmonie avec

les attentes de l'environnement est nécessaire pour permettre aux infirmiers.ères en santé mentale de pratiquer pleinement (Bladon, 2018; Cleary, 2004; Halter, 2002; Loukidou et al., 2010).

Actuellement, il est admis que l'identité professionnelle de l'infirmière ou l'infirmier en santé mentale manque de cohésion. Comme le fondement même de cette profession infirmière n'est pas défini, il devient plus ardu de l'expliquer et de le promouvoir (Bladon, 2018). Depuis plusieurs années, il a été mis en évidence que la conjugaison d'une représentation de soi embrouillée et d'une stigmatisation par la société et par ses homologues en soins écorche profondément la confiance de l'infirmier.ère et peut entraîner des pertes d'opportunités (Bladon, 2018; Cleary, 2004; Halter, 2002). En dépit des réformes dans le milieu du système de santé mentale, comme la désinstitutionnalisation, le changement de titre du personnel infirmier y exerçant semble n'avoir été que sémantique (Bladon, 2018; Cleary, 2004; Loukidou et al., 2010). Les infirmiers.ères en santé mentale font pourtant un travail exceptionnel dont ils peuvent être fiers. Cette profession leur permet d'effectuer des tâches uniques de relations humaines et de rétablissement à une clientèle vulnérable (Bladon, 2018). Ce qui demeure frappant malgré les années écoulées depuis ce constat, c'est que ce côté mystérieux des soins psychiatriques persiste et la pression est toujours mise sur les infirmiers.ères qui y pratiquent, alors que cette réalité devrait davantage interpeller les instances gravitant autour de la profession infirmière.

2.2.2 Le rôle infirmier en psychiatrie légale

L'identité professionnelle des infirmiers.ères en milieu psycholégal n'échappe pas à cette confusion qui entrave la progression de cette spécialité. La simple reconnaissance de cette spécialité pour la profession infirmière ne fait pas l'unanimité (Devnick, 2010). La possibilité de décrire son rôle et son importance pour une infirmière ou un infirmier en psychiatrie légale est d'autant plus ardue qu'elle ne peut se reposer sur un parcours de développement de connaissances valides ou une définition claire de son rôle (Devnick, 2010; Lyons, 2009). Ce manque de consensus

peut également amener une interchangeabilité entre différents rôles infirmiers en milieu psycholégal et confondre les soins infirmiers en psychiatrie légale et en milieu correctionnel (Lyons, 2009). La spécificité de chacun de ces champs de pratique ne se distinguant plus, il est facile de supposer que la pratique infirmière est la même et que les milieux d'une prison ou d'un hôpital à haute sécurité sont équivalents.

Ainsi, la construction d'une identité professionnelle devient difficile puisqu'elle ne peut se reposer sur des faits vérifiés et contrecarrer les attitudes négatives et préconçues chez l'autre. Si le personnel soignant en milieu de psychiatrie légale ne peut lui-même se caractériser, comment une personne externe y arrivera-t-elle? La discrimination, les stéréotypes et les comportements néfastes peuvent donc plus aisément perdurer, comme l'ont montré Sercu et ses collaborateurs (2015), de même que Corrigan et Wassel (2008). Les stigmates laissés par l'association avec le milieu de la psychiatrie peuvent entraver la réalisation des aspirations personnelles et la saisie d'opportunités par le personnel infirmier (Corrigan et Wassel, 2008; Sercu et al., 2015). Les proches et membres de la famille d'une personne qui souffre d'un trouble de santé mentale avaient identifié quelques stratégies porteuses d'espoir pour endiguer ou du moins diminuer cette réalité (Angermeyer, Schulze, & Dietrich, 2003). Essentiellement, ces démarches concernaient la nécessité d'améliorer les mesures de communication, l'éducation et d'apporter certains changements dans le fonctionnement même du système de santé mentale (Angermeyer et al., 2003). Ces constats importants sur la stigmatisation par association en lien avec la maladie mentale se rapportent principalement à la famille. Cependant, il est intéressant de se demander si cette association stigmatisante se fait aussi auprès du personnel soignant qui œuvre dans le domaine de la santé mentale.

Une recherche phare sur le sujet est celle de Halter (2008) qui a porté sur 122 infirmières et qui a permis d'établir que le personnel infirmier en psychiatrie peut être stigmatisé par

association et que les attitudes stigmatisantes envers cette spécialité sont fréquentes. Selon les résultats obtenus par cette chercheuse, les infirmiers.ères en soins psychiatriques sont souvent décrits comme illogiques, peu qualifiés et peu respectés. Ainsi, le professionnel de la santé en psychiatrie peut être stigmatisé conformément au type de clientèle qu'il dessert (Halter, 2008). Toujours selon Halter (2008), la psychiatrie elle-même est source de préjugés et de discrimination qui jettent du discrédit sur la profession infirmière. Ces attitudes négatives seraient perpétrées en partie par les facultés d'enseignement en sciences infirmières et auraient des répercussions indéniables sur les étudiants dans le domaine (Halter, 2008).

Il est évident à partir de là que les infirmiers.ères qui travaillent en psychiatrie ont un problème d'image. D'autres études abondent dans ce sens. Selon Gouthro (2009), la stigmatisation associée aux soins infirmiers psychiatriques contribue à jeter un discrédit important sur l'apport précieux de ces professionnels dans ce domaine. Il est mentionné que les structures qui ont du pouvoir sur les sciences infirmières, comme les facultés d'éducation et les ordres professionnels, devraient adresser la situation et la rectifier (Gouthro, 2009). De plus, il est mentionné que la diminution de la stigmatisation par association des professionnels en sciences infirmières aurait des répercussions positives sur la stigmatisation du domaine de la santé mentale, mais aussi de la clientèle (Gouthro, 2009; Schulze, 2007). Cette représentation peu reluisante de la psychiatrie prendrait racine, entre autres, dans l'image perpétrée par les médias et dans un manque de reconnaissance égalitaire de toutes ses spécialités en sciences infirmières (Gouthro, 2009).

Plus récemment, Ebsworth et Foster (2016) ont établi fermement que le personnel en soins psychiatriques était stigmatisé selon les caractéristiques des pathologies soignées. Ces chercheurs se sont attardés aux perceptions du public concernant le personnel soignant et médical. Leurs résultats permettent de fournir des preuves empiriques que la perception des professionnels des soins psychiatriques par le public reflète ses croyances préjudiciables portant sur la clientèle

soignée. Les chercheurs identifient une pléthore de facteurs qui forment ce processus de stigmatisation associative, notamment l'ignorance, l'exposition aux médias et les conceptions encore persistantes d'un sentiment d'appartenance et d'identification du professionnel de la santé aux patients qu'il choisit de soigner (Ebsworth et Foster, 2016). Assurément, ces croyances stigmatisantes engendrent des problématiques et contribuent à la pénurie de personnel en santé mentale, champ qui paraît moins attrayant. Cela compromet la qualité des soins et la satisfaction au travail (Ebsworth et Foster, 2016; Verhaeghe et Bracke, 2012), d'où la nécessité de reconnaître cette problématique et de trouver des moyens pour la contenir. La stigmatisation du milieu de la santé mentale influence la construction de l'identité des professionnels de la santé en milieu de psychiatrie. De plus, l'absence de définition uniforme et unanime du rôle et des responsabilités du personnel infirmier en psychiatrie et a fortiori en psychiatrie légale, entrave la construction identitaire professionnelle reconnue et éloquente.

La stigmatisation en psychiatrie légale étant double, il est nécessaire de la contrer pour permettre au personnel infirmier de s'identifier autrement qu'à travers des représentations néfastes. Le monde médical aurait avantage à s'y intéresser de plus près puisque les retombées seraient positives à la fois pour les soins infirmiers psycholégaux, mais aussi pour la surspécialité en tant que telle et pour la clientèle desservie (Sercu et al., 2015).

2.2.3 Les conséquences de ces rôles nébuleux

Les soins infirmiers en psychiatrie sont toujours perçus comme une profession qui a un statut moindre que les autres professions de la santé, incluant les infirmières dans d'autres milieux (Bladon, 2019; Coleman, 2018). Ce discrédit a un effet profond sur l'identité du personnel soignant qui évolue dans ces milieux. Cela entraîne une pauvre estime et une représentativité de leur pratique peu gratifiante et se répercute sur une diminution de l'attractivité de cette spécialité (Bladon, 2019). L'image néfaste de la psychiatrie est une somme dévastatrice de préjugés non

fondés entretenus par le public, les médias et les professionnels de la santé qui entraîne une dévalorisation de cette spécialité avec la représentation du recours excessif à la coercition, le manque de connaissances, la délimitation floue entre le « normal » et le trouble de santé mentale aboutissant à l'absence d'une identité professionnelle claire. Bref, l'image négative de la psychiatrie est un problème de conception de soi (Bladon, 2019; Möller-Leimkühler et al., 2016). Naturellement, l'infirmier.ère, qui peine à bien expliquer et à définir son rôle dans un domaine qui est déjà dénigré, comme la psychiatrie et encore plus la psychiatrie légale, n'aura pas tendance à faire connaître sa spécialité. La perception négative de la psychiatrie et la stigmatisation en découlant a un long parcours historique et la diminuer est possible, mais l'anéantir complètement semble inatteignable pour certains chercheurs (Möller-Leimkühler et al., 2016). En effet, l'équivalence de reconnaissance n'est toujours pas atteinte entre les infirmiers.ères en santé mentale et le personnel infirmier qui travaille dans des spécialités plus séduisantes (Bladon, 2019). Pour y arriver, les études démontrent la nécessité de cibler les compétences et les capacités propres à la spécialité des soins psychiatriques et de cimenter cette description consensuelle si importante (Bladon, 2019; Hercelinskyj et al., 2014; Möller-Leimkühler et al., 2016). La définition nébuleuse et le rôle équivoque du personnel infirmier en santé mentale et dans des milieux psycholégaux empêchent de saisir l'étendue de cette profession et de la communiquer à un plus large auditoire (Bladon, 2019; Hercelinskyj et al., 2014; Möller-Leimkühler et al., 2016).

Les ambiguïtés des responsabilités, les rôles conflictuels et le stress qui s'en suivent ont été identifiés comme la source du manque de recrutement de personnel infirmier en santé mentale et de la mauvaise conception de leur travail (Hercelinskyj et al., 2014; Möller-Leimkühler et al., 2016). Ces faits illustrent l'importance de renforcer et mettre de l'avant une identité professionnelle claire et spécifique à la profession infirmière en soins psychiatriques réguliers et en soins psychiatriques légaux (Bladon, 2019; Hercelinskyj et al., 2014; Möller-Leimkühler et al., 2016).

Lorsque les infirmiers.ères en psychiatrie se sentiront reconnus et épaulés, tant par leurs homologues que par l'organisation qui les emploie, ils pourront estimer la valeur de leur rôle et construire une identité professionnelle positive (Hercelinskyj et al., 2014). Les retombées de ce constat seront tout autant bénéfiques pour les professionnels soignants que la psychiatrie elle-même.

2.3 Les facultés d'enseignement en sciences infirmières et la psychiatrie

Cette section présente l'influence des milieux de formation sur la stigmatisation des infirmiers.ères en psychiatrie légale. Nous y verrons d'abord les perceptions des étudiants, puis l'avenir du parcours scolaire et le cursus en soins infirmiers seront abordés.

2.3.1 Les étudiants en sciences infirmières et la santé mentale

Il a été montré que les étudiants en sciences infirmières ne voient pas la santé mentale au même niveau que d'autres spécialités comme la pédiatrie ou les soins intensifs (Günösen et al., 2017; Snyder, 2019). L'image davantage « glamour » ou attractive de ces spécialités est opposée à la représentation peu flatteuse de celle en santé mentale, perçue comme barbant ou à risque de « perdre des techniques/compétences » (Günösen et al., 2017; Snyder, 2019). Il y a un peu plus de 20 ans, Oermann et Sperling (1999) conduisaient une recherche s'intéressant au stress encouru chez les étudiants par rapport aux soins en santé mentale. Il en est ressorti que la valorisation de cette spécialité était plutôt mince par le corps professoral et que les étudiants voyaient ce domaine comme monotone et sans grand défi (Oermann et Sperling, 1999). L'innovation se rapportant aux stratégies d'enseignement pour stimuler les étudiants et idéalement pousser leur réflexion sur la santé mentale se révèle être une nécessité (Oermann et Sperling, 1999). D'autres études mettent en exergue l'urgence d'impliquer rapidement les étudiants en sciences infirmières, d'un angle clinique et didactique, auprès de personnes atteintes de maladies mentales (Bujold et al., 2020; Sadow et al., 2002).

Une dizaine d'années plus tard, Ross et Goldner (2009) ont mené une étude qui leur a permis d'affirmer que, malheureusement, le personnel infirmier, en particulier celui en médecine générale, perpétue la stigmatisation entourant les maladies mentales. Une des raisons majeures à cela serait le manque de savoirs et de compétences en santé mentale dans le parcours scolaire, mais aussi dans les rares possibilités pour les étudiants de poursuivre une formation en ce sens une fois diplômés (Ross et Goldner, 2009). Ainsi, Happell et Gaskin (2013) et Thongpriwan et al. (2015) ont démontré l'importance et l'influence de l'éducation des futurs.es infirmiers.ères sur leurs attitudes envers le personnel infirmier en soins psychiatriques. Effectivement, ils ont observé que le recrutement auprès des infirmiers.ères sortant des écoles ainsi que leur maintien dans des postes en santé mentale étaient plutôt difficiles (Happell et Gaskin, 2013; Thongpriwan et al., 2015). De plus, ils ont constaté que nombreux étaient les apprenants en soins infirmiers qui avaient des préjugés portant sur la santé mentale et qui nommaient même la psychiatrie comme le choix de carrière le moins souhaitable (Happell et Gaskin, 2013; Thongpriwan et al., 2015). Ces constats sont cohérents avec les études précédentes. Pour pallier cette difficulté, Happell et Gaskin (2013) et Thongpriwan (2015) ont aussi démontré que plus le temps de cours magistraux et de stages cliniques en santé mentale augmente, plus les étudiants adoptent une attitude positive envers le personnel soignant en soins psychiatriques et montrent de l'intérêt et du respect envers cette profession. Bref, les étudiants sont plus susceptibles d'envisager une carrière dans cette spécialité s'ils y sont davantage exposés (Happell et Gaskin, 2013; Thongpriwan et al., 2015). Dès le début du parcours scolaire des futurs infirmiers.ères, les écoles d'infirmières et les offres de formations qui s'en suivent devraient apporter une attention particulière sur la psychiatrie et, par conséquent, avoir des répercussions positives sur l'annihilation de la stigmatisation liée à la maladie mentale (Thongpriwan et al., 2015).

Nonobstant tous ces constats quant à la nécessité de développer les formations en santé mentale dans le cursus scolaire, des études encore plus récentes font état du statut inchangé dans ces milieux. Le niveau d'anxiété et la réticence envers les soins psychiatriques perdurent chez les étudiants en sciences infirmières (Günüşen et al., 2017; Wedgeworth et al., 2020). Pire, la stigmatisation des personnes atteintes de maladies mentales tout comme le personnel soignant dans ce domaine est une des principales raisons de ce dégoût (Günüşen et al., 2017; Wedgeworth et al., 2020). Selon Günüşen et al. (2017) il est primordial d'accorder de l'intérêt au concept des soins holistiques et de réduire ces attitudes négatives, voire stigmatisantes, tout au long de la formation générale des étudiants. Le corps professoral joue un rôle central dans le développement des soins psychosociaux et l'identification de stratégies interrelationnelles indispensables dans la pratique infirmière, tant en santé mentale que dans divers domaines (Günüşen et al., 2017; Wedgeworth et al., 2020).

L'étude de Bujold et al. (2020) présente une revue des écrits concernant l'impopularité des milieux psychiatriques. Ils démontrent que, 20 ans après l'étude d'Oermann et Sperling (1999), les défis sont similaires et entiers. Les stigmates et les préjugés sont toujours présents, une génération plus tard et ancrés aux problèmes de santé mentale. La violence, la malpropreté ou l'isolement sont des préjugés et des perceptions néfastes de la clientèle en psychiatrie qui perdurent. Ces constantes sont rapportées dans diverses études provenant de différents pays (Bujold et al., 2020). L'intérêt envers ce milieu demeure très faible, ce qui nuit sévèrement au recrutement du personnel infirmier nouvellement diplômé, mais aussi au développement de ce champ de pratique et à la rétention infirmière. La nécessité de revitaliser la formation des infirmières devient évidente puisqu'en deux décennies, elle a échoué à moduler ces stéréotypes et ces attitudes stigmatisantes. Selon l'article de Bujold et al. (2020), la majorité des facteurs discriminants pourraient être endigués si les milieux d'éducation innovaient. En effet, il semblerait qu'offrir un parcours académique qui met l'accent

sur le vécu personnel d'une personne qui souffre d'un trouble de santé mentale plutôt que sur les signes et symptômes de la maladie serait grandement bénéfique (Bujold et al., 2020), tout comme des expériences d'immersion clinique non traditionnelles représentent des avenues prometteuses et encourageantes pour en finir avec la stigmatisation des personnes souffrant de troubles de santé mentale (Bujold et al., 2020).

En somme, il y a de l'espoir pour l'avenir de la pratique des soins infirmiers en psychiatrie et la diminution des attitudes stigmatisantes provenant de la relève infirmière. Il est fortement souhaitable que les prochaines décennies soient empreintes de changement positif dans les idées préconçues des apprenants en soins infirmiers, par le biais d'un courage des institutions d'enseignement et non une répétition des constats comme les vingt dernières années.

2.3.2 L'avenir du parcours scolaire en soins infirmiers en santé mentale

En référence aux études précédentes, il est évident que plus les étudiants recevront une formation clinique et théorique concernant la santé mentale, plus leurs attitudes néfastes et discriminantes diminueront (Bujold et al., 2020; Günüşen et al., 2017; Wedgeworth et al., 2020). Alors qu'il serait logique de croire que les institutions scolaires suivent ces recommandations, plusieurs études récentes démontrent plutôt une érosion du contenu des soins infirmiers psychiatriques.

Il s'agit là d'une atteinte à la valorisation de cette spécialité, mais aussi à la réponse aux besoins en santé mentale de tous les patients. Il est facilement concevable que le personnel infirmier, quel que soit son domaine de travail, soit en relation avec une clientèle qui, bien qu'elle vienne consulter pour un problème de santé physique, souffre aussi d'un trouble de santé mentale et reçoive un traitement pharmacologique, d'où l'importance de promouvoir les soins de santé psychiatriques tant auprès des étudiants de premier cycle, mais aussi des cycles supérieurs (Flaskerud, 2018). Néanmoins, il ne semble pas que ce soit ce qui est observé lors de différentes

révisions de programmes infirmiers. On remarque plutôt une dégradation de la qualité des soins infirmiers en santé mentale au détriment d'une formation étoffée (Flaskerud, 2018; Hemingway et al., 2016; Kane, 2015). Indubitablement, la détérioration de l'enseignement en santé mentale n'aide pas à diminuer la stigmatisation par rapport à la spécialité de psychiatrie. Pourtant, il est fondamental de définir la spécificité du travail infirmier en santé mentale et de mieux orienter les formations (Graham et al., 2020). Les enseignants en sciences infirmières doivent plaider pour la nécessité de soutenir et de rendre plus rigoureuse la connaissance des soins psychiatriques (Flaskerud, 2018; Graham et al., 2020; Sadow et Ryder, 2008). La formation en santé mentale devrait être essentielle dans le cursus d'apprentissage des étudiants en sciences infirmières et même argumenter pour un changement dans le système d'éducation (Graham et al., 2020; Günösen et al., 2017; Hemingway et al., 2016).

2.3.3 Le cursus scolaire en soins infirmiers psycholégaux

Si les cours de psychiatrie en général sont mis à mal comme montré précédemment, que pouvons-nous penser de l'intégration de cours en soins infirmiers psycholégaux dans le parcours des étudiants? À l'heure actuelle, au Québec, nous n'avons trouvé aucune formation en psychiatrie légale offerte pour le personnel infirmier, tant auprès des facultés d'éducation que des ordres professionnels et des associations en santé mentale. De plus, cette situation est très peu étudiée par la communauté scientifique.

Une étude de Kent-Wilkinson (2009) a exploré les paramètres sociaux qui ont influencé l'essor de programmes éducatifs portant sur la spécialité des soins infirmiers psycholégaux en Amérique du Nord, plus particulièrement aux États-Unis. Plusieurs facteurs sociaux ont été identifiés comme positifs et aidant à l'émergence de tels programmes éducatifs. Tout d'abord, on retrouve un investissement financier important de la classe au pouvoir qui se traduit par une volonté politique de développer ce domaine infirmier (Kent-Wilkinson, 2009). La présence dynamique et

proactive d'une association professionnelle en soins infirmiers psycholégaux et la reconnaissance de la nécessité d'avoir accès à ces connaissances à la fois juridiques et cliniques par des associations professionnelles infirmières de divers horizons ont également été ressorties (Kent-Wilkinson, 2009). Les programmes de spécialité des soins infirmiers en milieu psycholégal doivent aussi trouver écho parmi des facultés d'enseignement, autant au premier cycle qu'aux cycles supérieurs (Kent-Wilkinson, 2009). Tous ces faits ayant été démontrés il y a déjà une dizaine d'années tardent à être entendus dans le milieu de santé québécois et précisément auprès de la profession infirmière. Kent-Wilkinson (2011) indique que l'élaboration pédagogique des soins infirmiers psycholégaux est souvent à la remorque des nécessités cliniques de ce rôle infirmier qui lui sont bien actuelles. Elle explique que ce retard provient essentiellement du fait que des infrastructures primordiales pour soutenir un tel enseignement ne sont pas mises en place de manière simultanée au besoin clinique des soins psycholégaux (Kent-Wilkinson, 2011).

Ce constat résonne aussi dans les travaux sur le pouvoir de la stigmatisation de Tyler et Slater (2018). Ces chercheurs tentent de trouver des réponses aux questions visant à déterminer « où la stigmatisation est produite, par qui et à quelles fins » [traduction libre] (Tyler et Slater, 2018, p. 721). La stigmatisation, pour ceux qui la perpétuent, permet de fournir une sorte de pouvoir et elle agit aussi comme une économie culturelle et politique. Certains problèmes contemporains engendrant des inégalités et des injustices pourraient justement pâtir de cette conceptualisation de la stigmatisation. Cet aspect sera abordé dans le chapitre suivant de la thèse.

2.4 L'image du rôle infirmier en psychiatrie

Dans cette section, nous nous attarderons sur l'image promulguée dans les médias du rôle d'infirmière en psychiatrie. Il sera aussi question de l'attitude de la communauté infirmière qui n'est pas toujours sympathique envers la cause de la maladie mentale.

2.4.1 *La perception médiatique*

De Carlo (2007) a effectué un projet de recherche extrêmement pertinent sur la représentation du personnel infirmier en soins psychiatriques amenée au grand écran par plusieurs films américains à succès. Les résultats sont éloquentes : les films hollywoodiens perpétuent l'image du travail infirmier en psychiatrie comme étant anormal, secret, dangereux et ayant comme objectif la simple surveillance des patients (De Carlo, 2007). En ces temps de pandémie, il importe de se rappeler que le septième art est un agent social persuasif important et habituellement accessible pour le grand public. Il s'agit d'un média qui renforce les stéréotypes : les longs-métrages ne créent pas de la stigmatisation, mais ils sont le reflet des valeurs sociales, des attitudes et des pratiques (De Carlo, 2007). L'auteur de la recherche mentionne même que le cinéma montre une déshumanisation des infirmiers.ères en psychiatrie. Cette représentation détruit le travail du personnel soignant et il importe pour la société de s'engager dans une éducation sociale sur le travail réellement fait (De Carlo, 2007). Les chercheurs Bates et Stickley (2013) ajoutent que la représentation des violences perpétrées par des personnes atteintes de troubles mentaux au cinéma génère des « paniques sociales » qui nourrissent la stigmatisation de cette clientèle et, par ricochet, du personnel infirmier en soins psychiatriques. De plus, cette perspective peut cultiver assez de peur publique pour pouvoir entraîner des lois et des politiques plus coercitives envers cette clientèle (Bates et Stickley, 2013). Évidemment, cela n'est pas souhaitable si une philosophie de déstigmatisation est préférable pour cette clientèle et pour hausser le soin offert.

Bladon (2017) expose des conclusions similaires concernant les œuvres de fiction qui font le portrait souvent très négatif de la psychiatrie et du personnel infirmier qui y travaille. Il souligne aussi que cette représentation consolide les idées préconçues et les stéréotypes néfastes sur les infirmiers.ères qui décident de travailler en milieu psychiatrique. Bladon (2017) met en lumière l'ironie du fait qu'il est souvent rapporté que c'est en milieu de psychiatrie que les patients ont plus

le temps et l'opportunité de développer une relation de confiance avec le personnel infirmier, parfois sur plusieurs années, alors que dans les œuvres de fiction, il est montré que le personnel qui y travaille est généralement dépeint comme froid, distant et autoritaire (Bladon, 2017).

Cette situation a été amenée à l'attention de la population scientifique depuis quelques années déjà, mais les solutions sont plutôt restreintes. Il serait bénéfique que, dans les émissions, les films, les œuvres littéraires et autres médias, le portrait du milieu psychiatrique et du personnel soignant soient fidèles à la réalité. Toutefois, nous demeurons dans l'attente qu'un créateur vienne chambouler ces postulats fictifs si dommageables pour la pratique infirmière en santé mentale.

2.4.2 La perception des infirmiers.ères

Le personnel infirmier détient une position de pouvoir et pourrait remettre en question cette stigmatisation du rôle infirmier en psychiatrie. Cependant, les études démontrent plutôt que la santé mentale et les infirmiers.ères qui travaillent dans ce domaine sont stigmatisés par leurs collègues. Manifestement, la stigmatisation de la santé mentale et la stigmatisation du personnel infirmier qui exerce dans ce domaine constituent une barrière au rétablissement et au traitement de la clientèle (Ben Natan et al., 2015). Les infirmiers.ères œuvrant dans d'autres domaines que la santé mentale ont une représentation négative de leurs collègues en soins psychiatriques (Bates et Stickley, 2013; Ben Natan et al., 2015). Le travail infirmier en santé mentale est discrédité au sein même de la profession, peu de sympathie est exprimée à sa cause (Ben Natan et al., 2015). L'image est peu reluisante et cela a des répercussions sur l'attractivité de cette spécialité infirmière et le recrutement (Ben Natan et al., 2015).

En outre, Crawford et al. (2008) ont effectué une recherche qui a permis d'explorer la perception professionnelle des infirmières en santé mentale communautaire. Les professionnels en soins psychiatriques ont nommé ne pas se voir comme de « véritables » infirmiers.ères, se sentant en position illégitime et attendant d'être « découverts » (Crawford et al., 2008). Si tel est le cas

pour le personnel infirmier en santé mentale communautaire, l'image que se donne le personnel infirmier en psychiatrie légale ne peut guère être plus avantageuse. Les conséquences de nombreuses attitudes négatives et de comportements néfastes envers la santé mentale laissent prétendre une autostigmatisation de la part des infirmiers.ères en psychiatrie. Cette réalité est plutôt inquiétante, car elle représente une embuche majeure au souhait que ces professionnels de la santé soient le porte-étendard d'interventions de déstigmatisation.

2.5 La violence verticale et horizontale dans le milieu de travail infirmier

Nous nous sommes intéressés à la violence dans le milieu de travail des infirmiers.ères suite à la collecte de données. Cette violence, dite verticale puisqu'elle est perpétrée par les supérieurs envers les infirmiers.ères, a été rapportée par la majorité des participants, ce qui commande de nous y attarder.

D'abord, Bond et Birkholz (2020) ont publié un article concernant la prévalence de l'incivilité dans la profession infirmière, sous diverses formes et leur identification. Elles mentionnent que l'intimidation, les brimades et les comportements dénigrants peuvent survenir dans tous les milieux et ce, peu importe le statut de l'infirmier.ère : étudiant.e, personnel infirmier nouveau sur une unité, infirmiers.ères gestionnaires ou leaders. Les comportements concernant la violence verticale n'ont pas été autant étudiés que ceux se rapportant à la violence horizontale ou latérale (Bond et Birkholz, 2020). Néanmoins, les conséquences de ces comportements agressifs ou d'intimidation peuvent avoir des répercussions majeures sur la personne ciblée, mais aussi les personnes qui en sont témoins (Bond et Birkholz, 2020). Selon ces chercheuses, elles sont source de démoralisation ou de tourments et peuvent causer des traumatismes émotionnels importants.

Dans leur étude, Bond et Birkholz (2020) soulignent l'importance d'identifier ces comportements ou attitudes qui peuvent parfois être minimisés ou banalisés. Des signes subtils comme un roulement des yeux, des commentaires désobligeants en public ou le dénigrement de la

personne sont catégorisés comme des comportements plus discrets. Les infirmiers.ères en position d'autorité qui dissimulent des renseignements importants ou qui attribuent des responsabilités inférieures aux capacités de l'infirmier.ère font également partie des comportements de violence verticale discrets (Bond et Birkholz, 2020). Ces agissements peuvent évoluer vers des attitudes ouvertement irrespectueuses et même à l'ignorance de certains subalternes ou de comportements inadéquats (Bond et Birkholz, 2020). D'ailleurs, les chercheuses rapportent que les ressources humaines dans le milieu de la santé ont souvent des procédures ou des politiques qui protègent davantage les gestionnaires dans les situations d'intimidation ou de harcèlement et que très peu sont développées pour protéger le personnel soignant. Ces milieux de travail deviennent donc hostiles à la pratique infirmière et source de démission, ce qui augmente les problèmes de rétention et de recrutement (Bond et Birkholz, 2020; Danza, 2018).

De son côté, Danza (2018) a publié un article s'intéressant sur les différents comportements discriminants envers les professionnels des soins infirmiers, les implications de cette discrimination et les solutions possibles. Selon cette étude, la quasi-totalité des infirmiers.ères a déjà été victime ou témoin de comportements d'incivilité ou d'intimidation. Selon un sondage du *Workplace Bullying Institute* (Namie et al., 2014), 56 % des « intimidateurs » sont en position d'autorité sur la personne ciblée par ces comportements de brimade. Dans 60 % des cas, les personnes ciblées sont du genre féminin et les agresseurs sont du genre masculin (Namie et al., 2014). Danza (2018) souligne que le milieu de la santé est particulièrement prédisposé aux comportements d'intimidation ou d'incivilité entre collègues (violence horizontale), mais aussi entre personnes qui ont un lien hiérarchique (violence verticale). Selon Danza (2018), tous ces comportements d'incivilité sont au détriment des soins envers les patients. Évidemment le personnel infirmier maltraité va souffrir de divers symptômes tels que des céphalées, de l'insomnie et particulièrement une hausse significative du stress au travail (Danza, 2018). L'intimidation ainsi

vécue ne se limite pas seulement au milieu professionnel, il va s'infiltrer dans la vie personnelle de la personne ciblée et ébranler son estime personnelle, détruire son équilibre entre le travail et la vie de famille et même remettre en question sa carrière et ses projets (Danza, 2018). De plus, les comportements d'intimidation et d'incivilité engendrent une ambiance malsaine, une perte de productivité, une perte du travail d'équipe efficace et augmentent le taux d'absentéisme et l'épuisement professionnel. Les dépenses encourues pour pallier ces conséquences sont faramineuses (Danza, 2018). Le rôle du gestionnaire serait donc d'intervenir le plus rapidement possible afin d'éviter que la situation ne se dégrade (Danza, 2018). Cependant, que se passe-t-il lorsque la personne en autorité, qui devrait manifester un comportement exemplaire, est celle qui manifeste des comportements intimidants et incivils? Il n'y a pas de réponse claire à cette question (Bond et Birkholz, 2020; Danza, 2018). Des protocoles et procédures de tolérance zéro pour ces comportements, qu'importe le statut de la personne fautive, sont porteurs d'espoir, mais souvent peu connus et peu déployés dans les milieux hospitaliers (Bond et Birkholz, 2020; Danza, 2018).

En somme, les milieux psycholégaux ont peu été étudiés concernant les comportements de violence verticale qui surviennent directement entre les gestionnaires et le personnel infirmier. Étant donné tous les enjeux particuliers de ce milieu, il pourrait être instructif de se questionner sur la présence de ces comportements néfastes aux conséquences dévastatrices.

Chapitre 3

Cadre théorique

Ce chapitre débute par l'exploration du concept de stigmatisme auprès de la population infirmière exerçant en psychiatrie légale. Bien que quelques écrits scientifiques intéressants et pertinents aient été trouvés, il a fallu élargir la population au personnel infirmier en santé mentale et en milieu correctionnel. À notre connaissance, cela était nécessaire afin de trouver davantage d'études qui contribuent à développer progressivement notre compréhension de la situation et permettent d'obtenir une vision plus approfondie. Nos recherches nous ont permis d'apprécier l'étendue de la réalité qui, bien qu'elle ait quelques spécificités d'un pays à l'autre, semble tout de même généralisée; les infirmiers.ères qui travaillent en santé mentale, plus précisément en psychiatrie, légale sont stigmatisés.ées à différents niveaux.

De ce constat, une compréhension approfondie du concept stigmatisme (processus) et de la stigmatisation (conséquence) est primordiale. Nous nous sommes penchés sur d'illustres auteurs en ce domaine dont la notoriété demeure actuelle bien que leurs écrits puissent dater. C'est dans cette optique que nous nous attarderons sur les écrits d'Erving Goffman, plus précisément *Stigmatisme* (1975/2015) et sur la publication de Link et Phelan (2001) qui a permis de conceptualiser les conséquences de la stigmatisation dans la vie quotidienne.

Le concept d'institution totale, né du sociologue Erving Goffman dans son livre *Asiles : Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus* (1961/2013), s'est rapidement imposé dans le milieu de la psychiatrie légale. Ce concept va de pair avec l'ouvrage *Surveiller et punir* (1975/2015) du philosophe Michel Foucault qui aborde la discipline, l'institution disciplinaire, le pouvoir et le pouvoir disciplinaire propre à ce milieu totalitaire.

3.1 Le stigmaté

« L'enfer, c'est les autres. » Sartre (1943).

Erving Goffman (1922-1982), sociologue et linguiste d'origine canadienne, a étudié dans le prestigieux département de sociologie de l'Université de Chicago (Bonicco, 2007). En 1961, il publie *Stigmaté, les usages sociaux des handicaps* en anglais et c'est en 1975 que cet ouvrage sera traduit en français. Erving Goffman nous rappelle que le terme stigmaté est d'origine hellénique et qu'il désignait à l'origine une marque corporelle qui avait pour but de signaler ce qu'on peut qualifier de détestable ou d'inhabituel chez l'autre (Goffman, 1975/2015). Le sociologue définit le stigmaté comme une marque de discrédit ou de disgrâce profonde qui place une personne à part des autres. Selon Goffman (1975/2015), la société établit des procédés et des catégories qui répartissent les personnes et les emboitent dans des caractéristiques qui se retrouvent normalement dans chacune des catégories. En fait, dans les interactions sociales, les personnes désirent jouer un rôle acceptable aux yeux des autres et ce désir s'installe inconsciemment et teinte les rapports sociaux quotidiens (Goffman, 1975/2015). Lors de ces échanges routiniers, des attributs personnels et structurels sont conférés au quidam qui se présente (Goffman, 1975/2015). Alors s'organisent dans leurs attentes, des exigences importantes et des spécificités propres à la catégorie auquel celui-ci devrait appartenir. Une personne affligée d'un stigmaté est donc un stigmatisé, qui s'oppose aux autres que Goffman appelle les « normaux ». Ce sont les interactions dites mixtes, entre stigmatisés et normaux, qui intéressent particulièrement l'auteur dans son ouvrage sur le stigmaté (Goffman, 1975/2015). Conséquemment, lors de ces échanges en société, il y a composition de ce que Goffman (1975/2015) appelle une « identité sociale virtuelle ». Cette identité virtuelle demeure subjective, alors qu'elle s'oppose à ce que l'auteur appelle « l'identité sociale réelle », considérée quant à elle comme étant objective (Goffman, 1975/2015).

L'identité sociale virtuelle se constitue par ce que l'inconnu nous laisse paraître ou nous donne comme information (Goffman, 1975/2015). Les situations de normal et de stigmatisé ne sont finalement pas des attributs, mais les résultats qui vont provenir de leur interaction. La situation dépend donc de la façon par laquelle sera perçue la personne durant l'interaction (Goffman, 1975/2015). Ce n'est pas le stigmatisé, mais le rapport à l'autre qui occasionne la difficulté (Goffman, 1975/2015). Le processus de catégorisation chez l'interlocuteur se précise selon les renseignements ainsi recueillis. Si, lors de ces échanges, il y a disparité entre les attributs que les personnes de sa catégorie détiennent normalement, cela le rendra moins attrayant (Goffman, 1975/2015). Dès lors, la personne sera perçue comme inférieure, ne pouvant pleinement s'accomplir (Goffman, 1975/2015). Elle sera exclue de la conception normale ou ordinaire et elle deviendra viciée, stigmatisée (Goffman, 1975/2015).

Selon Le Goff (2013), l'apparence de normalité ainsi présentée par Goffman est nécessaire pour être compréhensible par autrui et pour être prévisible. Il s'agit d'un mécanisme protecteur. Toujours selon cette autrice, « [...] le stigmate chez Goffman renvoie à un moyen d'assurer la fiabilité de l'ordre social, en sanctionnant ceux qui ne se conforment pas aux critères de normalité » (Le Goff, 2013, p. 383). Lorsque nous appliquons la perspective de Goffman à la pratique infirmière en psychiatrie légale, force est de constater que cette spécialité diffère de l'idée populaire du travail infirmier. Il suffit de penser à l'absence d'uniforme infirmier en santé mentale, aux caractéristiques de la clientèle soignée et à l'absence de monitoring typique des hôpitaux de santé physique pour apprécier cette dissimilitude. De plus, comme exposé dans la problématique, la définition de cette surspécialité infirmière n'étant pas établie, le même personnel infirmier ne parvient pas à bien faire comprendre son rôle; les répercussions sur sa reconnaissance ou sa normalité professionnelle sont indéniables.

C'est alors que la différence entre les deux identités sociales survient et peut rendre très mal à l'aise l'interlocuteur dit normal. C'est de cette dichotomie entre l'identité sociale virtuelle et l'identité sociale réelle qu'apparaît le stigmaté (Goffman, 1975/2015). En somme, ce n'est pas un attribut généralement déplaisant qui entraîne la stigmatisation, mais bien un attribut qui diffère des stéréotypes attendus dans une certaine catégorie à laquelle appartient la personne (Goffman, 1975/2015). Il importe, pour Goffman, de se souvenir que :

La notion de stigmaté implique moins l'existence d'un ensemble d'individus concrets et séparables en deux colonnes, les stigmatisés et les normaux, que l'action d'un processus social omniprésent qui amène chacun à tenir les deux rôles, au moins sous certains rapports et dans certaines phases de sa vie. Le normal et le stigmaté ne sont pas des personnes, mais bien des points de vue. (Goffman, 1975/2015, p. 160-161)

Le stigmaté n'est pas un apanage immuable, il est plutôt un construit relationnel qui est valorisé selon les composantes particulières d'une société, d'une époque ou d'une culture (Arboleda-Flórez, 2001, 2003; Bates et Stickley, 2013; Goffman, 1975/2015; Gouthro, 2009). Effectivement, un qualificatif stigmatisant chez une personne ne le sera pas chez une autre personne appartenant à une autre catégorie. Ainsi, un stigmaté n'est pas immuable dans le temps, il se module constamment et dépend fortement du contexte auquel il se rapporte (Arboleda-Flórez, 2001, 2003; Goffman, 1975/2015; Gouthro, 2009; Tyler, 2020).

Goffman (1975/2015) a décrit trois types de stigmates : 1) les monstruosité du corps (stigmates corporels : handicap physique, trouble de la vision, difformités corporelles), 2) les tares du caractère (stigmates tenant au passé du sujet ou au comportement : malhonnêteté, troubles mentaux, alcoolisme, criminalité etc.) et 3) les identités tribales (stigmates de groupe et qui peuvent se transmettre de génération en génération : race, nationalité, religion). L'attitude des normaux par rapport aux stigmatisés pouvant mener à des comportements discriminatoires, Goffman (1975/2015) s'intéresse à la réaction des personnes stigmatisées lors de ces interactions mixtes.

Parmi les réactions possibles, l'auteur identifie la tendance à la victimisation du stigmatisé, faisant référence à la correction du stigmat (Goffman, 1975/2015).

Pour Bonicco (2007), il y a une syntaxe dans l'interaction afin que l'image d'une personne fasse sens et ne soit pas du charabia pour son interlocuteur. Pendant les contacts avec les normaux, la personne stigmatisée peut hésiter entre deux tactiques : elle peut essayer de se faire oublier, ou au contraire afficher un air de bravade (Goffman, 1975/2015). L'oscillation entre ces deux lignes de conduite peut aboutir à la désintégration des interactions en face à face qui normalement devraient être routinières ou banales (Goffman, 1975/2015). Toujours selon Goffman (1975/2015), ces contacts mixtes créent de l'angoisse chez la personne stigmatisée et un malaise chez la personne normale. En contexte clinique, j'ai pu constater ce malaise lors de contacts entre personnel infirmier de psychiatrie légale et d'autres professionnels de la santé (infirmiers.ères provenant d'autres milieux, psychologues etc.).

Dans cet ordre d'idées, Goffman (1975/2015) fait une distinction entre les stigmatisés qui peuvent être discrédités ou discréditables. Par exemple, une infirmière qui travaille dans un institut de psychiatrie légale peut élucider cette information (stigmatisé discréditable) plus facilement qu'une personne se déplaçant en fauteuil roulant (stigmatisé discrédité). C'est ce que Goffman (1975/2015) identifie comme le contrôle de l'identité personnelle de la personne discréditable qui doit bien identifier à qui il doit fournir beaucoup d'informations ou non. Lors de l'interaction, il y a un travail de figuration pour les personnes qui interagissent. Des tactiques pour sauver la mise peuvent être déployées par les stigmatisés afin de préserver une certaine image et de se protéger de son interlocuteur (Bonicco, 2007). Selon les écrits consultés, la stigmatisation repose sur l'ensemble de l'information accessible au public et à sa réaction si un attribut dévalorisant venait à survenir dans les interactions (Arboleda-Flórez, 2001, 2003; Bladon, 2018; Goffman, 1975/2015; Gouthro, 2009). C'est la relation des différents acteurs, stigmatisés et normaux, qui engendre les

structures ou les unités de mise en relation rendues visibles par ces interrelations qui sont analysées par Goffman (Bonicco, 2007; Tyler, 2020). Ces structures ou ces unités ne sont pas préexistantes et ce sont les interrelations entre les personnes qui vont les mettre en œuvre, d'où l'intérêt pour une personne ayant un stigmate discréditable de choisir son public et les informations à divulguer (Bonicco, 2007; Goffman, 1975/2015). C'est ce qui revient à satisfaire les attentes de l'interlocuteur pour harmoniser la mise en relation.

Nous venons d'exposer le concept stigmate selon la perspective goffmanienne qui s'attarde particulièrement sur l'interaction entre deux personnes. D'autres auteurs notoires se sont intéressés à la stigmatisation, mais avec un point de vue macrosociologique et structurel. Plus précisément, notre recension des écrits nous a amenés à nous intéresser au travail de Bruce G. Link et Jo C. Phelan. Selon eux, le stigmate existe seulement lorsque certaines composantes convergent et coexistent : « [...] nous appliquons le terme de stigmatisation lorsque des éléments d'étiquetage, de stéréotypes, de perte de statut et de discrimination coexistent dans une situation de pouvoir qui permet aux composants de la stigmatisation de se déployer » [traduction libre] (Link et Phelan, 2001, p. 367). De plus, ils insistent sur les aspects sociologiques essentiels au processus de stigmatisation, à leur création et à leur maintien (Link et Phelan, 2001). En considérant cela, les auteurs favorisent le mot « étiquette » plutôt que les termes « attribut », « condition » ou « marque » vues précédemment (Link et Phelan, 2001). Ces chercheurs expliquent ce choix par le fait que ce sont les différences humaines qui sont mises en évidence. Pour eux, une étiquette sera apposée à la personne stigmatisée. En revanche, les termes tels qu'« attribut », « condition » ou « marque » intériorisent davantage la caractéristique stigmatisante de la personne et masquent le fait que son identification a une signification sociale et est le produit de processus sociaux (Link et Phelan, 2001). Ces termes ont une connotation qui vient valider la désignation d'un stigmate chez une personne, alors que le terme « étiquette » laisse planer un doute sur cette validité puisqu'il s'agit

d'un ajout ou d'une apposition (Link et Phelan, 2001). Cet espace ainsi créé permet de s'intéresser au stigmatisme selon un point de vue plus structurel, voire systémique. De surcroît, comme le mentionne Link et Phelan (2001), il devient pertinent de s'interroger sur la façon dont des catégories ou des caractéristiques apparaissent ou sont maintenues, la façon dont elles sont désignées et la façon dont elles s'organisent d'un point de vue politique, économique ou culturel.

Nous ne pensons pas que Link et Phelan viennent discréditer les observations et recherches de Erving Goffman. Nous croyons plutôt que ces auteurs, Link et Phelan, apportent une perspective plus macrosociologique sur le concept de stigmatisme, par rapport à celle de Goffman qui est microsociologique. Selon nous, ces deux conceptions se complètent et permettent une compréhension holistique concernant une réalité stigmatisante. Notre sujet de recherche, la stigmatisation des infirmiers.ères exerçant en milieu de psychiatrie légale, se perçoit dans les interrelations de ces professionnels, mais pourrait bien être aussi présent à un niveau structurel. Par exemple, les infirmiers.ères en psychiatrie légale n'ont pas intégré de caractéristiques désagréables, soit ce qui aurait pu être un « attribut », une « condition » ou une « marque », pour être stigmatisés. Néanmoins, ils seraient plutôt stigmatisés par la situation actuelle de leur surspécialité, soit la psychiatrie légale et en seraient ainsi étiquetés, ce qui laisse place à une différenciation sociale importante. Ceci rejoint la seconde composante du stigmatisme selon Link et Phelan (2001). En effet, selon ces chercheurs, l'étiquette lie une personne à un ensemble de caractéristiques indésirables, comme lorsque le personnel infirmier qui travaille dans un milieu de psychiatrie est décrit comme paresseux ou moins intelligent, ce qui forme le stéréotype et les attitudes négatives.

Cette seconde composante fait écho au concept de stigmatisation par association. Souvent, le stigmatisme se répand et touche les gens qui entourent le stigmatisé (Goffman, 1975/2015). Ici, je fais allusion à un autre processus de stigmatisation qui atteint le personnel infirmier de milieu psycholégal. La stigmatisation par association se définit comme étant l'acquisition des stigmates

d'un groupe par une autre catégorie de personnes qui lui est connectée d'une manière ou d'une autre (Corrigan et Miller, 2004; Ebsworth et Foster, 2016; Goffman, 1975/2015; Gouthro, 2009; Halter, 2008). De plus, la psychiatrie légale est en soi une étiquette qui apporte un lot de caractéristiques peu reluisantes (troubles de santé mentale et judiciarisation) et entraîne des attitudes défavorables aux personnes qui s'y approchent. La clientèle soignée est décrite parfois comme monstrueuse, inspirant le dégoût, la répulsion et la peur (Jacob et al., 2009; Holmes et al., 2006; Wedgeworth et al., 2020). Ce descriptif peut alors être apposé au personnel infirmier et ainsi qualifié, un lot de caractéristiques néfastes survient et discrédite leur identité socioprofessionnelle. Pour les infirmiers.ères « normaux », il va de soi d'établir une distinction entre « eux » et les infirmiers.ères exerçant en psychiatrie légale qui sont étiquetés comme paresseux et moins intelligents, puisqu'ils représentent une menace à la profession infirmière. C'est ce que Link et Phelan (2001) nomment la séparation entre le « nous » et le « eux », soit leur troisième composante pour que le processus de stigmatisation se concrétise.

Ainsi, d'autres éléments du processus de stigmatisation - le lien entre les étiquettes et les attributs indésirables - deviennent la raison de croire que les personnes étiquetées négativement sont fondamentalement différentes de celles qui ne partagent pas l'étiquette, de type différent. Dans le même temps, lorsque les personnes étiquetées sont considérées comme nettement différentes, les stéréotypes peuvent être réalisés en douceur, car il est peu dommage d'attribuer toutes sortes de mauvaises caractéristiques à "ces personnes". [traduction libre] (Link et Phelan, 2001, p. 370)

Ainsi, le personnel infirmier en milieu psycholégal est étiqueté par la nature de son milieu de travail. Il est mis de côté et il est lié à une série de caractéristiques indésirables qui possiblement le mène à une perte de statut et de la discrimination. Cette situation illustre le processus de stigmatisation décrit par Link et Phelan (2001).

Lors de notre recension des écrits, nous avons dégagé certaines études qui se sont penchées sur la stigmatisation et les attitudes négatives qui peuvent profondément changer le quotidien des

infirmiers.ères travaillant en psychiatrie, voire discréditer leur profession et annihiler leurs ambitions (Bladon, 2019; Cleary, 2004; Graham et al., 2020; Halter, 2008; Verhaeghe et Bracke, 2012). La situation actuelle de cette surspécialisation infirmière est liée à un lot de qualificatifs préjudiciables et pour les stigmatisateurs, soit les « autres » ou les « normaux »; il y a une perte de statut à leurs yeux (Link et Phelan, 2001). Des études ont démontré que la pression organisationnelle (institutionnelle) empêche souvent les infirmiers.ères travaillant en santé mentale en situation d'urgence de bien remplir leurs tâches et d'atteindre leurs objectifs personnels et professionnel (Cleary, 2004; Loukidou et al., 2010). C'est un exemple de ce que Link et Phelan (2001) identifient comme de la discrimination structurelle. La hiérarchie mise en place dans les institutions psychiatriques et les demandes diverses provenant autant de la clientèle que de l'équipe traitante ou des instances patronales engendrent une subordination multiple du personnel infirmier qui ne peut pas réaliser pleinement son rôle, limitation qui discrédite ainsi son travail journalier (Bladon, 2018; Cleary, 2004; Corrigan et Wassel, 2008; Halter, 2008; Link et Phelan, 2001; Verhaeghe et Bracke, 2012). Cette discrimination structurelle réfère aux institutions gouvernementales ou privées qui ont des pratiques qui perpétuent le processus de stigmatisation (Link et Phelan, 2001).

Cette notion sur la stigmatisation apporte une autre dimension à la conceptualisation du stigmaté par Goffman. En effet, la stigmatisation est possible dans les interactions, mais elle l'est aussi dans les structures mêmes où ces interactions ont lieu. De plus, nous pourrions pousser cette réflexion plus loin. La profession de psychiatrie légale semble structurellement stigmatisée : moins de ressources financières pour la recherche et le développement lui sont attribuées, ce qui se répercute entre autres sur le développement des connaissances en sciences infirmières et la qualité des soins offerts (Fondation Douglas, 2020; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2020).

Le stigmate se répercute dans le système qui entoure la personne, l'exposant à des conjonctures défavorables, sans que celle-ci ait une véritable emprise sur ces facteurs (Link et Phelan, 2001).

Enfin, l'ampleur de la stigmatisation est influencée par le pouvoir relatif des personnes stigmatisées et de celles qui les stigmatisent (les stigmatisateurs) (Link et Phelan, 2001). Link et Phelan (2001) affirment qu'il faut du pouvoir pour que le processus de stigmatisation se complète. La notion de pouvoir est considérée par ces auteurs aux plans politique, économique et social. Ce pouvoir est relatif à l'identification des différences, de la construction de stéréotypes, de la séparation des personnes étiquetées dans des catégories distinctes et de la réalisation concrète de l'exclusion et de la discrimination (Link et Phelan, 2001). Le rôle du pouvoir est souvent négligé lorsqu'il s'agit de stigmate, parce que trop souvent le pouvoir est tenu pour acquis et n'est pas considéré comme source de conflits (Link et Phelan, 2001). Pourtant, le pouvoir est essentiel à la production sociale de stigmatisation (Link et Phelan, 2001). Le processus social de stigmatisation sert le groupe en position de pouvoir, celui dont les connaissances prévalent (Link et Phelan, 2001). Ce processus doit avoir une influence suffisante dans les sphères de la société, de la culture, de l'économie et de la politique pour mener à des conséquences importantes pour la personne ou le groupe de personnes qualifiées de différentes (Link et Phelan, 2001). Nous reviendrons plus en détail sur le concept de pouvoir dans la prochaine section.

L'environnement hybride de la psychiatrie légale conférant un double mandat de soins et de sécurité au personnel infirmier peut sembler paradoxal et discordant des valeurs humanistes de la profession. Cette réalité incite souvent le personnel infirmier à maintenir une distance à la fois physique, psychologique et professionnelle avec la clientèle, pourtant qualifiée comme étant très vulnérable. Selon Goffman (1975/2015), un tel comportement peut être indirectement encouragé par les milieux de psychiatrie, soit ce que l'auteur qualifie d'institution totale. Le pouvoir ainsi exercé sur le groupe que constituent les infirmières en psychiatrie légale engendre

nécessairement un processus de stigmatisation, ce qui vient servir d'autres groupes d'influence. Ainsi, l'intérêt que nous portons à l'expérience vécue de ce groupe de professionnels de la santé devrait permettre d'exposer ce processus de force qui les marginalise.

Les travaux de Goffman et les travaux de Link et Phelan nous permettent de comprendre le concept de stigmaté à différents niveaux. L'œuvre de Goffman nous permet de comprendre comment la personne qui travaille en psychiatrie légale filtrera l'information destinée à son interlocuteur, que ce soit lors d'interactions avec la communauté infirmière, le public ou ses proches. C'est ce que Goffman (1975/2015) nomme la différence entre l'identité sociale virtuelle (infirmière clinicienne dans un hôpital général classique) et l'identité sociale réelle (infirmière clinicienne exerçant en milieu psychiatrique légale). Link et Phelan (2001) nous apportent quant à eux une perspective basée sur des composantes intrinsèquement reliées dans une situation de pouvoir qui créent un espace où la stigmatisation se concrétise au niveau structurel ou au niveau de certaines organisations.

Il importe également de s'attarder à la stigmatisation associative qui se définit comme l'acquisition des stigmates d'un groupe, en l'occurrence la personne qui souffre d'un trouble mental, par un autre groupe de personnes en lien d'une quelconque manière à la personne stigmatisée (Corrigan et Miller, 2004; Ebsworth et Foster, 2016; Goffman, 1975/2015; Gouthro, 2009; Halter, 2008). D'abord, précisons que cette stigmatisation par association a principalement fait l'objet de recherches concernant les proches aidants et la famille d'une personne qui souffre d'un trouble de santé mentale (Angermeyer et al., 2003; Arboleda-Flórez, 2003; Östman et Kjellin, 2002; Paradis-Gagné et Holmes, 2019). Ces études mettent en lumière que ce genre de stigmatisation entraîne des répercussions négatives sur ces membres de la famille et les isolent. De plus, elles font ressortir le besoin d'intervention pour diminuer ces effets néfastes (Östman et Kjellin, 2002; Paradis-Gagné et Holmes, 2019). Les familles et les proches de personnes atteintes

de troubles de santé mentale ont une charge psychologique subjective importante en plus de leur charge familiale. Subir cette discrimination ajoute à leur fardeau (Arboleda-Flórez, 2003; Östman et Kjellin, 2002; Paradis-Gagné et Holmes, 2019). Ces recherches soutiennent, dès le départ, que les stigmates par association sont une conséquence des relations sociales ou d'une construction sociale avec l'autre (Angermeyer et al., 2003; Arboleda-Flórez, 2003; Östman et Kjellin, 2002). De plus, d'une perspective plus générale, la psychiatrie en elle-même a été identifiée comme une source fondamentale de stigmatisation, c'est-à-dire qu'il suffit d'être en lien avec ce domaine pour qu'un processus discriminatoire par association commence à s'installer (Angermeyer et al., 2003). Selon Verhaeghe et Bracke (2012), la stigmatisation par association pour le personnel infirmier en soins psychiatriques aurait un lien important avec l'épuisement professionnel et la dépersonnalisation de son rôle infirmier et serait source de grand stress au travail. Indubitablement, il est recommandé de lutter contre la stigmatisation de la psychiatrie afin d'améliorer les conditions de travail du personnel soignant, mais aussi d'améliorer les services offerts à la clientèle.

3.2 L'institution totale et les disciplines

Le milieu de psychiatrie légale se situant au carrefour de la psychiatrie et de la prison, le choix des perspectives théoriques commande que l'on s'attarde aux importants travaux d'Erving Goffman et de Michel Foucault. Cette section traitera plus précisément des ouvrages *Asiles : Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus* d'Erving Goffman (1961/2013) et *Surveiller et punir* de Michel Foucault (1975/2015). Les 2 ouvrages seront présentés simultanément parce qu'ils se complètent et s'illustrent l'un et l'autre.

Les établissements carcéraux (prisons) et asilaires (hôpitaux psychiatriques) partagent certaines caractéristiques avec d'autres institutions tels les hôpitaux généraux, les couvents etc. La prison comme l'hôpital psychiatrique répondent aux standards des institutions totales. Ian Hacking (2004) démontre que pour comprendre la routine et les interactions sociales qui se déroulent au

sein des institutions totales, la perspective goffmanienne est tout indiquée. Toutefois, elle ne répond pas aux questionnements sur la naissance de ce type d'institution ni sur les rôles systématiques du personnel soignant qui y travaille. C'est alors vers Foucault qu'il faut se tourner (Hacking, 2004; Holmes et Murray, 2012). Sa perspective permet de trouver des réponses sur le fonctionnement des grands systèmes étatiques, leur organisation de pensée et les fonctions ou les rôles des personnes qui se retrouvent à l'intérieur de telles institutions (Hacking, 2004; Holmes et Murray, 2012).

Goffman (1961/2013) définit l'institution totale comme un « lieu de résidence et de travail où un grand nombre d'individus, placés dans la même situation, coupée du monde extérieur pour une période relativement longue, mènent ensemble une vie recluse dont les modalités sont explicitement et minutieusement réglées » (p. 41). Ainsi, les caractéristiques de l'institution totale conviennent aussi bien à la prison qu'à l'hôpital psychiatrique, tout comme elles conviennent au milieu de psychiatrie légale. En effet, l'hôpital de haute sécurité est un milieu où les patients sont hospitalisés pendant plusieurs mois, voire plusieurs années, où ils sont coupés du monde extérieur, les sorties étant tributaires de leur bon comportement et où ils sont pris en charge tant pour les besoins de base (s'habiller, manger, soins d'hygiène etc.) que pour les aléas de leur quotidien.

Selon Goffman (1961/2013), il existe cinq formes d'établissements « totaux » : 1) les organismes qui prennent en charge les individus inoffensifs incapables de répondre à leurs propres besoins (établissements de soins de longue durée), 2) les établissements spécialisés dans la prise en charge d'individus incapables de s'occuper d'eux-mêmes, mais qui manifestent une dangerosité ou une nocivité sociale (hôpitaux psychiatriques), 3) les institutions destinées à punir et à protéger la société des délinquants, sans que le but soit dans l'intérêt de ces derniers (prisons), 4) les établissements qui favorisent les conditions idéales pour la réalisation d'une tâche (camps de travail) et 5) les établissements ayant pour finalité d'assurer une retraite du monde extérieur (couvents).

Comme démontré, l'asile et la prison répondent aux caractéristiques de l'institution totale telles que présentées par Goffman, mais ces caractéristiques trouvent aussi écho dans les travaux de Foucault (1976/2015) sur la prison. Le caractère « enveloppant » de l'institution totale prend en charge tous les aspects de la vie des personnes qui y vivent recluses (Goffman, 1961/2013). Cette prise en charge inclut aussi la transformation de leurs conduites et de leurs attitudes par des techniques de discipline. Foucault (1976/2015) définit « les disciplines » comme :

L'objet, ensuite, du contrôle : non pas ou non plus les éléments signifiants de la conduite ou le langage du corps, mais l'économie, l'efficacité des mouvements, leur organisation interne; la contrainte porte sur les forces plutôt que sur les signes; la seule cérémonie qui importe vraiment, c'est celle de l'exercice. La modalité enfin : elle implique une coercition ininterrompue, constante, qui veille sur les processus de l'activité plutôt que sur son résultat et elle s'exerce selon une codification qui quadrille au plus près le temps, l'espace, les mouvements. Ces méthodes qui permettent le contrôle minutieux des opérations du corps, qui assurent l'assujettissement constant de ses forces et leur imposent un rapport de docilité-utilité, c'est cela qu'on peut appeler les « disciplines ». (p. 161)

Ce qu'on essaie de produire dans une institution totale, qui est le point saillant d'une société disciplinaire, c'est un sujet qui obéit, un individu assujéti à des habitudes, à des règles, à des ordres, à une autorité qui s'exerce continuellement autour de lui et sur lui et qu'il doit laisser fonctionner en lui (Foucault, 1976/2015). Pour Foucault (1976/2015) il s'agit d'un moment historique :

[...] 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 utile et inversement. (p. 162)

L'efficacité de cette discipline est qu'elle agit auprès du reclus, mais aussi sur le personnel qui exerce dans ces institutions totales. Comme nous considérons les institutions de psychiatrie légale être des institutions totales, nous pouvons affirmer que les infirmiers.ères qui y travaillent subissent ce genre de discipline. Ce contrôle, selon Foucault, n'est pas uniquement exercé en milieu clos, mais est devenu invisible et a pu investir la vie au quotidien des personnes et de la société (Bert, 2016). Le fonctionnement des institutions totales a pour but la discipline et la normalisation

des personnes qui y vivent ou qui y travaillent, selon des objectifs économiques, politiques d'efficacité (Foucault, 1976/2015; Goffman, 1961/2013). Cette normalisation inclut aussi le recours à la punition. Néanmoins, il ne s'agit plus de punition physique ou de privation comme nous pourrions l'imaginer; il s'agit plutôt d'un travail de coercition peu perceptible sur le corps et sur l'âme de la personne.

Une « anatomie politique », qui est aussi bien une « mécanique du pouvoir », est en train de naître; elle définit comment on peut avoir prise sur le corps des autres, non pas simplement pour qu'ils fassent ce qu'on désire, mais pour qu'ils opèrent comme on veut, avec les techniques, selon la rapidité et l'efficacité qu'on détermine. La discipline fabrique ainsi des corps soumis et exercés, des corps « dociles ». La discipline majore les forces du corps (en termes économiques d'utilité) et diminue ces mêmes forces (en termes politiques d'obéissance). (Foucault, 1976/2015, p. 162)

On obtient donc des travailleurs qui doivent faire plus avec moins, tout en demeurant efficaces et en se soumettant à diverses contraintes dans la hantise d'un avis disciplinaire ou d'un congédiement. Pour Foucault, c'est par l'organisation du temps que le pouvoir règle toutes les activités de la vie commune, l'objet même de la discipline étant la composition d'une forme particulière d'espace-temps (Bert, 2016). Selon Foucault (1976/2015) : « les disciplines qui analysent l'espace, qui décomposent et recomposent les activités, doivent être comprises comme des appareils pour additionner et capitaliser le temps » (p. 185). C'est une nouvelle forme de contrôle social.

De la perception du reclus, personne ne peut venir perturber l'exercice du pouvoir du personnel qui travaille au sein d'institutions totales, comme l'hôpital psychiatrique et la prison (Foucault, 1976/2015). Foucault (1976/2015) considère d'ailleurs ces agents de punition, ou des agents pouvant faire respecter la norme, comme des « magistrats » appelés à régner souverainement dans la prison. Le travail du personnel consiste à transformer le matériau humain afin de le rendre docile et obéissant (Foucault, 1976/2015). La tâche du personnel travaillant au sein d'institutions totales ne serait pas tant d'offrir un service (p. ex. : les soins), mais bien de transformer le détenu

en vue d'une réinsertion sociale réussie. L'étude ethnographique de Goffman (1961/2013) portant essentiellement sur la condition sociale des malades mentaux en milieux asilaires effleure quelque peu les conditions du personnel qui s'y retrouvent. Toutefois, quelques études démontrent un rapprochement possible avec le personnel infirmier qui subirait aussi ce processus de conformité aux mœurs de l'institution totale (Holmes, 2001; Holmes et Murray, 2012; Jacob et Holmes, 2011b). Pour Foucault (1976/2015), les institutions disciplinaires s'appuient justement sur ce pouvoir diffus d'obéissance contemporaine.

L'institution disciplinaire fonctionne justement par un « mode d'investissement politique et détaillé du corps, une nouvelle « microphysique » du pouvoir; et puisqu'elles n'ont pas cessé, depuis le XVII^e siècle, de gagner des domaines de plus en plus larges, comme si elles tendaient à couvrir le corps social tout entier. (Foucault, 1976/2015, p. 163)

Si l'expression populaire veut que le diable soit dans les détails, il en va de même de l'anatomie politique de la discipline et de ces institutions disciplinaires aux techniques alambiquées. Ces milieux disciplinaires organisent l'agenda de ceux qui y vivent et qui y travaillent. Ils « fabriquent des espaces complexes : à la fois architecturaux, fonctionnels et hiérarchiques » (Foucault, 1976/2015, p. 173). Le contrôle de l'emploi du temps est prédéterminé selon ce que la cime dirigeante exige à partir d'objectifs économiques et politiques.

Pour illustrer l'importance de l'architecture dans les institutions disciplinaires, il faut s'attarder à la structure unique d'un institut de psychiatrie légale qui ne ressemble en rien à un hôpital général. Les lieux ont été aménagés pour favoriser une rhétorique de discipline et de surveillance. Foucault (1976/2015) fait référence au modèle du panoptique, bâtiment imaginé par Bentham au 18^e siècle qui comprend un point d'observation à l'intérieur des murs permettant de surveiller d'un seul endroit toutes les cellules des détenus (Holmes et Murray, 2012). Foucault (1976/2015) souligne que si cette surveillance continue est dirigée envers les détenus, elle l'est aussi envers le personnel soignant : « le directeur peut épier les employés sous ses ordres :

infirmières, médecins, contremaitres, instituteurs, gardiens : il pourra les juger continuellement, modifier leur conduite, leur imposer les méthodes qu'il juge les meilleures » (p. 238). Évidemment, le panoptisme, comme principe général, sert d'analogie comme objet de contrôle qui a investi non seulement les prisons, mais toute institution totale ou institution disciplinaire, dont les instituts de psychiatrie légale (Foucault, 1976/2015; Holmes et Murray, 2012). La surveillance est une stratégie plus globale qui vise à modeler de l'extérieur les agissements du personnel infirmier, automatise le pouvoir (Bert, 2016; Holmes, 2001; Perron, 2012). La finalité de cette surveillance facilite le contrôle des individus et permet d'en extraire une efficacité quotidienne soutenue, puisque le personnel perçoit cette surveillance comme permanente et cet effet va de pair avec la finalité de toute institution totale, soit la conformité et la standardisation (Goffman, 1961/2013).

La société moderne a institué cette surveillance constante à un contrôle plus subtil et rusé qui est l'autosurveillance ou l'autocontrôle des subalternes, ce qui équivaut à une économie de ressources temporelles, financières et humaines (Bert, 2016). Le néomanagement actuel favorise l'autoautorité, ce qui signifie avoir l'institution en soi et de s'en faire des représentations intérieures (Mendel, 2003/2016). Dans les formes les plus évoluées du néomanagement, les personnes qui travaillent dans ces milieux s'autorégulent et les supérieurs ressemblent davantage à des psychologues ou des confesseurs, mais qui ont toujours le pouvoir de licenciement (Mendel, 2003/2016). Concrètement, le personnel infirmier exerçant dans des institutions totales doit « volontairement », voire par « vocation », donner le meilleur de lui-même tout en y trouvant du plaisir ou de la satisfaction, sans pour autant que les mesures de surveillance ou de contrôle se relâchent (Foucault, 1976/2015; Mendel, 2003/2016). Le pouvoir disciplinaire atteint justement son apogée lorsque la personne peut être décortiquée, examinée et que ses écarts à la norme désirée sont documentés. C'est ce qui constituera son nouveau statut étalon pour s'autodiscipliner et se conformer (Foucault, 1976/2015).

L'architecture du milieu de l'institution totale fait naître un sentiment de surveillance constante pour le personnel infirmier et la conception du double mandat (sécurité et soin) provoque un sentiment d'isolement et de rupture avec son idéologie de soins. C'est la naissance d'une nouvelle identité façonnée par l'isolement du monde extérieur et par l'acquisition de nouveaux attributs (Goffman, 1961/2013).

Les institutions psychiatriques se comparent aux institutions disciplinaires et totales que Foucault (1976/2015) et Goffman (1961/2013) ont traitées dans le passé et contribuent à la stigmatisation du personnel infirmier. La notion d'institution totale prend naissance avec l'émergence d'une nouvelle forme de société, toujours d'actualité, soit une société davantage disciplinaire (Foucault, 1976/2015). Selon Foucault (1976/2015), cette ère sera témoin de l'émergence de corps sociétal disciplinaire, entraînant le passage du pouvoir entre les mains de la monarchie aux mains de groupes d'agents pénaux. Les disciplines étaient déjà bien établies dans les institutions closes tels les couvents, les écoles et les prisons. Nous pouvons extrapoler ce concept d'institution close aux institutions psychiatriques modernes qui sont le croisement des prisons et des asiles. Il ne s'agit plus de faire démonstration de supplices immondes envers les malfrats, mais plutôt de discipliner le corps, de le façonner, de le dresser, de le rendre utile et productif (Foucault, 1976/2015), ainsi de redresser les tares du caractère d'un individu, un type de stigmaté et de le réhabiliter dans la société (Goffman, 1961/2013). Le personnel infirmier est donc un sujet de pouvoir. Il est investi d'une mission de soins psychiatriques se conjuguant à une mission de sécurité et de contrôle (Foucault, 1976/2015; Holmes, 2001), l'objectif étant de converger vers un redressement des corps et une réhabilitation sociale (Foucault, 1976/2015).

3.3 Le pouvoir

Notre sujet de recherche est ancré dans un milieu totalitaire et disciplinaire. Notre recension des écrits nous a menés vers les concepts du pouvoir, du pouvoir disciplinaire et du pouvoir de la

stigmatisation. Les ouvrages de Michel Foucault, tel *Surveiller et punir* cité précédemment, nous ont guidés, mais il faut ajouter *Histoire de la sexualité I : La volonté de savoir* (1975/2016). Cet ouvrage porte sur les institutions totales et les institutions disciplinaires, comme l'asile psychiatrique, ainsi que les concepts de pouvoir, de pouvoir disciplinaire et de pouvoir du stigmaté. Il est donc nécessaire de nous y attarder afin de mieux comprendre la réalité vécue au quotidien par les infirmiers.ères qui travaillent dans ce milieu.

Édifice des temps modernes, l'institut psychiatrique se veut un milieu de soins plus humain pour sa clientèle vulnérable. Comme expliqué précédemment, c'est la volonté de permettre des soins qui s'inscriraient davantage dans une perspective humaniste qui ont motivé et guidé la construction de tels lieux. Néanmoins, le rôle de l'infirmier.ère en milieu psycholégal qui souhaite offrir des soins qui s'alignent dans la philosophie du *caring* ne pourra pas se dérober à la construction centrale et déterminante de son rôle, soit le pouvoir, bien qu'il puisse être anonyme et invisible (Mason et Mercer, 1998/2007). Cette affirmation nécessite que nous nous attardions sur les travaux de Foucault, afin de bien en saisir son importance.

Selon Foucault, dans la société au temps médiéval, le pouvoir était détenu par une autorité souveraine qui contrôlait ses sujets par la torture, la menace et diverses violences physiques (McHoul et Grace, 1993/2007). Pour comprendre la réalité actuelle du milieu psycholégal, il faut s'éloigner de la conception traditionnelle du pouvoir détenu par une seule personne ou un groupe de personnes. L'ère moderne s'est dotée d'un pouvoir qui repose sur un système de relations de force, une conception réticulaire des rapports du pouvoir qui s'exerce plus qu'il ne se détient (Bert, 2016; Foucault, 1976/2015; McHoul et Grace, 1993/2007). Plus précisément :

Ce pouvoir s'exerce plutôt qu'il ne se possède, il n'est pas le « privilège » acquis ou conservé de la classe dominante, mais l'effet d'ensemble de ses positions stratégiques – effet que manifeste et parfois reconduit la position de ceux qui sont dominés. Ce pouvoir d'autre part ne s'applique pas purement et simplement, comme une obligation ou une interdiction, à ceux qui ne « l'ont pas »; il les investit, passe

par eux et à travers eux; il prend appui sur eux, tout comme eux- mêmes, dans leur lutte contre lui, prennent appui à leur tour sur les prises qu'il exerce sur eux. Ce qui veut dire que ces relations descendent loin dans l'épaisseur de la société, qu'elles ne se localisent pas dans les relations de l'État aux citoyens ou à la frontière des classes et qu'elles ne se contentent pas de reproduire au niveau des individus, des corps des gestes et des comportements, la forme générale de la loi ou du gouvernement. (Foucault, 1976/2015, p. 35)

Ainsi, l'analyse du pouvoir ne sous-tend pas une domination exercée par un groupe ou une seule personne ni un mode d'assujettissement des citoyens par le gouvernement (McHoul et Grace, 1993/2007). Foucault (1976/2015) définit le pouvoir ainsi : « [...] le pouvoir, ce n'est pas une institution et ce n'est pas une structure, ce n'est pas une certaine puissance, dont certains seraient dotés : c'est le nom qu'on prête à une situation stratégique complexe dans une société donnée » (p. 123). Il mentionne que « [...] le pouvoir s'exerce à partir de points innombrables et dans le jeu de relations inégalitaires et mobiles » (Foucault, 1976/2015, p. 123). Bert (2016) ajoute qu'il ne faut pas que nous nous interroguions sur *qui* a le pouvoir ou *qui* le détient, mais il faut plutôt observer et comprendre son « mode de fonctionnement spécifique en montrant en quoi les relations de pouvoir sont mouvantes et s'exercent à travers de menus éléments » (p. 59). Par exemple, ce peut être les rapports qui se forment entre le personnel infirmier et les collègues, entre le personnel infirmier et les patients ou entre le personnel infirmier et leurs supérieurs. Foucault souligne que :

La condition de possibilité du pouvoir, en tout cas le point de vue qui permet de rendre intelligible son exercice, jusqu'en ses effets les plus « périphériques » et qui permet aussi d'utiliser ses mécanismes comme grille d'intelligibilité du champ social, il ne faut pas la chercher dans l'existence première d'un point central, dans un foyer unique de souveraineté d'où rayonneraient des formes dérivées et descendantes; c'est le socle mouvant des rapports de force qui induisent sans cesse, par leur inégalité, des états de pouvoir, mais toujours locaux et instables. [...] Le pouvoir est partout; ce n'est pas qu'il englobe tout, c'est qu'il vient de partout. (Foucault, 1976/2015, p. 122)

Pour être présent partout, le pouvoir n'agit pas directement, par contrainte sur les personnes, mais plutôt par une structuration spécifique des champs d'action possibles, par une relation déséquilibrée. Cette relation de pouvoir peut permettre d'orienter et de diriger la conduite de

l'autre; c'est un jeu, une stratégie qui implique des échanges et des négociations entre les personnes (Bert, 2016). Les relations de pouvoir permettent d'investir les Hommes et de jouer directement un rôle producteur (Foucault, 1976/2015). En effet, le pouvoir peut être source de production, d'économie et d'efficacité, le pouvoir n'est pas que négativité (Foucault, 1976/2015) : « il dépend finalement du principe, qui introduit une véritable nouvelle économie de la puissance, selon lequel il faut être capable simultanément d'augmenter les forces soumises et d'améliorer la force et l'efficacité de ce qui les soumet » [traduction libre] (McHoul et Grace, 1993/2007, p. 63).

Foucault (1976/2015) souligne que le corps peut ainsi être plongé dans un champ politique par sa rentabilité et son assujettissement. Le pouvoir, à l'ère moderne, s'est doté d'une toute nouvelle articulation : il se veut une gestion et une administration du corps, encore plus sur les processus de la vie (Foucault, 1976/2015; McHoul et Grace, 1993/2007). Il s'agit « d'une technologie du pouvoir sur la vie » (Foucault, 1976/2015, p. 190) qui permet de qualifier et quantifier à partir d'une norme préétablie :

Cet investissement politique du corps est lié, selon les relations complexes et réciproques, à son utilisation économique; c'est, pour une bonne part, comme force de production que le corps est investi de rapports de pouvoir et de domination; mais en retour sa constitution comme force de travail n'est possible que s'il est pris dans un système d'assujettissement [...] le corps ne devient force utile que s'il est à la fois corps productif et corps assujéti. Cet assujettissement [...] peut être calculé, organisé, techniquement réfléchi, il peut être subtil, ne faire usage ni des armes ni de la terreur et pourtant rester de l'ordre physique. C'est-à-dire qu'il peut y avoir un « savoir » du corps qui n'est pas exactement la science de son fonctionnement et une maîtrise de ses forces qui est plus que la capacité de les vaincre : ce savoir et cette maîtrise constituent ce qu'on pourrait appeler la technologie politique du corps. (Foucault, 1976/2015, p. 34)

Ainsi, le corps devient du temps de travail, une force qui peut se transformer en intérêt et profit. Ce sont ces techniques ou ces tactiques du pouvoir qui permettent le lien entre corps humain et le travail (Bert, 2016). Ces techniques, rarement visibles et davantage diffuses et capillaires, sont utilisées par les institutions ou les gouvernements (Foucault, 1976/2015). C'est tout ce réseau de

techniques et de stratégies qui rend possible le pouvoir (Foucault, 1976/2015). Il y a différentes formes de pouvoir dans notre société qui ont investi différentes instances, aux plans légal, économique ou institutionnel par exemple. Toutefois, ce qu'elles ont toutes en commun, c'est que pour rendre intelligible leur pouvoir, elles doivent nécessairement passer par la compréhension des techniques, des stratégies, des mécanismes ou des méthodes auxquels elles ont recours et qui leur donnent autorité (McHoul et Grace, 1993/2007). Foucault nomme le recours à tous ces mécanismes de pouvoir : le pouvoir disciplinaire (McHoul et Grace, 1993/2007).

3.3.1 *Le pouvoir disciplinaire*

Le pouvoir suppose des rapports de force multiples qui se forment dans les lieux d'appareil de production, comme les institutions psychiatriques. Ce réseau finit par former un épais brouillard qui le traverse et qui traverse aussi les strates sociales et individuelles (Foucault, 1976/2015). Le fonctionnement du pouvoir passe par des tactiques et des mécanismes; la discipline est le pilier de ce système, d'où le concept de pouvoir disciplinaire de Foucault (1976/2015). Au cœur des institutions disciplinaires ou totales, la surveillance hiérarchisée « permet au pouvoir disciplinaire de devenir un système intégré, lié de l'intérieur à l'économie et aux fins du dispositif où il s'exerce » (Foucault, 1976/2015, p. 208). Cette surveillance hiérarchisée, soutenue par des relations réticulaires, repose sur des personnes qui la subissent tout comme elles la font subir (Foucault, 1976/2015).

Le pouvoir dans la surveillance hiérarchisée des disciplines ne se détient pas comme une chose, ne se transfère pas comme une propriété; il fonctionne comme une machinerie. Et s'il est vrai que son organisation pyramidale lui donne un « chef », c'est l'appareil tout entier qui produit du « pouvoir » et distribue les individus dans ce champ permanent et continu. Ce qui permet au pouvoir disciplinaire d'être à la fois absolument indiscret, puisqu'il est partout et toujours en éveil, qu'il ne laisse en principe aucune zone d'ombre et qu'il contrôle sans cesse ceux-là mêmes qui sont chargés de contrôler; et absolument « discret », car il fonctionne en permanence et pour une bonne part en silence. La discipline fait « marcher » un pouvoir relationnel qui se soutient lui-même par ses propres mécanismes et qui, à l'éclat des

manifestations, substitue le jeu ininterrompu de regards calculés. (Foucault, 1976/2015, p. 208)

Cette dynamique présente dans les institutions, comme les hôpitaux de psychiatrie légale, se répercute sur la réalité quotidienne du personnel infirmier et nous soupçonnons que cela influence la perception de leur identité, tant professionnelle que personnelle. Les milieux qui ont une vocation de sécurité développent des dispositifs de surveillance et de sécurité qui deviennent « de véritables instruments de régulation » (Bert, 2016, p. 73), permettant une discipline au sein de ces institutions (Bert, 2016). Selon Bert (2016, p. 59) :

Foucault distingue deux niveaux de fonctionnement du pouvoir : un niveau disciplinaire où s'effectue la production et l'individualisation des sujets; et un niveau juridico-politique dont la fonction est de masquer les processus d'assujettissement qui, par nature, sont inégalitaires et dissymétriques.

Les institutions psychiatriques permettent la détention de certains patients souffrant de troubles mentaux et ayant eu des démêlés avec la justice. Ces endroits veulent humaniser les soins offerts à cette clientèle et comme Foucault (1976/2015) le nomme pour les prisons, c'est une transition vers la modernité. Il ne s'agit plus d'enchaîner les malades mentaux et de les laisser à leur triste sort. Pour Foucault (1976/2015), il s'agit aussi d'une étape vers l'analyse des comportements et l'observation de ces patients qui permettent de développer un savoir sur leur condition. Ainsi se forme une brèche pour la normalisation des individus, ce qui est nécessaire pour la gouvernementalité de la procédure de vie (McHoul et Grace, 1993/2007). Cela permet de tracer la ligne entre le normal et l'anormal essentielle dans l'organisation sociale d'une administration de la vie (McHoul et Grace, 1993/2007). Il faut donc que les sujets qui évoluent dans ces milieux psycholégaux, incluant le personnel infirmier, soient visibles et qu'ils puissent être évalués par rapport à une norme de la pratique établie par l'institution même. Le pouvoir disciplinaire a pour principe d'être invisible. En revanche, il rend évidents ceux qu'il soumet (Foucault, 1976/2015). C'est ce que Foucault (1976/2015) nomme une « pénalité de la norme ». La normalité devient un

moyen de coercition phare et cette technique disciplinaire qui permet des sanctions normalisatrices forge le fonctionnement juridicopolitique du corps docile et utile (Bert, 2016; Foucault, 1976/2015; McHoul et Grace, 1993/2007). Foucault précise :

Comme la surveillance et avec elle, la normalisation devient un des grands instruments de pouvoir à la fin de l'âge classique. Aux marques qui traduisent des statuts, des privilèges, des appartenances, on tend à substituer ou du moins à ajouter tout un jeu de degrés de normalité, qui sont des signes d'appartenance à un corps social homogène, mais qui ont en eux-mêmes un rôle de classification, de hiérarchisation et de distribution des rangs. En un sens, le pouvoir de normalisation contraint à l'homogénéité; mais il individualise en permettant de mesurer les écarts, de déterminer les niveaux, de fixer les spécialités et de rendre les différences utiles en les ajustant les unes aux autres. (1976/2015, p. 216)

Le pouvoir disciplinaire joue un rôle indispensable dans un monde capitaliste et industrialisé comme le nôtre; c'est une force bien plus qu'économique (McHoul et Grace, 1993/2007). L'investissement du corps et des processus de la vie par le capitalisme a été possible par le pouvoir disciplinaire qui produit des corps efficaces et forts en termes économiques, mais des corps dociles et obéissants en termes politiques (Foucault, 1976/2015; McHoul et Grace, 1993/2007). Ainsi, l'obtention d'un corps obéissant souhaitée par une institution totale ou institution disciplinaire, comme l'hôpital de psychiatrie légale, est possible par ce pouvoir disciplinaire qui le régule et le forge silencieusement. Le point de Foucault, c'est que le pouvoir disciplinaire n'a pas une forme universelle qui peut être exercée : la production de certaines pratiques engendre un milieu régulé et en même temps entraîne l'individualité de chaque personne (Foucault, 1976/2015; McHoul et Grace, 1993/2007). C'est ainsi que le pouvoir disciplinaire dans un milieu psycholégal opère auprès du personnel soignant, mais aussi auprès de la clientèle. Néanmoins, le pouvoir ne se retrouve pas seulement à l'intérieur des murs d'institutions ou d'organismes gouvernementaux. Le pouvoir investit également la structure même qui y a recours et utilise encore différents mécanismes. C'est pour cela que nous nous sommes aussi penchés sur

les travaux de Link et Phelan (2013) et leur concept de « stigma power » que nous avons traduit librement par le pouvoir de la stigmatisation.

3.3.2 *Le pouvoir de la stigmatisation*

Link et Phelan (2013) conçoivent le pouvoir selon la perspective de Bourdieu voulant que le pouvoir soit plus souvent efficace lorsqu'il est employé de manière discrète, cachée et qu'il est indistinct. Selon ces chercheurs, le recours à la stigmatisation par certaines personnes, que nous nommerons les stigmatisateurs, serait un outil tout indiqué pour servir ce type de pouvoir. Ils ont donc élaboré le concept du pouvoir de la stigmatisation qu'ils définissent ainsi « nous appelons ce pouvoir de stigmatisation et utilisons ce terme pour désigner les cas où les processus de stigmatisation atteignent les objectifs des stigmatisateurs en ce qui concerne l'exploitation, la gestion, le contrôle ou l'exclusion des autres » [traduction libre] (Link et Phelan, 2013, p. 24). Ces auteurs précisent que les processus de stigmatisation ainsi utilisés sont souvent dissimulés d'un point de vue extérieur et servent ainsi très bien les fins des stigmatisateurs. La conceptualisation du pouvoir de la stigmatisation est une avenue supplémentaire qui permet d'amener à l'avant-plan ces constats utilitaires et de démontrer leur intégration au niveau social (Link et Phelan, 2013). Ce pouvoir de stigmatisation sous-entend que les stigmatisateurs ont intérêt et sont motivés à garder certaines personnes « à terre », à l'écart ou à l'intérieur de certains processus stigmatisants (Link et Phelan, 2013).

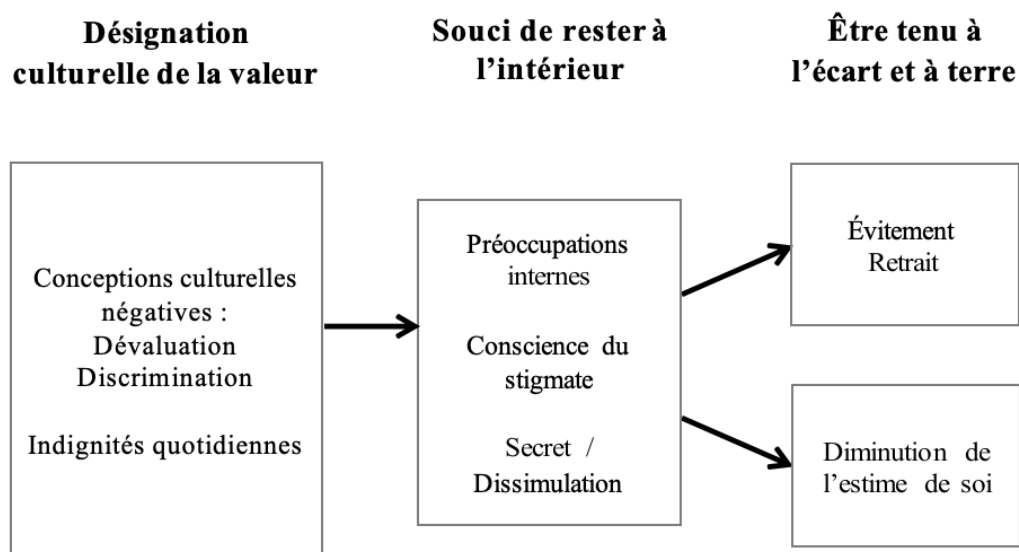
En son essence, le concept de pouvoir de stigmatisation propose que les stigmatisateurs ont de fortes motivations pour maintenir les gens à terre, à l'intérieur ou à l'écart et qu'ils atteignent mieux ces objectifs par des processus de stigmatisation qui sont indirects, largement efficaces et qui se cachent dans des circonstances culturelles considérées comme acquises. [traduction libre] (Link et Phelan, 2013, p. 24)

Ainsi, si le pouvoir disciplinaire est capillaire et diffus et si l'observation est devenue un instrument essentiel pour établir la « norme » et permettre une autorégulation des personnes

exerçantes dans ces environnements, le pouvoir de la stigmatisation permet aussi de garder certaines personnes à leur place, dociles et de s'assurer qu'elles fassent ce qui est attendu (Foucault, 1976/2015; Link et Phelan, 2013; Mendel, 2003/2016; Tyler et Slater, 2018). Le corps dressé et docile voulu pour le personnel infirmier et la stigmatisation dont souffre ce même personnel permettent d'atteindre la finalité souhaitée de la hiérarchie en place. Le pouvoir de la stigmatisation est un des mécanismes de force de choix qui permet de modeler et d'assurer une pérennité à des comportements et des attitudes voulus chez certaines personnes (Link et Phelan, 2013; Tyler et Slater, 2018). Le pouvoir de la stigmatisation peut être vu comme un appareil politique et économique : il s'agit d'une force productive et constitutive qui permet aux mécanismes du pouvoir disciplinaire, comme décrit par Foucault, de fonctionner (Tyler, 2020; Tyler et Slater, 2018). Ainsi, cette perspective permet de considérer un aspect du processus de stigmatisation parfois négligé : « les gouvernements ou les entreprises pourraient délibérément activer la stigmatisation pour "pousser" les gens à adopter les modèles de comportement souhaités » [traduction libre] (Tyler et Slater, 2018, p. 732).

La figure 1, tirée de l'article de Link et Phelan (2013), représente le processus du pouvoir de la stigmatisation, les concepts concernés et leur opérationnalisation. Les chercheurs appliquent cette rhétorique aux personnes ayant un diagnostic de maladie mentale. Nous croyons que ce même processus peut s'appliquer aux infirmiers.ères exerçant dans un milieu psycholégal.

Figure 1. Les concepts du pouvoir de la stigmatisation et leur opérationnalisation



Note. Traduction libre de Link et Phelan (2013)

L'application du modèle aux milieux psycholégaux suit. Premièrement, dans le pouvoir de la stigmatisation, on rencontre une dévaluation par les valeurs culturelles. Comme expliqué au préalable, la profession infirmière en psychiatrie légale est victime d'attitudes négatives par la société en général et la communauté infirmière. En effet, il a été démontré que les infirmiers.ères en santé mentale sont perçus comme paresseux et comme moins professionnels que leurs pairs en santé physique (Halter, 2002). Ces préconçus négatifs entraînent une discrimination socialement partagée envers le personnel infirmier qui doit évoluer à contre-courant. Deuxièmement, ces réactions néfastes entraînent souvent chez le personnel infirmier le comportement que les auteurs nomment « rester dedans » [traduction libre] (Link et Phelan, 2013), ce qui signifie éviter les situations embarrassantes, éviter certaines rencontres ou personnes afin de ne pas avoir à révéler leur profession. Le personnel infirmier prend ainsi conscience de sa situation stigmatisante. De plus, la personne consciente de sa condition va garder secrète ou dissimuler sa situation, ce qui mène à la prochaine étape. Troisièmement, le personnel infirmier va intégrer les stigmates pour se

retirer ou éviter toute situation gênante ou compromettante. Il peut même éviter d'autres professionnels de la santé et choisir uniquement des interactions moins contraignantes avec des pairs de la même spécialité. Link et Phelan (2013) précisent que lorsque les personnes adoptent des comportements d'évitement, cela concorde avec les aboutissements et la promulgation du pouvoir de la stigmatisation. Finalement, les infirmiers.ères qui exercent en milieu hospitalier légal expérimentent plusieurs situations sociales négatives qui se répercutent sur leurs attitudes et leurs comportements et, conséquemment, peuvent diminuer leur estime tant professionnelle que personnelle. Ces répercussions doivent moduler leur expérience vécue quotidienne en tant que professionnel de la santé et nous souhaitons que cette recherche doctorale puisse y apporter un éclairage, une compréhension plus approfondie.

Le processus du pouvoir de la stigmatisation permet d'illustrer les sources de la stigmatisation au niveau culturel ou social. Il permet aussi de comprendre que les stigmatisateurs retirent des avantages par rapport aux stigmatisés et que le processus est souvent dissimulé et tranquillement intériorisé par le groupe qui le subit (Link et Phelan, 2013). Le concept du pouvoir de la stigmatisation permet d'illustrer le processus, l'utilisation et les conséquences des personnes qui détiennent ce pouvoir sur d'autres. De plus, le pouvoir de la stigmatisation rejoint d'autres concepts vus préalablement et montre que certains mécanismes de stigmatisation sont plus saillants, ce pouvoir ayant accès à des procédures plus discrètes, secrètes, qui sont intériorisées par les personnes stigmatisées (Link et Phelan, 2013; Tyler et Slater, 2018).

Les perspectives théoriques et philosophiques qui soutiennent notre étude étant exposées, nous poursuivrons avec les méthodes de recherche sélectionnées qui ont permis la réalisation de notre étude.

Chapitre 4

Considérations méthodologiques

4.1 Devis de recherche

L'objectif de ce projet est de mener une analyse sur l'expérience de la stigmatisation vécue par des infirmiers.ères en milieu de psychiatrie légale. Pour y arriver, un devis d'analyse de phénoménologie interprétative, traduction libre de l'*Interpretative Phenomenological Analysis* (IPA), est utilisé. L'IPA est une approche méthodologique contemporaine, qui a ses origines en psychologie, mais qui a rapidement pris son essor dans les domaines de sciences humaines, sociales et des sciences de la santé (Antoine et Smith, 2017; Brocki et Wearden, 2006; Smith, Flowers et Larkin, 2009). Elle a été développée dans les années 90 au Royaume-Uni par le professeur de psychologie Jonathan A. Smith à l'Université de Londres (Antoine et Smith, 2017). L'IPA est une approche de recherche qualitative qui s'engage à étudier, avec un intérêt psychologique particulier, la façon dont les gens donnent un sens à leur expérience dans leur vie quotidienne (Antoine et Smith, 2017; Larkin et Thompson, 2011; Smith et al., 2009). Cette démarche qui s'inscrit bien dans la philosophie et l'esthétique de la recherche en sciences infirmières : comprendre les individus et le sens unique qu'ils donnent à leurs interactions avec les autres et leur environnement (Lopez et Willis, 2004). Les résultats fructueux d'une étude utilisant l'IPA incluent un équilibre entre le reflet des déclarations ou des problématiques principales des participants de la recherche (donner une voix) et l'interprétation de ce matériel en profondeur qui va au-delà de la simple description en surface (faire du sens) (Larkin et Thompson, 2011; Smith et al., 2009). Ainsi, dans notre recherche, cela sera l'opportunité pour le personnel infirmier d'exprimer son expérience vécue en lien avec le travail dans un milieu de psychiatrie légale. L'analyse devrait faire ressortir les concepts principaux qui sous-tendent cette expérience. Toutefois, la pondération entre ces deux composantes demande

du temps et de l'effort pour bien approfondir et faciliter le développement et la discussion de ces éléments (Larkin et Thompson, 2011; Smith et al., 2009).

La pierre angulaire de l'IPA réside en deux concepts clés, soit l'idiographique (centré sur l'étude d'individus, de manière isolée) et l'herméneutique (qui a pour objet l'interprétation) (Larkin et Thompson, 2011; Smith et al., 2009). Tout comme les autres approches qualitatives, l'IPA s'intéresse aux significations et aux processus, plutôt qu'à la cause et à l'effet. Plus précisément, l'IPA offre une signification en conceptualisant au niveau de la personne dans son contexte (Larkin et Thompson, 2011; Smith et al., 2009). Ceci s'articule en commençant par l'intérêt apporté au sens valable de l'évènement en soi (p. ex. : une expérience, un processus ou une relation) par un participant en particulier et la reconnaissance de cette signification pour ce participant (Larkin et Thompson, 2011; Smith et al., 2009). C'est ainsi que l'engagement envers l'idiographique est rencontré : en se concentrant sur l'individu et non le général. Ce type de phénoménologie herméneutique fait référence à l'art d'interpréter (Larkin et Thompson, 2011; Smith et al., 2009). L'herméneutique ancienne fait référence à l'interprétation des textes religieux, philosophiques ou de littérature, alors que son sens moderne se veut l'interprétation des données textuelles en recherche qualitative (Wertz et al., 2011). La recherche phénoménologique permet de s'imprégner de l'expérience de la façon dont elle se présente et dans les termes qui lui sont propres (Brocki et Wearden, 2006; Smith et al., 2009).

Le philosophe Edmund Husserl souhaitait découvrir le sens par lequel un individu pouvait décrire avec précision sa propre expérience d'un phénomène en particulier et dégager avec rigueur l'essence de cette expérience (Antoine et Smith, 2017; Smith et al., 2009). Si cela était possible, cette essence ainsi dégagée pourrait transcender les circonstances particulières et être généralisée à toute autre personne qui expérimente le même phénomène (Smith et al., 2009). La méthode d'Husserl consiste à procéder à une série de plusieurs réductions (bracketing) afin que le chercheur

ne soit pas distrait par ses perceptions, ses valeurs et ses idées préconçues (Larkin et Thompson, 2011; Smith et al., 2009). Toujours selon Husserl, le chercheur devait être objectif, distant de la recherche, laisser la vérité émerger d'elle-même (Larkin et Thompson, 2011; Smith et al., 2009). Ces standards de recherche s'inscrivent très bien dans le paradigme en vogue à son époque c'est-à-dire le positivisme ou post-positivisme (Smith et al., 2009; Wertz et al., 2011). Cependant, l'IPA est plutôt guidée par une démarche consciencieuse qui consiste à se rapprocher le plus possible de l'expérience vécue étudiée (Antoine et Smith, 2017). L'IPA conçoit que la personne ne subit pas des expériences passivement, mais plutôt que ces expériences sont source de réflexion sur soi et que de cette réflexion, une expérience prendra du sens pour la personne (Antoine et Smith, 2017). Selon ces chercheurs, « l'analyse de cette narration permet de comprendre quel sens est donné et surtout comment du sens est donné à une expérience » (Antoine et Smith, 2017, p. 375).

L'IPA n'adhère pas au *bracketing* et croit ce procédé illusoire (Larkin et Thompson, 2011; Smith et al., 2009). Selon Merleau-Ponty, un successeur de Husserl, l'objectivité du chercheur ne peut jamais être atteinte, car les observations que nous faisons proviennent nécessairement de quelque part et sont teintées par nos perceptions et valeurs (Larkin et Thompson, 2011; Smith et al., 2009). Un des piliers de la position philosophique d'une IPA est que les connaissances de l'expert et ses présuppositions sont des acquis essentiels qui peuvent guider le chercheur et donner de la profondeur à la signification du projet (Antoine et Smith, 2017; Lopez et Willis, 2004). De ce fait, les connaissances acquises dans la revue de la littérature, par exemple sur la stigmatisation des infirmiers.ères en psychiatrie et en psychiatrie légale, nous a fait constater la pertinence et le besoin d'effectuer une recherche dans le domaine à l'étude (Lopez et Willis, 2004). Ce sont les connaissances du chercheur qui vont permettre de spécifier les idées et les besoins pour procéder à la recherche et à la production de connaissances pertinentes théoriquement et cliniquement (Antoine et Smith, 2017; Lopez et Willis, 2004). Dès lors, il est possible de conclure que dans

l'IPA, les connaissances personnelles du chercheur sont utiles et nécessaires pour mener à bien un projet (Antoine et Smith, 2017; Lopez et Willis, 2004; Smith et al., 2009). Il revient au chercheur de mentionner et d'expliquer clairement de quelle façon ses connaissances sont utilisées pour mener à bien sa recherche (Lopez et Willis, 2004; Smith et al., 2009). En ce qui me concerne, ma sensibilité empirique est dominante puisque mon milieu de recherche est mon milieu professionnel depuis quelques années. C'est en fréquentant cet environnement de travail que l'intérêt pour les conditions de l'exercice des soins infirmiers (isolement, marginalisation) en psychiatrie légale s'est imposé à moi comme sujet de recherche.

Un autre concept considérable de l'IPA est la liberté. Les phénoménologues existentiels, comme Heidegger, Merleau-Ponty et Sartre, insistent sur le fait que nous sommes toujours confrontés à des choix, même si les aboutissements de ces choix ne sont pas connus (Lopez et Willis, 2004; Smith et al., 2009). Cette liberté, néanmoins, n'est pas absolue; elle est bien circonscrite dans les conditions spécifiques de la vie quotidienne (Lopez et Willis, 2004; Smith et al., 2009). Les choix ainsi faits vont définir les actes posés et les décisions prises (Lopez et Willis, 2004). Cette liberté délimitée est la réalité existentielle de l'être humain d'où naissent leurs significations (Lopez et Willis, 2004; Smith et al., 2009). En tant qu'individus, nous sommes intrinsèquement impliqués dans le monde et en relation avec nos pairs; nous sommes incarnés dans notre environnement (Larkin et Thompson, 2011; Smith et al., 2009). Plus précisément, Merleau-Ponty décrit la manière dont le corps forme le caractère fondamental de nos connaissances du monde (Smith et al., 2009). Cette approche nous permettra de comprendre comment le personnel infirmier (corps-expérience vécue) vit la stigmatisation dans un milieu asilaire de psychiatrie légale.

Ces caractéristiques font de l'IPA une entreprise bien campée (Larkin et Thompson, 2011; Smith et al., 2009). C'est ce qui se nomme une phénoménologie herméneutique. En fait, l'IPA est

une double herméneutique, car le chercheur tente de donner un sens à une expérience vécue par un participant qui lui-même tente de donner un sens à ce qu'il vit (Brocki et Wearden, 2006; Smith et al., 2009). Autrement dit, le chercheur doit être personnellement engagé dans l'analyse du récit du participant qui lui doit être engagé afin de donner du sens à son expérience personnelle, ce qui décrit une « double herméneutique » (Antoine et Smith, 2017). Enfin, rappelons que l'IPA diffère de la phénoménologie classique et ne s'inscrit plus dans un paradigme positiviste, mais davantage constructiviste ou critique (Smith et al., 2009). Comme expliqué au premier chapitre, notre projet de recherche est campé dans un paradigme de théorie critique. La théorie critique permet la création de connaissances polysémiques qui s'enracinent dans la méthodologie dialectique (Bickford, 2014; Guba et Lincoln, 1994; Hirsch, 1975; Holmes et Gastaldo, 2004).

Holmes et Gastaldo (2004) illustrent cela par la pensée rhizomatique, un savoir émergent et évoluant simultanément. Celle-ci permet de se détacher des pensées déterminées par les structures et le courant dominant imposé par une hiérarchie institutionnelle qui force ses « vérités » (Holmes et Gastaldo, 2004). Le pluralisme et la diversité résultant d'une recherche ayant pour devis l'IPA va dans cette direction de savoir rhizomatique et permet d'admettre l'ambivalence, le chaos et l'hétérogénéité d'une situation ou d'un milieu en n'étant nullement soumis à des structures officielles et des postulats rigides (Hirsch, 1975; Holmes et Gastaldo, 2004; Holmes et al., 2008). La pensée rhizomatique permet d'obtenir ce genre de cohésion, de déconstruire la culture dominante et de construire un nouveau savoir incluant les voix les plus marginalisées. La praxis des connaissances émancipatoires est le point culminant dans la pratique de toutes ces dimensions (Bickford, 2014). La poursuite de ce type de connaissance par une tradition dialectique mène à une libération de l'homme à l'égard de toutes contraintes des systèmes sociaux (structures) faussement fonctionnels en place, à un esprit créatif et à des apprentissages autoréflexifs. Il s'agit d'un savoir complémentaire plutôt que compétitif (Bickford, 2014; Hirsch, 1975; Holmes et Gastaldo, 2004;

Holmes et al., 2008; Mill et al., 2001). De plus, l'IPA qui s'insère dans un paradigme de théorie critique a le potentiel de défier le statuquo et d'accepter d'autres réalités mettant l'accent sur le changement et l'action. Ce type de recherche a la capacité de développer des connaissances qui exposent les inégalités et les injustices et offrent une voix aux groupes les plus marginalisés et opprimés (Bickford, 2014; Hirsch, 1975; Holmes et Gastaldo, 2004; Mill et al., 2001). Ainsi, ce projet doctoral est davantage politisé et s'intéresse aux relations de pouvoir qui caractérisent les institutions de psychiatrie légale.

Conséquemment, le chercheur qui s'engage dans une phénoménologie interprétative vise à comprendre les relations intrinsèques d'un participant avec le monde et ce qui est important selon le sens qu'il en fait (Larkin et Thompson, 2011). En IPA, ce qui prévaut c'est une analyse détaillée et en profondeur pour accéder à la compréhension d'un phénomène précis et compris par des personnes précises dans un contexte circonscrit (Antoine et Smith, 2017). Pour notre projet de recherche, nous voulons connaître l'expérience vécue du personnel infirmier en psychiatrie légale et la signification qu'il donne à son expérience de stigmatisation, de marginalisation ou d'isolement. Selon Larkin et Thompson (2011, p.102), une IPA se base sur les présomptions suivantes :

- Pour comprendre le monde, il faut comprendre l'expérience;
- Les chercheurs de l'IPA recueillent et utilisent les témoignages d'autres personnes qui sont « toujours » immergées dans un monde linguistique, relationnel, culturel et physique;
- Nous devons donc adopter une approche idiographique de notre travail, afin de faciliter une approche détaillée de ces témoignages;
- Les chercheurs n'accèdent pas à l'expérience directement à partir de ces comptes, mais par un processus de création de sens intersubjectif;
- Afin d'entrer en contact avec l'expérience des autres, les chercheurs doivent pouvoir identifier et réfléchir à leurs propres expériences et hypothèses;
- Nous ne pouvons échapper à l'interprétation à aucun moment, mais nous pouvons réfléchir à notre rôle dans la production de ces interprétations et nous pouvons maintenir un engagement à les fonder sur les points de vue de nos participants. [traduction libre]

L'IPA se concentre sur la description de la signification d'être dans le monde selon un participant et comment cette signification va influencer les choix qu'il fait selon une expérience vécue (Larkin et Thompson, 2011; Lopez et Willis, 2004; Smith et al., 2009). Ceci peut impliquer une analyse des facteurs historiques ou sociaux et des forces politiques qui forment et organisent cette expérience (Larkin et Thompson, 2011; Lopez et Willis, 2004; Smith et al., 2009). L'entretien en IPA a pour objectif de permettre aux participants de raconter leur histoire dans leurs propres mots. Le chercheur doit donc être un stimulant de cette réflexion (Antoine et Smith, 2017).

4.2 Milieu de recherche

La recherche s'est déroulée dans une institution de psychiatrie légale prenant sise dans une ville métropolitaine. Actuellement, cette institution possède 268 lits dressés partagés sur 14 unités de soins d'environ 20 lits chacune qui sont répartis en chambre individuelle ou double. Le taux d'occupation de cette institution a toujours oscillé autour de 90 % depuis 2010. Il est présentement de 87,8 % (Statistiques annuelles du Service des archives médicales de *** 2020-2021). Le nombre d'admissions annuelles tourne en moyenne autour de 600, la grande majorité étant des admissions en évaluation psychiatrique. Le séjour moyen (en jours) d'un patient varie selon qu'il est présent pour un traitement : le séjour moyen est alors de 450 jours ou plus. Si le patient est vu pour une évaluation psychiatrique, le séjour moyen est de 250 jours (Statistiques annuelles du Service des archives médicales de *** 2019-2020). Cet établissement reçoit une clientèle unique provenant des milieux carcéraux provinciaux ou fédéraux et parfois d'autres centres hospitaliers qui sont incapables de gérer le risque que représentent certains de leurs patients. Il s'agit souvent du dernier refuge pour des patients souffrant de maladie mentale réfractaire aux traitements conventionnels. Le site de cette recherche est un milieu très sécuritaire qui emploie des psychiatres, psychologues, criminologues, travailleurs sociaux, infirmiers.ères, éducateurs spécialisés, personnel de sécurité, dentiste, médecin généraliste. L'institution a aussi un centre de recherche très actif.

4.3 Recrutement et échantillonnage

Une rencontre informelle a eu lieu avec la direction des soins infirmiers de l'institution et quelques coordonnateurs et assistants-coordonnateurs. Ces rencontres ont surtout permis d'expliquer brièvement notre projet de recherche doctoral et notre champ d'intérêt. Il y a eu par la suite des séances d'information ciblées où nous avons eu l'opportunité d'exposer notre projet de recherche en détail : l'objectif de la recherche, le déroulement, le type d'entretien, la contribution attendue des participants et les retombées souhaitées de cette recherche. Toutes les unités de soins ont été ciblées sauf une, car elle dessert une clientèle mineure (adolescents). Cette unité diffère par son fonctionnement et nous nous intéressions au personnel infirmier travaillant auprès de la clientèle adulte. Ces rencontres d'information nous ont permis de spécifier que notre objectif n'était pas d'enquêter sur leur travail ni de juger de leur prestation de soins. Nous avons aussi mentionné l'absence de toute affiliation syndicale ou patronale possible qui aurait pu porter ombrage au projet de recherche. Le recrutement des participants s'est fait surtout par le bouche-à-oreille ou l'effet boule de neige qui ont permis d'obtenir un échantillonnage appréciable. L'étudiante-chercheuse travaillant dans le milieu à l'étude, plusieurs participants ont manifesté leur intérêt pour la recherche rapidement. Avant le recrutement, nous avons conceptualisé le projet de recherche et nous avons réfléchi à cet échantillon homogène (Smith et al., 2009).

Dans les écrits scientifiques, il n'existe pas de consensus sur un nombre de participants précis à recruter qui assurerait l'excellence de l'IPA (Smith et al., 2009). Néanmoins, une étude a recensé des articles utilisant l'IPA et il en résulte que l'effectif se situe généralement entre 1 et 14 participants, en moyenne 9 et que le maximum de participants recensé était de 20 (Smith, 2011). Pour assurer la qualité de la recherche, il importe que le chercheur soit capable de maîtriser l'ensemble des données recueillies afin de pouvoir en dégager une vision globale et il va de soi que plus l'échantillon est grand, plus cela est complexe (Antoine et Smith, 2017). Généralement, un

échantillon restreint permet de respecter l'approche idiographique, pilier de l'IPA. Les entretiens en profondeur fournissent ainsi une richesse d'information qui doit être minutieusement analysée (Smith et al., 2009). Le recrutement suit des critères de qualité et non de quantité, par rapport aux récits qui représentent la complexité et l'intensité de l'expérience individuelle (Antoine et Smith, 2017; Smith et al., 2009). Nous avons cessé le recrutement après avoir reçu le témoignage de 17 participants (10 infirmières et 7 infirmiers provenant de toutes les unités sauf une), l'homogénéité étant préservée et une certaine redondance des propos d'un participant à l'autre étant présente. Nous n'avons recruté que le personnel infirmier terrain travaillant directement auprès de la clientèle. Il a aussi été possible d'établir un profil sociodémographique des participants : sexe, âge, expérience professionnelle dans différents domaines des sciences infirmières, formations suivies en psychiatrie légale, expérience et ancienneté en milieu de psychiatrie légale.

L'échantillonnage pour réaliser une IPA doit être homogène afin que le sujet de recherche demeure révélateur (Larkin et Thompson, 2011; Smith et al., 2009). C'est pour cette raison que notre échantillon ne comporte pas d'infirmière ou d'infirmier-cadre, gestionnaire, de liaison ou autre affectation qui exclut des soins directs avec la clientèle. Notre intérêt portait uniquement sur l'expérience vécue des infirmiers.ères qui travaillent auprès des patients en milieu psycholégal. L'étendue d'un échantillon homogène varie selon l'étude et pose deux types de problèmes : un problème pratique et un problème interprétatif (Larkin et Thompson, 2011; Smith et al., 2009). L'ennui pratique se rapporte à un questionnement tel « Quelles personnes sont dans ce type de situation? Comment les rejoindre? » et le souci interprétatif quant à lui se présente par « De quelles manières ces personnes diffèrent l'une d'entre elles? Combien de ces variations peuvent être contenues dans l'analyse du phénomène? » (Smith et al., 2009). Par exemple, dans notre projet doctoral, il ne ferait pas de sens d'affirmer que notre échantillon représente la totalité du personnel infirmier en psychiatrie légale dans tout le pays. Il nous a fallu délimiter les participants à l'étude

dans un milieu précis. Nous nous sommes donc intéressés aux infirmiers.ères qui travaillent dans un milieu de psychiatrie légale à haute sécurité dans la région métropolitaine. Par la suite, si l'intérêt et l'opportunité se présentent, d'autres recherches peuvent être conduites avec des échantillons homogènes différents et dans un autre centre hospitalier (Smith et al., 2009). Évidemment, si plusieurs recherches phénoménologiques interprétatives sont conduites en lien avec le même phénomène, il sera possible de construire graduellement une image plus large de la population (Smith et al., 2009).

Il est important de mentionner que l'objectif de cet échantillonnage homogène n'est pas de traiter chaque participant comme un portrait-robot (Smith et al., 2009). C'est plutôt l'inverse. En effet, en ayant un groupe homogène, cela permet de s'intéresser plus en profondeur sur des variabilités psychologiques intrinsèques au groupe, en analysant les schémas de convergences ou de divergences qui ressortiront (Antoine et Smith, 2017; Larkin et Thompson, 2011; Smith et al., 2009). Nous avons donc déterminé les critères d'inclusion et d'exclusion et une certaine souplesse était possible advenant des difficultés de recrutement, difficulté que nous n'avons finalement pas rencontrée (Smith et al., 2009). Nos critères d'inclusion étaient peu restrictifs, nous souhaitons s'entretenir avec les infirmiers.ères en psychiatrie légale qui travaillent auprès de cette clientèle adulte. Il n'y avait pas d'années d'expériences minimales ou maximales nécessaire ni un parcours expérientiel ou académique recherché. Les infirmiers.ères exclues étaient ceux/celles en congé ou ceux/celles occupant des postes de gestion.

La logique derrière cette spécificité de l'échantillonnage est en lien avec la logique inductive de l'IPA et a des conséquences sur la transférabilité des résultats (Antoine et Smith, 2017; Larkin et Thompson, 2011; Smith et al., 2009). Les récits et les cas rapportés sont tenus d'être locaux, alors les analyses doivent se faire avec soin et sont construites cumulativement (Antoine et Smith, 2017; Larkin et Thompson, 2011; Smith et al., 2009). Par conséquent, elles doivent

préférentiellement être traitées avec détails et selon le contexte (Antoine et Smith, 2017; Larkin et Thompson, 2011; Smith et al., 2009). Il faut aussi penser à la transférabilité théorique plutôt qu'à une généralisation empirique; l'analyste doit produire une analyse riche, transparente et contextualisée des récits des participants (Antoine et Smith, 2017; Larkin et Thompson, 2011; Smith et al., 2009).

4.4 Collecte de données

La méthode typique de l'IPA consiste en des entretiens semi-dirigés, un participant à la fois, des questions ouvertes étant décidées à l'avance, mais la conduite de l'entretien est non directive (Antoine et Smith, 2017; Brocki et Wearden, 2006; Larkin et Thompson, 2011; Smith et al., 2009). Certains auteurs rapportent aussi que la collecte de données peut se diversifier et être des écrits de compte-rendu ou des entretiens en *focus group* (Antoine et Smith, 2017). Cependant, ces méthodes alternatives ne font pas l'unanimité puisque le travail du chercheur étant de susciter la réflexion du participant, toute méthode où l'interaction n'est pas directe ne paraît pas pertinente (Antoine et Smith, 2017). Les *focus groups* permettent les interactions directes avec le chercheur, mais il faut garder en mémoire qu'il y a une certaine pression sur les participants pour atteindre la conformité dominante et l'expérience vécue réelle de certains participants pourrait ne pas être exprimée librement, ce qui est contraire à une IPA (Antoine et Smith, 2017). Il y a donc des réticences envers l'utilisation d'autres méthodes qui ne recourent pas à l'entretien face à face avec un seul participant à la fois. Une dernière méthode qui aurait pu être envisagée, mais qui manque de données probantes pour en assurer la fiabilité, est un entretien direct entre le participant et le chercheur, mais en mode virtuel (Antoine et Smith, 2017). Cette avenue peut s'avérer intéressante lors de certaines situations comme la pandémie mondiale que nous vivons. Notre collecte des données a pu être complétée avant le confinement et les restrictions sanitaires, ce qui n'a pas représenté un défi pour nous. Cependant, pour certains chercheurs ou étudiants cette possibilité des

débutant, de préparer l'entretien selon une séquence (Smith et al., 2009). Par exemple, Smith et al. (2009) suggèrent de commencer l'entretien en discutant du présent, façon simple de débiter qui mettra à l'aise le participant. Les questions portant sur l'identité sont placées plus loin dans la séquence de l'entretien, la présomption étant que le participant sera plus à l'aise d'en parler après avoir discuté de sujets moins abstraits au préalable (Smith et al., 2009). Le début de l'entretien doit être le plus neutre possible et des thèmes comme une problématique, les émotions impliquées ou l'estime de soi doivent être abordés plus loin pour permettre au participant d'être plus confortable avant d'aborder ces sujets (Smith et al., 2009).

Pour le jeune chercheur, apprendre le déroulement de l'entretien, écrire des sous-questions (en anglais des *prompts*) pour permettre des répliques et des réflexions plus songées (Smith et al., 2009) s'avère nécessaire. Les fondements d'un bon entretien semi-dirigé en IPA doivent être compris par le chercheur. Pour arriver à cette compréhension, celui-ci peut conduire des entretiens pilotes auprès de collègues ou amis afin de l'aider à accroître sa confiance (Smith et al., 2009). Pour notre projet de recherche, nous avons élaboré un questionnaire suivant ces prémisses et l'étudiante-chercheuse a pu s'exercer auprès de collègues infirmiers qui ne pouvaient pas être des participants au projet de recherche. Leur précieuse collaboration confidentielle a permis de peaufiner le questionnaire et sa chronologie.

Ensuite, nous avons mené les entretiens individuels semi-dirigés auprès des participants de notre projet. Les participants ont tous choisi d'effectuer l'entretien sur leur lieu de travail en dehors de leurs heures régulières. Nous voulions nous entretenir avec un nombre relativement égal d'infirmières et d'infirmiers afin de découvrir si le genre influençait l'expérience vécue. Au début de ces entretiens, l'étudiante-chercheuse s'est présentée et elle a réitéré l'objectif de la recherche et précisé clairement qu'il ne s'agissait pas d'examiner leurs méthodes de soins ou de travail.

Les entretiens enregistrés ont été réalisés par l'étudiante-chercheuse selon un questionnaire comportant des questions ouvertes ratissant plus large au début et se précisant au fur et à mesure que l'entretien se déroule (voir Annexe 1). Le style de l'entretien n'était pas directif; il s'agissait d'une conversation avec un objectif, un sujet provenant d'une question de recherche (Brocki et Wearden, 2006; Smith et al., 2009). Cette discussion a permis aux participants d'obtenir l'aisance nécessaire pour raconter leur propre histoire, dans leurs propres mots. De manière générale, les entretiens ont duré entre 45 et 60 minutes, quoiqu'un a été très bref (13 minutes), la personne ayant préféré ne pas répondre à plusieurs questions en refusant de motiver ce choix, ce qui a été respecté. Tous les entretiens se sont déroulés dans des bureaux privés. Ils ont par la suite été retranscrits en format texte. Ce sont ces retranscriptions qui ont permis l'analyse de l'expérience vécue des participants.

4.5 Analyse des données

Pour l'analyse de données qualitatives, le but est de développer un compte-rendu organisé, détaillé, plausible et transparent de la signification des données recueillies (Brocki et Wearden, 2006; Larkin et Thompson, 2011; Smith et al., 2009). Pour ce faire, la première étape est de déterminer les modèles significatifs (en anglais *patterns of meaning*) provenant des données (Brocki et Wearden, 2006; Larkin et Thompson, 2011; Smith et al., 2009). Selon l'IPA, ces modèles se nomment des thèmes et ils proviennent souvent du détail des commentaires faits ligne après ligne sur la transcription de l'entretien, se référant à être les codes (Brocki et Wearden, 2006; Larkin et Thompson, 2011; Smith et al., 2009). Incidemment, ces thèmes devront être reliés dans un genre de structure : ce peut être un tableau, une hiérarchie, un arbre généalogique ou une représentation plus circulaire, ce qui image la lecture et l'analyse des données (Brocki et Wearden, 2006; Larkin et Thompson, 2011; Smith et al., 2009). Ensuite, il faudra écrire un compte-rendu narratif de cette structure pour la section analytique du rapport écrit de la recherche (Brocki et

Wearden, 2006; Larkin et Thompson, 2011; Smith et al., 2009), ce qui permet de diriger l'éventuel lecteur dans le travail analytique réalisé par le chercheur, de fournir des exemples de ce qui était important pour les participants, de souligner les interprétations des récits et de prendre le temps d'explorer les données qui ne rendent pas compte des thèmes ou des modèles significatifs (Brocki et Wearden, 2006; Larkin et Thompson, 2011; Smith et al., 2009).

Il ne faut pas perdre de vue que l'intérêt d'une IPA est d'identifier les sujets d'importance pour les participants et par la suite explorer en quoi ces sujets sont significatifs (Brocki et Wearden, 2006; Larkin et Thompson, 2011; Smith et al., 2009). Pour l'atteinte d'une certaine compréhension de ces significations, le chercheur peut développer une synthèse interprétative de l'analyse (Brocki et Wearden, 2006; Larkin et Thompson, 2011; Smith et al., 2009). En accord avec ces stratégies, il y a une grande possibilité de manœuvre pour l'analyse (Brocki et Wearden, 2006; Larkin et Thompson, 2011; Smith et al., 2009). L'épistémologie de l'IPA peut s'appliquer avec flexibilité (Brocki et Wearden, 2006; Larkin et Thompson, 2011; Smith et al., 2009).

Idéalement, pour débiter l'analyse ligne par ligne de la transcription, mieux vaut prendre un exemplaire vierge, choisir un des entretiens considéré assez riche, puis le lire à quelques reprises (Antoine et Smith, 2017; Brocki et Wearden, 2006; Larkin et Thompson, 2011; Smith et al., 2009). Il est important d'écrire ce qui nous vient par la tête : nos réactions émotives, nos idées de thèmes, les métaphores qui sont fortes de sens, les concepts psychologiques qui semblent se dessiner au travers des données (Antoine et Smith, 2017; Brocki et Wearden, 2006; Larkin et Thompson, 2011; Smith et al., 2009). Ce processus est nommé le codage libre. Cet exercice permet d'écrire nos premières idées pour que l'analyse puisse être systématique par la suite (Brocki et Wearden, 2006; Larkin et Thompson, 2011; Smith et al., 2009). C'est un processus réflexif qui permet de connaître le projet de manière plus vivante (Brocki et Wearden, 2006; Larkin et Thompson, 2011; Smith et al., 2009). C'est ce que nous avons fait dans un premier temps.

Une fois cette codification libre effectuée, le corpus de l'analyse ligne par ligne peut se développer à travers les détails et les annotations d'une transcription (Antoine et Smith, 2017; Brocki et Wearden, 2006; Larkin et Thompson, 2011; Smith et al., 2009). En particulier, nous avons été à l'affût de ce qui est important pour le participant et en nous souvenant que cela peut être n'importe quoi : un évènement, des valeurs, des relations etc. Par la suite, nous avons recherché des citations expérientielles consistant en des indices narratifs de ce qui est significatif du fait important (Brocki et Wearden, 2006; Larkin et Thompson, 2011; Smith et al., 2009).

Bien que nous ayons conduit une analyse ligne par ligne pour demeurer le plus près possible des données, il a graduellement été possible de générer de possibles interprétations (Brocki et Wearden, 2006; Larkin et Thompson, 2011; Smith et al., 2009). Cette étape est primordiale, mais déstabilisante pour une chercheure débutante. Selon Antoine et Smith (2017), les étudiants-chercheurs se raccrochent trop souvent à leurs notions théoriques et craignent d'interpréter les résultats de manière trop éloignée de leurs données probantes. Il est souvent difficile de lâcher prise et de se fier à ses capacités d'interprétation pour saisir l'essence de ce que le participant nous communique. Il s'agit en fait du début d'une modélisation idiographique (Antoine et Smith, 2017). L'engagement pris envers les données devrait explorer toutes les possibilités en profondeur (Brocki et Wearden, 2006; Larkin et Thompson, 2011; Smith et al., 2009). Il appert essentiel d'enregistrer toutes ces données codifiées et d'en discuter avec son superviseur ou des collègues chercheurs, car cela demande beaucoup d'expérience pour développer de la rigueur et soutenir une attention persistante (Antoine et Smith, 2017; Brocki et Wearden, 2006; Larkin et Thompson, 2011; Smith et al., 2009). La nécessité d'effectuer cette étape en étroite collaboration entre le directeur de thèse et l'étudiante-chercheure prend ici tout son sens. Les échanges fructueux sur l'analyse permettent ainsi de rester fidèle aux données et de dégager les premiers thèmes. Au fur et à mesure que ce processus opère, le niveau d'annotation s'amointrit et il devient possible de vérifier et de clarifier

le contenu expérimental principal du travail mené jusqu'à ce moment (Brocki et Wearden, 2006; Larkin et Thompson, 2011; Smith et al., 2009).

L'IPA est une analyse qui s'enracine dans le discours et qui doit rester le plus fidèle aux mots utilisés par le participant et s'éloigner le plus possible des termes à connotation théorique ou philosophique (Antoine et Smith, 2017; Smith et al., 2009). Par exemple, il serait surprenant qu'un des participants nomme des concepts tels l'institution disciplinaire ou l'institution totale; il serait donc curieux de retrouver ce concept comme annotation au texte retranscrit. Pour le chercheur, il est important de lâcher prise sur les concepts théoriques qu'il connaît et pour se fier à sa capacité de compréhension des données, ce qui permettra la construction d'une modélisation centrée sur chacun des participants (Antoine et Smith, 2017).

Lorsque la transcription est codifiée en détail en préservant l'attention sur le contenu expérientiel, il est aidant de résumer et d'organiser le travail accompli (Brocki et Wearden, 2006; Larkin et Thompson, 2011; Smith et al., 2009). Une fois le premier entretien transcrit et codé, nous avons ressorti les premiers thèmes qui nous apparaissaient importants sous forme de tableau (Brocki et Wearden, 2006; Larkin et Thompson, 2011; Smith et al., 2009). Ces premiers thèmes initiaux étaient identifiés de manière flexible, puisque plus loin dans l'analyse nous savions qu'il faudrait repérer ces thèmes communs ou non dans les autres récits (Brocki et Wearden, 2006; Larkin et Thompson, 2011; Smith et al., 2009). Il fallait être capable de repérer ces connexions potentielles à plusieurs niveaux de conceptualisation (Brocki et Wearden, 2006; Larkin et Thompson, 2011; Smith et al., 2009).

Une façon utile d'y arriver consistait à regrouper le travail complété au moment d'identifier « les choses qui comptent » et les significations qui leur sont attachées (Brocki et Wearden, 2006; Larkin et Thompson, 2011; Smith et al., 2009). À ce stade, il devrait en avoir quelques-uns et le but consiste à identifier des mots ou des sections de phrases qui emprisonnent la complexité du

contenu (Brocki et Wearden, 2006; Larkin et Thompson, 2011; Smith et al., 2009). Le tableau exposant les prémisses de l'analyse, nous y avons aussi inscrit des verbatims du premier entretien analysé qui nous semblaient éloquentes. Nous avons, par la suite, pu passer au second entretien et poursuivre notre analyse. Comme il est possible de revenir sur les entretiens déjà analysés si de nouveaux questionnements ou thèmes font leur apparition, nous nous sommes engagés dans cette démarche de va-et-vient afin d'être fidèles aux données (Antoine et Smith, 2017; Smith et al., 2009).

Lorsque chacune des transcriptions a été travaillée, nous nous sommes référés à la documentation trouvée au préalable et aux idées plus interprétatives ou explicites (Brocki et Wearden, 2006; Larkin et Thompson, 2011; Smith et al., 2009). À ce niveau d'analyse, il est possible qu'une dimension plus spéculative commence à se développer (Brocki et Wearden, 2006; Larkin et Thompson, 2011; Smith et al., 2009). Selon Larkin et Thompson (2011, p.110), l'analyse de l'approche IPA peut être vue comme :

1. Identifier les schémas cumulatifs dans les transcriptions;
2. S'engager dans l'imagerie et la métaphore;
3. Synthétiser ou regrouper le codage de premier ordre pour développer des catégories plus abstraites;
4. Adopter une approche plus interrogative du codage;
5. Ouvrir un dialogue prudent avec la théorie;
6. Identifier des modèles cumulatifs dans les transcriptions. [traduction libre]

Cette représentation n'est pas une forme unique pour l'analyse d'une IPA, mais les éléments clés s'y retrouvent (Larkin et Thompson, 2011; Smith et al., 2009). Le codage interprétatif devrait donc se développer à partir du matériel expérimental principal disponible, sans pour autant être entièrement confiné dans celui-ci (Brocki et Wearden, 2006; Larkin et Thompson, 2011; Smith et al., 2009).

Le développement de cette représentation structurelle des thèmes principaux nous a demandé du temps, de la réflexion et des discussions ponctuées de retour aux données et à la

documentation préservée lors de la recension des écrits (Brocki et Wearden, 2006; Larkin et Thompson, 2011; Smith et al., 2009). Construire ce genre de représentation nous a aidés à comprendre et à développer des relations étroites entre les thèmes (Brocki et Wearden, 2006; Larkin et Thompson, 2011; Smith et al., 2009). Nous avons ainsi pu ramener les thèmes sur un support plus général des éléments importants de chacun des entretiens et ainsi regroupé les thèmes selon les données (Antoine et Smith, 2017). Puis, chacun de ces thèmes a été décliné en sous-thèmes puis en catégories qui nous ont permis la réintroduction des extraits pertinents et exhaustifs (Antoine et Smith, 2017). L'objectif était l'obtention d'un tableau de thèmes et de sous-thèmes ordonnés exposant leurs similitudes et leurs divergences pour permettre d'apprécier la densité des phénomènes vécus (Antoine et Smith, 2017). La richesse des discussions lors des rencontres entre le directeur de thèse et l'étudiante-chercheure ont permis de combler certaines zones d'incompréhension et d'approfondir l'interprétation.

En conclusion, nous nous sommes engagés dans une relation interprétative avec le texte avec l'intention de rendre justice aux significations des participants pour comprendre leur expérience psychologique et sociale (Brocki et Wearden, 2006; Larkin et Thompson, 2011; Smith et al., 2009). Nous avons préservé un engagement continu tout au long de l'analyse avec le texte (transcription des entretiens) dans ce processus interprétatif. C'est à travers ce processus qu'un schéma de codage a été élaboré, ce qui a permis l'émergence des thèmes principaux et de trouver les tendances divergentes et similaires à travers des données (Brocki et Wearden, 2006; Larkin et Thompson, 2011; Smith et al., 2009).

4.6 Critères de rigueur

Plusieurs débats concernant l'évaluation de la validité et de la qualité d'une recherche qualitative ont eu cours lors des dernières années (Smith et al., 2009; Tracy, 2010), probablement induits par une insatisfaction quant aux recherches qualitatives qui ont été évaluées selon des

standards de validité de recherche quantitative (Smith et al., 2009; Tracy, 2010). En réponse à ces mécontentements et dans l'optique de conserver la validité des résultats d'une recherche qualitative, il est important de soumettre les résultats à des critères de rigueur appropriés à la recherche qualitative, qui démontreront la qualité et la validité des données, de l'analyse et de l'interprétation réalisées par le chercheur (Smith et al., 2009; Tracy, 2010). En nous basant sur les ouvrages de Smith et al. (2009) et de Yardley (2000), il est possible de démontrer comment une analyse phénoménologique interprétative peut rencontrer des standards de rigueur. Nous nous attarderons sur quatre critères : 1) sensibilité au contexte, 2) engagement et rigueur, 3) transparence et cohérence et 4) impact et importance.

D'abord, la sensibilité au contexte se démontre de différentes façons comme dans la sensibilité du chercheur au milieu de la recherche et aux écrits concernant le sujet ou dans les entretiens obtenus auprès des participants (Smith et al., 2009; Yardley, 2000). Les chercheurs en IPA commencent à afficher leur sensibilité au contexte tôt dans leur démarche de recherche (Smith et al., 2009). En effet, tout comme le présent projet, le choix d'emprunter la méthodologie d'une IPA découle d'un besoin de s'intéresser aux participants infirmiers et de s'engager de manière idiographique auprès d'eux (Smith et al., 2009). Cette sensibilité à l'expérience vécue par les participants se reflète des entretiens en profondeur jusqu'au processus d'analyse, puisque, comme expliqué préalablement, la qualité de l'analyse est proportionnelle à celle de l'entretien (Smith et al., 2009). Le chercheur en IPA peut démontrer sa sensibilité par la présentation de plusieurs verbatims provenant des participants pour appuyer ses arguments et par la reconnaissance de la littérature déjà existante sur le sujet à l'étude (Smith et al., 2009).

Ensuite, l'engagement se définit par un contrat à long terme avec le sujet, le développement des connaissances et des habiletés du chercheur dans la méthode (entretiens en profondeur) et une immersion dans les données pertinentes (empiriques ou théoriques) (Yardley, 2000). Pour conduire

des entretiens en profondeur, le chercheur doit s'être investi personnellement dans une démarche afin d'assurer le confort et la confiance du participant et porter une grande attention sur ses propos (Smith et al., 2009). La rigueur fait référence à la minutie de l'étude, par son choix approprié de l'échantillonnage en lien avec la question de recherche, la qualité des entretiens et le choix de l'analyse (Smith et al., 2009; Yardley, 2000). Cela fait écho aux travaux de Tracy (2010) qui explique que la rigueur permet de répondre à ces questions :

- Ces données sont-elles suffisantes pour étayer des allégations importantes?
- Le chercheur a-t-il consacré suffisamment de temps à la collecte de données intéressantes et significatives?
- Le contexte ou l'échantillon est-il approprié compte tenu des objectifs de l'étude?
- Le chercheur a-t-il utilisé des procédures appropriées en termes de style de notes de terrain, de pratiques d'entretien et de procédures d'analyse?
[traduction libre] (p. 841)

L'analyse de l'IPA doit être suffisamment herméneutique pour aller au-delà de la simple description du phénomène, pour atteindre une interprétation significative de l'expérience vécue du participant (Smith et al., 2009). La qualité de l'IPA s'accroît lorsqu'elle est capable de communiquer aux lecteurs l'importance de l'expérience vécue tout comme l'importance des thèmes que ces expériences partagent (Smith et al., 2009). Pour ce faire, chaque thème émergent devrait être soutenu par un certain nombre de citations des participants (Smith et al., 2009).

Le troisième critère est la transparence et la cohérence (Yardley, 2000), ce qui consiste, respectivement, en une description claire des étapes du processus de recherche et en une adéquation entre la recherche effectuée et les principes théoriques qui sous-tendent cette approche de recherche (Smith et al., 2009; Yardley, 2000). La transparence, selon l'IPA, peut s'illustrer par une description scrupuleuse du processus de sélection des participants, de l'horaire des entretiens effectués et des étapes de l'analyse (Smith et al., 2009). La cohérence d'une IPA repose sur les principes de celle-ci et doit se retrouver aisément dans le rapport écrit de la recherche. Par exemple,

le sujet à l'étude doit être un domaine expérimental significatif pour les participants et le lecteur doit être avisé qu'il s'agit d'une activité fondamentalement interprétative (Smith et al., 2009). En somme, lorsqu'un chercheur fait mention qu'il emprunte une IPA, le lecteur peut s'attendre à retrouver les principes qui adhèrent à cette méthodologie qui diffère des autres approches qualitatives (Smith et al., 2009).

Le dernier critère est l'impact et l'importance de la recherche (Yardley, 2000), ce que d'autres auteurs nomment une contribution significative (Tracy, 2010) ou la transférabilité (Carnevale, 2002). Selon Yardley (2000), qu'importe la justesse par laquelle une recherche qualitative est menée, un véritable test pour la validité réside dans l'importance, l'utilité et l'intérêt que procure l'étude. Tout chercheur en analyse phénoménologique interprétative devrait aspirer à cette réalisation.

Smith (2011) a poursuivi le développement des critères de qualité pour une IPA afin qu'ils soient davantage distinctifs, le but étant de produire un guide regroupant les lignes directrices spécifiques à une IPA pour aider le chercheur ou l'examineur à porter un jugement sur la qualité de la recherche (Antoine et Smith, 2017; Smith, 2011). Ce référentiel a récemment été examiné et appliqué par d'autres chercheurs qui vont dans la même direction concernant son utilité et efficacité (Antoine et Smith, 2017; Restivo et al., 2018). Comme tout chercheur qui s'engage sincèrement envers sa recherche, nous aspirions à produire une étude phénoménologique de haute qualité et nous nous sommes donc basés sur ce référentiel. Les critères de qualité sont déclinés de la façon suivante : « non acceptable », « acceptable », parfois « partiellement acceptable » et « bon » (Antoine et Smith, 2017; Smith, 2011). Pour être acceptable, l'étude doit répondre aux quatre critères suivants :

- La recherche doit reposer sans ambiguïté sur une triple démarche phénoménologique, herméneutique et idiographique;

- Le manuscrit doit être suffisamment transparent pour que le lecteur prenne pleinement connaissance de ce qui a été fait;
- Les résultats des analyses doivent être cohérents, plausibles et intéressants;
- Les extraits doivent témoigner de la densité des thèmes et de leur prégnance dans le corpus de données. (Antoine et Smith, 2017, p. 381)

Dans cette recherche, les extraits des entretiens, les verbatims, sont corrélés selon le nombre de participants et pour chaque thème ressorti (Antoine et Smith, 2017; Smith, 2011). Par exemple, considérant que dans notre recherche nous avons dix-sept participants, il est recommandé de présenter au moins trois extraits des participants pour chaque thème et d'aborder la prévalence de chaque thème ou d'insérer des verbatims de la moitié de l'échantillon, dans notre cas entre huit et neuf participants, pour chaque thème retenu (Antoine et Smith, 2017; Smith, 2011). C'est ainsi que dans l'ensemble, le document pourra être jugé suffisamment fiable et que le chercheur restera près de ses données (Smith, 2011). De plus, une recherche avec un échantillon élevé comme la nôtre doit présenter des extraits d'entretien avec suffisamment de participants pour corroborer la variation des propos et détailler la prévalence pour démontrer la densité des thèmes afin d'être considérée comme « acceptable » (Smith, 2011). Une recherche sera « partiellement acceptable » lorsque certains de ces critères, mais pas tous, sont manquants ou incomplets (Smith, 2011). Bien sûr, nous avons veillé à ce que cela n'arrive pas.

Une recherche IPA serait « non acceptable » lorsque plusieurs de ces critères ne sont pas atteints. Selon Smith (2011), ce qui est récurrent dans les documents inacceptables est le manque de preuves sur les résultats avancés. Cela se dénote lorsqu'il y a la présence de plusieurs thèmes descriptifs, que ces thèmes sont brièvement résumés et que les extraits exposés sont sans interprétation (Antoine et Smith, 2017; Smith, 2011). Les extraits peuvent aussi être en nombre insuffisant, ce qui se répercute sur la compréhension et la transparence du document produit (Antoine et Smith, 2017; Smith, 2011). Finalement, une IPA sera jugée comme « non acceptable » lorsqu'elle présente une analyse brute, sans nuances, sans interprétation et sans engagement de la

part du chercheur (Antoine et Smith, 2017; Smith, 2011). Cela vient à l'encontre des caractéristiques fondamentales de la recherche phénoménologique interprétative exposée préalablement auxquelles le chercheur ne doit pas déroger sous peine de produire une étude qui ne serait pas digne de confiance.

À l'inverse, une IPA est considérée comme « bonne » lorsqu'elle répond clairement aux quatre critères nommés précédemment et que le sujet clairement exposé, offrant une analyse approfondie, que le travail interprétatif est bien campé par des données détaillées et que le lecteur de cette étude la trouve particulièrement innovante et captivante (Antoine et Smith, 2017; Smith, 2011). La qualité d'une étude phénoménologique interprétative est aussi reliée à la qualité des entretiens effectués par le chercheur et à sa capacité d'identifier par la suite les thèmes et leur prévalence et de mettre en exergue son travail d'élaboration et d'interprétation (Antoine et Smith, 2017; Smith, 2011). Le cheminement herméneutique et idiographique, pilier de l'IPA, doit être présenté dans un style d'écriture qui incite le lecteur à sa compréhension. C'est ainsi que nous nous sommes engagés envers nos données et avons emprunté ce style d'écriture. Nous voulions que notre problématique soit facilement compréhensible, que les enjeux soient clairs et que les résultats exposés le soient tout autant. À cela s'ajoute le fait que notre recherche a permis de donner une voix à des personnes qui n'y sont pas invitées habituellement, pire qui sont souvent muselées au risque de représailles par leur milieu de travail. À nos yeux, les données ainsi recueillies sont d'autant plus précieuses et méritent que nous nous engagions envers elles, tout en respectant ces critères pour que notre analyse phénoménologique interprétative soit de haute qualité.

4.7 Considérations éthiques

Les considérations éthiques pour ce projet de recherche sont primordiales, puisqu'il s'intéresse à un sujet sensible. Une institution de psychiatrie légale constitue le lieu principal pour cette recherche et nous nous sommes intéressés au personnel infirmier qui évolue dans ce domaine.

Ce genre d'établissement correspond aux caractéristiques d'un établissement qui se qualifie comme étant total (Goffman, 1961/2013) et qui est reconnu pour ses mécanismes de contrôle autant auprès de la clientèle desservie qu'auprès du personnel soignant (Jacob et Holmes, 2011; St-Pierre et Holmes, 2008). La population identifiée pour notre recherche pourrait ne pas sembler vulnérable. En effet, il ne s'agit pas des usagers ou des patients de cet Institut, mais bien du personnel infirmier qui est soumis aux règles institutionnelles créées dans l'intention de régir leurs agissements et leur emploi du temps (agenda) (Jacob et Holmes, 2011). Toutefois, cette population devient vulnérable lorsqu'elle s'engage dans un projet de recherche qui porte sur sa spécialité professionnelle et le fonctionnement quotidien de leur travail. Il ne s'agit pas ici d'évaluer leur travail infirmier, mais de comprendre leur expérience vécue dans un environnement et une hiérarchie qui ont à la fois un pouvoir ascendant sur eux et un pouvoir de récompense.

Qu'est-ce qui fait qu'un sujet est sensible? En quoi se distingue-t-il des autres sujets? Parmi les premiers auteurs à s'interroger sur ce thème, Sieber et Stanley (1988) ont offert cette définition :

La recherche socialement sensible fait référence aux études qui peuvent avoir des conséquences ou des implications sociales, soit directement pour les participants à la recherche, soit pour la catégorie d'individus représentée par la recherche.
[traduction libre] (p. 49)

Leur définition se compare à un large parapluie qui englobe ou inclut plusieurs sujets ou populations possibles, même celle qui, à première vue, pourrait ne pas être considérée comme un sujet sensible. De plus, cette définition rappelle aux chercheurs leurs responsabilités à divers niveaux et selon une multitude de sujets (Lee et Renzetti, 1990). Les conséquences ou les possibles implications n'y sont pas mentionnées et délimitées, laissant croire que n'importe quel sujet pourrait être un sujet sensible (Lee et Renzetti, 1990). Il appert que la sensibilité d'un sujet selon Sieber et Stanley (1988) équivaut à un sujet controversé (Lee et Renzetti, 1990). Bien que les considérations éthiques soient importantes dans un projet de recherche sensible, il est difficile de

bien les circonscrire et d'y répondre avec une telle définition. Finalement, leur définition tend à éloigner les implications méthodologiques et analytiques qui seront rencontrées lors d'une recherche portant sur un sujet sensible (Lee et Renzetti, 1990).

Lee et Renzetti (1990) se sont intéressés au sujet et ils proposent un point de départ alternatif à l'étude d'un sujet sensible qui envisagerait plutôt les recherches sensibles comme des sujets qui abordent des aspects menaçants pour ceux qui sont étudiés. Les sujets sensibles représentent une problématique parce que la recherche en soi peut avoir potentiellement des coûts pour les participants et ces coûts n'apparaissent pas fortuitement (Lee et Renzetti, 1990). Ces coûts se révèlent sous différentes formes psychiques telles que les sentiments de culpabilité, de honte ou d'embarras (Lee et Renzetti, 1990). L'apparence de menace n'existe pas uniquement pour les participants, mais elle peut aussi concerner le chercheur, particulièrement, si la recherche se déroule dans l'environnement immédiat d'où provient le chercheur (Dickson-Swift et al., 2009, 2007; Lee et Renzetti, 1990).

La définition d'un sujet sensible offerte par Lee et Renzetti (1990) est celle que nous avons retenue pour le travail actuel. Les caractéristiques menaçantes de la recherche et les conséquences potentielles autant pour le chercheur que les participants permettent de définir un sujet sensible comme suit :

Un sujet sensible est un sujet qui représente potentiellement pour les personnes concernées une menace importante, dont l'émergence rend problématique pour la recherche et/ou les personnes recherchées la collecte, la détention et/ou la diffusion de données de recherche. [traduction libre] (Lee et Renzetti, 1990, p. 512)

Ces auteurs allèguent qu'il est fructueux de s'intéresser aux contextes sociopolitiques qui sous-tendent ces sujets dits sensibles. En effet, bien souvent, ce n'est pas le sujet lui-même qui est sensible ou menaçant, mais plutôt le contexte dans lequel il s'inscrit (Lee et Renzetti, 1990).

Vraisemblablement, n'importe quel sujet peut être sensible, mais l'expérience démontre que certains domaines d'étude sont plus enclins à être menaçants (Lee et Renzetti, 1990) :

(a) lorsque la recherche s'immisce dans la sphère privée ou plonge dans une expérience profondément personnelle; (b) lorsque l'étude porte sur la déviance et le contrôle social; (c) lorsqu'elle empiète sur les intérêts de personnes puissantes ou sur l'exercice de la coercition ou de la domination; et (d) lorsqu'elle porte sur des choses sacrées pour les personnes étudiées et qu'elles ne souhaitent pas être profanées. [traduction libre] (p. 512)

Notre recherche s'inscrit dans les trois premiers domaines décrits par Lee et Renzetti (1990). D'abord, en référence au domaine (a), les entretiens semi-dirigés qui nous ont permis d'examiner la pratique professionnelle des infirmières en psychiatrie légale impliquent des sujets extrêmement personnels tels que leur jugement, leur estime personnelle et professionnelle et la reconnaissance de leur labeur. Nous appréhendons que les retombées de ces questions puissent ébranler les participants émotionnellement et personnellement.

Ensuite, en référence au domaine (b), notre question de recherche s'intègre dans un contexte de contrôle social et de contrôle biomédical (psychiatrie) dans un milieu institutionnel asilaire qui favorise ce comportement restrictif (Foucault, 1976/2015; Georges, 2008; Goffman, 1961/2013; St-Pierre et Holmes, 2008). La population infirmière à l'étude peut autant perpétrer ce contrôle sur la clientèle que le subir par l'autorité en place (Holmes, 2005; St-Pierre et Holmes, 2008).

Enfin, notre recherche concerne également le domaine (c) puisque l'institut de psychiatrie légale s'inscrit dans la définition d'institution totale et disciplinaire où des rapports de pouvoir et de domination caractérisent le travail infirmier et leur rapport avec les dirigeants de leur institution (Cleary, 2004; Foucault, 1976/2015; Goffman, 1961/2013). Affronter ces inégalités et remettre en question les procédures institutionnelles peut s'avérer une attaque directe aux autorités en place et n'est pas une mince affaire, car il s'agit de confronter la loi qui la sous-tend, mais aussi la classe qui l'impose (Foucault, 1976/2015). Ainsi, notre recherche peut s'avérer menaçante auprès du

corps administratif (pour la remise en question de leurs relations de pouvoir) et pour le personnel infirmier (le risque d'être ciblé dans une telle recherche).

Les risques encourus dans l'exécution d'une recherche au sujet sensible sont de provoquer de la méfiance auprès des participants et des dirigeants de l'institution ciblée par l'étude. Le recrutement peut s'avérer plus difficile puisque les participants vont vouloir dissimuler leur implication ou tout simplement ne pas être affiliés à ce genre de recherche (Lee et Renzetti, 1990). Pour pallier ces obstacles, nous avons clairement exprimé et ce, autant de fois que nécessaire, les visées de notre recherche (Lee et Renzetti, 1990). L'étudiante-chercheuse a expliqué son rôle et mentionné qu'il ne s'agissait pas d'enquêter sur les méthodes de travail. Dès le début de la recherche, ces sujets ont été mis sur la table et nous avons offert des séances d'information préliminaires, parfois en groupe et parfois individuellement. Selon Lee et Renzetti (1990), si les participants demeurent soupçonneux du processus, il y aura comme conséquence une perte de la validité des données et de leur fiabilité, puisque ceux-ci risquent de retenir de l'information pertinente par crainte. Il était donc primordial de dissiper toute crainte des participants et de s'assurer qu'ils comprennent le processus de confidentialité et de protection dont bénéficie leur entretien sous l'anonymat et que leurs propos ne seront pas rapportés à leurs supérieurs ou collègues (Lee et Renzetti, 1990).

Notre recherche s'inscrit dans le paradigme de la théorie critique. Conséquemment, le chercheur doit s'engager dans une certaine responsabilité envers ses participants (Guba et Lincoln, 1994; Kincheloe et al., 2011). Je proviens du milieu concernant mon projet et je fais partie du groupe vulnérable que je souhaite étudier, soit les infirmiers.ères en psychiatrie légale. Ainsi, j'aspire à conscientiser le personnel infirmier à leur réalité et aux relations de pouvoir qui se jouent à un niveau hiérarchique plus élevé qui, nous supposons, sont au détriment de leur bien-être et de leur reconnaissance. A fortiori, nous espérons qu'une prise de conscience et qu'une émancipation

de leur savoir seront possibles et influenceront leurs agissements. De ce fait, une prise de position est requise, implicitement ou explicitement, de la part du chercheur concernant la dénonciation des conditions oppressantes que subit le groupe auquel il se rapporte. La congruence dans les dires et les gestes du chercheur et de son équipe s'il y a lieu augmente la qualité du climat de confiance avec les participants et aide à endiguer leur méfiance (Lee et Renzetti, 1990).

Il serait facile, en tant que chercheur, de choisir de ne pas étudier des sujets dits sensibles. Après tout, ils sont source de dilemmes et ils compliquent la méthodologie. Selon Lee et Renzetti (1990), il faudrait alors sérieusement se questionner sur la responsabilité des chercheurs et de leurs projets de recherche. Souvent, les études sensibles sont celles qui portent sur des sujets pressants d'injustice sociale concernant des populations vulnérables et des procédures sociopolitiques (Lee et Renzetti, 1990; Sieber et Stanley, 1988). Conséquemment, il s'avère essentiel que les recherches sensibles se perpétuent, tant que le chercheur demeure conscient et vigilant des répercussions possibles et qu'il les mène à terme malgré les difficultés qu'elles engendrent.

La version finale de notre protocole a été soumise au Comité d'éthique de la recherche de l'Université d'Ottawa, de même qu'au Comité d'éthique à la recherche et qu'au Comité scientifique du centre hospitalier choisi. Le certificat d'éthique de l'Université d'Ottawa se retrouve annexé au présent rapport (voir Annexe 2). Les lettres d'approbation finales du Comité d'éthique à la recherche et du Comité scientifique du centre hospitalier sont aussi annexées (respectivement en Annexe 3 et Annexe 4).

Un formulaire de consentement a été fourni aux participants (voir Annexe 5) afin d'obtenir leur consentement libre et éclairé avant d'effectuer l'entretien. Les participants ont conservé une copie signée de ce formulaire et une autre copie nous a été remise. Le formulaire porte sur les objectifs de la recherche, le rôle des participants, les avantages et les désavantages de leur participation à la recherche, les questions relatives à la compensation et les considérations éthiques

liées au protocole. Une attention particulière était portée sur la confidentialité des données et sur la protection de l'identité des participants. Au début de chaque entretien, nous avons pris le temps nécessaire pour expliquer notre rôle et le but de la recherche et nous avons évidemment répondu à toutes leurs questions et inquiétudes verbalisées. Bien sûr, les participants savaient qu'ils étaient libres de participer ou non à cette recherche et que s'ils en ressentaient le besoin ultérieurement, ils pouvaient s'en retirer. Néanmoins, aucun des participants n'a exprimé le désir de ne plus participer au projet.

Tous les entretiens se sont déroulés dans le milieu de travail, avant ou après les heures rémunérées, dans des locaux ou des bureaux qui assuraient la confidentialité des propos tenus. Il faut savoir que dans ce type d'établissement, toutes les portes sont vitrées afin d'assurer la sécurité de tous. Bien que les participants puissent être visibles de l'extérieur, il était impossible de les entendre, préservant ainsi la confidentialité de leur témoignage. L'ensemble des participants se sont dit à l'aise de procéder de la sorte et ne craignait nullement que leur implication connue à la recherche puisse leur être préjudiciable.

Dans le cadre de notre recherche, afin de préserver la confidentialité des participants et pour protéger leur identité, des codes d'identité alphanumériques aléatoires connus de l'étudiante-chercheuse seulement ont été utilisés. Cette méthode permet de s'assurer d'éliminer les risques d'utiliser les véritables noms des participants. Tout élément qui aurait pu les identifier ou qui aurait pu identifier les lieux a été supprimé des extraits des transcriptions ou des entretiens. Les données numérisées sont conservées sur un ordinateur protégé par un mot de passe à l'Université d'Ottawa et elles seront préservées pendant une période de cinq ans suivant le projet de recherche, selon les politiques de cette institution. Les données papier seront gardées, pendant 5 ans, dans les espaces sécurisés de la chaire de recherche du professeur Dave Holmes à l'Université d'Ottawa. Seuls l'étudiante-chercheuse et son superviseur ont accès à l'ensemble des données. Les éléments

permettant d'identifier les participants ou toute personne impliquée seront éliminés des résultats de recherche qui pourraient être communiqués lors de présentations diverses ou de publication manuscrite. Après la période de cinq ans, les données de recherche seront détruites.

Chapitre 5

Résultats

Notre recherche a permis d'interroger 17 participants, soit 10 infirmières et 7 infirmiers.

Les résultats du questionnaire sociodémographique sont présentés au Tableau 1.

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques des participants

Participant	Sexe	Expérience professionnelle autre domaine	Formation en psychiatrie légale	Expérience en psychiatrie légale
1	H	Oui	Non	7 ½ ans
2	H	Oui	Non	9 ans
3	H	Oui	Non	7 ans
4	H	Oui	Non	10 ans
5	H	Oui	Non	9 ½ ans
6	H	Oui	Non	10 ans
7	H	Non	Non	2 ans
8	F	Non	Non	1 ½ ans
9	F	Oui	Non	1 an
10	F	Oui	Non	17 ans
11	F	Oui	Non	10 ans
12	F	Oui	Non	7 mois
13	F	Oui	Non	2 ans
14	F	Oui	Non	9 ans
15	F	Oui	Non	15 ans
16	F	Oui	Non	21ans
17	F	Oui	Non	2 ans

Quant aux données issues des entretiens, leur analyse a été complétée par la codification, la catégorisation et la thématisation de chacun des entretiens dans le respect des principes proposés par l'IPA. Cette analyse est le fruit d'un processus inductif et interprétatif voulant représenter le plus fidèlement possible l'expérience vécue et partagée de chaque histoire. Il en émerge une

thématisation avec des catégories et des sous-catégories. Les extraits présentés ont été conservés dans leur totalité. Si des modifications ont été apportées, celles-ci sont placées entre crochets, les coupures sont identifiables par l'inscription suivante [...] et la juxtaposition de deux extraits est représentée par cette inscription [/]. Des tableaux résumés sont proposés au début de chaque section afin de permettre d'apprécier rapidement les thèmes qui seront abordés. Les véritables noms des participantes et des participants ont été volontairement remplacés par des codes alphanumériques afin de préserver leur anonymat.

5.1 Thème 1 : Perceptions

Tableau 2. Thème 1 et ses catégories

Thème 1 : Perceptions
Catégorie 1. Perceptions des infirmiers.ères Perceptions intraprofessionnelles Perceptions extraprofessionnelles Perceptions interprofessionnelles Perceptions des milieux de formation Catégorie 2. Perceptions sociales Perceptions véhiculées par les médias Perceptions du milieu psycholégal par le public Catégorie 3. Perceptions de la classe dirigeante Perceptions selon les orientations ministérielles et les ordres professionnels Perceptions du travail infirmier en milieu psycholégal

5.1.1 Catégorie 1. Perceptions des infirmiers.ères

Durant nos entretiens, plusieurs participants nous ont partagé leur expérience vécue de travail avant de venir en milieu psycholégal et ils nous ont partagé comment ils percevaient cette institution. Ils nous ont aussi partagé la représentation de ce centre hospitalier de haute sécurité par leurs collègues infirmiers à l'externe et finalement, les perceptions qu'en ont la communauté infirmière en général et le milieu scolaire.

Perceptions intraprofessionnelles.

Les prochains passages mettent en lumière les perceptions qu’avaient les participants avant de commencer à travailler en milieu de psychiatrie légale et leurs perceptions du milieu une fois œuvrant en interne. Comme ces participants l’expriment, l’attirance vers la psychiatrie légale s’enracinait dans le sentiment de curiosité.

J’étais vraiment curieux, parce que *** ça m’impressionnait un peu, pis j’aimais la santé mentale [...] ça m’intriguait vraiment beaucoup, alors j’ai choisi ça de même, un peu par hasard. Ce n’était pas la psychiatrie légale qui m’intéressait en tant que telle, c’était la psychiatrie et *** était un peu comme... Ça m’attirait pas mal. J’étais curieux de voir comment c’était. (P3A, 30-38)

Je voyais l’*** comme la sommité en psychiatrie. Puis, le fait qu’il y ait le côté légal de la chose, c’est un plus. C’est un petit peu par curiosité aussi. (P2A, 61- 62)

D’autres participants ont nommé le besoin de nouveaux défis :

C’est beaucoup plus le *challenge*. [...] L’avantage, ça prenait quelque chose qui donne une expertise et que je peux sentir que je peux sortir de là avec une plus-value et non que du généraliste en psychiatrie. C’est surtout ça. (P6A, 55-61)

***, je pense que c’est un défi que je voulais relever. ***, à l’extérieur, on s’entend que le monde en parle souvent en négatif et je pense que c’est pour ça que c’était un défi pour moi. (P60B, 19-21)

Par la suite, la perception de ces participants qui œuvrent auprès de la clientèle de cette institution a évolué selon leurs expériences et vient teinter la définition de leur spécialité, soit le travail infirmier en psychiatrie légale. Chaque participant a sa propre définition de sa profession, il s’agit souvent d’une description de leurs tâches.

Je m’occupe de l’administration des soins, des traitements des patients, soit de la médication ou tout soin connexe, pansements, signes vitaux, suivis de dosages de médicaments, de la prévention, on doit penser à tous les facteurs de risque, comme syndromes métaboliques, penser à l’enseignement sur la santé physique... Je peux former des stagiaires. Aussi, l’évaluation de l’état mental de manière continue. C’est surtout ça. (P7A, 16-22)

C’est sûr que c’est de prendre soin et d’amener le patient le plus possible à s’autonomiser pour qu’il puisse réintégrer la société éventuellement. Mon rôle c’est de soulager, bien sûr, avec l’administration de la médication, c’est de faire des

suivis, c'est de l'évaluation de l'état mental et physique, donc aussi de m'assurer que physiquement et mentalement ça va bien et, sinon, de voir aux meilleurs moyens pour pallier aux malaises quand il y en a. C'est sûr aussi que c'est de prendre en note tout ce qui concerne le patient et le transmettre à l'équipe multidisciplinaire. Suivre les protocoles de médicaments également, donc m'assurer que les prises de sang soient faites au bon moment, à la bonne date. (P70B, L22-37)

Nous pouvons observer que l'appropriation de leurs rôles et de leurs responsabilités en tant que professionnel de la santé en soins infirmiers en psychiatrie légale ne se concrétise pas nécessairement, même si parfois l'infirmier ou l'infirmière cumule plusieurs années d'expérience en psychiatrie légale, comme en témoignent ces participants qui sont décontenancés de la question concernant la définition de leur rôle.

Bonne question. Je n'ai jamais pensé à le définir en tant que tel. On dit souvent « contrer la violence et apaiser la souffrance » à ***, mais sinon, écoute, c'est des soins en santé mentale. Je ne vois pas tant la psychiatrie légale versus la psychiatrie normale si différentes que ça. (P3A, 16-19)

Dans mon rôle à moi, je ne vois pas de différence entre psychiatrie légale et psychiatrie générale, patients malades atteints d'une maladie de santé mentale... Je ne vois pas vraiment la différence. J'appréhendais parce que c'est des patients quand même qui ont un passé légal, mais je ne vois pas vraiment, dans mon rôle à moi, que je joue ici, de différence avec la psychiatrie générale, parce qu'on traite la maladie. (P20B, 34-40)

Pire, cette participante ajoute ne même plus se considérer comme une professionnelle en soins infirmiers :

Me voir en tant qu'infirmière... Je pense que je ne me vois pas en tant qu'infirmière. Je ne me vois pas, je ne me suis jamais vue en tant qu'infirmière. Oui, mon titre c'est infirmière, mais on dirait que je me vois plus intervenante, plus aidante... Infirmière c'est comme un titre. Pour moi, ça a peu d'importance qu'on soit infirmière ou les autres titres d'emploi... C'est plus le fait d'essayer que les gens... qu'on a tous un peu la même façon de voir les patients, de voir comment on va faire pour les aider. (P70B, 122-130)

Comme l'illustrent ces passages, la perception du personnel infirmier voulant travailler en psychiatrie légale est d'abord teintée d'un certain intérêt par rapport à une spécialité qui est mystérieuse. Néanmoins, une fois à l'intérieur des murs, leur identité professionnelle leur échappe

et se définir professionnellement leur est ardu, même après une expérience de travail à long terme. Dans les propositions de définition de leur travail infirmier, l'expérience vécue des infirmiers.ères en psychiatrie légale met en exergue le côté obscur et peu spécifique de leur spécialité. La psychiatrie légale est une surspécialité en santé mentale et elle l'est aussi dans le milieu médical. Cependant, cette position de surspécialité ne s'accorde pas avec l'expérience vécue du personnel infirmier. Nous verrons dans les prochaines catégories et sous-catégories que les perceptions entretenues par différentes instances contribuent à l'aspect énigmatique de cette spécialité infirmière.

Perceptions extraprofessionnelles.

Le milieu de la psychiatrie légale demande de travailler avec différents titres d'emplois quotidiennement. Le personnel infirmier est constamment en interrelation avec différents collègues de travail, que ce soit les éducateurs, les agents de sécurité, les criminologues, les psychiatres, les psychologues, les commis etc. Si les participants trouvent difficile de définir leur rôle et leurs responsabilités, ils font aussi l'expérience de remarques péjoratives provenant de ces collègues. Le prochain passage illustre cette réalité.

On est juste une infirmière, « ah, t'es juste une infirmière » ou « on sait bien, les infirmières, ça fait juste écrire », « on sait bien, les infirmières, ça fait juste... » Je ne sais pas, c'est comme si ce qu'on faisait n'était pas valorisé, n'était pas... Ils ne sentent pas l'utilité d'avoir comme une ou deux infirmières. [...] Un peu plus et ils diraient que les infirmières n'ont pas leur place à ***. [...] Des fois, ils envoient ça à la blague, mais il y a un fond de vérité, si tu envoies ça, c'est parce que tu le penses... « C'est juste des passeuses de pilules, pourquoi on a besoin de deux passeuses de pilules », je l'ai entendu celle-là aussi. (P60B, 187- 199)

Il en va de même pour le titre infirmier qui n'est pas valorisé ou que la diplomation n'est pas mise de l'avant. Ce participant exprime ce qu'il vit auprès de ces autres collègues non infirmiers.

La vision aussi [de] l'infirmière clinicienne ici n'est pas nécessairement positive... Pas positive, mais pas nécessairement encouragée... Je cherche mes mots... Ce n'est pas comme promu au niveau des autres collègues [...]. Dans ce sens-là... Ce n'est pas tant bien vu de montrer « heille, j'ai un BAC... » (P7A, 194-202)

Ces remarques peuvent surprendre ou même choquer. L'absence d'un consensus clair sur le rôle des infirmiers.ères en psychiatrie légale donne lieu à ces réprimandes ou à ces comportements négatifs de leurs collègues. Ces expériences discriminantes ont le potentiel de créer une séparation au sein de l'équipe de travail. Il en sera question dans les prochains thèmes.

Perceptions interprofessionnelles.

Se tourner vers la communauté infirmière pourrait être une option valable afin de trouver formation, reconnaissance et partage d'expériences cliniques. Pourtant, les témoignages des participants et des participantes n'abondent pas en ce sens. Alors que d'autres associations professionnelles en santé reconnaissent la surspécialité en psychiatrie légale, elle demeure inexistante, voire dévalorisée par les collègues infirmiers qui travaillent à l'extérieur d'un milieu psycholégal. Cette recherche met en lumière la marginalisation des infirmiers.ères en psychiatrie légale par rapport à leurs homologues des autres spécialités. Nous pouvons apprécier dans le prochain extrait comment cette participante a subi cette différence.

Il y a bien des infirmières qui venaient de l'urgence et qui disaient que les filles de psychiatrie c'est des filles qui n'étaient pas bonnes à l'école, parce qu'elles ne veulent rien faire. Ça, je l'ai entendu beaucoup [/] C'était mal vu, c'était vraiment les filles pas bonnes. Je dis les filles, mais c'est les personnes. C'était vraiment « on le sait bien, le monde qui vont en psychiatrie c'est parce qu'ils ne veulent rien faire, c'est parce qu'ils ne sont pas bons ». (P80B, 96-101/108-114)

C'est aussi le cas de ces participants qui ont reçu des commentaires voulant les décourager d'aller travailler en milieu de psychiatrie légale.

C'était comme « ben voyons donc, t'es mieux ici, là-bas ce n'est pas correct, t'es mieux ici, reste ici avec nous », mais sans vraiment expliquer... Ils avaient entendu des ouï-dire que le travail à *** n'était pas extraordinaire, donc ils essayaient de m'en dissuader. (P70B, 60-65)

Donc, pour eux [collègues infirmiers d'un autre centre hospitalier], *** ce n'est que ça, ce n'est que de la désorganisation 24h/24. Ce sont des patients qu'ils n'arrivent pas à manager qu'ils nous envoient ici. Donc, ils ne comprennent pas c'est quoi ***, *** est resté pour eux quelque chose de fermé, quelque chose de loin, quelque chose de « prison », on n'a pas beaucoup de support pour ça. Ils ne comprennent pas mon

choix déjà d'un et ils ne comprennent pas pourquoi des patients criminels. [/] On dirait qu'il y a toujours cet obstacle-là de *** mystérieux, de *** boîte noire, ils ne comprennent pas. (P2A, 100-101/114-120)

Ces deux derniers extraits témoignent de la grande méconnaissance du milieu de travail, des responsabilités infirmières et de ce qui se passe réellement entre ces murs. Pour plusieurs collègues du milieu de la santé, cela entraîne une incompréhension du désir d'aller travailler dans ces institutions, un enjeu important pour l'attrait et le recrutement en psychiatrie légale. Le besoin de se justifier ou d'expliquer les motivations d'aller travailler dans un environnement psycholégal à ses pairs n'est pas anodin et il est possible de présumer qu'un grand nombre d'entre eux n'envisagent pas du tout ce milieu de travail. Le prochain témoignage illustre que le milieu de la psychiatrie, plus spécifiquement de la psychiatrie légale, est dénigré en plus d'être méconnu.

Ils m'ont dit « tu vas perdre tes techniques », alors c'était la santé mentale égale les infirmières qui sont poches, qui vont perdre leurs techniques... Ils m'ont même dit « dans le temps qu'on avait de la psychiatrie à l'Hôtel-Dieu, ces infirmières-là n'étaient même pas capables de passer un culot, elles étaient obligées de venir nous chercher pour installer un soluté »... Alors, ils m'ont découragé, mais en même temps je l'ai essayé pareil. (P3A, 41-50)

Ces propos négatifs se retrouvent aussi dans le milieu de psychiatrie générale où certains participants travaillaient avant d'intégrer le milieu de psychiatrie légale.

Les gens [collègues infirmiers d'une autre institution en psychiatrie] trouvaient que c'était dangereux, que c'était un milieu qui était dangereux, « comment tu vas faire pour aller travailler et traiter des criminels », c'est des commentaires comme ça que j'entendais du milieu où j'étais à l'époque. (P5A, 30-33)

Ce court extrait de l'entretien souligne deux éléments importants. Tout d'abord, il met l'accent sur l'aspect sécuritaire qui est primordial pour la réalisation des soins. Les esclandres violents qui sont plus souvent rapportés dans les médias éclipsent la possibilité que le milieu psycholégal soit sécuritaire. Pourtant, des événements violents se passent aussi dans les urgences des hôpitaux et dans les milieux de psychiatrie générale. Le deuxième élément porte sur le type de clientèle desservie, soit des personnes avec un statut légal. Pourtant, ces personnes qui souffrent d'un trouble

mental et qui sont judiciairisées ont le droit à des soins de qualité comme n'importe quelle autre clientèle. L'extrait suivant permet de faire ressortir le raisonnement que certains infirmiers.ères en psychiatrie viennent à construire pour justifier le désir de leur collègue d'aller travailler en milieu de psychiatrie légale.

En toute honnêteté, il y en a qui m'ont dit « Ah! Tu veux avoir plus d'argent », c'est vraiment ça qui a été rapporté. « Tu sais, le rôle des infirmières là-bas n'est pas si intéressant que ça », ça aussi ça m'a été rapporté. [/]. La seule réaction que j'ai eue, c'était vraiment de mes collègues [infirmiers d'une autre institution en psychiatrie] et c'était ça, c'était vraiment ça leur point de vue là-dessus, c'était que l'infirmière ne joue pas un bon rôle ici, ne peut pas pratiquer sa profession pleinement et il y en a d'autres qui voient ça comme des gens qui veulent se faire de l'argent. (P10B, 80-83/145-149)

Ainsi, certains professionnels de la santé en soins infirmiers viennent à conclure qu'une justification pécuniaire ou des avantages sociaux collatéraux pourraient être des motifs cohérents pour choisir ce milieu qui n'est pas favorable à l'essor de la pratique. Évidemment, ces idées préconçues n'ont rien pour optimiser les chances des infirmiers.ères à concevoir une carrière en milieu psycholégal.

D'autres participants rapportent le besoin de justifier leur choix et d'en débattre, réaction provenant de leurs collègues infirmiers de leur ancien établissement de travail et témoignant de préjugés qui perdurent.

Des collègues l'ont su et encore là, c'était « ah, mais pourquoi? », « c'est dangereux », « tu veux aller travailler avec les fous », « tu vas te perdre là- dedans ». Je ne suis pas considérée comme une vraie infirmière. Il y a comme un ancien collègue-ami qui est infirmier à qui je parlais et, honnêtement, ses commentaires ont vraiment fait comme « je pense que je vais t'enlever de mon cercle pour de vrai », parce qu'on avait été à un souper d'amis et il était comme « on sait bien, toi, tu fais rien, tu n'es pas une vraie infirmière », « tu sais, alors que c'est nous qui court sur les unités, qui travaillent vraiment »... Alors, les infirmières en psychiatrie, on est des paresseuses. (P60B, 42-52)

Nous pouvons constater que la méconnaissance et le manque de rayonnement du milieu de psychiatrie légale sont un terreau fertile pour des perceptions et des croyances qui discriminent

ainsi le personnel infirmier y œuvrant. Cette surspécialité devient un milieu insaisissable, incompréhensible et elle devient source de méconnaissance, de crainte et de préjugés parfois immondes. Cette médisance est exposée sur des murs essentiellement construits sur l'ignorance et l'inaccessibilité du milieu psycholégal en sciences infirmières. De tels commentaires ont des répercussions sur l'intérêt de la psychiatrie légale pour le personnel infirmier et la possibilité d'y entrevoir une carrière, comme le démontre le prochain témoignage.

Dans le milieu hospitalier de mon ancien hôpital, ils nommaient des gens qui sont venus travailler à *** et qui sont revenus. Ils ont été là une année et après, ils reviennent, parce que le côté clinique était très manquant là-bas, parce qu'on travaillait avec une clientèle difficile et c'était souvent des patients qui sont un peu des détenus et le côté relationnel et le côté humain manquaient, ce qui faisait que les gens revenaient dans les autres hôpitaux où on avait plus l'impression d'aider les gens. [Quand tu entendais ces commentaires-là, ça te faisait quoi?] Ça a fait que pendant longtemps, je n'ai pas appliqué à ***. Sinon, j'aurais appliqué beaucoup plus tôt, peut-être dix ans avant, peut-être quinze ans avant même. (P40B, 38-53)

Les propos ainsi recueillis proviennent de différents milieux, même des milieux de psychiatrie générale qui n'ont pas de département en psychiatrie légale. Alors qu'il aurait été possible de supposer que les autres collègues en santé mentale auraient démontré une ouverture ou du moins des propos encourageants, il n'en est rien. Cela accentue l'isolement des infirmières qui se voient écartés par leur choix de carrière, mais qui repoussent leurs collègues et leurs préjugés.

Dans le fond, les gens se disent qu'on se « pogne le cul » genre, les infirmières en psychiatrie. Pour eux, on ne fait pas grand-chose. C'est vraiment ça. Eux-mêmes, les gens qui ne travaillent pas en psychiatrie, qui sont en médecine générale ou n'importe quoi, c'est vraiment « ils ne font rien, ils sont toujours assis » ou bien « ils font juste parler aux patients ». C'est vraiment ça. [...] Ça me faisait « chier » dans un sens, mais, moi, je m'en fous, parce que je sais ce que je fais réellement. Mais j'étais vraiment comme « ayoye, vous ne savez vraiment pas c'est quoi, vous dites n'importe quoi ». Ce n'est pas qu'on travaille moins, c'est que c'est très différent, c'est tout. Disons que, vu que pour eux, on ne fait rien de physique, on ne pose pas des sondes, pour eux, on ne fait rien. (P50B, 81-97)

Certains éléments décrits dans les passages suivants démontrent le manque de connaissances en soins infirmiers sur les milieux psycholégaux et parfois même leurs préconceptions négatives.

Des fois les gens [collègues infirmiers d'un autre centre hospitalier] ne sont même pas au courant. Tu sais, quand je dis que je suis infirmière et que je travaille à ***, des fois il y a des gens qui connaissent c'est quoi, mais il y en a d'autres qui ne connaissent pas. Alors, tu leur expliques que c'est de la psychiatrie légale et ils ne font pas la différence non plus. Il faut comme expliquer... Ils connaissent c'est quoi de la psychiatrie, mais de la psychiatrie légale non. (P10B, 155-161)

Je ne sais pas exactement comment ils [collègues infirmiers d'un autre centre hospitalier] le perçoivent, mais on dirait que la psychiatrie c'est quelque chose qui est un peu pas pris au sérieux. [...] Si tu travailles dans une spécialité en chirurgie, au bloc opératoire, il y a quelque chose de plus important. On dirait que notre travail à nous ne pèse pas beaucoup dans la balance. C'est pas pris au sérieux, simplement parce que, je crois, ce n'est pas quelque chose qui est concret, c'est des perceptions, c'est ce qu'on objective, ce qu'on pense, ce que le patient nous dit... On ne peut pas mettre le doigt sur quelque chose, ça ne saigne pas... (P30B, 241-250)

Pire, certains professionnels de la santé en soins infirmiers ne sont plus considérés comme tels par leurs collègues.

J'ai l'impression qu'on me perçoit plus comme une psychologue que comme une infirmière. Les gens [collègues infirmiers d'un autre centre hospitalier] ont l'air de penser que tout ce qui est soins physiques, on le perd, parce qu'on ne le fait pas. [...] Alors, ils pensent qu'on est vraiment plus des intervenants, que ça joue beaucoup sur notre mental, sur notre moral, mais qu'on n'est pas des spécialistes de la santé physique, qu'on est vraiment des gens qui écoutent beaucoup et qui vont beaucoup en prévention d'une décompensation, d'une agression, plus qu'une infirmière dans une salle d'urgence qui va vraiment veiller au bien-être du patient. C'est comme si, nous, on était plus perçu comme des gens qui sont là pour prévenir le risque d'agression et essayer de contrôler le plus possible avec des pilules, mais pas tant comme la santé globale. Ils pensent vraiment que ça se situe juste au niveau de la tête. C'est comme si la santé globale, cet aspect-là de santé physique, n'est plus dans notre métier aussitôt qu'on tombe en psychiatrie. (P100B, 165-183)

La construction de son identité professionnelle comme infirmière ou infirmier en psychiatrie légale est d'autant plus difficile que la communauté infirmière a préservé des préjugés envers cette surspécialité. Préjugés qui se retrouvent aussi auprès des autres titres d'emploi dans le milieu psycholégal. S'ajoute à cela l'impasse d'une appropriation consensuelle du rôle et

responsabilités pour le personnel infirmier en psychiatrie légale. Le fossé se creuse à différents niveaux et, tout comme son milieu, l'infirmière en milieu psycholégal a un problème d'image sérieux.

Perceptions des milieux de formation.

Dès le début de leur formation, les futurs professionnels de la santé en soins infirmiers sont confrontés à des expériences négatives et peu motivantes qui influencent leur perception de la santé mentale. Pourtant, le rôle des enseignants, peu importe leur spécialité, est de développer les connaissances sans discrimination. Cette recherche permet de faire ressortir que les attitudes négatives des tuteurs d'enseignement sont toujours bien présentes, que le participant ait gradué des institutions scolaires il y a des dizaines d'années ou seulement quelques mois.

C'était abordé comme un milieu difficile. Ce qu'ils [les professeurs] disaient c'est que toi-même, à la base, tu devais avoir une santé mentale assez forte pour travailler dans ce domaine-là, que souvent, ça faisait ressortir tes propres démons, que dans certains cas, des fois, c'était suggéré même de faire des thérapies avant d'aller travailler en psychiatrie, pour justement éviter d'être confronté à certains aspects de toi-même, que ce n'était pas une clientèle qui était facile... Alors, non, je ne dirais pas que c'était super encouragé. (P100B, 119- 126)

Il y en a une [professeure] qui, pour elle, ça [la psychiatrie] aurait pu être optionnel, en voulant dire que ce n'est pas un volet qui est nécessaire, tandis que ça l'est. [/] Les préjugés sont véhiculés à même le cours, mais en plus, c'est passé très vite, c'est très superficiel le cours de psychiatrie, ça te fait comprendre que ce n'est pas important. C'est vrai, c'était l'équivalent de cinq semaines de cours que j'ai eues pour la psychiatrie. C'est juste que j'avais déjà travaillé en désintox et j'avais déjà travaillé sur des unités de psychiatrie quand j'étais à (Z), ce qui fait que je savais c'était quoi, mais de mon cours... non. (P60B, 83-84/294-301)

Certains participants ont nuancé en disant que leur professeur en santé mentale ne perpétuait pas l'image négative de cette spécialité et même qu'il en donnait une image positive. Néanmoins, comme les participants suivants en témoignent, c'est encore l'image de la spécialité psychiatrie qui est « contre » les autres spécialités. Dès la formation initiale des infirmières, l'isolement de cette spécialité est palpable.

C'était des choses un peu négatives, en disant « tu vas perdre toutes tes techniques », « tu ne vas plus rien faire la nuit en psychiatrie », « c'est dur, c'est long, c'est plate », « au début on travaille de nuit »... C'était toujours très négatif, parce que je pense que les gens [professeurs des autres spécialités] étaient très mal à l'aise par rapport à ça. À part les professeurs en psychiatrie qui nous encourageaient beaucoup, mais le reste, les gens [professeurs des autres spécialités] alentour disaient qu'ils ne feraient jamais ça, « tu vas tout perdre », « tu n'es même pas une infirmière quand tu travailles en psychiatrie » selon eux autres à ce moment-là. (P40B, 80-88)

Les profs en psy t'encouragent, mais les autres profs avaient un petit, tu sais « ah ouin, tu vas en psychiatrie, c'est ça ton premier choix », c'est tout le temps ça. J'étais ailleurs, dans ma cohorte au Cégep et j'étais la seule qui a demandé à venir en psychiatrie en stage final, j'étais la seule. (P50B, 106-110)

Nous comprenons que cette avenue empruntée par les milieux académiques qui forment les infirmiers.ères ne favorise pas l'intérêt des étudiants.es dans ce domaine. Si la psychiatrie ne rayonne pas en milieu scolaire, la psychiatrie légale est encore plus tue. La possibilité de s'engager dans une carrière dans cette surspécialité n'est même pas abordée, ce qui, nous pouvons l'imaginer, peut avoir des répercussions sur le recrutement. Ces extraits font ressortir l'absence de la psychiatrie légale dans le cursus académique.

Jamais. Je l'ai [psychiatrie légale] découvert par hasard par l'infirmière de liaison ici qui a fait affaire avec moi dans un des dossiers ici et c'est là que j'ai découvert que c'est intéressant des cas qu'on ne peut pas gérer en première ligne ou deuxième ligne. (P6A, 64-67)

On n'a pas tant abordé comme telle la psychiatrie [...] dans les cours comme tels, la psychiatrie, on n'a pas parlé vraiment de psychiatrie légale. (P7A, 53-57) Non, on en parlait pas [la psychiatrie légale]. J'ai eu un stage en psychiatrie générale et c'est tout. (P5A, 47)

Ce discours absent ou négatif n'est pas sans conséquence. Un participant a mentionné qu'il avait intégré cette vision et que cela a retardé son engagement en psychiatrie légale.

Quand j'étais à l'école et même quand je suis sortie de l'école, je ne voulais pas aller en psychiatrie [...] Je trouvais que c'était juste du bla-bla et des notes et justement, je ne voyais pas de résultats rapides. [...] Mon but, quand je suis rentrée en formation comme infirmière c'était de travailler à l'urgence. Quand je suis sortie, j'ai travaillé à l'urgence et c'est en travaillant à l'urgence, avec mon expérience, mes contacts avec les patients que, là, j'ai eu le goût d'aller travailler en psychiatrie. (P100B, 139-149)

Ce qui est rapporté ici par le participant reflète que l'intérêt des futurs professionnels en soins infirmiers pour la psychiatrie n'est pas assez sollicité ou abordé dans les institutions scolaires. Cette situation vient teinter dès le début de leur formation leur perception de la psychiatrie et se répercute par la suite sur le choix du milieu professionnel.

De plus, l'absence de cursus cohérent avec cette surspécialité, la psychiatrie légale, n'est pas banale. L'ensemble des participants a répondu par la négative concernant toute formation suivie en psychiatrie légale et aucun n'a trouvé une formation parallèle au système d'éducation, ni à l'interne, ni à l'externe et ni auprès de l'OIIQ bien que des heures accréditées soient obligatoires annuellement. Il s'agit tout de même d'une surspécialité dans le domaine médical pour laquelle aucune formation n'est offerte pour le personnel infirmier. L'extrait suivant vient d'une participante qui cherchait justement à se spécialiser.

Non [il n'y a pas de formation en psychiatrie légale]. J'aimerais ça et j'ai même demandé à avoir ça. [Qu'est-ce qu'on vous a répondu?] Rien pour le moment. [À qui vous avez demandé?] Aux IPA [Infirmières en pratique avancée].

L'institution de psychiatrie légale dont il est question dans cet extrait a embauché quatre infirmières en pratique avancée, dont deux avec un parcours de praticienne en santé mentale et deux en pratique infirmière en santé mentale, profil recherche clinique. Ce budget était disponible pendant un an. Aucune formation spécifique à la psychiatrie légale n'a été élaborée ou dispensée.

Dans les lieux d'enseignement, la psychiatrie légale n'est pas un sujet abordé il est même occulté, il va sans dire que cela marginalise cette surspécialité.

C'est juste de la psychiatrie et ils [les professeurs] voient *** comme une prison un peu, mais ils ne mettent vraiment pas d'emphasis sur la psychiatrie légale. (P4A, 84-87)

On dirait quasiment que, si tu leur [aux professeurs] en parles et que tu veux t'informer, ça s'attrape cette maladie-là. Je ne sais pas comment je pourrais dire ça... (P30B, 270-272)

Et pourtant, l'intérêt pour le milieu psycholégal semble être présent de prime abord.

Les stagiaires que j'ai ici s'intéressent beaucoup à cet aspect-là [psychiatrie légale], même s'ils ne le connaissent pas nécessairement beaucoup, parce que dans leurs cours, ils n'en parlent pas tant que ça, mais ils sont intéressés, justement, parce que c'est un milieu qui n'est pas nécessairement connu. (P1A, 50-53)

En somme, cette catégorie montrant la perception des infirmiers.ères à différents niveaux et provenant de différentes sphères de compétences dans la discipline permet d'apprécier les attitudes négatives, la discrimination et les préjugés toujours présents envers la psychiatrie et encore plus la psychiatrie légale. Les répercussions sont multiples : engagement envers le monde psycholégal plus tardif, isolement du personnel infirmier dans cette surspécialité, difficulté à s'approprier son rôle, à le définir et ainsi à le faire connaître. Le manque de repères formatifs et informatifs nuit aussi au développement des connaissances infirmières dans ce domaine, mais aussi à la possibilité de le faire connaître et de confronter ces tabous. Ce portrait nous permet de nous questionner sur les soins offerts à la clientèle et à l'acceptabilité de s'engager dans une surspécialité sans formation cohérente. La prochaine catégorie explorera les perceptions entretenues par la société qui, par ricochet, s'affilie au personnel infirmier qui y travaille.

5.1.2 Catégorie 2. Perceptions sociales

Nombreux sont les participants qui ont exprimé les commentaires et les attitudes négatives ou discriminants du milieu infirmier et hospitalier envers le milieu psycholégal. Néanmoins, qu'en est-il des perceptions sociales, de leurs proches ou de leur famille qui ne sont pas dans le milieu médical? La profession infirmière est particulièrement bien perçue dans la société en général; elle est souvent une des professions qui inspirent le plus confiance. Lors des entretiens, il a été possible de faire ressortir que, socialement, le milieu de la psychiatrie légale n'est guère plus étincelant.

Perceptions véhiculées par les médias.

Les extraits suivants sont éloquentes concernant le fondement de l'image projetée par les médias qui devient une référence phare pour le public. De plus, comme vu précédemment, le milieu de la psychiatrie légale demeure invisible, sans rayonnement; il s'agit du seul accès pour que la population puisse se forger une opinion.

Ils font juste me parler que c'est de la psychiatrie et ils ont toujours la même référence de *** ou des gens qui ont commis de gros délits. C'est vraiment assez inconnu pour eux la psychiatrie légale en tant que telle. (P3A, 87-91)

Il y a l'effet du sensationnalisme à la télévision, mais il y en a juste quelques-uns qu'ils prennent comme exemples et la société voit que c'est la majorité des gens qui sont tous comme ça, mais non. Ça, c'est la stigmatisation du véhicule d'information qu'on a dans les médias, du sensationnalisme. (P4A, 65-70)

La curiosité du public envers ces patients « célèbres » devient le sujet de questionnement envers le personnel infirmier qui travaille dans ce milieu. Tenu au silence par leur code de déontologie, le mystère qui se passe entre les quatre murs d'un tel hôpital à haute sécurité perdure et ne favorise pas la reconnaissance du milieu.

C'est sûr qu'ils nous parlent beaucoup de nos patients vedettes, qui ont été médiatisés et c'est sûr qu'on ne peut pas en parler, mais je me fais beaucoup questionner à ce niveau-là. (P80B, 129-131)

Les participants, conscients de cette barrière pour faire connaître le milieu, ne peuvent pas non plus rediriger leur conversation sur leur profession, puisque, comme expliqué précédemment, ils ne se l'approprient pas totalement et leur spécificité leur échappe. Un premier fossé s'est creusé envers leur communauté infirmière, mais un autre fossé se creuse aussi auprès de la société qui ne comprend pas l'intérêt de travailler auprès de ces patients exposés dans les médias.

Perceptions du milieu psycholégal par le public.

Pour les participants, le public inclut leurs proches, leurs amis, la famille et toute autre personne connexe, comme des connaissances ou des connaissances de leurs proches. Aucun d'entre

eux n'a rapporté avoir reçu des commentaires positifs pour leur choix de spécialité, soit la psychiatrie légale. L'invisibilité du milieu nourrit le côté mystérieux de ce centre hospitalier et, n'ayant autre accès que ce qui est présenté dans les médias ponctuellement, ce centre hospitalier devient une toile blanche où les personnes du public peuvent y projeter toutes leurs craintes et leurs appréhensions. Le choix du milieu devient même questionnable pour le cercle social de l'infirmier.ère en milieu psycholégal.

Mais ils [amis et famille] se demandent pourquoi ***, il y a d'autres possibilités. C'est souvent vu comme un endroit dangereux, qui peut mettre en danger ta sécurité. C'est loin de la communauté, c'est un centre qui n'est pas connu, la clientèle est stigmatisée, ils ne sont pas vus comme des malades, plutôt comme des criminels ou des détenus. Donc, l'entourage réagit par prudence et, en même temps, avec une certaine méconnaissance. (P6A, 30-35)

Je te dirais que c'était « Ah OK, pourquoi tu vas là? ». Mon mari aussi, ce n'était pas évident au début de le convaincre, mais le fait d'en parler [...] parce que c'est impressionnant de l'extérieur, mais quand tu es à l'intérieur, c'est différent. [...] C'est ça, c'est vraiment impressionnant pour les gens qui sont à l'extérieur, « ah, mais pourquoi tu es là, tu n'as pas trouvé un autre milieu », c'est ça qui revient souvent. (P20B, 51-61)

Ces extraits illustrent les questionnements et les réactions négatives qui nécessitent continuellement pour le personnel infirmier de se justifier sur son choix de carrière ce qui, à la longue, a des conséquences sur sa perception professionnelle. Ces éclaircissements demandés par l'entourage ne surviendraient pas si la spécialité choisie était autre, comme la pédiatrie ou la cardiologie. Certains participants ont nommé ne plus mentionner où ils travaillaient pour éviter ce genre d'échanges ou même que leur famille ne le mentionnait pas.

À chaque fois que je disais le nom ***, c'était toujours comme « Mon Dieu! Tu dois en voir des choses! ». Un moment donné, je me suis arrêté [...] j'ai arrêté complètement de dire que je travaillais ici. (P30B, 151-157)

Ma mère a essayé de m'en dissuader. Jusqu'à maintenant, elle dit : « Qu'est-ce que tu fais là? Tu n'as pas d'avancement! » Pour elle, ce n'est pas reconnu l'infirmière en psychiatrie, au point qu'elle a honte, elle ment et elle dit que je travaille ailleurs à ses collègues. (P30B, 30-33)

Taire le milieu de travail psycholégal par manque de (re)connaissance des proches des infirmiers.ères qui ont choisi ce milieu alimente une certaine culture du secret et du mystère concernant ce milieu. La clientèle desservie dans un hôpital de psychiatrie légale est aussi source d'inquiétude, de préjugés et de commentaires négatifs qui peuvent être par la suite accolés au personnel infirmier qui y travaille. C'est ce que certains participants ont nommé clairement et qui teinte leur expérience de vouloir travailler dans ce milieu sans l'appui de leurs proches. L'isolement, la marginalisation et le repli sur soi-même se perpétuent.

Je me souviens de ma mère qui m'a dit « ben, t'es folle, je te vois juste avec des fous ». C'est ça qu'elle m'avait dit. C'est sûr qu'au début, ils ont eu un peu peur de tout ce qu'on entend aux nouvelles, que *** c'est ça, il s'est passé ça. Il y a tout le temps des histoires. [...]. C'est sûr que le matin, quand je sors, ils me regardent et le soir ils sont contents de me voir. (P10B, 41-48)

Je trouve ça triste que, de l'extérieur, je parle de mes patients et que j'entends « comment tu arrives à sympathiser ou empathiser pour quelqu'un comme ça »... C'est une personne en lien avec une maladie mentale. C'est de la maladie. Veut, veut pas, elle n'est pas physique, alors tu ne la vois pas, mais elle est présente. [...] même ma génération, je trouve qu'elle est encore fermée à l'idée de la maladie mentale. (P60B, 253-272)

La méconnaissance du milieu et son seul rayonnement sur la place publique survenant lors d'événements sociaux qui frappent l'imaginaire, l'institution même n'est pas perçue comme un centre de soins. Plusieurs participants ont témoigné devoir préciser que le milieu psycholégal est un centre hospitalier au même titre que n'importe quel autre centre de soins médicaux. L'association avec le milieu carcéral et relevant davantage d'un pénitencier est bien ancrée dans la compréhension que le public a de la psychiatrie légale.

Le jugement est facile. *** c'est perçu, dans la société... Ce que je me suis aperçu, c'est que les gens comparent ça à une prison à sécurité maximale, que c'est des gens qui sont quasiment des monstres, parce qu'ils ont fait quand même souvent des gros délits. C'est sûr que les gens s'imaginent plein de choses. Dans la tête des gens, c'est facile de se faire des scénarios et de s'imaginer toutes sortes de choses. (P30B, 212-220)

Les extraits suivants illustrent que le milieu psycholégal est d'abord associé au milieu carcéral plutôt qu'hospitalier. Cette association vient remettre en question le professionnalisme du personnel infirmier qui y œuvre et frappe même l'imaginaire des personnes les entourant.

Légal c'est *** et *** c'est mystérieux pour les gens. C'est quoi ***, c'est une grosse prison. On me demande souvent ça « ça doit être écœurant travailler à

***, tu dois en voir des malades ». (P80B, 126-129)

*** peut être vu d'une manière que j'appelle « les étranges », les gens à l'extérieur qui ne connaissent pas la santé mentale, qui voient ça comme une prison, qui voient ça comme s'il va être interné en prison. (P4A, 70-73)

Ces croyances ne sont d'aucune aide pour briser les idées préconçues sur le milieu qui ont des répercussions sur l'identité même du personnel infirmier qui y travaille. À l'isolement professionnel s'ajoute un isolement personnel par rapport au cercle social de ces infirmiers.ères qui sont jugés par leur choix de travailler dans un milieu aussi obscur. La construction d'une identité professionnelle et personnelle est réprimée par toutes ces expériences négatives qui ostracisent le personnel infirmier en psychiatrie légale.

La dernière catégorie de ce thème porte sur l'expérience vécue des participants en lien avec la classe dirigeante, leurs supérieurs et leur travail en tant que professionnel de la santé en psychiatrie légale.

5.1.3 Catégorie 3. Perceptions de la classe dirigeante

Il va de soi que le travail du personnel infirmier est influencé par la philosophie de soins établie dans leur hôpital. Il le sera aussi selon la façon dont la direction de l'hôpital perçoit le rôle que joue le personnel infirmier auprès de l'institution et de la clientèle et la décision d'investir ou non dans son développement. Les infirmiers.ères qui œuvrent dans le milieu de psychiatrie légale peuvent avoir recours à leurs supérieurs afin de connaître leur rôle spécifique et les attentes reliées. Toutefois, force est de constater que ces dirigeants, qui pourraient faciliter leur travail, ne semblent

pas concrètement le comprendre eux-mêmes. Une nouvelle cassure s'opère donc pour le personnel infirmier qui est finalement complètement laissé à lui-même. C'est ce que la majorité des témoignages ont mis en évidence : l'abîme entre la perception de leur travail plancher et celle détenue par la direction.

Perceptions selon les orientations ministérielles et les ordres professionnels.

Une fluctuation de la perception du travail des infirmiers.ères en milieu psycholégal par les supérieurs est grandement dictée par des demandes qui ne concordent pas avec la réalité du travail. C'est ce que ce participant exprime.

Comment je le vois, moi, personnellement, l'employeur voit notre travail en fonction de ce qui a été demandé par les agréments et par les enquêtes de l'Ordre... Je dirais qu'on est plus stigmatisé par l'employeur que par les patients. Ça a l'air un peu énorme ce que je vais dire, mais, depuis que je suis arrivé ici, on sent qu'on est dans un perpétuel changement qui n'aboutit à rien et qui, moralement, draine du jus. (P2A, 177-182)

Ces directives entraînent des répercussions graves sur les responsabilités déontologiques du personnel infirmier. Le prochain extrait en donne un exemple éloquent.

Alors, le soir j'étais tout seul comme infirmier à la console, je faisais de la console et il est arrivé une agression et je n'ai pas pu m'occuper du patient, le patient était contentonné et personne ne me l'a dit. Donc, le patient est resté contentonné trois heures de temps et, quand je suis allé le voir pour sa médication, il était couché, attaché et il dormait. Ça, j'en avais parlé [au] coordo ici et il me disait « tsé, le ministère, eux, ils ne voient pas ça de même... » Tout d'un coup, il y a eu de l'argent et, là, on a pu ravoier des commis et j'ai pu plus faire mon travail d'infirmier. [...] J'ai un patient qui s'est fait attacher et je n'en avais aucune idée... Il aurait pu être blessé attaché... (P3A, 131-147)

Cette instabilité basée sur des demandes d'instances encore plus éloignées de la réalité vécue du personnel infirmier envoie un message flou et utilitaire du travail infirmier dans une telle institution. Ce qui est attendu pendant une période ne le sera peut-être plus ou sera exactement l'opposé pour une autre période. Une base consolidant les savoirs infirmiers propres à la spécialité en psychiatrie légale viendrait soutenir une pratique sécuritaire et distinctive propre au milieu.

Néanmoins, si dans la première catégorie, il a été mis en évidence que le personnel infirmier en milieu psycholégal ne peut donner une description claire de son travail, il en va de même pour ceux qui les dirigent. Les infirmiers.ères dans de telles conditions perdent leurs repères pour l'atteinte d'une pratique professionnelle sécuritaire et spécifique.

Perceptions du travail infirmier en milieu psycholégal.

Une proportion importante des témoignages recueillis auprès du personnel infirmier fait ressortir l'ignorance de la direction du travail infirmier sur leur réalité quotidienne. Pour certains travailleurs en soins infirmiers, cela laisse à penser que l'employeur ne sait tout simplement pas ce qu'ils font ou pire, que leur travail est négativement perçu.

À mon avis, c'est un petit peu, pour l'instant, dénigré. Je trouve qu'on a une surcharge assez importante et qu'ils ne tiennent pas compte des ratios, ils ne nous écoutent pas beaucoup quand on a des choses à amener, qu'on voudrait faire changer, on se fait traiter de réfractaire, on se fait traiter de gens qui n'acceptent pas le changement... C'est pas mal ça. Je trouve qu'il y a un manque de support au niveau de la profession. (P5A, 86-93)

Pas nécessairement bien vu, mais pas nécessairement pas bien vu. Je ne sais pas comment dire ça... Beaucoup de demandes au point de vue de la direction qui n'est pas nécessairement spécifique sur le plancher ou avec la clientèle... On dirait que c'est deux niveaux différents pour être franc. (P4A, 144-148)

Moi, je pense que l'employeur n'est pas au courant de qu'est-ce que les infirmières font. Je pense qu'ils pensent moins que qu'est-ce qu'on fait et ils nous donnent de plus en plus d'ouvrage à faire en paperasse. (P80B, 156-158)

Les expériences rapportées dans ces témoignages influencent la perception des infirmiers.ères par rapport à l'importance de leur rôle et de la place à occuper. Une déconsidération du rôle et un certain contrôle de leurs activités professionnelles passant par la bureaucratie créent encore une fois un abîme autour de ce personnel infirmier. La méconnaissance, les attitudes négatives et la discrimination que les infirmiers.ères en psychiatrie légale vivent quotidiennement fondent et perpétuent la marginalisation de cette surspécialité. De plus, il faut garder en mémoire qu'aucune formation n'existe pour ces professionnels de la santé qui travaillent en milieu psycholégal.

5.2 Thème 2 : Choc culturel

Tableau 3. Thème 2 et ses catégories

Thème 2 : Choc culturel
Catégorie 1. Déceptions Dissonance entre les attentes et la réalité du milieu
Catégorie 2. Castes professionnelles Professionnels versus « personnel de plancher » Hiérarchie « institutionnelle »

5.2.1 Catégorie 1. Déceptions

Les infirmiers.ères qui ont choisi de travailler en milieu de psychiatrie légale ont exprimé percevoir ce milieu comme un *challenge*, un milieu de spécialité en santé mentale ou mentionné vouloir s’y rendre par curiosité professionnelle. Lors des entretiens, la majorité a exprimé avoir vécu une grande déception entre leurs attentes professionnelles et les attentes du milieu. Le rôle même de l’infirmier.ère à l’interne n’est pas défini et il est soutenu par des directives changeantes, ce qui ne favorise pas une bonne intégration du personnel. De plus, la hiérarchisation des titres d’emploi est toujours fortement implantée et entrave le travail interdisciplinaire souhaité dans un tel établissement.

Dissonance entre les attentes et la réalité du milieu.

Plusieurs participants ont exprimé la présence d’un rôle infirmier qui est obscur et instable, empêchant leur épanouissement. Dans le prochain extrait, un participant explique comment cela affecte son travail.

On est en perpétuel programme, on change d’une année à une autre, on ne se stabilise pas et puis on est tout le temps sur le qui-vive, on est tout le temps dans des apprentissages qui nous servent des fois à rien, c’est énorme, on ne peut pas parler de ça. (P2A, 182-186)

D'autres ont aussi exprimé une détérioration de leur rôle en tant que professionnel.le de la santé en lien avec ces changements incessants, c'est ce qu'illustre le prochain extrait.

J'aimais plus ma façon de travailler avant, parce que je sentais qu'on était plus reconnus, même si on était seulement un, je souhaitais qu'un jour on soit deux, mais pas dans le contexte actuel, je trouve ça difficile, parce que j'ai vraiment l'impression que les gestionnaires ce n'est pas des gestionnaires, c'est des infirmières. J'aimerais mieux que ce soit des gestionnaires qui gèrent la bâtisse pour que ce soit mieux réparti les richesses et tout... C'est une façon de parler. C'est des infirmières de bureau, ce n'est pas des infirmières de plancher... Beaucoup ont fait du plancher, mais ça fait très longtemps. (P80B, 307-316)

Les attentes du milieu ne sont pas claires, les responsabilités infirmières ne sont pas non plus connues ou bien expliquées dès le début de leur entrée en fonctions. Certains participants mentionnent que cela peut donner raison aux préjugés véhiculés de l'extérieur. L'abysse entre les attentes des infirmiers.ères qui ont un intérêt pour la psychiatrie légale et la réalité du milieu est si important, que certains mentionnent s'être questionnés sur la pertinence de leur présence.

Quand je suis sortie d'(W) et que je suis arrivée directement ici, les premières semaines, j'étais comme « wow, qu'est-ce que je fais ici, quelle est ma tâche », parce que, juste pour rappeler, j'étais avec deux ou trois éducateurs sur le plancher... Donc, souvent, on m'interpelait, à mes débuts que je parle, souvent on m'interpelait uniquement pour donner des PRN [pro re nata : au besoin] aux patients, ce que je trouvais relativement... Ça concordait un peu avec les idées que les gens avaient... Tu sais, tu viens t'asseoir et tu attends qu'on t'appelle pour donner les pilules. C'est sûr que tu as le choix de faire ça toute ta carrière si ça te tente, ça je tiens à le mentionner, parce que ce n'est pas tout le monde qui est au même niveau et qui a la même philosophie de soins non plus. (P70B, 171- 182)

L'extrait précédent met en exergue la possibilité d'un travail laxiste chez l'infirmier.ère, offrant l'espace pour intégrer le fait que leur travail n'est peut-être pas si fondamental dans ce milieu de psychiatrie légale.

Dans l'extrait suivant, le participant exprime que la confusion entourant le rôle infirmier en milieu psycholégal lui est spécifique.

Au début, j'étais comme OK, parce que c'est vraiment différent des autres milieux. Ailleurs, tu fais des notes chronologiques à tous tes patients, tu fais des entrevues à tous tes patients à chaque jour où tu évalues l'état mental et physique des patients.

Ici, au début, c'était différent, parce que je ne voyais pas vraiment mon rôle, c'est par les suivis infirmiers que tu fais, puis donner les médicaments. (P20B, 121-129)

Puis, cette réalité aux prémices d'une pratique infirmière en psychiatrie légale se perpétue auprès de ces professionnels, même après plusieurs mois ou années de pratique. Inévitablement, ce flou professionnel entraîne aussi des problématiques au sein des équipes traitantes.

Honnêtement, je ne le trouve pas défini mon rôle. Je me perds encore dans des demandes... Ce qu'on nous demande, ce n'est pas clair. (P50B, 163-165)

Le temps passe, mais je n'ai pas l'impression de m'approprier la profession, j'ai comme plus l'impression d'être un robot qu'on place d'un endroit à l'autre et qui donne les pilules et qui reste là et c'est tout. (P10B, 326-329)

L'imbroglie entourant leurs rôles et responsabilités se serait accentué avec les dernières années, ne favorisant pas la cohésion des équipes. C'est ce que le prochain participant exprime.

Non, c'est depuis quelques années, ça s'empile les tâches cléricales. [...] Donc, la définition de tâches mérite d'être revue, je pense, pour s'assurer que le travail est bien fait aussi. [/] Encore une fois, ça entre dans la description de tâches. Quand ça devient flou, la description de tâches, les gens s'en permettent un peu plus et ne savent même pas nécessairement où est la limite. Moi, en plus de ça, j'ai un background en éducation spécialisée aussi, donc je sais parfaitement où est la limite. [...] Donc, c'était mon arme pour leur dire de vaquer à leur rôle, mais, pour répondre à la question, je pense qu'encore une fois, ça retourne à la description de tâches bien définie. (P70B, 156-161/202-215)

Cette instabilité de la définition de tâches infirmières n'aide en rien le personnel infirmier à saisir ses implications professionnelles et à occuper sa place. Il faut ajouter à cela que dans cet hôpital à haute sécurité, les pratiques à l'interne varient d'une unité à l'autre, ce qui n'est rien pour aider les infirmières à intégrer leur fonction.

Alors, c'est comme si je devais recommencer à apprendre la routine de l'unité chaque fois et ce n'est pas la même équipe, pas les mêmes gens, alors tu recommences du début et tu passes pour la petite nouvelle et tout le stress qui vient avec, ça me dérange [...] je n'ai pas l'impression d'avancer dans ma pratique. [/] Ce que je trouve dommage à ***, c'est qu'il y a comme quatorze petits ***. Tu te promènes d'un endroit à l'autre, mais ça change. Alors, non. Il y a plein d'affaires que j'entends parler, oui il y a ça, mais que je n'ai jamais eu l'occasion de le voir en profondeur, disons, je n'ai jamais eu une formation et je n'ai jamais eu l'occasion de l'appliquer. (P10B, 209-229/304-316)

Comment j'ai trouvé ça quand je suis arrivée ici, j'ai trouvé ça moyen, parce que je m'adapte très bien aux gens et à l'organisation et tout, mais pour les gens qui ont de la difficulté, c'est quand même intense, parce que chaque unité, elles sont pareilles les unités, mais ça marche différemment, chaque unité a ses affaires, sur chaque unité les papiers sont à telle place, tout est différent, il y a des affaires qu'une fait que l'autre ne fait pas. Ça fait beaucoup (P50B, 159-165)

Le dernier témoignage dénote le négativisme de l'impression première que cette instabilité renvoie aux nouveaux arrivants infirmiers. Les méthodes de travail sont fluctuantes au sein même de l'institution et ne favorisent pas la reconnaissance du travail infirmier. Cela ne permet pas non plus d'avancer dans une définition du rôle infirmier qui devient plutôt accessoire ou utilitaire selon les besoins de chacune des équipes de travail ou des unités de soins.

D'autres participants ont aussi exprimé le désir qu'ils avaient au départ d'innover et de démontrer l'apport professionnel qu'ils pouvaient amener tant à l'équipe soignante qu'aux patients.

Cependant, ces idées proactives ne sont pas au diapason avec les attentes institutionnelles.

C'est un peu difficile, parce que... J'ai lu plein de belles choses dans les écrits et il y a pleins de trucs, des idées d'interventions qu'on pourrait faire, des choses à changer ou peut-être des trucs sur lesquels mettre plus d'emphasis pour améliorer le travail en général, les soins offerts, mais j'ai l'impression qu'il y a tellement de problématiques, de toute façon, de gestion que c'est difficile de penser à une étape de... J'ai l'impression dans le fond, pour faire une métaphore, que les bases ne sont pas encore assez solides pour aller dans le plus précis, dans peut-être les soins qu'on peut offrir. J'aimerais ça, exemple, pouvoir avoir du temps pour donner peut-être des capsules d'enseignement aux patients sur les médicaments, mais je n'ai pas le temps et je n'aurai pas le temps manifestement, selon la direction que prennent nos tâches, de pouvoir mettre ça en place ce genre de pratiques-là, qui pourtant feraient partie des meilleures pratiques et qui devraient être demandées dans le cadre de mon titre d'infirmier clinicien. (P7A, 142-160)

Ce témoignage fait aussi ressortir une perte d'autonomie et d'opportunités professionnelles qui pourtant seraient bénéfiques tant pour les soins à la clientèle que pour le personnel infirmier. Les demandes du milieu ne sont pas rendues à ce niveau et cela entraîne une absence d'enrichissement professionnel. Le personnel infirmier qui a connu d'autres milieux d'exercice professionnel

mentionne même baisser ses performances professionnelles afin d'être cohérent avec les attentes du milieu.

Ici [...] en termes de recherche et d'enseignement, je dirais que ce n'est pas connecté avec le clinique. C'est un monde à part, c'est un monde inaccessible. [/] Donc, j'ai appris à réduire les attentes par rapport à mes performances cliniques et scientifiques. Je ne lisais plus des revues scientifiques comme je faisais avant à (X), alors que j'en lisais à tous les deux jours. Maintenant, je le fais quand ça me tente, ça peut aller à une fois par mois, juste pour garder le fil des nouvelles données, des nouvelles trouvailles dans le monde scientifique. Aller à des conférences à l'international c'est quasiment inexistant ici pour un simple infirmier. (P6A, 129-131/176-182)

Ce même participant décrit son expérience professionnelle dans l'espoir d'un meilleur avenir pour les futurs professionnels en sciences infirmières.

Quand je suis arrivé, je n'étais pas le plus vieux, j'étais comme au milieu et, là, je suis rendu un des plus vieux, plus ancien et tous mes collègues plus anciens sont déjà partis à la retraite. Donc, je vois arriver la jeunesse, des gens qui sortent de l'école. Pour moi, c'est l'espoir incroyable, c'est la matière brute et ces gens- là méritent, je dirais, une meilleure ambiance que moi, un meilleur accueil, un meilleur respect aussi de la profession et également de ne pas les brûler à travers des exigences incoordonnées ou un petit peu impulsives qui, des fois, quand on veut trop démontrer qu'on est bon, on surmène les travailleurs à travers les formulaires, à travers les évaluations, à travers les approches des fois qui se contredisent. (P6A, 315-330)

Ce témoignage, qui se veut optimiste, met en lumière la réalité institutionnelle et la souffrance que les travailleurs infirmiers présents peuvent ressentir. Il est en continuité avec la perte de la réalité plancher et des besoins infirmiers de leur propre milieu par la classe dirigeante. La dissonance entre les demandes de cet environnement et les attentes du personnel infirmier est telle que la majorité des participants mentionne une sorte de désengagement ou une impression d'être mis de côté par les dirigeants.

C'est un peu ça que je déplore beaucoup, c'est le fait qu'on n'apprend plus. Oui, on voit nos collègues travailler, ils font un travail différent disons les socios, mais malheureusement, je ne peux pas dire que j'ai appris énormément et c'est ça qui me déçoit beaucoup. (P40B, 174-178)

L'investissement dans la formation ou le développement professionnel de son personnel infirmier n'est pas non plus préconisé. Le participant mentionne dans l'extrait suivant qu'il y a en plus, sur certaines équipes, une distinction entre le personnel infirmier stabilisé et l'équipe volante.

Au niveau de l'employeur, je trouve que la formation est déficiente dans le courant de l'année, on pourrait avoir un peu plus de formations si on veut, des mises à jour ou des nouvelles affaires qui sortent... Surtout équipe volante, parce qu'il y a des formations qui vont se donner. Les gens qui y vont, moi, je vais les remplacer sur les unités, alors je n'ai jamais accès aux formations, c'est rare, très rare. (P5A, 157-163)

Cette présence de traitement différencié au sein même du personnel infirmier permet de laisser croire à ceux qui évoluent dans l'équipe volante qu'ils sont vraiment là ponctuellement pour « boucher » les besoins. L'extrait suivant illustre le désarroi ressenti par la majorité des participants par rapport à leur milieu de travail et l'impossibilité de s'y retrouver ou de se reconnaître professionnellement.

*** est actuellement dans un vent de changement, un vent de changement qui est un peu trop drastique pour nous, qui est trop accéléré pour nous. Il y a beaucoup de choses qui changent, on ne peut pas les répertorier en aussi peu de temps, mais ça nuit à la pratique. C'est sûr que la science est très dynamique, elle évolue, mais ce qui évolue ici avec nous, ce n'est pas ça, ce n'est pas la pratique scientifique, ce n'est pas la pratique intellectuelle, ce n'est pas la pratique de connaissances [...]. On n'arrive pas à arrêter un moment donné pour dire « voilà, c'est la pratique, on définit ça et on continue ». C'est aussi devenu chronique ces changements-là. Peut-être qu'en haut, ils perçoivent ça comme des informations et des formations, mais ce n'est pas comme ça que je le perçois, moi. C'est trop de changements. La première fois qu'on est arrivé ici, on a appris à l'université comment faire un PTI [plan thérapeutique infirmier] et neuf ans après, on apprend toujours comment faire un PTI. Ça n'a pas arrêté. (P2A, 317-332)

Comme les extraits précédents l'indiquent, le rôle infirmier est vague et ne correspond pas aux aspirations professionnelles des infirmiers.ères. S'ajoutent à cela les demandes désorganisées de la classe hiérarchique supérieure, ce qui entraîne du désenchantement et une perte d'opportunités pour le personnel infirmier. De plus, il ne peut se tourner vers sa communauté ou vers les institutions d'éducation par la suite pour aller chercher ce manque de savoirs spécifiques à sa surspécialisation,

car, faut-il le rappeler, chacun des participants ou participantes a vécu du rejet de la part de sa communauté de pratique, aucun cursus scolaire cohérent n'est mis en place et aucune formation en psychiatrie légale n'est offerte en sciences infirmières. D'abord attiré par le milieu psycholégal perçu comme une sommité en psychiatrie, un lieu où il y aurait un challenge dans la pratique et offrant la possibilité de développer tout un nouveau savoir, ce désir est déchu. Les déceptions rencontrées par les professionnels en sciences infirmières ont leur origine à différentes sources hors de leur portée.

5.2.2 *Catégorie 2. Castes professionnelles*

Plusieurs participants ont mentionné l'ambiance de travail dans l'équipe de soins favorisant une séparation et une hiérarchisation qui est contre-productive tant pour le travail infirmier que pour la qualité des soins offerts à la clientèle.

Professionnels versus « personnel de plancher ».

Une grande majorité du personnel infirmier interviewé a mentionné que le travail d'équipe dans cette institution psycholégale était souvent empreint de compétitivité au lieu de complémentarité. C'est ce que le passage suivant illustre.

La compétition, parce qu'on voit arriver aussi d'autres professions, les sociothérapeutes sont majoritaires ici, c'est une réalité, ils ont acquis une expérience. Mais là, on rajoute maintenant les travailleurs sociaux, les criminologues qui ont doublé le nombre de présences et les psychologues. Chacun veut sa partie, la plus grosse partie, du gâteau sur la même clientèle. Certaines professions ont plus de moyens que d'autres parce qu'ils ne sont pas là 24 heures sur 24 avec le patient comme les infirmières, ils ne sont pas là sur le plancher au quotidien, mais ils ont leur rôle, ils peuvent se permettre de construire un groupe de thérapie, une formation à droite et à gauche. (P6A, 330- 339)

L'ajout de professionnels est fait de manière hasardeuse et au lieu de voir cela d'un bon œil, les infirmières y voient plutôt une perte de spécificité de leur rôle. Les tâches infirmières indistinctes s'accumulent, menant à la perte d'intérêt pour leur profession. De plus, une pression

induite sur le personnel infirmier ajoute à leur déroute, comme le mentionne le prochain participant dans son témoignage.

Le rôle de l'infirmier, il est là, il existe et il se définit lui-même. On n'a pas besoin que l'administration vienne nous imposer notre rôle. Je trouve que c'est une énorme bêtise de dire « imposez-vous dans une équipe » parce que c'est un langage qui..., très... revient souvent. « Impose-toi dans une équipe, tu donnes le rapport, donc tu es le leader », c'est difficile. Le rôle de l'infirmier, il est là par définition, on ne se l'impose pas, chacun a son espace et je ne comprends pas pourquoi l'administration nous pousse tout le temps dans cette direction-là, « imposez-vous », « c'est toi qui dois donner le rapport »... (P2A, 265-273)

Le manque de vision et de direction auprès des équipes soignantes a aussi été nommé à plusieurs reprises par différents participants. La présence de plusieurs titres professionnels au sein d'une équipe soignante où une ambiance de compétition est instaurée ne favorise pas nécessairement la bonne entente et le développement d'interventions en faveur des patients.

Ça aurait été bien d'avoir plus d'écoute, plus de support. Il y a eu un manquement concernant la planification... Nous, on entre ici et on a des choses à faire, c'est toujours la même routine de base, mais, comme je vous dis, c'est abstrait, des lignes plus directives pour mieux nous guider, pour ne pas perdre notre temps pour amener le patient justement à aller dans la bonne direction, parce que, des fois, je ne pense pas qu'on guidait correctement le patient, ne sachant pas vraiment qu'est-ce qu'on faisait avec lui. (P30B, 410-418)

Le précédent témoignage illustre le fait que le personnel infirmier n'est pas informé promptement des lignes directrices de traitement des patients qui sont sous leur charge engendre des conséquences contre-productives sur celui-ci.

Dans le milieu de la psychiatrie légale, les infirmiers.ères sont les professionnels de la santé qui sont auprès du patient à temps plein. Alors ne pas les tenir au courant des développements dans le cheminement du patient ne favorise pas une prise en charge complète, holistique et efficace. Pire, le prochain témoignage met en évidence que l'information relative à certaines situations ne circule pas adéquatement, ce qui peut compromettre la qualité des soins dans ce milieu.

C'est que ça peut dédoubler le travail, ça peut faire en sorte aussi qu'on travaille chacun avec le patient, pour le mieux du patient bien sûr, mais le fait de répéter ou

bien... Pour un exemple concret : « Tel patient m'a dit que telle situation le rendait anxieux. » « Ah, oui, oui, il me l'a dit hier. » « OK? Il te l'a dit hier? Mais qu'est-ce que tu as fait avec toi? C'est quoi la suite? On peut s'asseoir, on peut en discuter? » « Ah, ben, ce n'est pas grave là... » OK, je passe au numéro suivant... C'est ça, il y a un gros manque au niveau de la communication et je pense aussi que le fait que ce soit très hiérarchisé, ça vient bloquer aussi l'inspiration des gens. (P70B, 284-298)

Plusieurs témoignages portaient sur ce manque de travail d'équipe en interdisciplinarité au détriment d'un travail plus individuel, au mieux, multidisciplinaire.

Et le travail multi... J'ai l'impression que le travail multi n'est pas tant multi... J'ai l'impression qu'ils veulent séparer les quarts de travail, les différents titres, sans nécessairement les unifier. [...] Je trouve ça plate. Tu sais, quand je me fais dire « ah ben, non, ce n'est pas ta tâche, c'est la tâche de... ». Oui, mais je fais ça pour aider. On est une équipe, on est supposé travailler ensemble. Tu ne devrais pas percevoir ça comme si je viens te retirer des tâches, mais ça c'est, je trouve, une atmosphère qui a été mise par l'employeur. [/] Alors si je dis au patient demande-moi adéquatement, dis-moi s'il te plaît, me faire dire que « ce n'est pas dans ton mandat, tu es une infirmière, laisse ça à l'éducateur ». Non, j'avais un volet moi aussi de psychiatrie et... ça c'est une frustration pour de vrai que je vis, mais, ça, c'est entre collègues et c'est ça qui vient me chercher. (P60B, 169-179/217-222/)

Ce participant renchérit sur le manque de maturité concernant le travail d'équipe qui entraîne des conséquences sur l'atmosphère de travail, cette condition pouvant être source de souffrance pour le personnel infirmier.

Il n'y a pas tant de travail d'équipe. Je trouve que des fois, il manque beaucoup de communication, il manque d'entraide. Des fois, c'est à cause des personnalités, ça on le comprend, on est amené à fréquenter plusieurs types de personnalité, mais tu es dans un milieu de travail, alors il me semble que le professionnalisme devrait embarquer, ce qui n'est souvent pas le cas. Je trouve que la division qui est faite, comme je dis, par l'employeur, parmi les titres d'emploi fait en sorte que... Je ne sais pas comment l'expliquer, mais ça fait une atmosphère presque malsaine des fois. (P60B, 232-240)

Ces propos sont corroborés par l'extrait suivant, qui nous permet de prendre le pouls de cette atmosphère nuisible au travail d'équipe et, par ricochet, au rétablissement de la clientèle.

J'ai l'impression que *** ne travaille pas en vraie interdisciplinarité dans certaines situations, parce qu'on est en train de créer des silos. Au début, on était moins nombreux, mais il y avait comme un esprit de cohésion, de partage, de responsabilités. Actuellement, c'est comme si chacun veut démontrer qu'il a fait la

meilleure thérapie, la meilleure approche récente et on se regroupe entre nous, criminologues à part, infirmières un autre groupe, psychologues un autre groupe. Qui ont comme créé ces ilots-là. Je trouve qu'à la longue, si on ne les égalise pas on risque de vivre encore, vivre un petit peu comme dans le milieu hospitalier et la hiérarchisation des titres, psychiatres va être au top, psychologues, travailleurs sociaux et infirmières qui restent encore sur le plancher, à qui on donne des tâches qu'on appelle élargies et non pas enrichies. Puis, on lui en rajoute plus plus. Pour ce qui est des beaux morceaux, on donne le biscuit aux autres parce qu'ils ont plus le temps et plus les moyens d'aller prendre des formations, aux colloques, les conférences. Alors, c'est ça mon inquiétude pour l'instant. (P6A, 339-354)

Les prochains extraits permettent d'illustrer la réalité du travail selon la séparation des titres d'emploi « professionnel » et des employés qui travaillent directement avec la clientèle sur le plancher, ainsi que la séparation que cela entraîne.

Je trouve qu'on n'a pas une grande collégialité avec les médecins, c'est plus « je commande et vous exécutez », on devrait avoir plus d'autonomie. On n'est pas cruche, on a fait souvent trois ans de DEC, trois, quatre, cinq ans d'université, d'autres cours à côté. (P70B, 201-205)

Ici, c'est beaucoup hiérarchique, en voulant dire le docteur me parle en réunion... Que, avec soit les assistants-infirmières ou des fois des criminologues qui sont assistants, des fois c'est des socios qui sont assistants... Donc, ils discutent ensemble, avec un criminologue et un psychologue pour prendre des décisions importantes venant de la clientèle sur le plancher et que, sur le plancher, tu as différents, d'autres genres de personnel comme des infirmiers, des sociothérapeutes, d'autre personnel, des agents d'intervention, qui ont des informations importantes, mais c'est très hiérarchisé... moi, je pensais qu'en arrivant à ***, ce serait plus uni au point de vue travail d'équipe, décisionnel, pour la clientèle... Moi, quand je suis arrivé, ça m'a surpris. Ce n'est pas pour être négatif, mais j'ai trouvé ça l'inverse, j'ai trouvé que les gens sont moins unis et plus individualistes dans leur profession pour la clientèle. Ils font leur travail, leurs petites choses. Je pensais que ce serait plus un travail d'équipe. (P4A, 278- 296)

Le dernier témoignage nous permet d'apprécier tant la déception face au fonctionnement à l'interne que la séparation entretenue entre les titres d'emploi. Une grande majorité de témoignages reflète une désarticulation ciblée du travail infirmier par des instances de la classe dirigeante qui n'est pas présente auprès des autres employés. Le prochain extrait révèle cette pression induite aux infirmier.ères qui ne semble pas être bénéfique pour leur épanouissement.

L'administration veut une construction de personnalité d'infirmier, elle veut qu'on construise une certaine personnalité pour prendre notre place, alors que je trouve que ce n'est pas nécessaire, la place est là. Pourquoi ça n'existe pas avec les éducateurs, pourquoi ça n'existe pas avec les criminologues, pourquoi ça n'existe pas avec les médecins, pourquoi c'est juste avec l'infirmier? On pousse toujours l'infirmier. Moi, je trouve que notre place est là, parce que notre spécifique est là. C'est tout. (P2A, 283-289)

La séparation s'opère dans les équipes de soins et le personnel infirmier se sent davantage à l'écart, repoussé et le risque est bien réel qu'il intègre que son rôle professionnel n'est pas si important au bout du compte. Les deux prochains témoignages nous permettent de jauger cette réalité destructrice sur le travail infirmier et les contrecoups sur la clientèle.

On dirait que du côté médecin, dépendamment... Des fois, les décisions sont déjà prises. Des fois, on va avoir une suggestion, mais ce n'est pas pris en considération. On est plus ou moins écouté. Pourtant, c'est nous qui passons le plus de temps avec les patients sur le plancher. Eux, ils les voient une demi-heure, une heure à peine, par semaine, dans leur bureau. Nous, on voit différents moments dans la journée, jour et soir c'est différent. [/] Ça aurait été bien d'avoir plus d'écoute, plus de support. Il y a eu un manquement concernant la planification. (P30B, 399-406/410-412)

Ça m'est arrivé de constater qu'à l'interne, des fois, il y avait réunion entre psychiatre et professionnels, excluant l'infirmière curieusement et coordos. Ensuite, il y avait une autre réunion Cardex qu'on appelait, là on trouvait des infirmières et des éducateurs. Ensuite, il y avait peut-être une réunion où on incluait le patient. Donc, pourquoi tout est divisé comme ça... On pourrait tout simplement se mettre ensemble et réfléchir ensemble, selon chacun notre travail, on a des perspectives différentes, ça aurait été mieux de tout mettre ça ensemble. (P70B, 280-292)

Le travail segmentaire mis en évidence dans le dernier témoignage et questionné par le participant permet de comprendre que cela empêche un travail interdisciplinaire efficace et valorisant pour toute l'équipe de soins. Conséquemment, cette fragmentation du travail alourdit le processus de traitement et de rétablissement pour la clientèle et les risques d'une communication déficiente s'accroissent. Il devient encore plus ardu pour le personnel infirmier d'opérer de manière efficace et d'assurer d'offrir des soins de qualité.

Hierarchie « institutionnelle ».

Plusieurs participants mentionnent trouver leurs échanges ardu avec leurs supérieurs. Une barrière de communication est bien présente, tout comme un sentiment d'infériorité. Le prochain passage expose cette réalité difficile frôlant l'incivilité.

Ma supérieure immédiate à qui je devrais me référer est une personne qui est assez fermée, assez froide... C'est ma perception et c'est la perception de beaucoup de gens à qui je parle, ce qui fait qu'on n'a pas envie d'aller vers cette personne-là pour avoir de l'aide. On ne se sent pas écouté ni supporté, alors que son rôle principal c'est ça, c'est de nous aider, de nous supporter, de nous donner des idées etc. Je ne trouve pas que ça fonctionne bien [...]. Une reconnaissance de ton travail? Jamais de mes supérieurs! Une considération non plus? Jamais! On en entend juste parler quand quelque chose ne va pas bien. Tous les jours... Mes collègues oui, mais pas mes supérieurs. L'équipe proche me fait sentir que je suis apprécié, mais pas mes supérieurs, absolument pas, on n'a même pas un bonjour le matin. (P5A, 100-114)

Ce manque de considération peut entraîner un décrochage de l'employé envers l'employeur et l'investissement dans son travail peut en être influencé. Le prochain passage permet de saisir la frustration engendrée, le participant s'étant exprimé avec verve et consternation. Il concerne l'implantation et la réalisation d'un projet pilote par la haute direction sur différentes unités.

Il n'y a pas de respect dans ça, il n'y a aucun respect, surtout dans cette histoire- là de rehaussement. Je ne comprends pas pourquoi des unités ont bénéficié d'un soutien durant six mois d'orientation et de formation, alors que, par exemple, rendu au rehaussement avec les autres unités, on donne un petit formulaire pour te dire voilà comment... Et encore, ce formulaire-là a été tiré, je pense, d'un hôpital de Québec, je ne me souviens pas c'était quoi, mais on l'a ici. Donc, tout ce six mois-là juste pour ce papier-là qu'on a tiré d'un hôpital X quelque part... Je peux en chercher si c'est juste le problème. (P2A, 237-245)

Cette hiérarchisation institue aussi un sentiment d'isolement et une rupture entre le personnel infirmier, les autres membres de l'équipe et les supérieurs hiérarchiques. Il y a une détresse ainsi communiquée par les infirmières en psychiatrie légale. Ils ne trouvent pas leur place, ne sont pas considérés et leur expérience de travail est négative.

Je pense que c'est surtout dû que les gens qui vont prendre ces décisions-là, ce n'est pas des gens qui sont activement sur le plancher actuellement et donc ils n'ont pas

le même pouls de la réalité versus ce qu'ils veulent mettre en œuvre. Je pense qu'il y a ce fossé-là qui est en grande partie une cause du problème. (P7A, 227-231)

C'est rendu que je suis devenue quasiment un robot, OK à telle heure, à 8 h j'arrive, je prépare la médic, je donne la médic, OK c'est la collation, je m'assoie un peu dans la salle, diner, après un revient dans la salle, une note et on rentre. C'est rendu ça ma routine [...]. Alors, c'est ça, tout est comme difficile. (P10B, 229-236)

Plusieurs ont par la suite mentionné le manque de partage des responsabilités et qu'une importante partie du travail incombait uniquement au personnel infirmier. Les infirmiers.ères se sentent parfois même responsables de leurs collègues de travail lors de désorganisation, ajoutant encore plus de pression sur leurs épaules.

Ce qui dérange aussi, c'est le poids qu'on donne beaucoup à l'infirmier, les mesures ultimes d'encadrement, c'est l'infirmier qui est responsable, les MU [mesures d'urgence] c'est l'infirmier qui est responsable... Donc, il y a beaucoup de responsabilités qui reviennent sur l'infirmier. On est passé de un infirmier avec vingt et un patients... Pour résumer tout ça, on était plus à l'aise lorsqu'on était avec un seul infirmier pour les patients que maintenant, avec deux infirmiers et dix patients. La charge a beaucoup beaucoup augmenté. (P2A, 245-252)

Par ailleurs, les entretiens ont permis de faire ressortir que les infirmiers.ères de ce milieu se sentent utilisés pour répondre à des exigences provenant d'instances autoritaires encore plus élevées hiérarchiquement. L'instrumentalisation de leur titre professionnel nuit inévitablement à leur valeur, leur identité et leur reconnaissance. L'employeur même qui les rémunère est aussi source de frustration et d'indifférence qui mènent à de la déconsidération.

J'ai l'impression qu'ils [la direction] ont peut-être une pression externe de la régie régionale, je n'en ai aucune idée, mais j'ai vraiment l'impression qu'on est laissé là. On va avoir quelques formations, mais c'est toujours « bon ben ça », mais on ne vient même pas valider à savoir si on a eu une compréhension. J'ai vraiment l'impression qu'on nous lance des affaires, on veut qu'on fasse les choses, mais en même temps, on ne vient pas nous contacter, mais genre dire « qu'est-ce que tu en penses de ça », parce que c'est nous autres les personnes qui vont travailler avec cet outil-là. J'ai plus l'impression qu'on nous donne des outils et c'est comme ça. Et ce ne sont pas des outils nécessairement qui sont appropriés pour nous autres dans ce milieu-là des fois. (P90B, 180-192)

Je pense plutôt que ça répond à un besoin ministériel, probablement, parce que ce n'est pas vrai que c'est un besoin d'infirmière que d'écrire ce qu'elle ne voit pas, entre autres et de l'écrire trois fois plutôt qu'une. (P70B, 165-168)

Le prochain témoignage rapporte une situation où le participant a vécu le manque de cohésion dans les demandes de ses supérieurs.

Ils disaient [la direction] qu'on allait être deux parce qu'ils veulent qu'on soit imputable. Moi, je suis toujours imputable. Même si je fais la médication des vingt-et-un patients, je suis imputable pour les vingt et un. « On veut que vous soyez imputables du début à la fin. » OK, mais même si je fais la médication des vingt et un et que l'autre fille fait des prises de sang, on reste quand même imputable des vingt-et-un patients, on peut se séparer l'unité en deux, on est de toute façon toujours imputable. Mais, il n'y avait pas de réponse au bout de la ligne. [Le conseiller clinique] ne savait plus quoi me dire. Il faut qu'on soit imputable, mais, nous, de par notre ordre professionnel, on est imputable. (P80B, 323-333)

Cette incohérence peut être source de grande frustration chez le personnel infirmier, mais aussi de perte de confiance envers les supérieurs qui devraient plutôt représenter l'inverse. S'ajoute à cela la réalité que plusieurs ont exprimée, soit le fait que leurs besoins en tant que professionnels de la santé ne sont pas estimés par leurs supérieurs. La hiérarchisation stricte en milieu psycholégal vient ici couper les ailes au personnel infirmier qui peine à s'approprier pleinement sa place. L'extrait suivant met en exergue plusieurs lacunes de cette classe qui est au sommet de la hiérarchie.

Que ce soit par le titre des gens ou par l'emplacement qu'on leur accorde, comme ils ont embauché quatre infirmières en pratique avancée, qu'ils ont mises dans un entrepôt et ça je suis toujours impressionné de comment on néglige cet investissement. Je trouve ça marrant à la limite, mais en même temps, ça c'est une forme de manque de connaissances, intentionnel ou pas, où toute la question d'être en crise et l'horizon se referme, alors que, selon moi, ils ont une opportunité extraordinaire de faire rayonner et de gagner en crédibilité, parce que ce qu'ils ne savent pas, c'est que s'ils rentrent comme il faut et qu'ils font rayonner ces quatre personnes-là, c'est tout le monde qui bénéficie. Une personne en doctorat fait bénéficier au moins cent personnes en dessous d'elle. C'est reconnu dans toutes les professions et les centres de recherches. Mais ça, ce principe-là, il n'est pas connu ici, tu vois. Moi, quand je parle de ça dans le réseau (Y), les gens ont le même langage. Ici, on dirait que je m'exprime dans une autre langue, ils voient quoi? Ils voient pas. À ***, le problème c'est que les gens qui sont en doctorat, par exemple, ne sont pas, à mon avis, pas assez valorisés comme ailleurs, au (X), alors quelqu'un qui est en doctorat soit en nursing, en psychologie, en travailleur social, il y a un titre de docteur que les gens respectent en partant et les médecins respectent ces

gens-là. Ici, on te traite comme un inconnu et ça, ça témoigne d'une attitude d'infériorité ou de hiérarchisation ici à *** et qui fait en sorte que ceux qui sont en place actuellement, ils n'évoluent pas et qui changent pas ces petits symboles, comme ça. (P6A, 385-408)

Par conséquent, l'épuisement et le découragement naissent auprès des travailleurs infirmiers et s'ensuit un désengagement envers le milieu de travail. Le personnel infirmier se sent utilisé et mis de côté dans les processus décisionnels qui ont des répercussions sur le travail quotidien. Il se demande même l'intérêt de s'investir dans sa profession, une souffrance s'installe.

C'est rare que *** accepte les moyens ou les idées qui viennent d'en bas, ça se parachute. C'est toujours à sens unique. Je pense qu'on n'en a pas beaucoup profité de la petitesse de l'organisme. On connaît tout le monde ici, tout le monde connaît tout le monde, vous allez à la cafétéria et vous allez rencontrer la DSI [Direction des soins infirmiers], tout le monde connaît tout le monde. Tout le monde connaît tout le monde ici et *** ne veut pas profiter de cette proximité- là, de cette connaissance-là. Ça aurait été quelque chose à exploiter mieux si les problèmes qu'on a en surface, les solutions peuvent émaner aussi de la base et ramener ça vers le haut, faire qu'on soit plus participatif pour gérer. Donc, ça vient tout le temps d'en haut. (P2A, 360-369)

C'est décourageant. Ça a même fait que des journées, je n'avais pas le goût de rentrer et que je ne rentrais tout simplement pas. Je me disais que ce soit moi ou quelqu'un d'autre, ça n'a pas d'importance au niveau des yeux de l'organisation, que ce soit moi ou un autre numéro d'employé, ça ne change rien. Pas de sentiment d'appartenance, mettons. [...] Dans mon cas, normalement, sur mon poste, je me sens laissé à moi-même. (P5A, 118-127)

Ce martèlement administratif et ce désengagement envers l'Institution vont se répercuter sur les soins au quotidien et même sur l'alliance dans l'équipe et envers la clientèle. Ce sont des conséquences importantes qui devraient être remises en question, ne serait-ce que dans l'optique de favoriser les meilleurs services possibles aux patients en psychiatrie légale.

5.3 Thème 3 : Soigner en milieu psycholégal

Tableau 4. Thème 3 et ses catégories

Thème 2 : Choc culturel
Catégorie 1. Soigner autrement (Im)possibilité d'une relation thérapeutique (Im)possibilité du soin
Catégorie 2. Crise identitaire Restructuration d'une identité professionnelle

Ce thème fait ressortir comment les infirmiers.ères en psychiatrie légale doivent réajuster leur travail auprès de leur clientèle. Ayant des attentes professionnelles qui ne sont pas comblées et même annihilées par le milieu, une fois le choc passé, ils ou elles doivent se redéfinir et faire sens avec ce qui est possible.

5.3.1 *Catégorie 1. Soigner autrement*

Le milieu de la psychiatrie légale ne ressemble pas au milieu des centres hospitaliers réguliers offrant des soins de santé physique. Néanmoins, la relation thérapeutique que l'infirmière ou l'infirmier développe avec le patient ou l'art du soin devraient être tout de même présents. Les participants de la recherche ont majoritairement exposé lors des entretiens que, si le fossé s'est creusé à différents niveaux selon une rigide hiérarchie de travail, l'abysse est tout aussi présent entre eux et leur clientèle. Ils ont insisté sur plusieurs interventions qui viennent les brimer dans le soin de leur clientèle, ce qui n'est pas sans conséquence sur leur propre perception de leur travail et sur ce que cela reflète aux autres collègues. Ne pouvant donner libre cours à leur talent infirmier, comment est-il possible pour ces infirmiers.ères de faire valoir leur rôle et leur spécificité? Leur marginalisation s'accroît, d'autant plus que ces professionnels de la santé vivent différentes situations discriminantes empreintes d'attitudes négatives à plusieurs niveaux.

(Im)possibilité d'une relation thérapeutique.

À maintes reprises, les participants nous ont exprimé comment il était difficile d'organiser leur travail infirmier quotidien et de s'investir auprès de la clientèle parce qu'il arrivait régulièrement qu'ils se fassent imposer des activités de formation quelconques de manière impromptue. L'extrait suivant met cette réalité en lumière : peu importe que ce participant soit occupé avec un patient ou en équipe de travail, l'agenda de l'organisation prime.

Vous êtes en train de travailler, vous êtes avec le médecin et il [la direction] vous envoie une personne pour vous expliquer comment faire une note, vous êtes pris dans une discussion avec le médecin et avec le pharmacien et il y a quelqu'un qui vous attend sur le pas de la porte parce qu'il faut qu'il vous donne une formation... C'est mal géré, c'est mal défini, c'est du parachutage. [/] Donc, il y a quelqu'un X qui peut arriver pour dire « bah, là je vais te donner la formation », en fonction de ses disponibilités bien sûr, mais on ne voit pas nos disponibilités à nous, par exemple. Ça, c'est le dernier cafouillage qu'on est en train de vivre actuellement. Donc tu es avec ton patient, tu es avec ton médecin, tu es avec ton équipe et on vient te chercher pour te donner cette formation-là... C'est très angoissant, c'est très dérangeant. (P2A, 206-210/229-235)

Le participant illustre ainsi une méthode de travail de la direction angoissante pour son personnel infirmier, situation rapportée par la majorité des participants interviewés. Cela représente une source de stress supplémentaire qui n'est évidemment pas nécessaire pour ces soignants qui évoluent dans un milieu parfois imprévisible.

La plupart des participants ont également rapporté que les initiatives ou la créativité professionnelles infirmières ne sont pas les bienvenues dans ce milieu psycholégal. Selon eux, le contrôle hiérarchique doit prédominer, inhibant plusieurs tentatives du personnel infirmier pour adapter leur enseignement à la clientèle.

Les moindres petites affaires qui sont tentées, comme exemple il y avait des ateliers sur les saines habitudes de vie. [...] Le Guide alimentaire canadien a changé. Elle voulait adapter la formation et elle s'est fait dire qu'elle ne pouvait pas l'adapter, qu'elle ne pouvait pas changer quoi que ce soit. Il y avait des trucs dans la formation qui s'adressaient plus à notre clientèle jeune adolescente, dans le sens où ils disaient « demande à ta mère que tu l'accompagnes plus souvent quand elle fait ses repas », mais tu sais, ce genre de phrases-là, de changer un petit peu la phrase pour que ça

s'adapte à toute la clientèle qui n'est pas nécessairement juste de 15-16 ans, on a des hommes de 40 ans... Ça non plus elle ne pouvait pas l'adapter. Depuis qu'elle a dit qu'elle voulait adapter ça et qu'on lui a dit « bien non, tu ne peux pas faire ça », ça a été annulé. À chaque fois, c'est remis, mais il n'y a jamais de nouvelle date, alors la formation ne se donne même plus. (P100B, 236-252)

Cet extrait rapporte une rigidité du travail qui est vécue par plusieurs participants, allant à l'encontre des fonctions fondamentales de tout professionnel en soins infirmiers, soit d'adapter et de coordonner les soins et services en fonction des besoins des patients.

De plus, il arrive souvent que le personnel infirmier se fasse imposer des changements dans son travail journalier sans consultation.

Souvent, c'est plus pour nous aviser des changements et « voici les nouvelles pratiques, voici les nouvelles choses à faire », au lieu de consultation, par rapport exemple au projet pilote. [...] On m'a appelé... On m'a proposé, « voudrais-tu aller sur telle unité pour le projet pilote, il va y avoir deux infirmières en tout temps », « OK », c'est comme ça que je me suis ramassé là. Je suis content, mais... Dans le sens qu'on n'est pas... Est-ce que d'autres collègues avaient été consultés avant, je ne le sais pas, mais ça n'a pas été le cas. (P7A, 234-242)

Cet extrait met en évidence le sophisme de la direction qui veut montrer patte blanche en mettant en place une approche consultative, pour finalement ne pas en tenir compte. Par ailleurs, ces directives lâchées sans préavis par la direction ne tiennent pas compte de la planification et de la réalité du travail infirmier. Le personnel infirmier vit ainsi des préoccupations quant aux bases de son travail et n'arrive pas à les consolider afin de trouver le temps pour établir une relation thérapeutique avec la clientèle. Ceci se traduit par un manque de direction envers les patients et d'engagement envers eux. Le prochain témoignage illustre ces situations qui prennent le personnel infirmier au dépourvu et minimisent l'engagement thérapeutique envers les patients.

Le patient est appelé à aller au TAQ [tribunal administratif du Québec] et on le sait la veille, on ne voit pas l'évolution trop trop de quel est le plan de match avec ce patient-là. Il est sur le plancher. Quand on pose la question au patient « Tu quittes quand, tu fais quoi, quel est ton projet de vie? », il ne le sait pas. C'est laborieux. Il y avait un projet pilote aussi à l'interne où les deux infirmières, on devait rencontrer les patients et c'est là que j'ai vraiment vu qu'il y avait un gros manque à ce niveau-là. On s'assoit avec le patient pour l'évaluer, oui, pour créer un lien thérapeutique

avec le patient, mais il n'y a aucun projet de vie d'établi, aucun plan de match... On regarde, on observe... On observe quoi? Ce n'est pas très clair. Est-ce qu'il est stable, est-ce qu'il est non stable? S'il est stable, combien de temps on va le garder à l'interne avant de commencer à travailler son projet externe? (P70B, 256-269)

L'apogée de cette mise à l'écart du personnel infirmier au détriment des soins aux patients est illustré dans le prochain extrait qui dénote une incompréhension du plan de traitement dès le début de la prise en charge d'un patient.

Le patient souffre, la grosse souffrance... J'ai vu l'autre fois un patient qui était couché depuis des mois, il n'y a rien qui se faisait, il ne prend pas ses pilules, il était dans son lit. C'est épouvantable laisser souffrir un patient de même. Je ne pouvais rien lui donner. Tu te sens complètement, pas inutile, mais les mains liées, tu ne peux rien faire pour l'aider. [/] Moi, ça joue beaucoup dans mes valeurs laisser un patient souffrir pour rien. On ne laisserait pas un patient souffrir avec une grosse plaie ouverte. [...] Quand un moment donné, tu perds la raison, tu perds le sens de la réalité, il faut te ramener à la réalité, parce que ça n'a pas de bon sens. On va laisser combien de temps ces patients-là errer comme ça dans le noir? (P80B, 258-268/274-288)

Cet extrait met de l'avant la détresse d'un infirmier de ne pas pouvoir soulager son patient et lui prodiguer des soins cohérents avec sa situation de santé. Inévitablement, une rupture avec les patients apparaît, pouvant ensuite mener à l'absence de l'établissement d'un lien significatif. Le prochain extrait va dans le même sens. Il met en exergue la complexité des soins et les obstacles à l'établissement d'une relation d'aide significative avec les patients, bien que la relation thérapeutique soit la base du travail infirmier.

Tu commences quelque chose avec un patient, tu ne peux pas faire des choses comme ça, parce que tu viens de couper, des fois, le peu que tu as avec le patient, le peu que tu as réussi à ce qu'il te fasse confiance, qu'il parle plus de son état mental, de ses états d'âme. Il y a beaucoup d'émotions en santé mentale et je trouve que c'est difficile de bien accomplir ce qu'on a à faire, en étant souvent seule, c'est difficile de faire ce qu'on nous demande [...]. Ce que je trouve déplorable, c'est ça, c'est que j'ai parfois le sentiment de ne pas pouvoir accomplir exactement ce que je voudrais par manque de temps et par manque d'effectifs, parce que je suis seule. Des fois, le patient veut me parler et je voudrais bien, mais je n'ai pas le temps, parce qu'il y a autre chose plus urgent. J'éteins des feux des fois et je n'aime pas ça. Je n'ai pas le sentiment quand je pars des fois que j'ai fait tout ce que j'avais à faire, mais quand je ferme la porte, j'essaie de fermer la porte, parce que ma santé mentale est primordiale si je veux aider les gens en santé mentale. (P30B, 305-322)

Ce désarroi s'accroît et le prochain témoignage dépeint un constat inadmissible dans l'art de la pratique infirmière.

Je pouvais ne pas parler avec un patient pendant facilement deux ou trois shifts de suite, parce que j'étais à la console tout le temps et que si le patient n'avait pas de médication de soir, je ne le voyais presque pas. Aller voir un patient juste pour lui demander comment ça allait et de l'évaluer, des fois c'était quasiment pas possible dans un quart de travail, ce qui est comme un non-sens un peu, parce qu'il reste sous ma responsabilité pendant les huit heures que je suis là. (P3A,172-179)

C'est même une pratique dangereuse puisque l'infirmière en vient à ne pas connaître les patients à sa charge, causant une nouvelle source de stress. Par le fait même, cette constatation détériore la qualité des soins offerts et ce, malgré toutes les bonnes intentions du personnel infirmier. Ajoutons à cela que la communication avec le supérieur immédiat qui pourrait comprendre ou pallier cette problématique est compromise, comme présenté préalablement. Le personnel infirmier est seul et ses repères professionnels lui échappent, même en étant conscient que cela est contradictoire à son éthique de travail. L'infirmière ne pourra pas chercher de l'aide à l'extérieur des murs du milieu psycholégal puisque, comme déjà établi, les ressources sont plutôt limitées, voire inexistantes. Le sentiment d'être isolé, incompris ou marginalisé s'enracine et devient de plus en plus conscient pour le personnel infirmier.

Le témoignage qui suit met en lumière les nouvelles normes de travail qui viennent alourdir la tâche infirmière et attise la confusion dans son rôle.

De séparer les groupes et les patients à qui on n'a pu affaire parce qu'ils ne sont pas dans notre groupe. [...] Et cette division, je trouve que ça fonctionne moins bien, il nous manque la moitié de l'information parce que ce n'est pas nos patients et ça arrive très régulièrement que notre collègue n'est pas là et qu'on doit s'occuper de ces patients-là quand même, c'est comme ça dans la vraie vie. Je trouve que ça a changé à ce niveau-là. (P5A, 180-188)

De plus, cette nouvelle façon de procéder voulant un ratio plus bas de patients par infirmière devrait logiquement augmenter le temps auprès de la clientèle et ainsi favoriser une relation thérapeutique complexe. Toutefois, selon la plupart des participants, il n'en est rien. En effet, le

prochain extrait fait état de cette réalité unique à cet établissement de psychiatrie légale, ainsi qu'aux conséquences pour les patients.

C'est la cerise sur le gâteau, on n'a pas le temps d'aller voir le patient. Il y a des décompensations physiques, on ne les voit pas. La relation d'aide, on ne la fait plus. La présence, la proximité auprès des patients, on ne l'a plus. C'est juste de la paperasse sur paperasse, pour faire des beaux dossiers, pour l'Ordre ou pour... je trouve qu'on néglige beaucoup le contact avec les patients. Énormément. Dans d'autres hôpitaux où je travaille avec les agences, je suis un exemple vivant, je connais plus les patients ailleurs que les patients ici là où je suis depuis neuf ans. (P2A, 254-261)

Un écart se crée ainsi entre le personnel infirmier et leurs patients, écart qui est tout à fait contraire aux pratiques exemplaires de la profession infirmière. Tous ces extraits mettent en relief le paradoxe devant lequel se retrouve le personnel infirmier, soit celui de vouloir offrir des soins selon un standard de pratique conforme à leur déontologie tout en étant contraint par les exigences du milieu qui l'en empêchent. Comme la relation thérapeutique et le soin sont compromis, les fondements de la pratique infirmière et l'identité professionnelle profonde sont chamboulés. Les infirmiers.ères ne pouvant même pas démontrer leurs compétences spécifiques dans une surspécialité médicale, il est difficile pour les collègues qui les entourent d'apprécier la portée de leurs interventions. L'isolement professionnel est de plus en plus cruel pour les infirmiers.ères en psychiatrie légale.

(Im)possibilité du soin.

Évidemment, dans de telles conditions, les soins aux patients sont bousculés et une déshumanisation du soin s'opère. La grande majorité des participants impute cette cassure à la lourdeur de la tâche cléricale qui est imposée. Cette section a créé un véritable engouement chez les participants qui ressentaient un besoin intense de dénoncer ce qu'ils vivent au quotidien. Les prochains extraits des entretiens sont éloquents et traduisent la détresse des infirmiers.ères qui voudraient offrir davantage à leurs patients.

On n'a pas le temps d'aller faire des rencontres, on n'a pas le temps d'aller faire de la mise à jour, rehausser notre niveau auprès de la clientèle, mais, d'un autre côté, on nous parle de comment faire des bonnes notes, comment faire des bons PTI, comment faire des beaux dossiers, comment répondre aux exigences des instances de l'Ordre ou des agréments... (P2A, 187-192)

Ça se veut d'être auprès du patient, mais pour le prouver, ça prend des statistiques, donc ça prend beaucoup de documentation et de tâches cléricales. Alors, finalement, ça vient cacher le côté clinique et on perd l'objectif initial de passer plus de temps avec les patients. Depuis ce projet pilote là, entre autres, je passe moins de temps du côté des patients, mais plus dans les notes. [Et tu as deux fois moins de patients à ta charge?] Oui, en plus. (P7A, 164-171)

Les extraits précédents détonent avec les interventions généralement attendues du personnel infirmier. La charge bureaucratique vient étouffer le travail fondamental des infirmiers.ères, éloignant de manière draconienne tous liens avec leurs patients. De plus, cette clientèle qui évolue dans un milieu de psychiatrie légale a des contacts prévus et observés avec leurs proches et leur famille. Elle est vulnérable et peu de personnes qui ont leurs intérêts en importance ont accès au milieu de vie que peut devenir l'hôpital de psychiatrie légale. Dans de telles conditions, le rôle d'advocacy du professionnel de la santé en soins infirmiers, rôle charnière, devient impraticable. La vision holistique de ses patients et de la défense de leurs intérêts sont des objectifs de soin difficilement atteignables. La plupart des participants ont avancé leurs explications de cette réalité surprenante lorsque le but est d'offrir des soins infirmiers exemplaires. Les témoignages suivants illustrent les raisons supposées.

C'est à force d'ajouter des tâches, est-ce que ça veut dire qu'à priori on ne fait rien? C'est quoi le but d'ajouter tout le temps une tâche cléricale? Je ne sais pas. Comme récemment, j'ai appris qu'on me demandait d'écrire toutes les notes au dossier pour tous les patients qui sont en MUE [mesure ultime d'encadrement]. (P70B, L138-142)

Ils (la direction) nous donnent de plus en plus d'ouvrage à faire en paperasse, en ci, en ça, que finalement, on n'a pas le temps d'aller voir nos patients souvent. C'est arrivé, quand je travaillais dans une unité d'expertise, que je ne pouvais même pas aller voir quinze minutes mes patients dans la salle dans toute une journée, parce que j'ai à écrire toute la paperasse qu'on doit faire. (P80B, 158- 163)

Ce que je constate, c'est que la bureaucratie a beaucoup embarqué, parce qu'antérieurement, il y a vingt ans, j'ai commencé au *** et j'étais pas mal plus avec les patients, alors que maintenant, on a de la misère à aller dans salle. (P90B, 213-217)

Bien que ces tâches soient apportées au personnel infirmier comme étant du travail bureaucratique nécessaire pour être en accord avec les meilleures pratiques en sciences infirmières, maints témoignages affirment le contraire.

Ils sont quasiment pas au courant, parce qu'ils ne s'informent pas, parce que... Ce n'est pas le fun ce que je vais dire, mais... Je travaille avec une patronne qui s'informe plus du coût de comment ça coûte que du patient, qu'est-ce qui est arrivé. « Ha! Ça va encore couter cher! » Dans le milieu, je n'avais jamais entendu parler autant d'argent dans le milieu physique. Admettons : « Ha! Ça va coûter cher de transport », « Ha! Ça va coûter cher aujourd'hui parce qu'il y en a trois qui sont partis à l'hôpital ». [...] C'est pire ici que le physique. Je n'avais jamais entendu parler autant d'argent ici que dans le physique. Au physique, on s'occupe de l'individu, du point A au point B et il faut faire ça, ça et ça, on n'a pas le choix, on donne tel traitement, tel examen, on fait ça. Je savais pas combien ça coutait une écho, je ne savais pas combien ça coutait voir le dentiste... Ici, on dirait que tout est monnayé. Mais, la clientèle, ce que j'ai appris avec les années, c'est qu'ici, la clientèle a un coût à déboursier, ce que je ne connaissais pas à l'urgence. À l'urgence, on faisait une écho, un scan... on voulait voir c'était quoi la pathologie. Si tu avais une appendicite, allez go, scan. On savait c'était quoi. Comme en chirurgie, OK on opère. Demande-moi pas combien ça coûtait une écho ou un scan ou une consultation en chirurgie. Ici, on est plus au courant de ça, c'est ce que, moi, je me suis aperçu. Moi, je me suis aperçu que beaucoup de choses sont monnayées ici, que je ne savais pas. Je te donne un exemple : On transfère un patient et ça prend un transport adapté. « Bon, combien ça va coûter? », « Heum, ben, je ne sais pas combien ça va coûter, je vais m'informer »... C'est peut-être à cause du manque d'effectifs parce que c'est plus spécialisé ici et c'est plus à part et c'est moins gros, c'est un plus petit centre. (P4A, 328-358)

Cet extrait illustre les différences de priorités entre un centre hospitalier et un établissement de psychiatrie légale. Ces constations rapportées teintent aussi la vision que pourrait avoir l'infirmière de ses patients et des soins à prodiguer. En effet, si les coûts sont trop onéreux pour le type de clientèle qu'ils soignent, cela revient-il à laisser sous-entendre que certains soins ou services ne devraient pas leur être offerts, car ils ne justifient pas la dépense? Il semble, selon les témoignages, que ce ne soit pas le style de réflexion présent dans les autres milieux.

De plus, la majorité des participants a rapporté des exigences de la direction contraires aux idéaux des soins qu'ils voudraient présenter à leurs patients. Les prochains extraits font état de ces contrecoups sur leur capacité à offrir des soins sécuritaires.

D'un autre côté aussi, il y a un matraquage sans cesse pour améliorer la pratique. C'est sûr que ce n'est pas la meilleure pratique si je compare avec ce qui se fait par exemple dans d'autres hôpitaux et ce qui se fait ici, on n'a pas les meilleures pratiques, ça traîne, c'est trop vieux comme pratiques, mais ce matraquage-là aussi je le trouve très... le matraquage de l'administration je le trouve, je dirais, plus pesant que ce qu'on a de nos patients. (P2A, 194-200)

Mais, pendant que j'écris des notes d'évaluation, les gens [patients] sont sur le terrain, ils sont sur le plancher, donc je ne les vois pas nécessairement parce que je suis en train d'écrire les notes. Et là, de me dire qu'en plus de ça, je dois écrire toutes les notes de tout ce qui s'est passé dans la journée tandis que j'étais en train de faire des cléricales... C'est comme un peu illégal... Je ne sais pas trop où ils veulent en venir avec ça... (P70B, 142-150)

Ainsi, les extraits précédents mettent en évidence la difficulté à trouver un sens aux soins et aux services offerts, voire un questionnement sur leurs fondements légaux. L'infirmière devient l'otage d'un milieu de travail qui lui impose des pratiques professionnelles discutables aux plans déontologique et légal. Dans de telles conditions, la protection et la sécurité des patients pourraient être soulevées comme manquements par l'OIIQ.

À maintes reprises, les participants ont comparé leur expérience vécue en psychiatrie légale à d'autres milieux où ils ont exercé, milieux où la philosophie de soins et d'engagement envers le personnel infirmier est divergente.

[Ailleurs] Faut progresser, dans le sens où je commence au bas de l'échelle et je monte tranquillement, de simple infirmier à assistant-chef infirmier et, après ça, atteindre le top, il te reste plus de cheminement possible à moins que tu veux aller faire de la gestion à temps plein, administratif, comme le directeur des programmes. Donc, à ***, ce n'est pas cet angle que je veux investir, je ne veux pas passer de l'infirmier à assistant ni coordonnateur, parce que ce n'est pas quelque chose que je vois comme gratifiant. Le rôle d'encadrement ici est archaïque et je dirais un petit peu basé sur le contrôle plus que sur la créativité et l'excellence, ce n'est pas la meilleure pratique possible, c'est petit milieu. Il y a très peu de possibilités d'influencer ou apporter des changements qui vont marquer en quelque sorte. (P6A, 217-228)

Ce témoignage nous dresse un tableau de la philosophie de soins et de gouvernance despotique qui s'opère au détriment de pratiques modernes, contemporaines et innovantes. La perspective du soin dans le milieu psycholégal exposée par les témoignages des participants met en lumière le peu de possibilités pour le personnel infirmier de construire une relation thérapeutique profonde et bénéfique pour ses patients. Le travail infirmier est complètement démantelé. Les infirmières en psychiatrie légale perdent leurs repères et doivent effectuer des tâches contrevenant à leurs aspirations professionnelles. Le prochain extrait illustre ce dilemme.

Ça me dérange, parce qu'en même temps, ils [la direction] nous rajoutent toujours à faire. [...] Je leur disais tout le temps que je n'ai pas le temps, j'essaie de m'améliorer, mais je ne peux pas tout faire, je suis incapable de tout faire comme je devrais, ma job d'infirmière comme dans les livres, je suis incapable. Je fais la job à moitié, je la botche, parce que je trouve que c'est plus important de donner des soins à mes patients que de remplir des papiers. De faire des très belles notes comme on devrait faire, je n'ai pas le temps. (P90B, 169-179)

Ce témoignage dépeint les conflits intérieurs qui terrassent les infirmières de ce milieu. Le personnel infirmier tente de balancer les demandes administratives accaparantes tout en essayant de préserver un contact significatif avec les patients. Cette clientèle a besoin d'établir des liens de confiance avec les infirmières qui sont continuellement présents et font partie de leur quotidien, ce qui oblige les infirmières à travailler en marge de ce qui leur est demandé par la classe dirigeante. Un repli sur soi s'opère et nécessite une évaluation personnelle de ce qui leur semble prioritaire comme soins. Néanmoins, le personnel infirmier qui décide de travailler de la sorte s'expose à des représailles de son employeur. Il vit donc avec une certaine appréhension de la punition qui accroît sa solitude professionnelle. Puisqu'ils choisissent de couper court dans la bureaucratie, une véritable menace de conséquences négatives plane sur les infirmières en psychiatrie légale. Pourtant, ce choix démontre de la loyauté envers leur clientèle et une volonté de s'engager dans une relation thérapeutique significative.

5.3.2 *Catégorie 2. Crise identitaire*

Au cours de notre étude, les participants ont reconnu être particulièrement heurtés par les multiples fossés qui se creusent entre eux et leur équipe de travail, leur employeur, l'essence du soin et la création de relations thérapeutiques avec leurs patients. Désarçonnés, ils doivent retrouver une identité professionnelle. Ils sont particulièrement isolés et victimes d'attitudes négatives et de comportements dénigrants.

Restructuration d'une identité professionnelle.

Comme l'évoque le prochain extrait, le découragement s'intensifie auprès du personnel infirmier et cela peut entraîner un désir de quitter le milieu.

J'ai été déçue quand je suis arrivée, parce que je pensais vraiment qu'ici, il n'y aurait aucun préjugé et que les patients seraient vraiment pris au sérieux et tout ça. Alors, j'ai dû m'adapter. Au début, j'ai quand même un bon caractère, je voyais des choses qui ne faisaient pas de sens, alors je disais « mon Dieu, ça n'a pas d'allure ». Là, je me suis fait dire « fais attention comment tu t'exprimes, fais attention comment tu dis les choses ». Je me suis rendu compte qu'il y avait plusieurs gens qui étaient susceptibles, que les idées étaient bien ancrées depuis longtemps et que ce n'était pas facile de faire changer les choses. J'ai pensé partir à cause de ça, parce que je me suis dit que ce n'était pas du tout ce que je pensais et ça ne fonctionne pas et ce n'est pas ce que je m'attendais. (P100B, 269-280)

Dans ce milieu, il y a un roulement important de personnel infirmier. Toutefois, le service des ressources humaines ne collecte pas les raisons motivant les départs. L'extrait précédent offre sûrement une avenue possible. Le climat de travail, avec toutes les particularités et les bouleversements présentés préalablement, peut paraître complexe et il peut sembler difficile d'y évoluer.

Je m'attendais à pouvoir faire comme plus d'activités, plus de groupes, pouvoir être, d'une certaine manière, un guide pour le patient, mais c'est quelque chose qu'on m'a souvent répété « ce n'est pas ton mandat de faire ça », « tu n'as pas à faire ça ». [/] Je suis un peu triste de voir que, dans le milieu de la psychiatrie légale... Je m'attendais à ce que tout le monde ait la même école de pensée, que tout le monde pense de même et j'ai l'impression finalement que je dois me battre à éduquer le monde qui est en psychiatrie légale autant que le monde à l'extérieur. (P60B, 208-211/317-320)

Ce témoignage illustre que la culture interne du milieu de psychiatrie légale n'est pas exempte d'idées préconçues et que cela se répercute auprès de la clientèle. L'énergie vainement déployée est source de lassitude pour le personnel infirmier qui endosse un rôle qu'il n'avait pas envisagé. Un processus de deuil et de lâcher-prise s'installe. La grande majorité des participants mentionne avoir abandonné ses aspirations et même de délaisser son bagage de connaissances passées.

J'ai cette impression-là de gaspiller tout le savoir-faire que j'ai acquis jusqu'à maintenant, tout le potentiel que je peux offrir, à créer des possibilités avec cette clientèle qui est aussi en besoin que n'importe quelle clientèle dans n'importe quel réseau. (P6A, 166-169)

Le bien-être des patients demeure la priorité pour le personnel infirmier, mais celui-ci ne peut pas exploiter toutes ses aptitudes et traiter les patients à la hauteur de son talent. Les infirmiers.ères sont désenchantés face à leur travail et entament une réflexion sur ce qui va les définir. Les prochains extraits expriment clairement ce que plusieurs ont essayé d'expliquer : que leur épanouissement professionnel se faisait à l'extérieur des murs de cette institution. La souffrance qu'entraîne cette désillusion professionnelle demande une réalisation de soi qui se manifeste ailleurs.

Mais, j'ai touché à plusieurs rôles à ***, j'étais en expertise, après ça sur des unités d'admission/préadmission, j'étais infirmier clinicien, mais également j'ai fait assistant-coordonnateur, aussi certaines tâches, j'étais conseiller de façon intérimaire souvent, ce qui fait en sorte que ça me donne une forme de diversité, un baume, pour ne pas m'emmerder, sinon je perdrais l'intérêt. J'ai même quitté *** deux ans pour aller prendre une pause ailleurs, pour pouvoir exprimer ma créativité clinique et des rigueurs scientifiques en moi, également la recherche d'une meilleure pratique et c'est comme ça que j'ai réussi à doser la motivation. Ce n'est pas évident, mais il faut faire certains mouvements, certains changements tous les deux-trois ans. C'est fatigant pour certains, mais, moi, si je le fais pas, je perdrais mon intérêt, je perdrais ma motivation. (P6A, 151-162).

Où ce que j'ai appris le plus, c'est ailleurs qu'à ***. (P40B, 170-171)

Les tensions du milieu et le manque de formation spécifique amènent les infirmiers.ères à aller « voir ailleurs » pour se ressourcer et donner un sens à leur travail. Pour la clientèle, c'est une

perte d'une expertise non reconnue et non exploitée qui aurait pu les aider dans le processus de rétablissement. L'actualisation de son plein potentiel comme infirmier.ère ne pouvant pas se réaliser en milieu psycholégal est souffrante et décevante pour ces professionnels de la santé. De plus, ceux-ci se doivent aussi d'intégrer de nouvelles exigences en lien avec un rôle qui ne leur correspond pas et de tolérer que ce ne sera pas les meilleures pratiques possibles qui seront déployées auprès des patients. L'exutoire de pratiquer ailleurs pour un temps permet de diminuer cette discordance intérieure et de mettre un baume sur tous ces conflits.

Finalement, le personnel apprend à équilibrer les demandes qui contreviennent à leurs idéaux et ambitions premiers quant à la pratique en sciences infirmières en milieu psycholégal. Il acquiert une nouvelle identité professionnelle imposée par le milieu.

Donc, l'expérience, je le vois qu'elle fait une différence dans ma pratique... Autant du point de vue sécuritaire, de comment est-ce que je vais me positionner pour mes interventions ou de comment je vais aborder un patient exemple en crise, parce que autant que le même patient je le connais mieux, mais aussi je me connais mieux et je connais mieux comment on fonctionne en équipe ici et comment on intervient... Pour qu'on soit tous sur la même longueur d'onde aussi dans les équipes et, ça, ça aide d'être dans une équipe avec des réguliers où est- ce qu'on a tous la même... Qu'on est comme synchronisés dans notre manière de penser... (P7A, 255-265)

À la longue, on l'accepte ou l'on quitte. J'ai décidé d'accepter et de garder un espace créatif ailleurs que dans ma vie professionnelle à *** ou bien je m'associe avec une ou deux personnes à *** qui peut me procurer cette conversation, cette discussion-là. Mon emploi, avec le temps, n'est plus central comme avant où je travaille et j'étudie en même temps, soit temps partiel, soit temps plein, pour parfaire ma connaissance et avoir des opportunités de promotion. Depuis que je suis à ***, j'ai arrêté d'aller chercher des diplômes pour utiliser comme instruments de promotion. (P6A, 169-172/244-248)

Ces extraits démontrent une intégration du nouveau rôle qui s'effectue un peu comme une pilule qui passe difficilement. Les participants compensent les inepties professionnelles en se réalisant autrement. Évidemment, à la lecture de ces témoignages, on constate que cette nouvelle façon de travailler n'est pas sans souffrance pour le personnel infirmier et ne contribue pas à améliorer la

qualité des soins desservis ou à s'engager dans une philosophie de soins appropriée à la clientèle présente, clientèle vulnérable qui a peu de personnes avec qui s'allier et à qui s'exprimer.

5.4 Thème 4 : Stratégies d'adaptation

Tableau 5. Thème 4 et ses catégories

Thème 1 : Perceptions
Catégorie 1. Souffrances 1.1 Subir la culture du milieu Catégorie 2. Mécanismes d'adaptation 2.1 Importance des relations interprofessionnelles 2.2 Vocation commune Catégorie 3. Résistance 3.1 Indépendance 3.2 Se faire connaître

5.4.1 *Catégorie 1. Souffrances*

Immanquablement, en considérant les témoignages précédents, on réalise que bien que les infirmiers.ères en psychiatrie légale réorganisent leur rôle, les répercussions ne sont pas anodines. Le désenchantement et les grandes déceptions font place à une réelle souffrance de ces soignants.

Subir la culture du milieu.

Un grand nombre de participants mentionne rester dans le milieu, car ils ne trouveraient pas mieux ailleurs, même si certains rapportent que la dynamique interne est unique au milieu psycholégal où ils travaillent. Ils expriment une conformité contrainte.

Je me trouve dans une situation où je ne suis pas malheureux de ce que je fais. Je ne suis pas non plus complètement heureux, mais, ailleurs dans le réseau, ça va pas si bien non plus. Ça fait que, avec cette comparaison-là, cette vision-là, que de changer pour le pire, ça m'intéresse pas, changer pour la même chose, ça m'intéresse pas non plus. (P6A, 205-209).

Je me demande aussi s'il n'y a pas cette insécurité de quitter, parce qu'on quitte aussi vers autre chose qui peut être moins dangereux qu'ici, mais qui peut être

insécurisant quelque part aussi, les lieux, les gens, la disposition des équipes, la manière de faire... On est aussi habitué par un train de vie aussi, ici, qui me rassure. [/] La nature de l'humain fait qu'on s'habitue. Pour moi personnellement, on s'adapte. On ne me demande pas un effort pour la résolution des problèmes, je suis là, on me demande de subir, je subis. À date, j'encaisse bien, mais qui sait, demain on ne sait pas. (P2A, 170-174/L374-376)

Ces extraits font état de l'intériorisation des exigences du milieu, bien qu'elles soient contraires aux idéaux des infirmiers.ères. C'est cette tolérance qui permet au personnel infirmier qui reste en poste de poursuivre son travail et de diminuer les tensions psychiques. Évidemment, ce n'est pas sans heurts et une détresse morale en lien avec cette souffrance professionnelle peut survenir avec le temps. Pour d'autres, ce sont la préservation des avantages collatéraux et l'horizon d'une retraite qui arrive qui sont source de motivation.

Psychiatrie légale, je dirais en toute sincérité, c'est vraiment le shift de jour. Si j'avais la possibilité de travailler en psychiatrie, je ne vais pas choisir la psychiatrie légale, mais bien la psychiatrie en général, donc c'est plus pour le shift de jour. (P20B, 28-32)

Je pense que ça doit influencer mon travail, pas tous les jours, mais parfois ça doit influencer mon travail, à me dire « il me reste tant de temps », c'est plate, c'est comme une sentence. Pas tout le temps, mais c'est un peu ça qu'on entend et c'est un peu ça que je vois avec mes collègues, qu'ils soient infirmières ou pas infirmières, ils disent « il me reste quelques années » ou « il me reste trop de temps, ce n'est pas vrai que je vais finir ici », mais ça vient que ça m'influence. Malheureusement, je n'avais pas ces pensées-là quand je suis arrivée. (P40B, 153-161)

L'éloquence des termes choisis, « faire son temps », rappelle une personne détenue en prison qui parlerait de son temps à terminer. Subir la culture du milieu et faire son temps, endurer comme une condamnation avant d'en être libéré, ce n'est pas un vocabulaire courant pour du personnel infirmier. Étrangement instituée par un hôpital à haute sécurité, la désillusion est forte et provoque une souffrance quotidienne chez les infirmiers.ères.

5.4.2 *Catégorie 2. Mécanismes d'adaptation*

Certains participants ont démontré plus de motivation et d'optimisme. Ils laissent comprendre qu'il est possible de trouver un espace de travail apaisant à plus petite échelle.

Importance des relations interprofessionnelles.

Certains participants ont exprimé la prépondérance et l'influence positive du travail d'équipe lorsqu'il est authentique et engageant. Bien que certains témoignages précédents divergent de ce qui suit, plusieurs autres témoignages ont mis en lumière la possibilité de se retrouver dans une équipe de soins optimiste. Il s'agit essentiellement de se retrouver parmi les autres travailleurs de plancher et d'essayer de construire une approche de soins différente.

On se dit une chance qu'on a nos collègues avec qui on s'entend bien, on se parle, on est capable de travailler ensemble, qu'on fait un beau travail d'équipe, parce qu'on ne voit pas ça ailleurs le travail d'équipe comme ici, à ***. (P40B, 144- 147)

Je pense que parce que *** est petit, on se retrouve tous. Tout le monde connaît tout le monde, on se sent plus comme une famille qu'autre chose. J'ai senti la famille ici, dans mon unité, mais je ne l'ai pas sentie par exemple ailleurs [...] on organise des partys de Noël ensemble, on est plus famille ici à *** qu'ailleurs. Ça, ça pèse beaucoup dans mon choix de rester ici. (P2A, 294-307)

La proximité qui se bâtit parmi certaines équipes de travail permet aussi à plusieurs participants d'espérer un avenir meilleur pour les infirmières plus jeunes qui commencent.

Il faut utiliser le temps qu'on a de façon optimale et satisfaisante. Quand je quitte ici, je dois être content de ma journée et pas me dire « qu'est-ce que je fais là, à ce poste-là, avec ces gens-là » et donc être entouré de collègues sur le plancher, je pense que ça m'amène cette confiance-là de se dire qu'eux aussi ils sont là et ils croient au mandat d'aider les gens les plus souffrants. Ils font ça dans leur juste mesure et moi je continue dans ma juste mesure. Ensemble, donc, on va plus loin. C'est comme ça que je le vois. [/] Pour le reste, faut faire confiance aux jeunes qui sont là, ça c'est mon espoir, je vais espérer qu'ils vont être beaucoup plus contestataires, plus concrets dans leurs affirmations. [...] Faut juste se solidariser et trouver une voie d'affirmation collective et non pas individuelle, comme ils font de sortir en solo, ils se font isoler, écarter et c'est là qu'ils se découragent et qu'ils quittent. Mais je vois les jeunes dans mon unité qui sont assez sociaux, qui se fréquentent à l'extérieur du travail et je trouve ça intéressant, parce que ça va les solidifier dans les moments difficiles, parce qu'on va tenter de les diviser et ils vont jamais se laisser faire. J'ai espoir de ça. (P6A, 229-237/355-368)

Ce témoignage met en exergue l'espoir pour les futurs infirmiers.ères qui seront plus solidaires les uns envers les autres. Le changement de culture sera peut-être possible par l'arrivée de nouvelles recrues infirmières. L'espoir fait vivre. Pour des infirmiers.ères dans le milieu de la psychiatrie légale, le visage de cet optimisme est revêtu par la relève.

De plus, les équipes de sécurité et l'environnement sécuritaire sont aussi ressortis comme des points forts pour rester dans ce centre hospitalier de psychiatrie légale.

Une fois rendu ici, j'avais compris que j'étais à risque dans le milieu où je travaillais avant. Voilà. Alors, c'est vraiment ça. Toutes mes appréhensions se sont dissipées. J'étais comme OK, j'étais vraiment à risque. J'allais faire mes entrevues avec les patients, dans les bureaux fermés et il n'y avait pas de supervision, il n'y avait personne qui venait checker et les soins aussi, les prises de sang, je faisais ça tout seul avec mon patient, il n'y avait personne avec moi. Donc, c'était ça. L'aspect sécuritaire. (P2A, 111-118)

Le participant exprime ainsi la nécessité de cette sécurité pour pouvoir offrir des soins et être disponible pour la clientèle. Le fait que l'équilibre entre sécurité et soigner ne doit pas être dénigré et toujours faire l'objet du meilleur compromis possible est un avantage puissant dans le milieu psycholégal. C'est un aspect positif et important pour cet environnement duquel d'autres centres hospitaliers auraient sûrement avantage à s'inspirer.

Vocation commune.

Lors de l'étude, la presque totalité des participants a indiqué demeurer en poste pour la clientèle, pour l'importance qu'ils accordent à essayer d'améliorer sa réalité au quotidien. Cette volonté de vouloir aider la clientèle, malgré sa propre situation stigmatisante, est spécifique à la profession infirmière.

Le traitement m'a vraiment fait découvrir des choses, par rapport à avoir des patients trois ans de temps, où est-ce que la maladie est vraiment là, les patients sont désorganisés et, je veux dire, c'est la persévérance du traitement, où est-ce que la relation d'aide, la médication, effectivement comme on dit, le suivi, c'est ça qui a fait que ces patients-là, aujourd'hui... J'ai amené des patients en ressources et ces

patients-là, aujourd'hui, ils fonctionnent. Pour moi, c'est gratifiant et c'est ça qui fait que j'ai une croyance qu'on est capable de guérir nos patients. C'est avec ça... Il y a vingt ans, je ne le voyais pas, mais aujourd'hui, je suis capable. C'est pour ça que des fois, je vais mettre une énergie sur ça, parce que je me dis que je l'ai vu. Alors, c'est ça. (P90B, 218-229)

Le désir d'améliorer la condition de vie de leurs patients demeure un moteur fort pour les infirmiers.ères. Lorsque ce désir se concrétise, cela devient même une motivation. Le personnel concède qu'il ne peut pas faire autant qu'il le voudrait, mais il peut quand même prendre part à une possibilité de soins et d'aider les patients du mieux qu'il peut.

Je suis mieux de rester et prendre la partie qui est transformable à mon niveau, partie qui est véhiculable ou influençable que j'utiliserai et, à partir de là, que la clientèle devienne moteur de motivation et non pas l'organisation, sa culture et ses structures. Si j'ai un client qui est content du service que j'ai offert, c'est suffisant. C'est à partir de là que un an devient deux jusqu'à dix ans, c'est comme ça que je fonctionne. (P6A, 210-215)

J'aime aider, soutenir et accompagner la clientèle ou un patient vers un mieux-être, malgré ses différentes embûches qu'il peut avoir au point de vue de sa qualité de vie ou de sa condition de vie, tout en respectant ses limites. (P4A, 372- 375)

Ces deux derniers témoignages sont évocateurs du désir d'aider sincèrement cette clientèle du mieux possible avec les moyens disponibles. Une certaine forme de soins est pensable, aussi bien la saisir et l'exploiter. La volonté de soulager et de soutenir cette clientèle doublement stigmatisée est bien ancrée pour le personnel infirmier en psychiatrie légale. Néanmoins, bien que les infirmiers.ères arrivent à trouver un sens à leur engagement envers ce milieu, il demeure tout de même alambiqué de faire partager cette expérience.

Plusieurs de ces infirmiers.ères sont venus travailler en milieu psycholégal contre l'avis de différentes instances. Ils ont nommé une indifférence et un entêtement à vouloir apprivoiser cette surspécialité méconnue. Le désenchantement prenant place à la suite de leurs aspirations professionnelles déçues, une source de motivation et de résilience est justement cette possibilité de tout même se créer un espace avec leur équipe de travail afin de pouvoir soulager et accompagner

la clientèle. Cela étant dit, il est intéressant de se demander comment serait le traitement si le personnel infirmier était davantage investi et la profession en psychiatrie légale plus développée.

5.4.3 Catégorie 3. Résistance

Comme dans toute situation où il y a de la répression, une résistance est naturellement présente. Le personnel infirmier en psychiatrie légale parvient à se frayer un chemin parmi tous les obstacles rencontrés et à trouver leurs propres motivations à rester dans ce milieu.

Indépendance.

La possibilité de se former par soi-même et de trouver les informations nécessaires à une pratique infirmière plus sécuritaire a permis à plusieurs participants de s'autodéterminer.

La direction va dire que tout est écrit, que tu as juste à lire, mais des fois, il faut se le faire expliquer un peu et, moi, mon truc ça été de rencontrer deux ou trois criminologues qui m'ont tout expliqué au point de vue juridique, parce qu'un infirmier ne sait pas comment ça se passe dans les cours. Moi, j'y ai été deux fois personnellement en cour, mais on ne sait pas le processus, on est au courant de rien ici, donc, moi, c'est avec mon système D, avec ma curiosité clinique que je me suis informé, au point de vue des criminologues, au point de vue des psychologues, tout le cheminement juridique qui se faisait, au point de vue du TAQ, des juges, des avocats, comment ça procédait. On en vient que, quand on aime notre profession, on veut développer ça, donc on se trouve différents moyens, mais tu as l'alternative pour devancer ça et essayer d'avoir des connaissances là-dedans (P4A, 393-404)

Le participant témoigne de ses capacités personnelles et professionnelles à chercher les informations appropriées par soi-même et à s'enrichir de l'expérience des autres. Il s'agit d'un apprentissage plus long et moins adapté aux soins infirmiers spécifiquement, mais il faut aussi être assez humble pour aller voir ses collègues de travail et nommer l'absence de connaissances nécessaires. Ces comportements ne se voient pas réellement entre les autres professionnels de la santé en milieu psycholégal et contribuent probablement à une vision des soins infirmiers comme peu développés, même après les étapes de leur orientation à l'interne. Le prochain extrait fait ressortir l'importance d'avoir accès à ces connaissances spécifiques de la psychiatrie légale pour

optimiser la qualité des soins infirmiers auprès de la clientèle. Il permet aussi de constater que certains quarts de travail vont favoriser l'accès à de l'information par rapport à d'autres.

J'ai appris avec les médecins, le côtoiement avec les médecins en ayant fait du temps supplémentaire, en travaillant de jour, ça m'a donné plus la chance d'être à leur côté, de rencontrer des patients avec eux, d'apprendre comment le prendre justement quand je rencontrais des patients pour des entrevues, afin de les diriger, de les aider à s'ouvrir. C'est vraiment ça. Il faut qu'ils se sentent en sécurité. (P30B, 348-354)

Il va de soi que ces deux extraits illustrent le souci de professionnalisme et d'autonomie que le personnel infirmier exploite pour réussir à récolter, à développer et à accumuler un savoir plus approprié et nécessaire à leur pratique. Il va sans dire que ce n'est pas la meilleure méthode, puisqu'elle n'est pas directement développée pour le soin infirmier ou fait peut-être référence à des connaissances vétustes. Malgré tout, le souci et le désir de faire mieux et bien est là. L'ajout de telles connaissances pourrait donc éventuellement permettre aux infirmiers.ères en psychiatrie légale de se faire reconnaître un peu de crédit.

Se faire connaître.

Finalement, une dernière stratégie de résistance des infirmiers.ères consiste à défaire les préjugés et à essayer de les déconstruire, minimalement dans leur entourage, mais ce n'est pas une mince tâche.

J'expliquais la réalité en fait, la réalité que ce sont des patients qui sont malades, qui ont commis certains délits, parce qu'ils sont malades... C'est sûr que j'essaie d'expliquer du mieux que je peux. Ça reste quand même qu'il y a pas mal de préjugés, que ce soit ici ou dans les autres milieux de psychiatrie. Il reste quand même une difficulté à comprendre pourquoi j'ai choisi ce milieu-là. (P20B, 63- 68)

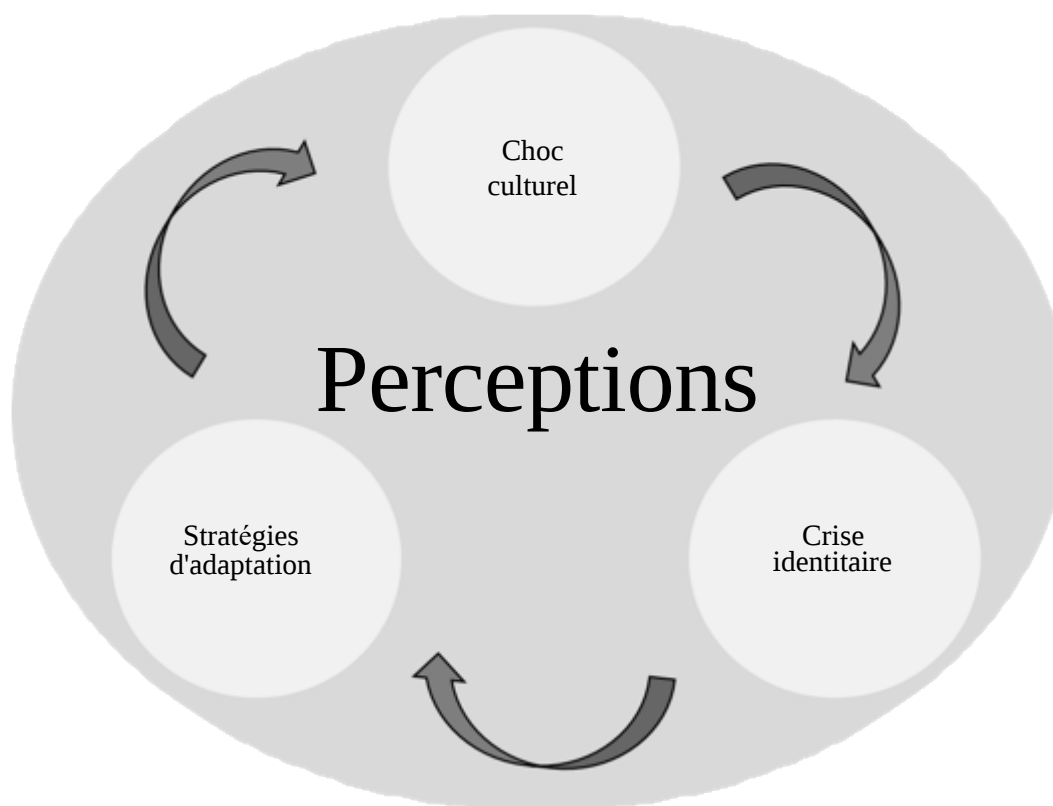
J'ai décidé de m'impliquer davantage et de faire en sorte que le PRN que je donne, je le donne pour les bonnes raisons. Souvent, à ce moment-là, c'était un peu compliqué de prendre la place qui revient à l'infirmière, d'évaluer justement le besoin de PRN. Au fil du temps, c'est sûr que les socios savent avec qui ils travaillent. Donc, quand ils me voient, ils me disent « un tel a besoin d'un PRN, vas-tu aller le voir » « oui, je vais aller le voir, oui on va voir ensuite ce qu'il en est ». (P70B, 182-190)

Ces témoignages mettent en évidence des techniques que la majorité des participants ont évoqué employer pour essayer, à leur hauteur, de faire connaître leur rôle en milieu psycholégal. Il est indéniable qu'il y a un besoin de moduler la présente situation pour le personnel infirmier en psychiatrie légale et d'espérer mieux dans le futur. Les perceptions néfastes de cette surspécialité médicale et le dénigrement qui s'en suit pour le personnel infirmier, tant à l'externe qu'à l'interne, nécessitent de relever le niveau de connaissances de la communauté infirmière, sociale et aussi psycholégale.

5.5 Résumé des résultats

La figure 2 illustre la dynamique entre les quatre thèmes qui représentent l'expérience vécue des infirmières qui œuvrent en psychiatrie légale, soit le processus par lequel ces professionnels de la santé sont stigmatisés par leur surspécialité. Nous observons d'abord que le thème des perceptions a été mis au cœur de ce schéma et que les autres thèmes, reliés par des flèches, sont situés autour. Les perceptions discréditant la surspécialité de psychiatrie légale sont multiples et ce, à différentes instances qui touchent de près ou de loin le personnel infirmier. Ces perceptions néfastes ont des répercussions majeures sur leur travail puisque ce sont ces perceptions qui empêchent majoritairement l'essor des connaissances dans la discipline infirmière en milieu psycholégal. Si le monde académique prenait cette surspécialité en considération autant que n'importe quel autre domaine en sciences infirmières, des formations accréditées et idéalement un cursus scolaire conséquent verraient le jour. La somme de ces perceptions discriminantes mène à des attitudes négatives. Plusieurs stéréotypes en lien avec la psychiatrie légale peuvent donc survivre. Les préjugés discréditent pleinement cette discipline. Si les perceptions étaient neutres ou positives, cela redonnerait une image optimiste de la pratique infirmière en milieu psycholégal.

Figure 2. Schématisation des quatre thèmes



Les trois autres thèmes sont interreliés. En premier, on retrouve le choc de la culture du milieu qui inclut les déceptions, le manque d'opportunités professionnelles, le manque de développement des connaissances spécifiques à la psychiatrie légale, les séparations de titre au sein des équipes ainsi qu'une hiérarchisation un peu désuète qui manipule le rôle infirmier à sa guise. La crise identitaire des infirmiers.ères et des remises en question sur la pertinence de leur travail s'en suivent et les oblige à se redéfinir selon les demandes du milieu. De plus, ces demandes très bureaucratiques les éloignent de leurs patients. Le soin, tout comme la relation thérapeutique, se heurte à cette surcharge administrative. Certains professionnels infirmiers doivent abdiquer et laisser de côté leurs aspirations professionnelles. Leur créativité se réalise donc ailleurs que dans cette institution de psychiatrie légale. Cette dissociation n'est pas sans souffrance et les perceptions discriminantes peuvent subsister puisqu'il est alors réel que le rôle infirmier est complètement

chamboulé par rapport aux standards. C'est un cercle d'évolution qui se referme finalement sur lui-même comme le serpent qui se mord la queue, l'ouroboros. Briser ce problème d'image chez les infirmiers.ères en psychiatrie légale paraît difficile, d'où le dernier thème qui expose ces souffrances chez le personnel qui reste pour faire son temps, qui subit la culture du milieu. Mince espoir à l'horizon, les infirmiers.ères déploient des stratégies de résistance à petite échelle, notamment un enseignement par leurs propres moyens et l'éducation de leur entourage sur le milieu psycholégal. Nonobstant cela, les perceptions négatives sont quasi systémiques et ces stratégies de résistance à elles seules ne pourront pas remédier à la stigmatisation reliée à la psychiatrie légale, stigmatisation qui afflige le personnel soignant, mais qui accentue également celle de la clientèle traitée.

Chapitre 6

Discussion

Notre projet de recherche s'est intéressé à une population qui n'a pas souvent l'opportunité de s'exprimer sur son expérience vécue, à savoir les infirmiers.ères en milieu de psychiatrie légale. L'aura de mystère qui accompagne cette surspécialité n'a d'égal que le rôle du personnel infirmier dans ce milieu et sa réalité quotidienne. Plusieurs approches ont été utilisées pour étudier la place des infirmiers.ères en milieu psycholégal, mais une constante se retrouve dans tous les écrits, soit la nécessité de développer une identité professionnelle en harmonie avec un parcours académique spécifique afin de pouvoir rompre avec les perceptions négatives et, a fortiori, vivre une expérience au quotidien positive sans subir de stigmatisation. Les résultats de notre recherche décrits précédemment exposent les multiples origines de ces perceptions négatives et l'influence de celles-ci sur la construction identitaire du personnel infirmier qui se voit isolé, discriminé et stigmatisé. Inévitablement, ces perceptions négatives perpétuent des préjugés et des attitudes négatives envers le personnel infirmier en psychiatrie légale, le marquant significativement et le plaçant à part des autres. C'est donc parmi ces dilemmes importants que la concrétisation de ce rôle infirmier s'embrouille, se marginalise et que la stigmatisation survient. De plus, cette impossibilité d'accomplissement de ses fonctions entraîne la déformation du rôle d'infirmier.ère en psychiatrie légale et crée des interstices où des inégalités relationnelles s'installent et permettent un jeu de pouvoir à leur détriment.

La présentation de notre problématique de recherche détaillée a pu par la suite être ancrée au plan paradigmatique de la théorie critique. L'expérience vécue des infirmiers.ères en psychiatrie légale et la stigmatisation associée à leur spécificité ont donc été étudiées en donnant la parole à ces professionnels de la santé qui, bien souvent, n'ont pas l'occasion de s'exprimer. Notre

recension des écrits s'est ensuite portée sur cinq axes nécessaires pour saisir les enjeux et l'envergure de notre problématique de recherche.

En prenant en compte nos postulats méthodologiques, nous avons pu procéder à une analyse thématique de nos entretiens. Cette analyse a permis de dégager quatre grands thèmes. Nous pensons que les résultats mis en lumière pourront être complémentaires au savoir existant présenté dans notre problématique et notre recension des écrits. Pour ce faire, il est maintenant temps de confronter nos résultats de recherche aux écrits existants.

À partir de l'ensemble de nos résultats, nous retenons trois dimensions touchant l'expérience vécue des infirmiers.ères en milieu de psychiatrie légale qui font sens avec notre question de recherche initiale. Notre discussion s'articulera donc autour des dimensions suivantes : 1) les effets de l'aversion et de l'invisibilité de la psychiatrie légale sur l'exercice infirmier; 2) la carrière morale des infirmiers.ères en psychiatrie légale et 3) l'importance d'une formation formelle en psychiatrie légale. En fin de chapitre, les sections 6.4 et 6.5 présenteront respectivement les différentes implications de cette recherche pour l'évolution des sciences infirmières ainsi que les limites de notre projet de recherche.

Finalement, nous souhaitons déterminer si la stigmatisation vécue du personnel infirmier en psychiatrie légale s'exprimait différemment selon le genre. Nos données n'ont pas laissé transparaître de distinction que ce soit vécue par les infirmières ou les infirmiers. Ce constat nous permet d'affirmer que le genre ne semble pas moduler les réactions stigmatisantes reçues par ces professionnels de la santé.

6.1 Les effets de l'aversion et de l'invisibilité de la psychiatrie légale sur l'exercice infirmier

Il a été clairement établi au fil de cette recherche que les perceptions négatives et la méconnaissance du milieu psycholégal constituent des éléments clés dans la mise à l'écart du personnel infirmier y exerçant. L'impact de la prise en compte de ces aspects est majeur puisqu'ils

sont source de discrimination, de marginalisation et de stigmatisation pour l'exercice infirmier. Ce constat a d'ailleurs déjà été rapporté par d'autres chercheurs (Bladon, 2019; Ebsworth et Foster, 2016; Gouthro, 2009; Verhaeghe et Bracke, 2012). Verhaeghe et Bracke (2012) et Ebsworth et Foster (2016) identifient même toutes ces perceptions néfastes comme la source des problèmes de recrutement d'infirmiers.ères, de rétention du personnel soignant et d'épuisement professionnel dans le milieu. Les infirmiers.ères en psychiatrie, tout comme en psychiatrie légale, sont perçus comme ayant un statut inférieur à leurs homologues des autres spécialités, ce qui peut grandement atteindre leur estime personnelle (Bladon, 2019).

Le personnel infirmier exerçant dans des milieux psycholégaux est impliqué dans des activités décrites par Foucault (1976/2015) et Goffman (1961/2013) alors que cela est entièrement différent de l'attente sociale du travail infirmier. Ce type de milieu vient ghettoïser la pratique professionnelle infirmière attendue socialement, cliniquement et professionnellement. Cette restructuration de l'identité socioprofessionnelle des infirmiers.ères a un achèvement de standardisation et de conformité désiré par l'institution totale.

Évidemment, il est possible de conclure que les institutions totales ont pour but de mettre un terme à la marginalisation de certains individus et, par le fait même, de diminuer la stigmatisation qui s'y rapporte. Cependant, plusieurs études démontrent que l'institutionnalisation favorise la stigmatisation du personnel présent (infirmiers.ères) et de la clientèle (patients) qui y vit (Bates et Stickley, 2013; Campbell et Deacon, 2006; Loukidou et al., 2010). L'idéologie dominante vient modifier la représentation de l'exercice infirmier que l'infirmière ou l'infirmier se faisait de lui-même. C'est ce qui s'appelle une contamination morale qui atteste d'un processus social issu de la coexistence d'idéologies complètement contradictoires dans un même milieu, soit la demande de sécurité et de soin (Holmes, 2001; Jacob, 2012b).

La réalité des soins infirmiers dans un hôpital psychiatrique de haute sécurité se rapproche de la réalité d'une prison, mais les infirmiers.ères doivent en plus avoir la charge de soigner dans un milieu où le patient a peu de liberté quant aux soins à recevoir et à accepter. De plus, les infirmiers.ères subissent un pouvoir disciplinaire par leur supérieur et par tout l'appareil administratif qui domine et règne dans un hôpital. Résister à ces illégalités n'est pas une mince affaire, car non seulement il faut affronter la loi qui la sous-tend, mais aussi la classe qui l'a imposée (Foucault, 1976/2015). Néanmoins, les infirmiers.ères détiennent un pouvoir relationnel fort dans ce système où ils ont une importance capitale, tant sur le plan du rendement que du côté politique. Ils auraient tout avantage à le faire connaître, à faire connaître leur rôle au public et à braver cette stigmatisation qui brime trop souvent des opportunités professionnelles et leur donne mauvaise presse (Ben Natan et al., 2015; Graham et al., 2020; Hemingway et al., 2016; Hercelinskyj et al., 2014; Sercu et al., 2015).

Ces forces idéologiques s'exercent sur le personnel infirmier en tant qu'objet de pouvoir dans le but de transformer leur identité socioprofessionnelle et leur conception des patients sur le plan des interactions quotidiennes (Holmes, 2001; Jacob, 2012b). Les principes « hospitaliers » acquis durant leurs parcours académique et pratique sont difficilement défendables, car ils contreviennent aux impératifs de sécurité. Qu'importe l'attachement des infirmiers.ères à leur bagage domestique, ils devront le délaisser afin d'acquiescer celui de la culture du milieu psycholégal (Goffman, 1961/2013). L'immense paradoxe soins versus sécurité ébranle la conception des soins optimaux que devraient offrir le personnel infirmier et modifie aussi sa conception morale (Jacob, 2012b). La finalité de cette transformation identitaire se veut, pour l'organisation, d'obtenir le personnel infirmier dont il a besoin (Holmes, 2001; Jacob, 2012b). C'est la standardisation et la conformité des infirmiers.ères aux mœurs institutionnelles (Goffman, 1961/2013).

L'hôpital psychiatrique à haute sécurité dépasse les fonctions des autres hôpitaux généraux, même ceux de psychiatrie générale. La psychiatrie légale est un environnement où soins et impératifs sécuritaires se rencontrent. Bien qu'il s'agisse d'un hôpital et non d'une prison, plusieurs éléments comme le statut légal des patients qui y séjournent ou la disposition des unités rappellent le côté carcéral de cet hôpital. L'agenda quotidien est majoritairement pris en charge et les interactions avec les patients sont étroitement encadrées. Le rôle infirmier en psychiatrie légale doit donc s'agencer à cette réalité. L'institution même qui se targue de vouloir offrir des soins plus humains à cette clientèle insuffle à ses infirmières un jeu de pouvoir. Un système de relations de force et de rapports de pouvoir s'exerce sur le personnel infirmier en psychiatrie légale et sert les objectifs économiques et politiques du milieu. Le pouvoir disciplinaire joue un rôle primordial dans l'instauration de cette force et permet de produire des corps efficaces, dociles et obéissants (Foucault, 1976/2015; McHoul et Grace, 1993/2007). Rappelons que le pouvoir disciplinaire qui investit les milieux psycholégaux agit systématiquement, par une relation déséquilibrée et qu'il n'agit pas directement sur les personnes. Il s'agit plutôt de stratégies qui permettent de diriger la conduite de l'autre pour être productif (Bert, 2016; Foucault, 1976/2015). Foucault (1976/2015), mentionne que « cet assujettissement [...] peut être calculé, organisé, techniquement réfléchi, il peut être subtil, ne faire usage ni des armes ni de la terreur et pourtant rester de l'ordre physique » (p. 34). Conséquemment, la personne devient du temps de travail et du profit. Ces techniques permettent de lier le corps humain et le travail rendant ainsi possible le pouvoir subtil à l'ère moderne (Bert, 2016; Foucault, 1976/2015).

L'agencement de ce pouvoir dans les institutions de psychiatrie légale passe par des mécanismes auxquels la discipline est fondamentale, d'où le concept de pouvoir disciplinaire de Foucault (1976/2015). Les personnes en position supérieure dans la hiérarchie ont des objectifs et des finalités quant au fonctionnement des institutions de psychiatrie légale et leur surveillance

systématique permet au pouvoir disciplinaire de s'y intégrer (Foucault, 1976/2015). Les milieux qui ont une vocation de sécurité développent des dispositifs de surveillance et de sécurité qui « vont devenir de véritables instruments de régulation » (Bert, 2016b, p. 73) permettant une discipline au sein de ces institutions. La production de ces pratiques permet de créer un milieu ordonné au sein duquel on retrouve des corps efficaces économiquement et obéissants politiquement (Foucault, 1976/2015; McHoul et Grace, 1993/2007). Cela a tout pour séduire une institution, même si elle est un hôpital de psychiatrie légale, campée dans un monde au système capitalisme comme le nôtre. Il faut mentionner que le pouvoir n'investit pas seulement le bâtiment en tant que tel, il investit aussi la structure. C'est à cette jonction que le pouvoir disciplinaire rencontre le pouvoir de la stigmatisation. Les perceptions négatives existent à plusieurs niveaux (les collègues, la communauté infirmière, la société, les dirigeants) et isolent l'infirmière qui choisit la psychiatrie légale comme spécialité (Ben Natan et al., 2015; Crawford et al., 2008; De Carlo, 2007; Gouthro, 2009; Halter, 2008; Schulze, 2007; Tyler et Slater, 2018). La reconnaissance de ces perceptions a déjà été étudiée, mais peu de changements ont été apportés concrètement. Ce problème d'image propre à la psychiatrie légale et au personnel infirmier qui y œuvre le stigmatise. Cette stigmatisation est utile pour le milieu puisqu'elle permet d'asseoir un pouvoir et une façon de faire. En restant invisible, peu de questionnement est adressé envers le rôle des infirmières et le milieu psycholégal et l'imaginaire social a libre cours. Ainsi, d'autres études concernant le pouvoir de la stigmatisation seraient nécessaires pour permettre d'en mesurer toute la portée.

L'efficacité du pouvoir résiderait davantage en sa discrétion et son imperceptibilité et le recours à la stigmatisation par certains acteurs serait un moyen congruent pour arriver à leurs fins (Link et Phelan, 2013; Tyler, 2020). Plus précisément, Link et Phelan (2013) identifient le pouvoir de la stigmatisation lorsque les processus de stigmatisation servent des objectifs concernant l'exploitation, la gestion, le contrôle ou l'exclusion des autres. Les personnes qui ont recours à ce

pouvoir, les stigmatisateurs, sont donc motivés à garder certaines personnes à l'écart ou à préserver certains processus stigmatisants pour servir leurs objectifs (Link et Phelan, 2013). C'est ce pouvoir de la stigmatisation qui permet la productivité du milieu et qui permet aux mécanismes du pouvoir disciplinaire de fonctionner (Foucault, 1976/2015; Tyler, 2020; Tyler et Slater, 2018). Pire, les personnes en position de force peuvent consciemment mettre en place ou reproduire des comportements et des attitudes qui stigmatisent pour obliger inconsciemment les personnes visées par ce processus à adopter des comportements attendus selon un modèle désiré (Tyler, 2020). Tyler (2020) insiste sur le fait que la stigmatisation est un pouvoir qui doit être conceptualisé de manière plus élargie et qui est nécessairement imbriqué dans des structures capitalistes étendues comme la domination, la discipline et le contrôle social. Elle ajoute que la stigmatisation est un pouvoir très productif puisqu'il permet de répondre à des objectifs sociaux, politiques et économiques (Tyler, 2020).

L'opérationnalisation du pouvoir de la stigmatisation s'effectue en trois étapes : la dévaluation des valeurs intrinsèques ou culturelles, la conscientisation et la dissimulation des stigmates et l'évitement ou le retrait des situations faisant ressortir leurs différences (Link et Phelan, 2013). Ces auteurs mentionnent que le pouvoir de la stigmatisation fonctionne lorsque les personnes qui le subissent adoptent des comportements d'évitement (Link et Phelan, 2013). La stigmatisation d'un groupe entier permet de renforcer la hiérarchie établie dans un milieu et de créer pour elle des possibilités de redistribution de richesses, de pouvoir ou d'avantages, mais toujours vers le haut (Tyler, 2020; Tyler et Slater, 2018). Ainsi, la stigmatisation du personnel infirmier sert habilement la classe dirigeante présente en ces murs, non seulement pour que les infirmiers.ères soient efficaces et obéissants, mais aussi pour bien faire paraître les hauts placés.

Nos données corroborent ce que nous venons d'aborder. Les infirmiers.ères en psychiatrie légale ont tous mentionné avoir vécu des comportements dénigrants, discriminants et des attitudes

négligentes en mentionnant leur milieu de travail. Tous ont signifié l'absence de soutien pédagogique ou de formation reconnue pour étoffer leurs connaissances dans leur spécialité, ce qui pourrait contribuer à leur considération et à la reconnaissance de leur importance dans une équipe de soins interdisciplinaire. L'expérience vécue par le personnel infirmier en milieu psycholégal est parsemée d'événements qui insinuent qu'il est différent et en marge de ce qui est attendu du rôle traditionnel infirmier. Il y a aussi une absence d'intérêt de la communauté, de la société et même des supérieurs à connaître les véritables besoins et l'exercice entier de leur rôle infirmier. D'un point de vue social, les médias transmettent une image quasi monstrueuse du rôle d'infirmier.ère en institution de psychiatrie légale (Bladon, 2017; De Carlo, 2007). Tous les participants ont mentionné que leurs proches, familles et amis réagissaient avec répulsion, sans pour autant s'enquérir en quoi le travail infirmier en psychiatrie légale consistait réellement. Pire, certains participants ont mentionné que des membres de leur famille taisaient où ils travaillaient réellement.

Ces témoignages s'insèrent parfaitement dans la représentation de Link et Phelan (2013) en trois étapes. Tout d'abord, les participants ont mentionné la dévaluation de leur rôle sur un plan quotidien et provenant de différents acteurs, ce qui rejoint aussi d'autres recherches effectuées en ce sens (Ebsworth et Foster, 2016; Gouthro, 2009; Halter, 2002, 2008; Ross et Goldner, 2009; Schulze, 2007). Ils ont signifié que la méconnaissance et l'influence de stéréotypes véhiculés socialement étaient souvent à l'origine de cette marginalisation. Plusieurs témoignent que la classe qui les dirige ne sait pas ce qu'ils font réellement. Ils rapportent le peu d'intérêt que les supérieurs entretiennent envers leur travail quotidien, l'ambiance malsaine de déconsidération de leur rôle qui règne dans le milieu et la rupture avec leur réalité que cela engendre. Cette réalité n'est pas sans rappeler des comportements d'incivilité rapportés lors de violence verticale dissimulée (Bond et Birkholz, 2020; Danza, 2018). À notre connaissance, nous n'avons pas trouvé de recherche portant sur la violence verticale qui pourrait s'opérer dans les milieux de psychiatrie légale. Des recherches

en ce sens seraient nécessaires pour bien saisir la portée de cette réalité, d'autant plus qu'en milieu psycholégal, le pouvoir se présente sous différentes formes distinctives. Les infirmiers.ères évoquent le malaise qu'ils vivent quotidiennement et la rupture qui s'effectue avec le « haut » de la hiérarchie, ce qui les isole davantage. Le pouvoir de la stigmatisation continue son œuvre et les participants ont effectivement mentionné ne plus nommer l'endroit où ils travaillent pour éviter d'avoir à en parler ou parfois de couper court à certaines conversations. Plusieurs ont nommé avoir ressenti beaucoup de déception et une certaine frustration devant ces attitudes de leur entourage.

Au regard de ces résultats, nous croyons que nos participants subissent le pouvoir de la stigmatisation utilisé comme un outil bureaucratique, tel que décrit par Tyler (2020). Nous croyons aussi que nos participants ont dépeint des situations de travail qui concordent avec de la violence verticale dissimulée. Comme rapporté dans les articles de Bond et Birkholz (2020) et Danza (2018), nous ne savons pas s'ils en ont conscience. Les participants ont nommé une variété de situations qui démontrent l'aversion de plusieurs instances et l'invisibilité du milieu de la psychiatrie légale, ce qui permet de perpétuer la stigmatisation de ces professionnels des soins psychiatriques légaux. Ce désintéressement et l'absence de rayonnement justifient ainsi le peu d'apports financiers relié ou tout autre investissement nécessaire. L'exercice infirmier en psychiatrie légale nécessiterait un engagement d'instances dirigeantes et gouvernementales pour permettre son essor. Les infirmiers.ères qui ont pu s'exprimer au cours de notre recherche ont fait valoir l'importance de valoriser leur profession et de créer des opportunités pour la développer. Pourtant, bien que leurs doléances aient été mentionnées par le passé, elles n'ont jamais trouvé de résonance assez forte pour que des changements s'en suivent. Ainsi, maintenir ce personnel infirmier à l'écart et entretenir la stigmatisation permet au pouvoir en place de poursuivre dans un modèle d'obéissance sans dérogation. En lien avec les témoignages recueillis, ce pouvoir de la stigmatisation permet de démontrer que le personnel infirmier souffre d'ostracisme tant par l'environnement où il pratique,

mais aussi par une structure mise en place qui sert à plusieurs niveaux hiérarchiques. Cette réalité frappe durement les infirmiers.ères en psychiatrie qui se désenchangent de leur pratique, qui s'éloignent de leur clientèle et qui demeurent en poste pour les avantages collatéraux. Certains mentionnent même « faire leur temps », propos qu'ils n'auraient jamais pensé tenir à leur arrivée en psychiatrie légale.

En somme, les perceptions néfastes et l'invisibilité du milieu nourrissent et perpétuent le pouvoir de la stigmatisation et le pouvoir disciplinaire et permettent un fonctionnement hiérarchique strict et servile qui est source de souffrance pour le personnel infirmier et entraîne des répercussions sur la qualité des soins offerts. En milieu psycholégal, la stigmatisation n'est pas la réalité de tous les professionnels de la santé qui y travaillent. En effet, mon expérience professionnelle m'a permis de constater que pour certains professionnels comme les criminologues ou les psychoéducateurs, le milieu de psychiatrie légale est bien accueilli et une carrière dans ce domaine est généralement bien perçue. Finalement, l'intérêt porté sur la spécialité infirmière en psychiatrie légale dans différents pays peut être porteur d'espoir en ce sens qu'avec le temps et la recherche, la stigmatisation de cette pratique infirmière pourrait devenir sujet du passé.

6.2 La carrière morale des infirmiers.ères en milieu psychiatrique

Dans le livre *Asiles* de Goffman (1961/2013), la carrière est appliquée selon l'optique que ce terme peut être « employé dans une acception plus large, pour qualifier le contexte social dans lequel se déroule la vie de tout individu » (p. 179). Conformément à cette perspective, seuls les changements notables et perpétuels liés à des événements sont importants et méritent qu'on s'y attarde (Goffman, 1961/2013). Ici, le terme carrière fait autant référence à l'intimité qu'aux relations sociales :

Le concept de carrière autorise donc un mouvement de va-et-vient du privé au public, du moi à son environnement social, qui dispense de recourir abusivement aux

déclarations de l'individu sur lui-même ou sur l'idée qu'il se fait de son personnage.
(Goffman, 1961/2013, p. 179)

L'admission d'une personne dans un hôpital de psychiatrie légale est considérée comme un fait marquant dans sa vie, puisque des modifications majeures sont apportées autant dans ses sphères privée que publique (Goffman, 1961/2013; Perron, 2012). La carrière est qualifiée de *morale*, car pour Goffman (1961/2013) :

[Les] aspects moraux de la carrière, c'est-à-dire au cycle des modifications qui interviennent dans la personnalité du fait de cette carrière et aux modifications du système de représentation par lesquelles l'individu prend conscience de lui-même et appréhende les autres. (p. 179-180)

C'est la carrière morale du malade mental dans une institution psychiatrique que dépeint Goffman (1961/2013). Selon cet auteur, peu importe le diagnostic ou le bagage antérieur du patient, tous les nouveaux arrivants sont traités de la même façon durant le processus d'admission. Ils sont engloutis dans les rouages de l'hôpital psychiatrique (Goffman, 1961/2013). Trois grandes phases définissent cette progression événementielle : la phase préhospitalière (tout ce qui concerne la personne avant son internement), la phase hospitalière (le séjour à l'hôpital) et la phase posthospitalière (une fois le congé médical obtenu) (Goffman, 1961/2013).

Selon Parizot (2003), toute carrière morale a à son origine un événement précis comme le début d'hospitalisation d'une personne en psychiatrie ou, dans le cas qui nous intéresse, les prémisses du travail de l'infirmière dans un hôpital de psychiatrie légale. Au début, la personne réfute les nouvelles caractéristiques qui lui sont attitrées et garde l'espoir de préserver son statut préexistant (Parizot, 2003). Son bagage antérieur ou domestique est primordial, car il constitue l'ensemble de ses représentations socioprofessionnelles et personnelles (Goffman, 1961/2013; Jacob, 2012; Perron, 2012). Toutefois, dans une institution totale où tous les aspects de la routine quotidienne sont pris en charge, il n'y a pas d'adaptation propre à chaque individu et à son bagage domestique (Goffman, 1961/2013; Jacob, 2012). Par conséquent, la personne novice se bute à la

réalité du milieu. Une phase d'apprentissage s'amorce alors et se « traduit par l'intériorisation de nouvelles normes de comportements et de nouvelles références symboliques » (Parizot, 2003, p. 12). C'est ce qui pourrait correspondre au début de l'hospitalisation du reclus qui se voit dépouillé de ce qui constituait son moi (Goffman, 1961/2013). Pour le malade mental de Goffman (1961/2013), cela se traduit par une kyrielle « d'expériences mortifiantes : atteintes à sa liberté de mouvement, vie communautaire, contrôle constant et omniprésent de toute la hiérarchie et ainsi de suite » (Goffman, 1961/2013, p. 203).

Une fois cet apprentissage terminé, la personne est bien ancrée dans sa nouvelle carrière (Parizot, 2003). En effet, ses sphères ou ses identités personnelles et sociales se sont modelées à ces nouvelles perspectives qui teintent sa façon d'envisager son devenir et le monde qui l'entoure (Parizot, 2003). C'est ce que Goffman (1961/2013) nomme l'aliénation et la mortification du moi, qui va engendrer de nouvelles convictions chez le malade mental. Ces convictions se reflètent aussi auprès du personnel infirmier. Il est possible de faire un parallèle entre cette étape de la carrière morale et ce que les participants nous ont nommé. Selon Goffman (1961/2013), cela s'observe par les nouvelles croyances de la personne internée sur la justesse de la psychiatrie, alors qu'elle les avait réfutées au tout début de sa carrière morale. Alors que plusieurs participants avaient l'espérance d'acquérir des connaissances de haut niveau puisque la psychiatrie légale est une surspécialité en psychiatrie, ils doivent se rendre à l'évidence que ce ne sera pas la priorité dans ce milieu. Une grande proportion des participants a mis en lumière devoir se former seul ou en apprenant auprès des autres collègues sans savoir si ces savoirs sont actuels et sans connaître leurs implications cliniques et juridiques pour la pratique infirmière. Les témoignages ont pu illustrer la discrimination, les idées stéréotypées et les préjugés qui sont toujours fortement présents concernant la psychiatrie légale et le personnel infirmier qui y travaille.

La stigmatisation des infirmiers.ères dans ce milieu entraîne des conséquences importantes dans la reconnaissance de leur pratique et dans son évolution. Évidemment, ce dénigrement se répercute sur la qualité et la sécurité des soins offerts à la clientèle. Les infirmiers.ères n'ont cependant pas le choix d'intégrer cette nouvelle réalité et de trouver des moments pour créer des possibilités de soin et pour établir des relations d'aide significatives avec les patients. Les infirmiers.ères qui subissent de la stigmatisation et une dévaluation dues à leur milieu de travail vont se reconstruire une identité professionnelle pour « survivre » aux impératifs de conduite souhaités. Ainsi exposée, la carrière morale des infirmières est une habileté d'adaptation en lien avec l'expérience stigmatisante vécue, comme présenté par Parizot (2003). En considérant les ouvrages d'Erving Goffman et d'Isabelle Parizot, une définition claire d'une carrière morale pourrait être que toute carrière morale a un début significatif dont la continuité s'imprègne de marques de discrédit qui vont modifier de manière durable et fondamentale le système des représentations que se faisait une personne d'elle-même, autant dans sa sphère privée que sa sphère publique. Il apparaît évident que c'est ce qui se produit pour le personnel infirmier qui œuvre en psychiatrie légale. En effet, le rôle infirmier au sein d'un milieu clinique psycholégal est modifié, tout comme les attributs soignants et le personnel doit conséquemment s'y adapter (Bladon, 2018; Domingue et al., 2020; Hörberg et Dahlberg, 2015; Jacob, 2012b; Simon et al., 2020). Tout comme le reclus de Goffman (1961/2013), les infirmiers.ères arrivent à l'institut de psychiatrie légale avec un bagage dit « domestique » (Jacob et Holmes, 2011b; Simon et al., 2020). Ce bagage est composé d'apprentissages scolaires et de pratiques acquis selon le cheminement propre à chacun. Il s'agit principalement de la représentation idéologique des soins que se fait l'infirmier.ère. Il serait erroné de croire que l'institution totale s'adaptera à ces connaissances qui constituent l'identité socioprofessionnelle du nouveau personnel infirmier. Les exigences sécuritaires écorchent cette conception utopique du soin en milieu psycholégal (Dhaliwal et Hirst, 2016; Domingue et al., 2020;

Hörberg et Dahlberg, 2015; Jacob, 2012b; Peteet et Tobey, 2017). Par conséquent, une transition s'effectue auprès du personnel soignant qui doit intégrer la culture « sécuritaire » à sa culture « domestique ». Les contraintes sécuritaires assimilées par le personnel infirmier viennent ébranler et modifier les pratiques infirmières admises normalement dans leur profession, voire y contrevenir complètement (Beckmann, 2017; Domingue et al., 2020; Hörberg et Dahlberg, 2015; Jacob, 2012b; Peteet et Tobey, 2017; Simon et al., 2020). Malgré la présence de divergences concernant l'idéologie sécuritaire et l'idéologie des soins, l'administration hospitalière met souvent une pression sur le personnel infirmier pour l'atteinte de pratiques de soins exemplaires (Beckmann, 2017; Jacob, 2012b; Jacob et Holmes, 2011b; Paradis-Gagné et al., 2020). Comme dans toute institution totale, prison, hôpital psychiatrique ou son hybride, il est important de faire une coupure entre le personnel infirmier et les patients, mais aussi avec le monde extérieur (Jacob, 2012b; Paradis-Gagné et al., 2020; Perron, 2012; Peteet et Tobey, 2017). Cet isolement professionnel s'installe dès l'embauche du personnel infirmier et représente la genèse du processus de la carrière morale décrit par Goffman (1961/2013) dans une institution totale.

Le personnel infirmier qui travaille dans un environnement psycholégal subit la réalité de deux fossés importants dans sa carrière. Considérons d'abord la distanciation créée entre le personnel infirmier et la communauté professionnelle, tant infirmière que les autres professionnels qui gravitent dans ce milieu et l'espace implicite entre les infirmières et le patient. La spécialité infirmière en psychiatrie légale est peu développée, peu définie et par conséquent plutôt incomprise dans sa discipline (Pariseau-Legault, 2017). Ce manque de reconnaissance peut entraîner une certaine ambiguïté dans l'appropriation de sa nouvelle identité socioprofessionnelle et avoir des contrecoups importants. Comme le mentionne Pariseau-Legault (2017), « l'absence d'une conceptualisation claire de leur rôle et d'un processus éducatif conséquent peut créer une véritable rupture identitaire. Cette rupture éloigne l'infirmière d'une culture de soin au profit d'une culture

typiquement carcérale » (p.15). Ce sentiment de marginalisation professionnelle est accentué par le double statut : asile et prison (Allen et Aburabi, 2016; Bladon, 2019; Holmes et Murray, 2012; Jacob, 2012b; Jacob et Holmes, 2011a). L'isolement et l'incompréhension par la communauté professionnelle infirmière nourrissent le fossé profond entre le milieu psycholégal et la société en général (Bladon, 2019; Holmes et Murray, 2012; Jacob, 2012b; Jacob et Holmes, 2011a).

Ensuite, le personnel infirmier fait face aux demandes de sécurité de toute son équipe qui peuvent parfois aller à l'encontre de l'idéologie de la pratique infirmière. En étant sous-représenté, affronter la demande peut devenir une source de grande tension. Le personnel infirmier se voit alors intégrer la culture institutionnelle par la pression (Allen et Aburabi, 2016; Jacob, 2012b; Pariseau-Legault, 2017). L'institution asilaire écrase le travail infirmier par la bureaucratie, la rigidité du travail, la lourdeur de la tâche cléricale et entraîne une séparation avec son véritable travail, soit le contact direct avec les patients (Bates et Stickley, 2013; Campbell et Deacon, 2006; Cleary, 2004; Loukidou et al., 2010). Les infirmiers.ères en psychiatrie légale sont stigmatisés par l'institution même qui leur donne un certain pouvoir et leur demande d'interagir avec la clientèle, de gérer les crises et de soigner. L'appesantissement et la dénégation du travail journalier du personnel infirmier sculptent le corpus propre à ce changement identitaire.

Il faut ajouter à cette réalité que le personnel infirmier doit modifier sa conception du patient et, conséquemment, des soins à lui prodiguer. Il doit intégrer que le patient est une source potentielle de danger et de violence, ce qui est complètement contraire à la philosophie de soin enseignée dans la formation scolaire actuelle (Jacob, 2012b). Cette nouvelle conception de la clientèle éloigne les infirmières ou les infirmiers de la philosophie du caring ou humaniste pourtant fondamentale à la discipline infirmière. Par conséquent, le fossé se creuse entre le personnel infirmier et les patients et la possibilité d'une relation thérapeutique devient de plus en plus ténue (Bladon 2018, 2019; Jacob, 2012b; Mason, 2002; Perron et al., 2004). Goffman (1961/2013) a

décrit l'existence de tensions et de contradictions entre la demande octroyée au personnel infirmier de soins thérapeutiques et la demande sociale (impérative) de contrôle et de surveillance des reclus. Les caractéristiques singulières de la clientèle du milieu psycholégal nécessitent des impératifs de sécurité qui prévalent sur la pratique infirmière; elle ne peut pas avoir cours en dehors de ce discours de sécurité (Goffman, 1961/2013; Jacob, 2012). L'identité du personnel infirmier va être modelée par cette représentation de la clientèle et aussi par les revendications sécuritaires de cet environnement.

L'actualisation de cette identité socioprofessionnelle engendre de nouvelles qualités souvent décrites comme étant plus masculines (Holmes, 2001; Jacob, 2012b). Ces auteurs ont pu démontrer qu'en milieu psycholégal, il y a une virilisation du soin. Cette déféminisation s'exprime entre autres par l'adoption d'un code vestimentaire qui s'adresse surtout aux infirmières et pouvant mener à des sanctions (Holmes, 2001). Jacob (2012b) énumère quelques caractéristiques attendues par l'équipe de travail envers les infirmiers.ères : « être décontracté, très fort, ouvert aux directives et capable de "tenir bon" et de tenir tête aux patients dans les situations difficiles » [traduction libre] (p. 323-324). Les attitudes empathiques et les marques d'attention envers la clientèle psychiatisée sont à proscrire pour le personnel infirmier, au risque d'être perçu comme des comportements « maternants » ou de « sauveur » (Holmes, 2001; Jacob, 2012b). Le maintien de l'ordre et de la surveillance inculqué au personnel infirmier s'inscrit dans une culture carcérale efficace s'accordant davantage avec une déféminisation du soin et servant l'organisation hospitalière (Holmes, 2001; Jacob, 2012b). Selon Goffman (1961/2013), les buts de l'institution totale sont clairement établis par des objectifs économiques, pédagogiques, médicaux ou psychiatriques afin de neutraliser, de sanctionner, de prévenir et finalement de guérir.

Devant ces aspects antagonistes de la sécurité et du soin, le personnel infirmier peut vivre de la dissonance cognitive (Festinger, 1957/2017; Jacob, 2014). La dissonance cognitive surgit

lorsqu'il y a une différence désagréable entre les représentations et les connaissances que nous avons d'un concept (p. ex. : le soin infirmier) et les demandes pratiques (Jacob, 2014). En milieu psycholégal, le personnel infirmier peut se retrouver en dissonance cognitive, particulièrement lorsqu'il doit appliquer les obligations de sécurité, ce qui lui fait perdre ses repères initiaux (Festinger, 1957/2017). Par conséquent, pour minimiser cette dissonance cognitive importune, le personnel infirmier abdique vers l'assimilation des mœurs uniques au milieu de l'institution totale qu'est l'hôpital de psychiatrie légale. S'ensuivent une déconstruction et une reconstruction de l'identité socioprofessionnelle et personnelle de l'infirmière ou de l'infirmier qui travaille dans une institution totale (Goffman, 1961/2013; Holmes et Murray, 2012). C'est la mortification du moi, expression propre à Goffman (1961/2013). Parizot (2003) mentionne que si la personne ne parvient pas à modifier ces nouvelles conditions discordantes, elle devra passer par une phase d'apprentissage qui permettra d'intérioriser la nouvelle culture.

L'isolement professionnel et l'investiture infirmière de la double tâche de sécurité et de dispensation des soins viennent positionner le personnel infirmier dans l'engrenage de l'institution totale et l'installer au cœur de son changement identitaire (Goffman, 1961/2013; Holmes, 2001; Parizot, 2003). Ce processus de transformation vise l'adaptation de l'idéologie socioprofessionnelle du personnel infirmier aux valeurs implicites et explicites de la culture institutionnelle (Goffman, 1961/2013; Holmes, 2001; Parizot, 2003). Celui-ci se voit donc entremêlé dans une matrice de relations de pouvoir qui va le forcer à assimiler de nouvelles perspectives et de nouveaux discours qui vont l'ancrer solidement dans sa nouvelle réalité (Jacob, 2012b). Le milieu des institutions totales supprime ainsi le cadre de référence que les infirmiers.ères avaient au préalable pour imposer son propre cadre de référence unique (Holmes et Murray, 2012; Jacob, 2012b).

Les répercussions dans leur vie personnelle sont tout aussi importantes. Plusieurs participants témoignent de cette justification lassante qu'ils doivent prodiguer, du fait que certains membres de leur famille ne nomment pas leur milieu de travail ou que plusieurs proches croient que ce milieu de travail n'est que temporaire, qu'ils ont de la difficulté à concevoir que les infirmiers.ères veulent y faire une carrière à long terme. Finalement, certains soulignent ne plus mentionner où ils travaillent afin de ne plus se faire questionner ou ne plus avoir à affronter des réactions négatives.

Il faut se remémorer qu'à la base, le développement des soins en psychiatrie légale était une démarche pour sortir les détenus-psychiatisés du milieu carcéral afin qu'ils reçoivent des soins décents et appropriés à leur condition sanitaire, tout en faisant leur temps de détention. Bien qu'il s'agisse d'humaniser les soins à cette clientèle particulière, les impératifs sécuritaires demeurent une priorité considérant le passé violent et criminel des personnes à soigner. Les infirmiers.ères doivent pour cela assimiler un nouveau discours de sécurité dans un milieu ayant un potentiel de violence et d'agressivité (Domingue et al., 2020; Jacob, 2012b; Jacob et Holmes, 2011b). De plus, le personnel infirmier novice reçoit une quantité importante d'information, de procédures et de protocoles à respecter en lien avec ce milieu sécuritaire. C'est ce que plusieurs infirmiers.ères nous ont rapporté dans leur témoignage : les attentes de leurs collègues et du milieu ne sont pas vraiment des attentes idoines à leur profession, mais consistent plutôt à répondre aux exigences sécuritaires du milieu. Pour plusieurs aspirants infirmiers, le choc commence (début marquant de toute carrière morale) lorsqu'ils conçoivent la dualité entre la culture sécuritaire et la culture de soins (Jacob, 2012b; Simon et al., 2020). Ce choc se perpétue dans l'apprentissage du rôle actif du double mandat qui incombe au personnel infirmier, soit agent de sécurité et agent de soins (Domingue et al., 2020; Holmes et Jacob, 2012; Holmes et Murray, 2012; Hörberg et Dahlberg, 2015; Mason, 2002; Peteet et Tobey, 2017; Simon et al., 2020).

Nos données vont de pair avec ces constats. En effet, plusieurs participants ont mentionné leur étonnement à leur arrivée en milieu de psychiatrie légale, se demandant même ce qu'ils faisaient là et quelle était leur place. La répartition des rôles étant très cadrée dans ce milieu, ils ont peu l'occasion de prendre leur place. La rigidité de la pratique infirmière qui ne permet aucune créativité ou très peu d'initiatives professionnelles vient aussi ajouter à cette commotion. Le personnel infirmier doit aussi s'acclimater aux attentes de leurs collègues de travail qui peuvent grandement différer du rôle infirmier. En conséquence, les infirmiers.ères abandonnent alors ce qui formait leur identité professionnelle profonde et se voient dans l'obligation de délaissé certaines aptitudes. Nos données ont même mis en relief que certains infirmiers.ères allaient travailler dans d'autres milieux pour pouvoir exprimer leur créativité professionnelle.

De plus, leurs attentes quant au travail en interdisciplinarité et aux soins spécialisés sont rapidement déçues. Les témoignages recueillis mettent en lumière le fait qu'au quotidien, les infirmiers.ères en psychiatrie légale ne font pas nécessairement de soins surspécialisés. La lourdeur de la répartition hiérarchique ne permet pas l'évolution de l'expertise infirmière. La majorité des participants a évoqué un désir de partager avec l'équipe de travail et de s'y intégrer, mais très peu ont trouvé satisfaction. Il y a même des pratiques établies dans le milieu qui aggravent et minimisent le rôle infirmier. C'est ce qui advient lorsque les participants rapportent que leur participation à certaines réunions décisives concernant la clientèle ne requiert pas leur présence. Pourtant, il en est autrement dans les hôpitaux généraux. En milieu psycholégal, il y a une segmentation des titres, des tâches et des responsabilités qui dévalorise le personnel infirmier et constitue une source de discrédit qui alimente sa stigmatisation. Nos participants ont, en forte majorité, rapporté la grande déception qui s'en suit et le peu d'envergure que peut prendre leur pratique infirmière en psychiatrie légale. Plusieurs infirmiers.ères ont nommé avoir dû faire des

concessions importantes, voire mettre de côté des espoirs d'ouverture et de développement de carrière dans le milieu psycholégal. C'est le début d'une nouvelle identité façonnée par l'isolement du monde extérieur et par l'acquisition de nouveaux attributs (Goffman, 1961/2013). Devant tous ces obstacles, le personnel infirmier débutant doit se positionner. Pour demeurer dans le milieu psycholégal, il doit apprivoiser cette nouvelle culture imposée et intégrer rapidement les attentes provenant de la hiérarchie supérieure.

De plus, le personnel infirmier qui travaille dans un environnement psycholégal subit de l'exclusion, de la discrimination et des réactions néfastes durant sa carrière créant une distanciation auprès de la communauté infirmière et des autres professionnels qui gravitent dans ce milieu. Nous nous interrogeons sur les stratégies utilisées par les infirmiers.ères en psychiatrie légale lors de leurs interactions avec des personnes qui connaissent peu le milieu psycholégal et les conséquences dans leur quotidien. Par exemple, des collègues infirmiers m'ont déjà dit qu'ils ne mentionnaient plus leur environnement de travail, afin d'éviter les réactions négatives ou la demande de justification de leur choix de carrière qui s'ensuivaient. Par ailleurs, les professionnels en soins infirmiers psycholégaux ont une perte de statut à l'extérieur des murs de l'institution : ils ne sont plus vus comme de « véritables » infirmiers.ères. Un autre fossé est constitué de l'espace implicite entre les infirmiers.ères et le patient. La spécialité infirmière en psychiatrie légale est peu développée au Québec, peu définie et par conséquent plutôt incomprise au sein même de sa discipline (Pariseau-Legault, 2017). Ce manque de reconnaissance peut entraîner une certaine ambiguïté dans l'appropriation de sa nouvelle identité socioprofessionnelle et avoir des contrecoups importants pour l'infirmier.ère. Ce sentiment de marginalisation professionnelle est accentué par le double statut d'asile et de prison (Bladon, 2018, 2019; Domingue et al., 2020; Hörberg et Dahlberg, 2015; Jacob, 2012b; Jacob et Holmes,

2011a; Simon et al., 2020). L'isolement et l'incompréhension par la communauté professionnelle infirmière nourrissent le fossé profond entre le milieu psycholégal et la société en général (Bladon, 2018, 2019; Domingue et al., 2020; Holmes et Murray, 2012; Jacob, 2012b). Notre recherche a pu faire ressortir que les infirmiers.ères en psychiatrie légale n'ont pas eu de gratification ou d'encouragement dans leur choix de carrière par leurs homologues des autres domaines. Ils ont aussi mentionné l'absence de développement de leurs connaissances par des formations qu'offrirait leur association professionnelle.

Les infirmiers.ères ont aussi témoigné de leur sentiment de solitude particulière en cette ère de changement qui s'opère dans leur environnement de travail. L'implantation de nouvelles méthodes de travail obéit davantage à l'horaire des décideurs qu'à celui des travailleurs « plancher ». Comme rapporté dans les entretiens effectués, il y a un parachutage de directives sans consultation ou, si une consultation a eu lieu, les recommandations ou les commentaires n'ont généralement pas été considérés. Plusieurs ont qualifié ces pratiques de méprisantes et de dévalorisantes, amenant un lot d'incompréhension par rapport au fonctionnement. Les participants ont aussi rapporté qu'ils se font parfois imposer des outils de travail ou des méthodes qui peuvent être qualifiées de contraires aux meilleures pratiques et même obsolètes.

De plus, le personnel infirmier doit modifier sa conception du patient et, conséquemment, des soins à lui prodiguer. Il doit intégrer que le patient est une source potentielle de danger et de violence, ce qui est complètement contraire à la philosophie de soin enseignée dans leur formation initiale (Hörberg et Dahlberg, 2015; Jacob, 2012b; Paradis-Gagné et al., 2020; Peteet et Tobey, 2017; Simon et al., 2020). Cette nouvelle conception de la clientèle éloigne les infirmiers.ères de la philosophie humaniste fondamentale à la discipline infirmière. Le travail administratif demandé au personnel infirmier, que les participants ont caractérisé comme interminable, les amène à rester dans le poste des infirmiers.ères et les distancie de leur travail de proximité avec la clientèle. Un

fossé se creuse entre le personnel infirmier et les patients; la possibilité d'une relation thérapeutique s'étiole (Hörberg et Dahlberg, 2015; Jacob, 2012a; Mason et al., 2002; Peteet et Tobey, 2017). Cet écart met en péril la possibilité d'établir une relation thérapeutique avec les patients qui ont droit, comme n'importe quelle autre clientèle, à des soins de qualité (Allen et Aburabi, 2016; Beckmann, 2017). Ces tensions entre le personnel soignant, qui est supposé être mandaté pour desservir des soins thérapeutiques et la demande de supervision et de sécurité ont été largement décrites par Goffman (1961/2013).

Le personnel infirmier en psychiatrie légale doit intégrer une modification du rôle infirmier traditionnel. Cette reconstruction identitaire contribue au mystère entourant cette profession et à sa stigmatisation. Lorsque ce processus stigmatisant arrive tardivement dans la vie d'une personne, Goffman (1975/2015) emploie la référence à l'itinérance morale : la personne doit se réidentifier. Nos données corroborent ce processus, alors que les participants ont rapporté devoir trouver d'autres alternatives pour exprimer leur créativité professionnelle et être capables de rester en emploi dans un tel environnement. Il s'opère aussi une perte de statut en tant que professionnel de la santé que Link et Phelan (2001) identifient comme une source de discrimination. Ceci rejoint les témoignages des participants qui rapportent ne pas faire partie des réunions décisionnelles entourant le patient et même voir leur expertise et leurs compétences niées au sein de l'équipe multidisciplinaire en psychiatrie légale. La discrimination entraîne des attitudes négatives et des comportements stéréotypés envers les infirmiers.ères en psychiatrie légale, ce qui mène à leur stigmatisation. Au quotidien, cela se traduit par une exclusion de leur présence à des étapes décisionnelles importantes : les infirmiers.ères sont tenus à l'écart de la coordination des soins concernant les patients, alors que dans n'importe quel autre hôpital général, même en psychiatrie générale, c'est plutôt le contraire qui survient. Plusieurs participants évoquent leur étonnement, lorsqu'ils sont arrivés en milieu psycholégal, de ne pas être partie prenante de ces processus, de

vivre cette mise à l'écart, en comparaison avec leur milieu de travail précédent où le fonctionnement était différent. C'est encore une surprise, un autre choc pour le personnel infirmier en milieu psycholégal, ce qui entraîne une contradiction forte avec leurs connaissances et leur bagage préalables.

Par ailleurs, nous croyons que le personnel infirmier en psychiatrie légale subit un processus apparenté à celui du pouvoir de la stigmatisation et que cela se répercute sur leur réalité journalière à différents niveaux. Selon Tyler et Slater (2018), il importe de situer le pouvoir de la stigmatisation comme une forme d'outil bureaucratique souvent utilisé par la classe sociale la plus « haute » et qui contribue aux luttes sociales. Cette activation permet ainsi de redistribuer les richesses vers le haut, particulièrement en temps de disette ou d'austérité économique (Tyler, 2020; Tyler et Slater, 2018). Étant dans une société capitaliste, ce que Tyler (2020) tente d'expliquer est que :

La stigmatisation s'intéresse au rôle de la stigmatisation dans l'ouverture de nouveaux champs d'accumulation de capital. Je veux dire par là que lorsque nous commençons à théoriser la stigmatisation comme une forme de pouvoir ancrée dans les économies politiques, nous pouvons commencer à comprendre comment la stigmatisation fonctionne pour dévaloriser des groupes entiers de personnes dans le but à la fois de renforcer les hiérarchies sociales existantes et de créer de nouvelles possibilités de redistribution des richesses vers le haut. [traduction libre] (p. 31)

Considérant que la santé mentale est une discipline mise à l'écart par rapport aux autres domaines en santé physique, il est intéressant de s'attarder sur ce processus plus structurel du pouvoir de la stigmatisation. En réalité, moins de 4 % du financement de la recherche médicale est consacré à la recherche en santé mentale (Fondation Douglas, 2020; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2020). De plus, le budget total en santé mentale au Québec oscille aux alentours de 5 % du financement total en santé et services sociaux et ce, malgré le fait qu'il est connu que la proportion de personnes qui recevront un diagnostic de maladie mentale s'élève à 20 % de la population (Fondation Douglas, 2020; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2020). Ainsi,

il est possible de croire que la stigmatisation concernant la spécialité de la psychiatrie, encore plus de la psychiatrie légale, servirait pour certaines instances à ce sous-investissement.

La stigmatisation, s'intéresse à ce que j'appelle l'économie politique de la stigmatisation dans ce processus, à savoir le rôle joué par le pouvoir de la stigmatisation dans la distribution des ressources matérielles et la transformation des valeurs culturelles, l'élaboration de la stigmatisation est au service des objectifs politiques des gouvernements et des entreprises et la culture de la stigmatisation pour extraire des avantages politiques et économiques. [traduction libre] (Tyler, 2020, p. 26)

Le pouvoir de la stigmatisation se situe tant à un niveau structurel plus large qui se répercute dans certains milieux qu'au cœur de certains milieux afin de servir les intentions de certaines instances (Link et Phelan, 2013; Tyler, 2020; Tyler et Slater, 2018). Le pouvoir disciplinaire présenté par Foucault évolue aussi dans ces milieux. C'est ce pouvoir que le personnel infirmier déploie auprès de la clientèle selon son rôle de contrôle, mais il le subit aussi par ses collègues et ses supérieurs. Le pouvoir disciplinaire et le pouvoir de la stigmatisation s'imbriquent l'un dans l'autre et ils ont comme but commun de laisser une trace afin d'influencer l'intégration de nouvelles attitudes et de nouveaux comportements par le groupe d'intérêt, ici les infirmiers.ères en psychiatrie légale (Link et Phelan, 2013; McHoul et Grace, 1993/2007; Tyler et Slater, 2018). Mis ensemble, ces différents processus de pouvoir et de stigmatisation laissent penser à un moyen de stigmatisation systémique bien implanté qui va au-delà de l'institution asilaire afin de servir des finalités politiques et économiques (Tyler, 2020; Tyler et Slater, 2018).

Le pouvoir de la stigmatisation ainsi présenté nous permet d'exposer que le personnel infirmier des milieux psycholégaux ne subit pas uniquement de la pression de la part de son environnement de pratique, mais qu'il y a toute une toile tissée serrée dans la structure qui touche de près ou de loin cette spécialité. Il nous permet de mettre en lumière que cette stigmatisation n'est pas un processus unique à un établissement en particulier. Il nous permet également de saisir que la stigmatisation sert au pouvoir mis en place dans notre société et que sa portée réticulaire va

bien au-delà d'un seul niveau. Le personnel infirmier en psychiatrie légale n'est pas seulement stigmatisé par son milieu, il l'est aussi par toute une structure qui a recours à ce processus comme une méthode de pouvoir, afin de mieux atteindre des objectifs politiques, économiques et d'efficacité. Il va de soi que cette condition unique doit se répercuter sur le quotidien des infirmiers.ères en psychiatrie légale et nous croyons primordial de mettre en exergue leur expérience vécue.

Devant ces aspects antagonistes, la dissonance cognitive s'installe, soit la différence désagréable entre les représentations et les connaissances que nous avons d'un concept (p. ex. : le soin infirmier) et les demandes organisationnelles (Festinger, 1957/2017; Jacob, 2014). Comme mentionné par plusieurs participants, pour demeurer dans un milieu aussi déconcertant pour la pratique infirmière et pour minimiser cette dissonance cognitive, ils doivent se conformer ou tendre vers l'assimilation des mœurs uniques au milieu de l'institution totale qu'est l'hôpital de psychiatrie légale. C'est la mortification du moi, expression propre à Goffman (1975/2013). La nouvelle culture doit être intériorisée et les infirmiers.ères doivent trouver un équilibre pour accepter cette nouvelle réalité (Parizot, 2003). Ce processus transformateur vise l'adaptation idéologique et organisationnelle du personnel infirmier aux valeurs implicites et explicites de la culture institutionnelle (Goffman, 1961/2013; Hörberg et Dahlberg, 2015; Paradis-Gagné et al., 2020; Parizot, 2003; Simon et al., 2020). Cependant, les données recueillies exposent que certains participants trouvent une échappatoire à cette imposition. Certains participants ont nommé tenter de soigner à la hauteur de leurs connaissances et de leurs possibilités en collaboration avec des collègues qui ont une vision des soins similaire à la leur. D'autres quittent le milieu par moment pour aller exprimer leurs talents ailleurs et éviter de s'ennuyer, pour ensuite revenir en milieu psycholégal. En somme, les infirmiers.ères prennent le peu de place qu'il leur reste pour soigner la

clientèle et établir des liens avec elle. Bien que cette place soit diminuée par rapport aux autres milieux, ils tentent de l'exploiter pleinement.

Néanmoins, la majorité des participants mentionne s'être heurtée à la rigidité du milieu et à la fermeture d'esprit de l'organisation lorsqu'elle voulait apporter des changements constructifs dans ses soins quotidiens. Parfois, les participants soulignent qu'ils apportent ces changements à leur niveau sans que cela devienne une pratique répandue. Il arrive même que certains mentionnent ne pas se soumettre à toute la tâche bureaucratique et préférer être auprès de leurs patients, quitte à se faire pénaliser. Dans de telles conditions, les infirmiers.ères en psychiatrie légale ne peuvent donc pas offrir des soins selon les meilleures pratiques. Nos données reflètent ce constat alors que plusieurs participants mentionnent que les tâches cléricales doivent se faire au détriment du contact avec leurs patients d'une part, mais aussi au détriment de la qualité des soins. L'importance de rédiger des notes infirmières et de tenir de beaux dossiers pour les instances hiérarchiques supérieures prédomine sur la qualité des soins offerts. Ceci engendre une grande détresse et beaucoup de frustration, comme évoqué dans les témoignages des participants. S'ajoutent donc à l'aporie soins versus sécurité, le soin versus les tâches bureaucratiques et l'austérité directionnelle. Nous avons mentionné que plusieurs études illustrent que l'institutionnalisation favorise la stigmatisation du personnel présent (infirmiers.ères) et de la clientèle (patients) qui y vit (Bates et Stickley, 2013; Hörberg et Dahlberg, 2015; Loukidou et al., 2010; Peteet et Tobey, 2017). La stigmatisation est aussi un outil fort utile pour atteindre les objectifs institutionnels, la carrière morale des infirmiers.ères en psychiatrie légale en est un des résultats. Selon cette perspective, les raisons expliquant pourquoi la stigmatisation n'est pas davantage abordée et peu d'efforts sont faits dans le but de l'anéantir sont évidentes. L'idéologie dominante vient modifier la représentation de l'exercice infirmier que le personnel infirmier se faisait de lui-même et ainsi assoir son pouvoir et se placer comme principal décideur. La carrière morale est un concept important pour la discipline

et la profession infirmière, car elle permet de comprendre les enjeux et les liens entre plusieurs éléments qui façonnent le milieu de psychiatrie légale. La carrière morale fait ressortir la nécessité de briser l'engrenage sournois dans lequel les infirmiers.ères s'embarquent aveuglément lorsqu'ils commencent à travailler en milieu psycholégal.

6.3 L'importance d'une formation formelle en psychiatrie légale

Nous sommes d'avis que les différentes perceptions négatives que les professionnels de la santé se font de la psychiatrie légale sont, entre autres, les conséquences de l'absence de formation reconnue et accréditée portant sur cette surspécialité. De plus, la mauvaise réputation qui incombe au milieu psycholégal est source de réactions incrédules, de rejet et même de discrimination envers la pratique clinique de ce milieu et aussi envers le personnel infirmier. Ce sont, entre autres, ces agissements qui nourrissent l'identité sociale réelle, représentation atypique de l'infirmier.ère en psychiatrie légale, par rapport à l'identité sociale virtuelle, c'est-à-dire la représentation typique de l'infirmier.ère (Goffman, 1975/2015), entraînant la stigmatisation de ces professionnels de la santé en milieu psycholégal. Plusieurs témoignages de nos participants mettent en exergue cette réalité. En effet, une majorité de participants a identifié ces réactions négatives tant chez des collègues infirmiers en soins généraux et en soins de psychiatrie que chez des enseignants en pratique infirmière. Nous croyons que s'il y avait une formation solide, officielle, reconnue et accréditée en lien avec la psychiatrie légale et que les notions légales étaient davantage abordées dans le cursus scolaire, ces préjugés et ces attitudes négatives s'estomperaient graduellement. En ce sens, des études ont été menées auprès des apprenants en soins infirmiers concernant leur perception de la santé mentale et de la psychiatrie (Bujold et al., 2020; Happell et Gaskin, 2013; Thongpriwan et al., 2015). Celles-ci mettent en évidence le peu d'intérêt des étudiants en science de la santé pour cette spécialité, voire la crainte et le dégoût envers ce domaine qu'ils discréditent (Bujold et al., 2020; Happell et Gaskin, 2013; Thongpriwan et al., 2015).

Il est impératif que les instances professionnelles, dont l'OIIQ et les instances scolaires se saisissent de cette chance pour faire tomber la stigmatisation tant envers la spécialité de la psychiatrie légale, mais aussi envers le personnel infirmier qui y travaille. À titre d'exemple, plusieurs participants, dans le cadre de leurs témoignages, soulevaient la volonté et le souci professionnel d'aller chercher de la formation fiable en psychiatrie légale, mais rapportaient n'avoir rien trouvé. Pire, certains ont même spécifié l'avoir expressément demandé à leur employeur et s'être fait répondre que rien n'existait. Considérant que la stigmatisation est un construit relationnel provenant de multiples particularités au sein d'une société, elle est donc modulable (Bates et Stickley, 2013; Goffman, 1975/2015; Gouthro, 2009; Tyler et Slater, 2018). Effectivement, un qualificatif stigmatisant chez une personne ne le sera pas chez une autre personne appartenant à une autre catégorie. Ainsi, un stigmate n'est pas immuable dans le temps, il est influencé constamment et dépend fortement de son contexte (Bates et Stickley, 2013; Goffman, 1975/2015; Gouthro, 2009; Tyler et Slater, 2018). Conséquemment, il devient logique de suggérer que l'établissement d'un processus d'éducation pour les soins infirmiers en psychiatrie légale viendrait construire les fondements d'une reconnaissance et de l'expertise nécessaire pour travailler dans cette surspécialité.

Ceci rejoint aussi la définition de la stigmatisation de Link et Phelan (2001). Selon la perspective de ces chercheurs, le personnel infirmier en milieu psycholégal serait stigmatisé par la situation dans laquelle il se retrouve. Les infirmiers.ères en milieu psycholégal sont donc étiquetés par leur environnement de travail qui revêt des caractéristiques désagréables et peu reluisantes. Les témoignages recueillis lors de nos entretiens font écho à ces postulats. Un grand nombre de participants évoque comment le milieu sous-exploite leurs capacités et les réduit à un rôle utilitaire et très technique. La quasi-totalité des participants évoque une frustration de ne pas pouvoir exercer pleinement leur rôle, mais également par rapport au fait que bien souvent les demandes

organisationnelles sont axées sur le remplissage de formulaires, de protocoles et de paperasse qui se répètent et se dédoublent. Ils poursuivent en expliquant que parfois cela déroge à la pratique basée sur des données probantes et que cela repose sur des façons de faire plus archaïques qu'ils associent au milieu de psychiatrie légale. Pire, il est aussi rapporté que ces pratiques frôlent parfois la transgression de leur code de déontologie.

Nous croyons donc que s'il y avait un parcours pédagogique accrédité et reconnu cela viendrait empêcher ce genre de pratique puisque le personnel infirmier pourrait alors se définir et s'appropriier pleinement son rôle. De plus, ces nouvelles connaissances permettraient aux infirmiers.ères en psychiatrie légale d'intégrer l'étendue de leur pratique et de leurs responsabilités professionnelles envers leurs patients. Cette reconnaissance s'enracinerait avec le temps dans la communauté infirmière et plus tard socialement, ce qui permettrait de mettre fin aux préjugés et à la stigmatisation de ces professionnels de la santé. Des études ont d'ailleurs mis en évidence que plusieurs attitudes dévastatrices envers le milieu psychiatrique reposent sur des associations farfelues et sans fondements, possibles en raison du peu d'apprentissages formels disponibles (Ebsworth et Foster, 2016; Graham et al., 2020; Günüşen et al., 2017; Wedgeworth et al., 2020). Les retombées d'une telle formation seraient majeures pour la pratique infirmière, mais seraient sûrement aussi réparatrices à bien des niveaux pour la psychiatrie en tant que spécialité infirmière, voire pour la clientèle desservie.

Selon Link et Phelan (2001), il y a deux principes fondamentaux pour modifier un processus de stigmatisation. Le premier principe est que l'approche doit être multidimensionnelle et multiniveaux, alors que le second principe consiste à modifier les croyances du groupe en position de pouvoir (Link et Phelan, 2001). Nous croyons que les établissements de formation en sciences infirmières peuvent exploiter la situation pour atteindre le premier principe. En effet, le principe multidimensionnel s'adresse aux divers mécanismes qui mènent aux conséquences néfastes de la

stigmatisation (Link et Phelan, 2001). Comme abordé préalablement, l'émergence de savoirs valides et cohérents avec la pratique en milieu psycholégal vient s'opposer à la méconnaissance de cette surspécialité. Nous croyons qu'une méthode efficace pour endiguer les répercussions négatives de la stigmatisation de la psychiatrie légale et du personnel infirmier y travaillant (le principe multidimensionnel) serait l'élaboration d'une formation idoine à cette surspécialité. Cette formation aurait des retombées officielles et standardisées pour ceux qui la suivent, notamment en reconnaissant les connaissances nécessaires pour que la pratique infirmière en milieu psycholégal soit exemplaire. Les participants ont régulièrement témoigné de l'ignorance des personnes, tant dans la profession infirmière que dans le grand public, concernant ce milieu de soins. Une formation spécifique permettrait au personnel infirmier de la psychiatrie légale d'identifier leur pratique clinique conjointe avec leurs pairs dans les autres domaines, mais surtout de pouvoir aisément discourir de leur expertise spécifique à ce milieu. Ce faisant, une reconnaissance dans le milieu médical s'opérerait et, avec le temps, cela pourrait aussi atteindre un plus large auditoire. Un autre aspect non négligeable serait les retombées importantes auprès des soins et services offerts à la clientèle. En effet, mieux sera outillé le personnel infirmier œuvrant en milieu psycholégal, moins les demandes erratiques, parfois illégales, de la classe dirigeante seront exécutées. Les participants ont à plusieurs reprises réitéré ces exigences provenant de leurs supérieurs comme étant des irritants et semant même la zizanie dans les équipes de travail.

Ensuite, l'approche pour modifier le processus de stigmatisation doit être multiniveau, en ce sens qu'il doit à la fois répondre aux aspects de la discrimination individuelle et structurelle (Link et Phelan, 2001). Ainsi, la formation reconnue du personnel infirmier en milieu psycholégal pourrait aussi diminuer les répercussions personnelles de la discrimination. En effet, savoir comment bien définir leur rôle et les connaissances propres à leur surspécialité permettrait aux infirmières de pouvoir répondre à des questionnements extérieurs qui, à ce jour, les intimident

et les rendent inconfortables. Les participants ont rapporté une multitude d'exemples de cette situation en mentionnant les questions de justification et les réactions d'incrédulité auxquels ils sont confrontés et qui viennent se répercuter tant dans leur vie professionnelle que personnelle. Les problématiques structurelles du processus de stigmatisation en milieu de psychiatrie légale seraient, nous pensons, amoindries par une pleine compréhension et possession de leurs responsabilités professionnelles par les infirmières évoluant dans ce milieu. Ils gagneraient en crédibilité, en reconnaissance et leur place parmi les équipes interdisciplinaires serait unique et bien campée.

Enfin, le second principe est, selon nous, le plus important. C'est la mise en œuvre d'une approche qui doit modifier les attitudes et les croyances profondes des groupes en position de pouvoir qui génèrent les étiquettes, les stéréotypes, les comportements d'isolement, la dévaluation et la discrimination (Link et Phelan, 2001). Pour ce faire, le groupe en puissance doit perdre de cette autorité ou du moins être circonscrit (Link et Phelan, 2001). Nous pensons que cela serait possible par une identification claire des responsabilités des infirmières en psychiatrie légale par ce parcours formateur adéquat. Plusieurs exemples ont été soulevés dans les témoignages des participants qui mentionnent vouloir prendre leur place et occuper des fonctions essentielles parmi l'équipe de soins interdisciplinaires. Leurs initiatives ou leur créativité professionnelles sont souvent réprimées par la classe dirigeante en position qui les ramène souvent dans un crédo technique et clérical. Nombreux sont les participants qui ont rapporté s'être fait dire, lorsqu'ils souhaitaient spontanément aider leur équipe de travail, que cela n'était pas leur rôle ou que ce n'était pas nécessaire. D'autres ont mentionné s'être fait encourager dans leur désir de changement, mais ne pas s'être fait offrir les conditions le permettant. L'étude Kent-Wilkinson (2011) a identifié que le retard dans le développement des connaissances infirmières en milieu psycholégal est souvent observé, car les infrastructures primordiales pour élaborer un parcours pédagogique ne sont pas mises en place de manière simultanée. Il est donc logique que la reconnaissance

pédagogique aide à pallier les grandes difficultés de recrutement en psychiatrie légale et à retenir le personnel infirmier présent. L'éclaircissement de la profession infirmière en milieu psycholégal permettrait de donner du coffre à l'identité professionnelle du personnel infirmier afin qu'il se sente reconnu par ses pairs, comme mentionné par plusieurs études scientifiques préalablement abordées (Bladon, 2019; Hercelinskyj et al., 2014; Möller-Leimkühler et al., 2016). La considération de ces multiples éléments nous amène à croire profondément qu'il est plus que temps que ce cursus pédagogique en psychiatrie légale voit le jour.

6.4 Implications pour les sciences infirmières

Les retombées de notre étude à l'égard des sciences infirmières s'illustrent de différentes façons. Cette section présente les apports aux plans de la recherche, les retombées politiques et scolaires ainsi que les répercussions sur la pratique.

6.4.1 *Retombées pour la recherche*

D'un point de vue scientifique, la méthodologie, la collecte de données ainsi que les analyses réalisées dans cette étude montrent la pertinence de l'utilisation de l'approche phénoménologique interprétative en lien avec le paradigme de la théorie critique. Notre démarche a permis de donner une voix à une population qui a rarement l'opportunité de s'exprimer librement. Notre étude contribue également à l'essor de connaissances ciblant l'expérience vécue des infirmiers.ères en psychiatrie légale. Ces savoirs font place à une plus grande compréhension des pressions que subit le personnel infirmier tant par leur mandat dichotomique que par la pression bureaucratique, mais aussi de toute la complexité des tenants et aboutissants du phénomène de la stigmatisation. Les résultats de cette recherche mettent en évidence l'apport intéressant de la phénoménologie interprétative pour l'étude de situations de marginalité auprès de personnes qui sont souvent tenues au silence.. Finalement, cette méthodologie permet de créer un espace

dialogique dépourvu de tensions permettant l'intégration des expériences vécues des infirmiers.ères en milieu exclu.

6.4.2 *Retombées politiques et scolaires*

En prenant appui sur une diversité de parcours expérimentiels, cette recherche interroge la déconstruction et l'instrumentalisation des soins infirmiers dans le milieu de la psychiatrie légale. Sans que les infirmiers.ères soient insignifiants, leur rôle et leurs responsabilités professionnelles semblent se limiter à un ensemble de techniques qui s'inscrivent dans un horaire prédéterminé et à la portée légale de certains de leurs actes administratifs tout en étant tenus à l'écart des meilleures pratiques et de leurs patients. Des pistes de solutions sont envisageables à moyen terme, mais elles nécessitent une volonté institutionnelle et politique. Au sein des institutions d'enseignement, il est primordial de sensibiliser le corps professoral à l'égard des besoins spécifiques des patients en psychiatrie légale. Celui-ci devrait également reconnaître que la stigmatisation de la psychiatrie, même générale, demeure présente et que plus les étudiants acquièrent des savoirs dans ce domaine, moins ils ont de préjugés. Il apparaît aussi fondamental de construire les bases d'une formation unique répondant aux grands besoins des infirmiers.ères œuvrant en milieu psycholégal afin qu'ils puissent s'approprier pleinement leur rôle et offrir des soins exemplaires à une clientèle vulnérable. Il en est de même en ce qui concerne la communauté infirmière plus élargie et les instances professionnelles qui pourraient valider cette surspécialité et élaborer une structure la concernant. Au sein de services spécialisés, l'infirmière ou l'infirmier pourrait agir comme un expert dans son domaine de psychiatrie légale et prendre en charge efficacement les patients dont il a la charge. Il nous semble qu'en s'appropriant une approche de soins psychiatriques holistiques, le personnel infirmier brillerait par son apport incontestable à l'équipe interdisciplinaire et ce, par ses apprentissages légaux et particulièrement par ses connaissances de sa clientèle.

De manière transversale, il apparaît évident de rétablir la relation thérapeutique et les soins de proximité auprès de leurs patients comme philosophie de soins. En ce sens, nous suggérons qu'un intérêt soit accordé aux dimensions humaines et sociales du soin dans un milieu sécuritaire dans la formation des futurs infirmiers.ères qui intégreront ces milieux. La construction d'une formation infirmière comportant une partie clinique appliquée et un volet plus théorique basé sur des données probantes permettrait de faciliter la transition entre le milieu psycholégal et les milieux plus généraux. Si une telle formation pouvait s'élaborer conjointement avec une accréditation universitaire, elle serait reconnue dans le milieu et, de fil en aiguille, ferait rayonner les connaissances distinctives et pointues de cette surspécialité. C'est ce qui permettrait aussi, pas à pas, d'informer la société sur la réalité du milieu et l'amènerait à ne pas se forger une idée uniquement à partir de ce qui est véhiculé dans les médias. Il va de soi que cette dernière étape demanderait davantage de temps pour se concrétiser.

Les données recueillies ont aussi pu démontrer la présence d'un processus de pouvoir de la stigmatisation dans le milieu. Il serait important de comprendre en profondeur ce fonctionnement et d'explorer comment cette possible stigmatisation systémique de la psychiatrie légale s'insère dans le système de santé. Il serait intéressant de continuer les études en ce sens pour bien saisir ce concept, tant d'une perspective macroscopique que microscopique, de même que les répercussions de cette réalité. Ce projet doctoral a permis de rappeler les différents paliers de stigmatisation qui évoluent dans divers milieux et institutions gouvernementaux ainsi que les conséquences sur le travail infirmier journalier en milieu psycholégal. De futures recherches seront nécessaires pour en saisir toute la portée dans l'espoir aussi de mettre en évidence de nouvelles avenues pour diminuer ou, idéalement, enrayer la stigmatisation en lien avec la psychiatrie légale.

6.4.3 *Retombées pour la pratique*

La perspective critique sélectionnée pour cette recherche a fait ressortir la présence de mécanismes d'asservissement dans le milieu de la psychiatrie légale. La stigmatisation comme outil de pouvoir est le principal style d'oppression ressorti. Il est fort possible que d'autres types d'oppression soient présents à différents niveaux nécessitant l'attention de la recherche scientifique. Nous sommes d'avis que de futures recherches seraient nécessaires pour explorer l'importance de ce concept dans la gestion et la direction de ces établissements et la portée des répercussions de l'usage d'un tel outil sur le personnel infirmier. Une meilleure compréhension de la manière dont le style oppressif administratif s'articule dans le milieu de la psychiatrie légale et des répercussions sur la qualité et la sécurité des soins offerts serait importante, tant pour le bien-être du personnel qui œuvre dans ces milieux que de la clientèle. Il serait intéressant d'étudier les conséquences des demandes bureaucratiques sur les soins d'une perspective ethnographique. Ainsi que de chercher au niveau des procédures et des politiques mises en place dans cette institution et voir comment le stigmate y est intégré.

De plus, cette recherche illustre qu'une méconnaissance du contexte particulier dans lequel évolue le personnel soignant, ainsi que la présence d'un système de soutien qui agit tant à l'interne qu'à l'externe, demande une formation aiguisée des infirmiers.ères afin de favoriser le plein épanouissement de leur potentiel professionnel et surtout de démolir leur problème d'image. Cette étude illustre aussi la nécessité de former une gestion de ces soins plus humaine, ancrée dans la réalité quotidienne du personnel soignant et près des besoins de la clientèle. Il importe de reconnaître le besoin de s'extérioriser, d'ouvrir ses horizons et d'assouplir les pratiques organisationnelles, voire d'être davantage novateur et progressiste. Comme mentionné précédemment, les infirmiers.ères en psychiatrie légale évoluent dans un milieu distinctif et un environnement unique. Malgré tout, ces professionnels de la santé n'ont accès à aucun moyen

d'accroître leurs connaissances ou de se faire connaître de manière positive. Plus généralement, il est primordial de reconnaître la stigmatisation subie par le personnel infirmier en milieu psycholégal, source de souffrance indéniable, mais en plus obstacle à la dispensation de soins de qualité.

Pour conclure, notre recherche met en lumière l'importance d'élaborer un cursus académique cohérent pour la profession infirmière en psychiatrie légale, idéalement au sein du milieu de pratique même. Il importe aussi de se questionner sur les politiques et les pratiques mises en place dans ces institutions afin d'en élaborer de nouvelles qui donneraient au personnel infirmier leur juste place. Il apparaît évident de rétablir un dialogue bidirectionnel efficace entre les personnes qui occupent des postes hiérarchiquement supérieurs et les infirmières qui travaillent auprès de la clientèle, ce qui favoriserait les soins de qualité aux patients et un exercice infirmier épanoui.

6.5 Limites de l'étude

Certaines limites à cette étude se doivent d'être mentionnées, notamment en ce qui a trait au caractère particulier des résultats obtenus. L'échantillon est en lui-même restreint à 17 participants. Le recrutement a été réalisé par une méthode de « bouche à oreille », ce qui a limité la participation de plusieurs personnes dont les parcours expérientiels auraient pu contribuer à la richesse de cette étude. Un seul groupe a été consulté par rapport à certaines problématiques spécifiques au milieu. Différents professionnels ou employés de cet hôpital à haute sécurité auraient peut-être eu un discours distinct.

La sensibilité du sujet et une crainte de représailles concernant la loyauté envers l'employeur sont également susceptibles d'avoir influencé le recrutement. Par ailleurs, le statut d'étudiante au doctorat en sciences infirmières de l'étudiante-chercheuse qui, par surcroît, travaillait dans le milieu de psychiatrie légale au moment de la collecte des données pourrait aussi constituer une limite dans la participation de certaines personnes qui auraient pu s'autocensurer

quant à la divulgation de certaines informations. En effet, les professionnels interrogés connaissaient le statut de l'étudiante-chercheure, ce qui a pu influencer leurs réponses dans le sens de la désirabilité sociale.

Il est à noter que les concepts théoriques mobilisés par la chercheure principale ont certainement teinté l'interprétation des résultats. Il en est de même pour l'organisation et le choix des extraits ayant été intégrés à ce manuscrit. Ces décisions ont été prises par la chercheure à partir de ses expériences cliniques, de sa connaissance des écrits scientifiques et de son positionnement paradigmatique. Ils ont été opérés afin d'offrir une réponse cohérente et pertinente aux questions soulevées par la problématique de recherche.

Finalement, nous croyons que des recherches futures devraient mettre en lumière le rôle d'instances professionnelles qui ont comme mission la protection du public. Malgré plusieurs tentatives de la chercheure principale, il n'a pas été possible d'obtenir l'avis de l'OIIQ qui aurait été pertinent d'inclure dans cette recherche. Nous sommes d'avis qu'il serait essentiel d'étudier davantage les perspectives des instances professionnelles, mais aussi gouvernementales qui ont une influence majeure sur ces milieux.

Conclusion

La psychiatrie légale est une surspécialité des soins infirmiers pour laquelle le rôle infirmier est encore mal défini et dont les limites et l'étendue ne sont pas encore bien délimitées. L'institution de psychiatrie légale constitue un milieu hautement spécialisé dans le soin d'une clientèle à risque, où les impératifs de sécurité et de protection du public rencontrent les soins psychiatriques et de rétablissement. Bien que l'OIIQ encadre l'exercice de la profession infirmière en la définissant de façon plus générale, puis précise selon la spécialité, des lignes directrices claires et une dimension déontologique propres à la profession infirmière en psychiatrie légale demeurent complètement absentes. La définition floue de la pratique infirmière en milieu psycholégal et l'offre de formation cohérente en sont des exemples éloquentes.

Nous croyons que notre recherche s'inscrit dans la démonstration de l'importance et de l'urgence de développer de telles balises. Dans le cadre de cette étude, nous avons exploré la manière dont était vécue l'expérience quotidienne de l'exercice infirmier en milieu psycholégal. Le vécu de chacun ainsi que la représentation professionnelle de sa pratique distinctive dans ces environnements légaux ont mené à une nouvelle compréhension du processus de la stigmatisation comme outil de pouvoir et d'assujettissement qui module la prise en charge et les soins psychiatriques légaux. Également, cela nous a menés à constater la souffrance professionnelle de ces infirmières qui sont encarcenés dans un rôle davantage utilitaire qui ne dessert pas de manière optimale la clientèle de ces milieux. Partant de la réalité à l'intérieur des murs de ces institutions et en extrapolant vers diverses entités ou instances de différents milieux, la perception néfaste de la psychiatrie légale demeure constante. Conséquemment, ceci freine le développement de cette surspécialité infirmière. Il est plus que temps que cela soit rectifié.

D'une part, le contexte institutionnel, par son historique, ses mandats, ses politiques et son style de gestion, est défavorable à l'essor de la profession infirmière dans ce milieu et l'étouffe par

de multiples demandes cléricales et protocolaires. Tous ces éléments mis en place engendrent un démantèlement de l'exercice infirmier traditionnel, sans pour autant offrir une réidentification positive et entière qui respecterait la pratique infirmière professionnelle. Toute dérogation à ce rôle technique et utilitaire se bute à une opposition et à une fin de non-recevoir parmi les supérieurs hiérarchiques. Ces pratiques dissuasives servent le pouvoir décisionnel mis en place et répondent au besoin de contrôle dans ces milieux légaux. Les entretiens avec certains de nos participants révèlent d'ailleurs la rigidité du milieu. En effet, nous comprenons dans les récits des infirmiers.ères que leurs aspirations élevées de développement de connaissances spécifiques et spécialisées sont désenchantées par les demandes quotidiennes plutôt techniques. Plusieurs ont nommé avoir été très déçus et choqués par ce constat. Nos données suggèrent que l'ambition de vouloir modifier cette réalité n'est pas bien accueillie et n'est pas considérée par ceux en position de diriger. D'autre part, le contexte académique et social ne favorise pas une image favorable à la psychiatrie légale. L'absence d'un parcours académique et formateur pour développer l'expertise des infirmiers.ères en psychiatrie légale et la méconnaissance de certains enseignants engendrent des préjugés chez les étudiants. Tous ces éléments contribuent malicieusement à la pérennité de la stigmatisation en lien avec la psychiatrie légale. De plus, cela se répercute sur le recrutement et la rétention du personnel infirmier.

L'expérience vécue des infirmiers.ères en psychiatrie légale relatée par les participants lève le voile sur les répercussions du pouvoir instauré dans ces institutions. Notre recherche met en lumière la prise en charge totale de l'organisation concernant ses employés, les façonnant et les modifiant par différents processus. Au cœur de leurs récits, il est saillant que tous ont un intérêt pour le rétablissement, l'accompagnement et le soin holistique envers cette clientèle qui a grandement besoin de soins humains, mais plus encore qui y a droit comme n'importe quel autre être humain. Cependant, leur engagement envers l'institution psycholégale transforme leurs

aspirations professionnelles, les module et les sape. Cela a été montré par leurs différentes façons d'intérioriser ou de se conformer à la culture du milieu, de rentrer dans le moule préétabli et de trouver des activités d'épanouissement professionnelles ailleurs. Ces contraintes et cette manipulation de leur rôle professionnel que subissent les infirmiers.ères sont une forme éloquente du pouvoir disciplinaire et du pouvoir de la stigmatisation dans une institution totale. Une fois que le personnel infirmier assimile la réalité du milieu et les demandes qui lui sont faites, les infirmiers.ères modifient leur exercice infirmier et peuvent aller, jusqu'à un certain point discutable, à l'encontre des obligations de leur profession. Les entretiens effectués avec les participants évoquent cette réalité et mettent en évidence que les meilleures pratiques infirmières pour des soins sécuritaires et de qualité ne sont pas primordiales dans cet environnement. Certains participants mentionnent une possibilité de soins qu'ils modulent discrètement afin d'effectuer une pratique infirmière qui leur correspond. Néanmoins, la présence de nombreuses contraintes structurelles et attitudinales impose une proactivité dissimulée afin de ne pas attirer l'ire de la classe dirigeante.

Ces éléments nous mènent au constat que les pratiques infirmiers.ères en psychiatrie légale ont besoin d'être soutenues par l'officialisation de leur formation et de leur exercice en tant que professionnels de la santé ainsi qu'une reconnaissance de leur expertise. Nous suggérons que lorsque cette spécialité sera connue et reconnue au niveau de la communauté infirmière et des instances professionnelles et scolaires, la stigmatisation diminuera drastiquement. Cela permettra par la suite une pratique infirmière conforme aux standards de soins de qualité qui servira efficacement les patients qui en ont le droit, comme n'importe quel autre patient dans le système de la santé. Ce processus transformationnel devra aller de pair avec une redéfinition du pouvoir dans ces milieux qui devrait être davantage partagé et s'inscrire dans une philosophie de soins interdisciplinaire avec comme acteur central le patient. Trop souvent, nous entendons cette volonté

de mettre le patient au cœur de nos souhaits, mais elle est peu constatée dans le milieu psycholégal. Ces observations sous-entendent le besoin de jeter un regard neuf et contemporain sur cette surspécialité qui a connu peu d'évolution au cours des dernières années. Comme bien d'autres pratiques, elle implique différents processus, protocoles et dispositifs, notamment sécuritaires, respectueux de la judiciarisation de la clientèle et de leurs besoins de réhabilitation et de rééducation pour s'engager concrètement dans des projets d'avenir. Ce sont quelques composantes spécifiques qui peuvent s'arrimer avec le développement de la pratique infirmière et où ces professionnels de la santé mentale pourraient s'actualiser et jouer pleinement leur rôle.

Enfin, il importe de réfléchir à une nécessaire reconfiguration du soin en milieu psycholégal et de soutenir une progression des savoirs empreints d'humanisme et de soins holistiques. Il s'agit aussi de se pencher sur les possibilités d'accroître les connaissances infirmières dans ce milieu et de remédier à plusieurs maux, dont la stigmatisation, accolée à la psychiatrie légale. Nous croyons que plusieurs instances bien positionnées auraient avantage à démontrer de la proactivité dans l'essor de cette surspécialité et que les répercussions seraient à plusieurs niveaux. D'ailleurs, différentes perspectives de recherche seraient pertinentes à explorer et à développer. Il serait utile d'explorer quels savoirs le personnel infirmier en psychiatrie légale souhaiterait développer ou exploiter avec davantage de précision. Une investigation plus soutenue est aussi primordiale afin de déterminer le type de gestion ou d'administration que ces milieux nécessitent. Il apparaît évident qu'il faille déterminer les enjeux, les défis, les caractéristiques et les connaissances appropriées nécessaires pour réussir une harmonisation de l'articulation du soin dans son entièreté et des commandes sécuritaires pour la classe dirigeante des milieux de psychiatrie légale.

Références

- Allen, S. A. et Aburabi, R. (2016). When security and medicine missions conflict: Confidentiality in prison settings. *International Journal of Prisoner Health*, 12(2), 73-77. <https://doi.org/10.1108/IJPH-03-2016-0007>
- Angermeyer, M. C., Schulze, B. et Dietrich, S. (2003). Courtesy stigma: A focus group study of relatives of schizophrenia patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(10), 593-602. <https://doi.org/10.1007/s00127-003-0680-x>
- Antoine, P. et Smith, J. A. (2017). Saisir l'expérience : présentation de l'analyse phénoménologique interprétative comme méthodologie qualitative en psychologie. *Psychologie Française*, 62(4), 373-385. <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2016.04.001>
- Arboleda-Flórez, J. (2001). *L'état des connaissances : stigmatisation et violations des droits de la personne*. http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/Etat_des_connaissances_II.pdf
- Arboleda-Flórez, J. (2003). Considerations on the stigma of mental illness. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 48(10), 645-650. <https://doi.org/10.1177%2F070674370304801001>
- Bates, L. et Stickley, T. (2013). Confronting Goffman: How can mental health nurses effectively challenge stigma? A critical review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(7), 569-575. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2012.01957.x>
- Bédard, D., Lazure, D. et Roberts, C.-A. (1962). *Rapport de la commission d'étude des hôpitaux psychiatriques*. Ministère de la Santé du Québec.
- Beckmann, D. (2017). What are physicians' responsibilities to patients whose health conditions can influence their legal proceedings? *AMA Journal of Ethics*, 19(9), 877-884. <https://doi.org/10.1001/journalofethics.2017.19.9.ecas1-1709>
- Ben Natan, M., Drori, T. et Hochman, O. (2015). Associative stigma related to psychiatric nursing within the nursing profession. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(6), 388-392. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.06.010>
- Bert, J.-F. (2016). *Introduction à Michel Foucault*. La Découverte.
- Bickford, D. (2014). Postcolonial theory, nursing knowledge, and the development of emancipatory knowing. *Advances in Nursing Science*, 37(3), 213-223. <https://doi.org/10.1097/ans.0000000000000033>
- Bladon, H. J. (2017). The missing thread: How fiction cheats mental health nursing. *Issues in Mental Health Nursing*, 38(9), 687-691. <https://doi.org/10.1080/01612840.2017.1341589>
- Bladon, H. J. (2018). Clear skies ahead: The way out of identity confusion. *Issues in Mental Health Nursing*, 39(3), 259-263. <https://doi.org/10.1080/01612840.2017.1381208>

- Bladon, H. J. (2019). Mental health nursing and the pursuit of professional equivalence. *Mental Health Practice*, 22(4), 17-20. <https://doi.org/10.7748/mhp.2019.e1344>
- Bond, M. J. et Birkholz, L. J. (2020). What if the bully is the manager? *Nursing*, 50(3), 48-52. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000654048.73369.b8>
- Bonitto, C. (2007). Goffman et l'ordre de l'interaction : un exemple de sociologie compréhensive. *Philosophie*, 1, 31-48. <https://doi.org/10.4000/philosophie.102>
- Brocki, J. M. et Wearden, A. J. (2006). A critical evaluation of the use of interpretative phenomenological analysis (IPA) in health psychology. *Psychology and Health*, 21(1), 87-108. <https://doi.org/10.1080/14768320500230185>
- Bujold, A., Pariseau-Legault, P. et de Montigny, F. (2020). Exploration de l'impopularité des milieux de santé mentale/psychiatrie auprès de la relève infirmière : une revue systématique des écrits. *Recherche en soins infirmiers*, 141, 17-37. <http://dx.doi.org/10.3917/rsi.141.0017>
- Campbell, C. et Deacon, H. (2006). Unravelling the contexts of stigma: From internalisation to resistance to change. *Journal of Community et Applied Social Psychology*, 16(6), 411-417. <https://doi.org/10.1002/casp.901>
- Campbell, J. C. et Bunting, S. C. (1991). Voices and paradigms: Perspectives on critical and feminist theory in nursing. *Advances in Nursing Science*, 13(3), 1-15. <https://doi.org/10.1097/00012272-199103000-00004>
- Carnevale, F. A. (2002). Authentic qualitative research and the quest for methodological rigour. *Canadian Journal of Nursing Research*, 34(2), 121-128. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12425004/>
- Cleary, M. (2004). The realities of mental health nursing in acute inpatient environments. *International Journal of Mental Health Nursing*, 13(1), 53-60. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2004.00308.x>
- Coleman, P. (2018). Cultural differences in general and psychiatric nurses: A critical analysis using social identity theory. *Aporia*, 10(2), 17-27. <https://doi.org/10.18192/aporia.v10i2.4122>
- Corrigan, P. W. et Miller, F. E. (2004). Shame, blame, and contamination: A review of the impact of mental illness stigma on family members. *Journal of Mental Health*, 13(6), 537-548. <https://doi.org/10.1080/09638230400017004>
- Corrigan, P. W. et Wassel, A. (2008). Understanding and influencing the stigma of mental illness. *Journal of Psychosocial Nursing*, 46(1), 42-48. <https://doi.org/10.3928/02793695-20080101-04>

- Crawford, P., Brown, B. et Majomi, P. (2008). Professional identity in community mental health nursing: A thematic analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 45(7), 1055-1063. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.05.005>
- Danza, P. (2018). On the line. *Nursing*, 48(11), 48-53. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000546460.41768.aa>
- De Carlo, K. (2007). Ogres and angels in the madhouse: Mental health nursing identities in film. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16(5), 338-348. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2007.00488.x>
- Devnick, B. (2010). *The forensic mental health nurse: Confusion, illusion or specialization? A scoping literature review* [thèse de doctorat, University of Victoria]. DSpace/Manakin. <https://dspace.library.uvic.ca/handle/1828/4092>
- Dhaliwal, K. et Hirst, S. (2016). Caring in correctional nursing: A systematic search and narrative synthesis. *Journal of Forensic Nursing*, 12(1), 5-12. <https://doi.org/10.1097/jfn.0000000000000097>
- Dickson-Swift, V., James, E., Kippen, S. et Liamputtong, P. (2009). Researching sensitive topics: Qualitative research as emotion work. *Qualitative Research*, 9(1), 61-79. <http://dx.doi.org/10.1177/1468794108098031>
- Dickson-Swift, V., James, E. L., Kippen, S. et Liamputtong, P. (2007). Doing sensitive research: What challenges do qualitative researchers face? *Qualitative Research*, 7(3), 327-353. <https://doi.org/10.1177%2F1468794107078515>
- Domingue, J.-L., Jacob, J. D., Perron, A., Pariseau-Legault, P. et Foth, T. (2020). (Re)construction identitaire et pratique infirmière en psychiatrie légale : réflexion critique sur les commissions d'examen. *Recherche en soins infirmiers*, 143(4), 118-126. <https://doi.org/10.3917/rsi.143.0118>
- Ebsworth, S. J. et Foster, J. L. H. (2016). Public perceptions of mental health professionals: Stigma by association? *Journal of Mental Health*, 26(5), 1-11. <https://doi.org/10.1080/09638237.2016.1207228>
- Festinger, L. (2017). *Une théorie de dissonance cognitive* (traduit par H. Vassine). Enrick B. (Ouvrage original publié en 1957)
- Flaskerud, J. H. (2018). Stigma and psychiatric/mental health nursing. *Issues in Mental Health Nursing*, 39(2), 188-191. <https://doi.org/10.1080/01612840.2017.1307887>
- Foucault, M. (2015). *Surveiller et punir : naissance de la prison*. Gallimard. (Ouvrage original publié en 1975)
- Foucault, M. (2015). *Histoire de la sexualité I : la volonté de savoir*. Gallimard. (Ouvrage original publié en 1976)

- Georges, J. (2008). Bio-power, Agamben, and emerging nursing knowledge. *Advances in Nursing Science*, 31(1), 4-12. <https://doi.org/10.1097/01.ans.0000311525.50693.9c>
- Goffman, E. (2013). *Asiles: études sur la condition sociale des malades mentaux* (traduit par L. Lainé). Minuit. (Ouvrage original publié en 1961)
- Goffman, E. (2015). *Stigmaté : les usages sociaux des handicaps* (traduit par A. Khim). Minuit. (Ouvrage original publié en 1975)
- Gouthro, T. J. (2009). Recognizing and addressing the stigma associated with mental health nursing: A critical perspective. *Issues in Mental Health Nursing*, 30(11), 669-676. <https://doi.org/10.3109/01612840903040274>
- Graham, J. M., Waddell, C., Pachkowski, K. et Friesen, H. (2020). Educating the educators: Determining the uniqueness of psychiatric nursing practice to inform psychiatric nurse education. *Issues in Mental Health Nursing*, 41(5), 395-403. <https://doi.org/10.1080/01612840.2019.1678081>
- Guba, E. G. et Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. Dans N. K. Denzin et Y. S. Lincoln (dir.), *The Sage Handbook of Qualitative Research* (p. 105-117). Sage.
- Günösen, N. P., Çetinkaya, D. Z., Inan, F. S., Ince, S. Ç., Sari, A. et Aksoy, B. (2017). Exploration of the factors affecting the choices of nursing students who choose psychiatric nursing as the first and last choice. *Issues in Mental Health Nursing*, 38(10), 837-844. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1080/01612840.2017.1349223>
- 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. <https://doi.org/10.1080/0308514042000225671>
- Halter, M. J. (2002). Stigma in psychiatric nursing. *Perspectives in Psychiatric Care*, 38(1), 23-29. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2002.tb00652.x>
- Halter, M. J. (2008). Perceived characteristics of psychiatric nurses: Stigma by association. *Archives of Psychiatric Nursing*, 22(1), 20-26. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2007.03.003>
- Happell, B. et Gaskin, C. J. (2013). The attitudes of undergraduate nursing students towards mental health nursing: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 22(1-2), 148-158. <https://doi.org/10.1111/jocn.12022>
- Hemingway, S., Clifton, A. et Edward, K.-L. (2016). Essays and debates in mental health. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23, 331-337. <https://doi.org/10.1111/jpm.12312>
- Hercelinskyj, G., Cruickshank, M., Brown, P. et Phillips, B. (2014). Perceptions from the front line: Professional identity in mental health nursing. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(1), 24-32. <https://doi.org/10.1111/inm.12001>

- Heyman, I. (2012). Challenging misconceptions about mental health nursing. *Nursing Times*, 108(28), 16-17. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22866517/>
- Hirsch, M. (1975). L'École de Francfort : une critique de la raison instrumentale. *L'Homme et La Société*, (35-36), 115-147. <https://doi.org/10.3406/HOMSO.1975.1576>
- Holmes, C. A. (2006). The slow death of psychiatric nursing: What next? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(4), 401-415. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2006.00998.x>
- Holmes, D. (2001). *Articulation du contrôle social et des soins infirmiers dans un contexte de psychiatrie pénitentiaire* [thèse de doctorat, Université de Montréal]. Thèses Canada. https://central.bac-lac.gc.ca/.item?id=NQ71137&op=pdf&app=Library&is_thesis=1&oclc_number=1007172420
- Holmes, D. (2002). Police and pastoral power: Governmentality and correctional forensic psychiatric nursing. *Nursing Inquiry*, 9(2), 84-92. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1800.2002.00134.x>
- Holmes, D. (2005). Governing the captives: Forensic psychiatric nursing in corrections. *Perspectives in Psychiatric Care*, 41(1), 3-13. <https://doi.org/10.1111/j.0031-5990.2005.00007.x>
- Holmes, D. et Gastaldo, D. (2004). Rhizomatic thought in nursing: An alternative path for the development of the discipline. *Nursing Philosophy*, 5(3), 258-267. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1466-769X.2004.00184.x>
- Holmes, D. et 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. <https://doi.org/10.3917/rsi.111.0057>
- Holmes, D. et 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. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01207.x>
- Holmes, D. et Murray, S. J. (2012). Pouvoir psychiatrique et corps déviants : analyse biopolitique des plans de modification de comportements en milieu de psychiatrie légale. Dans F. Frigon (dir.), *Corps sucept, corps déviant* (p. 69-84). Remue-ménage.
- Holmes, D., Perron, A., Jacob, J. D., Paradis-gagné, É. et Gratton, S.-M. (2018). Pratique en milieu de psychiatrie légale : proposition d'un modèle interdisciplinaire. *Recherche en soins infirmiers*, 134(3), 33-43. <https://doi.org/10.3917/rsi.134.0033>
- Holmes, D., Perron, A. et O'Byrne, P. (2006). Understanding disgust in nursing: Abjection, self and the other. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*, 20(4), 305-317. <https://doi.org/10.1891/rtnp-v20i4a006>

- Holmes, D., Roy, B. et Perron, A. (2008). The use of postcolonialism in the nursing domain: Colonial patronage, conversion, and resistance. *Advances in Nursing Science*, 31(1), 42-51. <https://doi.org/10.1097/01.ans.0000311528.73564.83>
- Hörberg, U. (2015). Caring science and the development of forensic psychiatric caring. *Perspectives in Psychiatric Care*, 51(4), 277-284. <https://doi.org/10.1111/ppc.12092>
- Hörberg, U. (2018). 'The art of understanding in forensic psychiatric care': From a caring science perspective based on a lifeworld approach. *Issues in Mental Health Nursing*, 39(9), 802-809. <https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1496499>
- Hörberg, U. et Dahlberg, K. (2015). Caring potentials in the shadows of power, correction, and discipline: Forensic psychiatric care in the light of the work of Michel Foucault. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 10(1), 1-9. <https://doi.org/10.3402/qhw.v10.28703>
- Fondation Douglas. (2020). *La santé mentale*. <https://fondationdouglas.qc.ca/la-sante-mentale/>
- Institut national de psychiatrie légale ***. (2006). *Infirmier clinicien ou infirmière clinicienne*. https://***.qc.ca/career/nouvelle-offre/
- Jacob, J. D. (2012a). The rhetoric of therapy forensic psychiatric nursing. *Journal of Forensic Nursing*, 8(4), 178-187. <https://doi.org/10.1111/j.1939-3938.2012.01146.x>
- Jacob, J. D. (2012b). Working in a violent environment: The pitfall of integrating security imperatives into forensic psychiatric nursing. Dans D. Holmes, T. Rudge et A. Perron (dir.), *(Re)thinking violence in health care settings* (p. 315-328). Ashgate.
- Jacob, J. D. (2014). Understanding the domestic rupture in forensic psychiatric nursing practice. *Journal of Correctional Health Care*, 20(1), 45-58. <https://doi.org/10.1177/1078345813505444>
- Jacob, J. D. et Foth, T. (2013). Expanding our understanding of sovereign power: On the creation of zones of exception in forensic psychiatry. *Nursing Philosophy*, 14(3), 178-185. <https://doi.org/10.1111/nup.12017>
- Jacob, J. D., Gagnon, M. et 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. <https://doi.org/10.1111/j.1939-3938.2009.01048.x>
- Jacob, J. D. et Holmes, D. (2011a). The culture of fear: Expanding the concept of risk in forensic psychiatric nursing. *International Journal of Culture and Mental Health*, 4(2), 106-115. <https://doi.org/10.1080/17542863.2010.519123>
- Jacob, J. D. et Holmes, D. (2011b). Working under threat: Fear and nurse-patient interactions in a forensic psychiatric setting. *Journal of Forensic Nursing*, 7(2), 68-77. <https://doi.org/10.1111/j.1939-3938.2011.01101.x>

- Kalra, R., Kollisch, S. G., MacDonald, R., Dickey, N., Rosner, Z. et Venters, H. (2016). Staff satisfaction, ethical concerns, and burnout in the New York City jail health system. *Journal of Correctional Health Care*, 22(4), 383-392. <https://doi.org/10.1177/1078345816668339>
- Kane, C. F. (2015). The 2014 Scope and Standards of Practice for Psychiatric Mental Health Nursing: Key Updates. *Online Journal of Issues in Nursing*, 20(1), 1. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26824259/>
- Kent-Wilkinson, A. E. (2009). An exploratory study of forensic nursing education in North America: Constructed definitions of forensic nursing. *Journal of Forensic Nursing*, 5(4), 201-211. <https://doi.org/10.1111/j.1939-3938.2009.01055.x>
- Kent-Wilkinson, A. E. (2010). Forensic psychiatric/mental health nursing: Responsive to social need. *Issues in Mental Health Nursing*, 31(6), 425-431. <https://doi.org/10.3109/01612840903506444>
- Kent-Wilkinson, A. E. (2011). Forensic nursing educational development: An integrated review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(3), 236-246. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01667.x>
- Kincheloe, J. L., McLaren, P. et Steinberg, S. R. (2011). Moving to the bricolage partisan research in a “neutral” academic culture. Dans N. K. Denzin et Y. S. Lincoln (dir.), *The Sage Handbook of Qualitative Research* (p. 163-177). Sage.
- Larkin, M. et Thompson, A. R. (2011). Interpretative phenomenological analysis in mental health and psychotherapy research. Dans D. Harper et A. R. Thompson (dir.), *Qualitative research methods in mental health and psychotherapy: A guide for students and practitioners* (p. 99-116). Wiley-Blackwell
- Le Goff, A. (2013). Identité, reconnaissance et ordre de l’interaction chez E. Goffman. Dans D. Céfai et L. Perreau (dir.), *Goffman et l’ordre de l’interaction* (p. 369-390). Centre Universitaire de Recherches Administratives et Politiques de Picardie/Presses Universitaires de France.
- Lee, R. M. et Renzetti, C. M. (1990). The problems of researching sensitive topics. *American Behavioral Scientist*, 33(5), 510-528. <https://doi.org/10.1177/0002764290033005002>
- Link, B. G. et Phelan, J. (2013). Stigma power. *Social Science and Medicine*, 103, 24-32. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.socscimed.2013.07.035>
- Link, B. G. et Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- Lopez, K. A. et Willis, D. G. (2004). Descriptive versus interpretive phenomenology: Their contributions to nursing knowledge. *Qualitative Health Research*, 14(5), 726-735. <https://doi.org/10.1177/1049732304263638>

- Loukidou, E., Ioannidi, V. et Kalokerinou-Anagnostopoulou, A. (2010). Institutionalized nursing staff: Planning and developing a specialized educational framework that enhances psychiatric nurses' roles and promotes de-institutionalization. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(9), 829-837. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01597.x>
- Lyons, T. (2009). Role of the forensic psychiatric nurse. *Journal of Forensic Nursing*, 5(1), 53-57. <https://doi.org/10.1111/j.1939-3938.2009.01033.x>
- Martin, M.-L. et Martin, T. (n.d.). *Forensic Mental Health Nurses*. International Association of Forensic Mental Health. <http://iafmhs.org/Forensic-Mental-Health-Nurses?fbclid=IwAR2zzefoxEDRJ3qM3ExNQm5L4bt97XDCrpoeDVuZ5O2h5XMnZotKcIFUOg>
- Martin, T. (2001). Something special: Forensic psychiatric nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8(1), 25-32. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11879491/>
- Martin, T., Maguire, T., Quinn, C., Ryan, J., Bawden, L. et Summers, M. (2013). Standards of practice for forensic mental health nurses: Identifying contemporary practice. *Journal of Forensic Nursing*, 9(3), 171-178. <https://doi.org/10.1097/jfn.0b013e31827a593a>
- Mason, T. (2002). Forensic psychiatric nursing: A literature review and thematic analysis of role tensions. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(5), 511-520. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2002.00521.x>
- Mason, T., Coyle, D. et Lovell, A. (2008a). Forensic psychiatric nursing, skills and competencies: II clinical aspects. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15(2), 131-139. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01192.x>
- Mason, T., Lovell, A. et Coyle, D. (2008b). Forensic psychiatric nursing, skills and competencies: I role dimensions. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 15(2), 118-130. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01191.x>
- Mason, T. et Mercer, D. (2017). *Critical perspectives in forensic care : Inside out*. Macmillan. (Ouvrage original publié en 1998)
- Mason, T., Richman, J. et Mercer, D. (2002). The influence of evil on forensic clinical practice. *International Journal of Mental Health Nursing*, 11(2), 80-93. <https://doi.org/10.1046/j.1440-0979.2002.00231.x>
- McHoul, A. et Grace, W. (2007). *A Foucault primer. Discourse, power and the subject*. New York University Press. (Ouvrage original publié en 1993)
- Mendel, G. (2016). *Une histoire de l'autorité. Permanences et variations*. La Découverte. (Ouvrage original publié en 2003)
- Mill, J. E., Allen, M. N. et Morrow, R. A. (2001). Critical theory: Critical methodology to disciplinary foundations in nursing. *Canadian Journal of Nursing Research*, 33(2), 109-127. <https://cjunr.archive.mcgill.ca/article/view/1638>

- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020*. Gouvernement du Québec. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001319/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2020). *Comptes de la santé : 2017-2018, 2018-2019, 2019-2020*. Gouvernement du Québec. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/rapport/RA_19-614-01W_MSSS.pdf
- Möller-Leimkühler, A. M., Möller, H. J., Maier, W., Gaebel, W. et Falkai, P. (2016). EPA guidance on improving the image of psychiatry. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 266(2), 139-154. <https://doi.org/10.1007/s00406-016-0678-5>
- Mosqueda-Diaz, A., Vilchez-Barboza, V., Valenzuela-Suazo, S. et Sanhueza-Alvarado, O. (2014). Critical theory and its contribution to the nursing discipline. *Investigación y Educación En Enfermería*, 32(2), 356-363. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v32n2a18>
- Namie, G. (dir.), Christensen, D. et Phillips, D. (2014). *Workplace bullying survey*. Workplace Bullying Institute.
- Oermann, M. H. et Sperling, S. L. (1999). Stress and challenge of psychiatric nursing clinical experiences. *Archives of Psychiatric Nursing*, 13(2), 74-79. [https://doi.org/10.1016/S0883-9417\(99\)80023-5](https://doi.org/10.1016/S0883-9417(99)80023-5)
- Osborne, O. H. (1995). Public sector psychosocial nursing. *Journal of Psychosocial Nursing et Mental Health Services*, 33(8), 4-6. <https://www.researchgate.net/journal/Journal-of-Psychosocial-Nursing-and-Mental-Health-Services-0279-3695>
- Östman, M. et Kjellin, L. (2002). Stigma by association: Psychological factors in relatives of people with mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 181, 494-498. <https://doi.org/10.1192/bjp.181.6.494>
- Pagé, J.-C. (1961). *Les fous crient au secours : témoignage d'un ex-patient de Saint-Jean-de-Dieu*. Écosociété.
- Panagioti, M., Geraghty, K., Johnson, J., Zhou, A., Panagopoulou, E., Chew-Graham, C., Peters, D., Hodkinson, A., Riley, R. et Esmail, A. (2018). Association between physician burnout and patient safety, professionalism, and patient satisfaction: A systematic review and meta-analysis. *American Medical Association Journal of Internal Medicine*, 178(10), 1317-1330. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.3713>
- Paradis-Gagné, E. et Guimond, V. (2020). Implementation of the mental health nurse practitioner role in forensic settings: A case report. *Journal of Forensic Nursing*, 16(3), 179-182. <https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000283>
- Paradis-Gagné, E., & Holmes, D. (2019). Violence familiale, santé mentale et justice: une recherche qualitative sur l'expérience des familles vivant avec un proche présentant des comportements violents. *Aporia*, 11(1), 16-27.

- Paradis-Gagné, E., Jacob, J.-D. et Pariseau-Legault, P. (2020). What lies at the intersection of law and psychiatric nursing? Exploring the process of judicialization in the context of mental health. *Witness: The Canadian Journal of Critical Nursing Discourse*, 2(2), 3-19. <https://doi.org/10.25071/2291-5796.72>
- Pariseau-Legault, P. (2017). Vers une meilleure compréhension des dimensions médico-légales de la pratique infirmière : une réflexion sur la pertinence de l'analyse sociojuridique. *Aporia*, 9(2), 14-25. <https://doi.org/10.18192/aporia.v9i2.2780>
- Parizot, I. (2003). *Soigner les exclus*. Presses Universitaires de France.
- Perron, A. (2012). The forensic patient's moral career as a measure of institutional disciplinary processes. *International Journal of Culture and Mental Health*, 5(1), 15-29. <https://doi.org/10.1080/17542863.2010.540819>
- Perron, A., Hamonet, C. et Holmes, D. (2004). Capture, mortification, dépersonnalisation: la pratique infirmière en milieu correctionnel. *Journal de Réadaptation Médicale*, 24(4), 124-131. [https://doi.org/10.1016/S0242-648X\(04\)99407-8](https://doi.org/10.1016/S0242-648X(04)99407-8)
- Peteet, T. et Tobey, M. (2017). How should a health care professional respond to an incarcerated patient's request for a particular treatment? *American Medical Association Journal of Ethics*, 19(9), 894-902. <https://doi.org/10.1001/journalofethics.2017.19.9.ecas3-1709>
- Peternelj-Taylor, C. (2004). An exploration of othering in forensic psychiatric and correctional nursing. *Canadian Journal of Nursing Research*, 36(4), 130-146. <https://psycnet.apa.org/record/2005-00976-009>
- Reeder, D. et Meldman, L. (1991). Conceptualizing psychosocial nursing in the jail setting. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 29(8), 40-45. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1920202/>
- Restivo, L., Julian-Reynier, C. et Apostolidis, T. (2018). Pratiquer l'analyse interprétative phénoménologique : intérêts et illustration dans le cadre de l'enquête psychosociale par entretiens de recherche. *Pratiques Psychologiques*, 24(4), 427-449. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2017.12.001>
- Roberts, L. W., Louie, A. K., Guerrero, A. P. S., Balon, R., Beresin, E. V., Brenner, A. et Coverdale, J. (2017). Premature mortality among people with mental illness: Advocacy in academic psychiatry. *Academic Psychiatry*, 41(4), 441-446. <https://doi.org/10.1007/s40596-017-0738-9>
- Roelandt, J. L., Caria, A., Benradia, I. et Bacle, S. V. (2012). De l'autostigmatisation aux origines du processus de stigmatisation. À propos de l'enquête internationale "Santé mentale en population générale: images et réalités" en France et dans 17 pays. *Psychology, Society & Education*, 4(2), 137-149. <http://dx.doi.org/10.25115/psye.v4i2.487>

- Ross, C. A. et Goldner, E. M. (2009). Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession: A review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(6), 558-567. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01399.x>
- Sadow, D. et Ryder, M. (2008). Reducing stigmatizing attitudes held by future health professionals: The person is the message. *Psychological Services*, 5(4), 362-372. <http://dx.doi.org/10.1037/1541-1559.5.4.362>
- Sadow, D., Ryder, M. et Webster, D. (2002). Is education of health professionals encouraging stigma towards the mentally ill? *Journal of Mental Health*, 11(6), 657-665. <https://doi.org/10.1080/09638230021000058210>
- Schulze, B. (2007). Stigma and mental health professionals: A review of the evidence on an intricate relationship. *International Review of Psychiatry*, 19(2), 137-155. <https://doi.org/10.1080/09540260701278929>
- Sercu, C., Ayala, R. A. et Bracke, P. (2015). How does stigma influence mental health nursing identities?: An ethnographic study of the meaning of stigma for nursing role identities in two Belgian Psychiatric Hospitals. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 307-316. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.07.017>
- Sieber, J. E. et Stanley, B. (1988). Ethical and professional dimensions of socially sensitive research. *American Psychologist*, 43(1), 49-55. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.43.1.49>
- Simon, L., Beckmann, D., Stone, M., Williams, R., Cohen, M. et Tobey, M. (2020). Clinician experiences of care provision in the correctional setting: A scoping review. *Journal of Correctional Health Care*, 26(4), 301–314. <https://doi.org/10.1177/1078345820953154>
- Smith, J. A. (2011). Evaluating the contribution of interpretative phenomenological analysis. *Health Psychology Review*, 5(1), 9-27. <https://doi.org/10.1080/17437199.2010.510659>
- Smith, J. A., Flowers, P. et Larkin, M. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis*. Sage.
- Snyder, B. L. (2019). Why (not to) choose psychiatric–mental health nursing. *Journal of Psychosocial Nursing et Mental Health Services*, 57(10), 2-3. <https://doi.org/10.3928/02793695-20190919-01>
- St-Pierre, I. et Holmes, D. (2008). Managing nurses through disciplinary power: A foucauldian analysis of workplace violence. *Journal of Nursing Management*, 16(3), 352-359. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2007.00812.x>
- Thongpriwan, V., Leuck, S. E., Powell, R. L., Young, S., Schuler, S. G. et Hughes, R. G. (2015). Undergraduate nursing students' attitudes toward mental health nursing. *Nurse Education Today*, 35(8), 948-953. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.03.011>
- Tracy, S. J. (2010). Qualitative quality: Eight “big-tent” criteria for excellent qualitative research. *Qualitative Inquiry*, 16(10), 837-851. <https://doi.org/10.1177%2F1077800410383121>

- Tyler, I. (2020). *Stigma : The machinery of inequality*. Zed Books.
- Tyler, I. et Slater, T. (2018). Rethinking the sociology of stigma. *Sociological Review*, 66(4), 721-743. <https://doi.org/10.1177/0038026118777425>
- Verhaeghe, M. et Bracke, P. (2012). Associative Stigma among mental health professionals: Implications for professional and service user well-being. *Journal of Health and Social Behavior*, 53(1), 17-32. <https://doi.org/10.1177/0022146512439453>
- Weaver, K. et Olson, J. (2006). Understanding paradigms for nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 53(4), 459-469. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03740.x>
- Wedgeworth, M. L., Ford, C. D. et Tice, J. R. (2020). “I’m scared”: Journaling uncovers student perceptions prior to a psychiatric clinical rotation. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 26(2), 189-195. <https://doi.org/10.1177/1078390319844002>
- Wertz, F. J., Charmaz, K., McMullen, L. M., Josselson, R., Anderson, R. et McSpadden, E. (2011). *Five ways of doing qualitative analysis*. Guilford Press.
- Wittouck, C. et Vander Beken, T. (2019). Recovery, desistance, and the role of procedural justice in working alliances with mentally ill offenders: A critical review. *Addiction Research and Theory*, 27(1), 16-28. <https://doi.org/10.1080/16066359.2018.1518434>
- World Health Organization. (2014). *Information sheet: Premature death among people with severe mental disorders*. https://www.who.int/mental_health/management/info_sheet.pdf
- Yardley, L. (2000). Dilemmas in qualitative health research. *Psychology and Health*, 15(2), 215-228. <https://doi.org/10.1080/08870440008400302>

Annexe 1 - Grille d'entretien

L'entretien, d'une durée oscillant entre 30 et 60 minutes, débutera par une explication du déroulement de la période d'entretien. La chercheuse fournit les réponses aux questions des participantes et participants avant le début de la séance et réitère que ce n'est pas dans le but d'évaluer ou d'enquêter sur leur travail infirmier. Le questionnaire démographique est abordé en premier lieu, puis des questions plus larges sur leur spécialité sont abordées afin d'établir un sentiment de confort et de détente. Les questions plus spécifiques sur leur expérience vécue sont abordées dans un second temps. Les notions se rapportant à la stigmatisation et au pouvoir ne sont pas demandées, ces thèmes devraient émerger de façon spontanée sans suggestion préalable.

Questionnaire sociodémographique

1. Quel âge avez-vous?
2. Homme ou femme ou non spécifié ?
3. Combien d'années d'expérience avez-vous comme infirmier.ère en psychiatrie légale?
4. Avez-vous de l'expérience professionnelle en tant qu'infirmier.ère dans d'autres domaines?
Si oui lesquels? Pouvez-vous m'en parler?
5. Avez-vous déjà suivi de la formation infirmière spécifique en santé mentale?
Si non, pour quelles raisons? Si oui, de quels types de formation s'agissait-il, pouvez-vous m'en parler?

Guide d'entretien

Question générale

Pourriez-vous me parler de votre expérience personnelle de travail comme infirmier.ère en contexte de psychiatrie légale?

Sous-questions

1. Pourriez-vous m'expliquer comment vous en êtes venu à choisir la psychiatrie légale comme spécialité?
 - a. Pourriez-vous me donner une définition personnelle de la profession infirmière en contexte de psychiatrie légale?
 - b. Quelle place occupe votre travail dans votre vie?
 - c. Comment vous percevez-vous en tant que professionnel de la santé?
2. Lorsque vous avez choisi de travailler en contexte psycholégal, quelle a été la réaction des personnes qui vous côtoient?
 - a. Comment les autres infirmiers.ères ont réagi? Comment votre milieu scolaire (professeurs, autres étudiants, précepteurs de stage) a réagi? Comment vos proches (parents, amis, conjoint) ont réagi?
 - b. Comment vous vous êtes senti par rapport à ces réactions?
 - c. Vous percevez-vous comme l'égal de n'importe quel autre infirmier.ère qui aurait choisi une autre spécialité (oncologie, pédiatrie etc.)? SVP expliciter votre réponse.

- d. Dans la communauté infirmière en général, croyez-vous que les autres professionnels considèrent les infirmiers.ères travaillant en contexte de psychiatrie légale comme une spécialité tout aussi importante que les autres spécialités?
3. Comment ces réactions influencent-t-elles votre perception de votre travail, de vous-même?

Annexe 2 - Certificat d'approbation éthique de l'Université d'Ottawa

26/03/2019

Université d'Ottawa

Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche

University of Ottawa

Office of Research Ethics and Integrity

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE | CERTIFICATE OF ETHICS APPROVAL

Numéro du dossier / Ethics File Number

H-12-18-1298

Titre du projet / Project Title

Mieux comprendre la
stigmatisation des infirmières et
des infirmiers en psychiatrie
légale

Type de projet / Project Type

Thèse de doctorat / Doctoral
thesis

Statut du projet / Project Status

Approuvé / Approved

Date d'approbation (jj/mm/aaaa) / Approval Date (dd/mm/yyyy)

26/03/2019

Date d'expiration (jj/mm/aaaa) / Expiry Date (dd/mm/yyyy)

25/03/2020

Équipe de recherche / Research Team

Chercheur / Researcher Affiliation

Role

Amélie LADOUCEUR

École des sciences infirmières / School of Nursing

Chercheur Principal / Principal Investigator

Dave HOLMES

École des sciences infirmières / School of Nursing

Superviseur / Supervisor

Conditions spéciales ou commentaires / Special conditions or comments

550, rue Cumberland, pièce 154 550 Cumberland Street, Room 154
Ottawa (Ontario) K1N 6N5 Canada Ottawa, Ontario K1N 6N5 Canada

613-562-5387 • 613-562-5338 • ethique@uOttawa.ca / ethics@uOttawa.ca
www.recherche.uottawa.ca/deontologie | www.recherche.uottawa.ca/ethics

26/03/2019

Université d'Ottawa

Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche

University of Ottawa

Office of Research Ethics and Integrity

Le Comité d'éthique de la recherche (CÉR) de l'Université d'Ottawa, opérant conformément à l'*Énoncé de politique des Trois conseils* (2014) et toutes autres lois et tous règlements applicables, a examiné et approuvé la demande d'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 ou Commentaires". Le formulaire « Renouvellement ou Fermeture de Projet » doit être complété quatre semaines avant la date d'échéance indiquée ci-haut afin de demander un renouvellement de cette approbation éthique ou afin de fermer le dossier.

Toutes modifications apportées au projet doivent être approuvées par le CÉR avant leur mise en place, 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 du projet. Les chercheurs doivent aviser le CÉR dans les plus brefs délais de tout changement pouvant augmenter le niveau de risque aux participants ou pouvant affecter considérablement le déroulement du projet, rapporter tout événement imprévu ou indésirable et soumettre toute nouvelle information pouvant nuire à la conduite du projet ou à la sécurité des participants.

The University of Ottawa Research Ethics Board, which operates in accordance with the *Tri-Council Policy Statement* (2014) and other applicable laws and regulations, has examined and approved the ethics application for the above-named research project.

Ethics approval is valid for the period indicated above and is subject to the conditions listed in the section entitled "Special Conditions or Comments". The "Renewal/Project Closure" form must be completed four weeks before the above-referenced expiry date to request a renewal of this ethics approval or closure of the file.

Any changes made to the project must be approved by the REB before being implemented, except when necessary to remove participants from immediate endangerment or when the modification(s) only pertain to administrative or logistical components of the project. Investigators must also promptly alert the REB of any changes that increase the risk to participant(s), any changes that considerably affect the conduct of the project, all unanticipated and harmful events that occur, and new information that may negatively affect the conduct of the project or the safety of the participant(s).

Germain ZONGO

Responsable d'éthique en recherche / Protocol Officer

Pour/For **Daniel LAGAREC** Président(e) du/ Chair of the **Comité d'éthique de la recherche en sciences sociales et humanités / Social Sciences and Humanities Research Ethics Board**

550, rue Cumberland, pièce 154 550 Cumberland Street, Room 154
Ottawa (Ontario) K1N 6N5 Canada Ottawa, Ontario K1N 6N5 Canada

613-562-5387 • 613-562-5338 • ethique@uOttawa.ca / ethics@uOttawa.ca
www.recherche.uottawa.ca/deontologie | www.recherche.uottawa.ca/ethics

Annexe 3 - Approbation éthique

Montréal, le 24 septembre 2018

Monsieur Dave Holmes

Objet : CER [REDACTED] 18-19 - 04 - Approbation éthique finale.

Mieux comprendre la stigmatisation des infirmières et des infirmiers en milieu de psychiatrie légale.

Monsieur Holmes,

Le Comité d'éthique de la recherche de l'Institut [REDACTED] a évalué votre projet de recherche à sa réunion du 18 mai 2018. Lors de cette réunion, les documents suivants ont été examinés :

- Formulaire de demande d'évaluation d'un projet de recherche dûment complété signé et daté.
- Protocole de recherche intitulé : Mieux comprendre la stigmatisation des infirmières et des infirmiers en milieu de psychiatrie légale, daté du 22 mars 2018.
- Formulaire d'information et de consentement, non daté.

Suite à cette réunion, une approbation éthique conditionnelle vous a été émise en date du 13 août 2018. Vous nous avez soumis en date du 15 août 2018, le document suivant :

- Réponse au Comité d'évaluation scientifique, lettre datée du 31 mai 2018.

Également, vous nous avez soumis en date du 23 août 2018, les documents suivants :

- Formulaire d'information et de consentement, daté du 13 août 2018.
- Questionnaire sociodémographique, non daté.

Vos réponses et les modifications apportées à votre projet de recherche ont fait l'objet d'une évaluation. Le tout ayant été jugé satisfaisant, j'ai le plaisir de vous informer que votre projet de recherche a été approuvé à l'unanimité par le Comité d'éthique de la recherche de l'Institut [REDACTED].

Les documents que le Comité d'éthique de la recherche de l'Institut [REDACTED] a approuvés et que vous pouvez utiliser pour la réalisation de votre projet sont les suivants :

- Protocole de recherche intitulé : Mieux comprendre la stigmatisation des infirmières et des infirmiers en milieu de psychiatrie légale, daté du 24 septembre 2018.
- Formulaire d'information et de consentement, 24 septembre 2018.
- Questionnaire sociodémographique, 24 septembre 2018.

Cette approbation éthique est valide pour un an à compter du 24 septembre 2018, date de l'approbation finale. Un mois avant la date d'échéance, vous devrez faire une demande de renouvellement auprès du Comité d'éthique de la recherche de l'Institut [REDACTED], en utilisant le document du Comité prévu à cet effet.

Dans le cadre du suivi continu, le Comité vous demande de vous conformer aux exigences suivantes en utilisant les formulaires du Comité prévus à cet effet :

1. De soumettre toute demande de modification au projet de recherche ou à tout document approuvé par le Comité pour la réalisation de votre projet.

Comité d'éthique de la recherche

2. De soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, tout nouveau renseignement ou toute modification à l'équilibre clinique susceptible d'affecter l'intégrité ou l'éthicité du projet de recherche, d'accroître les risques et les inconvénients pour les participants, de nuire au bon déroulement du projet ou d'avoir une incidence sur le désir d'un participant de continuer à participer au projet.
3. De soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance et en lien avec la réalisation de ce projet, tout accident survenu dans votre site.
4. De soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, l'interruption prématurée du projet de recherche, qu'elle soit temporaire ou permanente.
5. De soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, tout problème constaté à la suite d'une activité de surveillance ou de vérification menée par un tiers et susceptible de remettre en question l'intégrité ou l'éthicité du projet de recherche.
6. De soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, toute suspension ou annulation de l'approbation octroyée par un organisme de subvention ou de réglementation.
7. De soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, toute procédure en cours de traitement d'une plainte ou d'une allégation de manquement à l'intégrité ou à l'éthicité ainsi que des résultats de la procédure.
8. De soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, toute déviation au projet de recherche susceptible de remettre en cause l'éthicité du projet.
9. De soumettre une demande de renouvellement annuel de l'approbation du projet de recherche.
10. De soumettre le rapport de la fin du projet de recherche.

Vous pouvez obtenir les formulaires du Comité téléchargeables à partir du site web à l'adresse suivante :

Nous vous rappelons que nous acheminerons l'approbation éthique finale de votre projet à la personne formellement mandatée responsable à l'Institut [REDACTED] pour que vous puissiez obtenir l'autorisation de réaliser votre projet dans les murs de l'établissement.

Nous vous rappelons, également, que vous ne pouvez commencer votre projet avant d'avoir obtenu l'autorisation de la personne formellement mandatée responsable à l'Institut [REDACTED].

Nous vous rappelons que la présente décision vaut pour une année et peut être suspendue ou révoquée en cas de non-respect de ces exigences.

De plus, nous vous rappelons que vous devez conserver pour une période d'au moins un an suivant la fin du projet, un répertoire distinct comprenant les noms, prénoms, coordonnées, date du début et de fin de la participation de chaque sujet de recherche.

Le Comité d'éthique de la recherche de l'Institut [REDACTED] est institué par le ministre de la Santé et des Services sociaux pour les fins de l'application de l'article 21 du Code civil du Québec et suit les règles émises par l'Énoncé de politique des trois conseils et les Bonnes pratiques cliniques de la CIH.

Avec l'expression de nos sentiments les meilleurs.

[REDACTED]

Présidente

Comité d'éthique de la recherche de l'Institut [REDACTED].

[REDACTED]

p. j. Formulaire d'information et de consentement approuvé

c. c. Docteur [REDACTED]
Personne formellement mandatée responsable.

Annexe 4 - Approbation scientifique



Montréal, le 29 mai 2018

Monsieur Dave Holmes
Université d'Ottawa
451, rue Smyth
Ottawa (Québec) K1H 8M5

Objet : CER [redacted] 18-19 - 04 - Approbation scientifique finale.

Stigmatisation des infirmières et des infirmiers en psychiatrie légale

Monsieur,

Le Comité d'évaluation scientifique de l'Institut [redacted] a évalué votre projet de recherche à sa réunion du 29 mai 2018. Lors de cette réunion, les documents suivants ont été examinés :

- Formulaire de demande d'évaluation d'un nouveau projet de recherche, signé et daté du 17 avril 2018;
- IPPM modèle protocole final;
- CER IPPM Formulaire de consentement final.

Le Comité d'évaluation scientifique de l'Institut [redacted] a évalué, en comité plénier, les aspects scientifiques de votre projet de recherche. De plus, lors de sa réunion, le Comité a évalué la faisabilité de votre projet dans l'établissement, et ce, eu égard à l'environnement de recherche, aux orientations et à la mission hospitalière de l'Institut.

Nous avons le plaisir de vous informer que votre projet de recherche a été approuvé, à l'unanimité par le Comité.

Toutefois certains points pourraient être considérés afin d'améliorer la qualité du projet.

Les points suivants sont à considérer :

- ☐ En ce qui concerne la procédure et le lieu de recrutement, des détails additionnels pourraient être présentés. En effet, réseaux sociaux et bouche-à-oreille, semble un peu vague.
- ☐ De plus, deux sous-questions de recherche mériteraient d'être clarifiées. À savoir, « lorsqu'il est témoin d'actes, de gestes ou de paroles qui le marginalise » et « quels sont les effets de la représentation sociale de leur champ d'exercice, par le public ».

Nous acheminons l'approbation scientifique finale de votre projet au Comité d'éthique de la recherche pour que ce dernier puisse procéder à l'évaluation des aspects éthiques de votre projet de recherche.

Nous vous rappelons que vous ne pouvez commencer la réalisation de votre projet de recherche avant d'avoir obtenu l'approbation éthique finale du Comité d'éthique de la recherche, l'approbation finale du Comité de la convenance institutionnelle ainsi que l'autorisation de la personne formellement mandatée responsable à l'Institut [redacted].

Avec l'expression de nos sentiments les meilleurs.

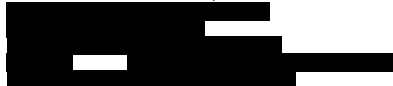


Président

Comité d'évaluation scientifique de l'Institut [redacted]

c. c. [redacted] présidente, Comité d'éthique de la recherche de l'Institut [redacted]
Docteure [redacted] personne formellement mandatée responsable à l'Institut [redacted]

Comité d'évaluation scientifique



Formulaire d'examen de la convenance institutionnelle par la direction générale ou la direction générale adjointe.

I. INFORMATION.				
1. Numéro et titre du projet : CER [REDACTED] 18-19 -04				
Mieux comprendre la stigmatisation des infirmières et des infirmiers en milieu de psychiatrie légale.				
2. Nom du chercheur principal à l'Institut :				
• Dave Holmes, Inf., Ph. D., professeur titulaire, Université d'Ottawa, chercheur associé, Centre de recherche de l'Institut [REDACTED]				
3. Nom du chercheur principal.				
•				
4. Noms du ou des co-chercheurs.				
•				
5. Nom de l'étudiant.				
Amélie Ladouceur, infirmière clinicienne, candidate au doctorat en sciences infirmières, Université d'Ottawa				
II. ÉVALUATION.				
6. Date de l'évaluation :				
7. Nom des personnes ayant participé à l'évaluation de la convenance institutionnelle :				
• ☒ Dre [REDACTED], Personne responsable de l'évaluation de la convenance institutionnelle et personne formellement mandatée responsable.				
• ☐ Madame [REDACTED], Direction générale adjointe service des finances.				
• ☐ Madame [REDACTED], Présidente du Comité d'éthique de la recherche de [REDACTED].				
• ☐				
• ☐				
• ☐				
• ☐				
• ☐				
8. Caractéristique et aspect à évaluer :				
		Conforme		S.O.
		Oui	Non	
1)	La DGA s'assurera que les fonds de recherche qu'elle administre feront l'objet d'une gestion financière rigoureuse.	☐	☐	☒
2)	L'Institut possède les installations nécessaires pour mener à bien l'activité.	☐	☐	☒
3)	L'Institut possède les ressources humaines nécessaires pour mener à bien l'activité.	☐	☐	☒
3.1)	La charge de travail supplémentaire mis en cause par cette activité est acceptable.	☐	☐	☒
3.2)	Le changement au niveau de l'organisation de travail des intervenants de l'Institut mis en cause par cette activité est acceptable.	☐	☐	☒
4)	L'Institut possède les ressources matérielles nécessaires pour mener à bien l'activité.	☐	☐	☒
5)	L'Institut possède les ressources financières nécessaires pour mener à bien l'activité.	☐	☐	☒
5.1)	Les sommes inscrites au budget pour couvrir les coûts engendrés par l'activité reflètent les dépenses qui seront réellement encourues par l'Institut et la DGA a évalué leurs conséquences sur le budget de l'établissement.	☐	☐	☒
5.2)	Tous les frais directs spécifiquement engagés pour la réalisation de l'activité lui seront imputés.	☐	☐	☒
5.3)	Les examens, tests ou interventions prévus seront facturés par les différentes autorités concernées de l'Institut, selon le tarif en vigueur, y compris les dépenses liées à la pharmacie, si ces coûts ne sont pas imputables à la pratique clinique usuelle de l'Institut.	☐	☐	☒
5.4)	Les actes professionnels accomplis dans le cadre de l'activité ne seront pas facturés à la RAMQ, à moins que ce geste s'applique à une autre condition qui n'est pas l'objet de l'activité.	☐	☐	☒

6)	La circulaire ministérielle intitulée Contribution de l'entreprise privée dans le cadre des activités de recherche découlant d'un octroi de recherche et le barème uniforme de facturation à l'entreprise privée pour les recherches monocentriques et multicentriques menées dans un établissement public du RSSS ont été appliqués.	☐	☐	☒
7)	Évaluation de l'impact de la réalisation du projet compte tenu des autres activités de recherche en cours dans l'établissement, notamment en ce qui concerne la préoccupation de l'établissement d'éviter une sur-sollicitation de ses usagers.	☐	☐	☒
8)	Adéquation entre l'environnement de recherche local et le projet proposé.	☒	☐	☐
9)	Conditions et modalités de la gestion des médicaments respectant le contrôle qui incombe au chef du Département clinique de pharmacie. Ce dernier doit voir à ce que seul ce département assure la préparation, la conservation et la remise de ces médicaments.	☐	☐	☒
10)	Arrimage entre le projet de recherche et les orientations de l'établissement.	☒	☐	☐
11)	La DGA, dans son examen de l'entente promoteur - chercheur - établissement, s'est assurée de ce qui suit :	☒ Aucune entente		
11.1)	Le contrat de recherche fait état de la totalité des sommes offertes au chercheur, à l'Institut ou au participant à la recherche et contient le relevé détaillé des sommes prévues au contrat, avec le coût de chacun des examens, tests ou autres interventions prévus au projet.	☐	☐	☒
11.2)	Aucune disposition contractuelle ne va à l'encontre des obligations de l'Institut à l'égard du contrôle des médicaments d'expérimentation, notamment le fait que ce contrôle incombe, en premier, au chef du Département clinique de pharmacie, lequel doit voir à ce que seul ce département assure la préparation, la conservation et la remise de ces médicaments.	☐	☐	☒
11.3)	Aucune disposition du contrat ne va à l'encontre des normes d'éthique, en particulier en ce qui a trait à la diffusion des résultats ou à la divulgation, par le chercheur, d'informations qu'il juge pertinentes qui pourraient remettre en cause l'éthicité du projet ou la décision des participants.	☐	☐	☒
11.4)	Les modalités prévues en matière de valorisation des connaissances et de propriété intellectuelle sont conformes aux exigences de l'Institut.	☐	☐	☒
11.5)	Aucune clause n'interdit aux autorités désignées de l'Institut de procéder à l'examen des dossiers de recherche aux fins de la gestion, de la surveillance ou de la vérification du projet.	☐	☐	☒
11.6)	Le CÉR sera informé de tout problème constaté au cours d'une activité de surveillance ou de vérification du promoteur qui est susceptible de remettre en question soit l'éthicité du projet, soit la décision rendue par le comité.	☐	☐	☒
9. Nature de la décision rendue par la convenance institutionnelle.				
☒ Projet approuvé sans condition. ☐ Projet approuvé conditionnellement. ☐ Demande de précisions. ☐ Projet approuvé suite aux modifications apportées. ☐ Décision à venir. ☐ Projet refusé.		☐ Approbation sans condition émise le ☐ Approbation conditionnelle émise le ☐ Demande de précision émise le ☐ Réponse du chercheur reçu le ☐ Approbation finale émise le ☐ Refus émis le		
Commentaires, s'il y a lieu.				

Signature

Date Cliquez ici pour entrer une date.

La Direction doit confirmer, par écrit, au comité d'éthique de la recherche que le projet peut aller de l'avant. Une copie du présent rapport peut en tenir lieu, si le projet est accepté.

Montréal, le 25 septembre 2018

Monsieur Dave Holmes

Objet : Autorisation de réaliser la recherche suivante :

Mieux comprendre la stigmatisation des infirmières et des infirmiers en milieu de psychiatrie légale.

CER 18-19 – 04.

Monsieur Holmes,

Il nous fait plaisir de vous autoriser à réaliser la recherche identifiée en titre, sous les auspices de l'Institut [REDACTED].

Cette autorisation vous permet de réaliser la recherche identifiée en titre à l'Institut [REDACTED].

Cette autorisation vous est accordée sur la foi des documents que vous avez déposés auprès de notre établissement, à savoir :

1. Lettre d'approbation scientifique finale du Comité d'évaluation scientifique de [REDACTED], datée du 29 mai 2018.
2. Lettre d'approbation éthique finale du Comité d'éthique de la recherche de [REDACTED], datée du 24 septembre 2018.
3. Protocole de recherche intitulé : Mieux comprendre la stigmatisation des infirmières et des infirmiers en milieu de psychiatrie légale, daté du 24 septembre 2018.
4. Formulaire d'information et de consentement, 24 septembre 2018.
5. Questionnaire sociodémographique, 24 septembre 2018.

Cette autorisation de réaliser la recherche suppose également que vous vous engagiez :

1. À respecter les dispositions du Cadre de référence des établissements publics du RSSS pour l'autorisation d'une recherche menée dans plus d'un établissement (le Cadre de référence) se rapportant à votre recherche.
2. À respecter le cadre réglementaire de notre établissement sur les activités de recherche.
3. À vous conformer aux demandes du CER évaluateur.
4. À utiliser la version des documents se rapportant à la recherche approuvée par le CER évaluateur.
5. À respecter les moyens relatifs au suivi continu qui ont été fixés par le CER évaluateur.
6. À rendre compte au CER évaluateur et à la signataire de la présente autorisation du déroulement du projet, des actes de votre équipe de recherche ainsi que du respect des règles de l'éthique de la recherche.
7. À conserver les dossiers de recherche pendant la période fixée par le CER évaluateur, après la fin du projet, afin de permettre leur éventuelle vérification.
8. À respecter les modalités arrêtées au regard du mécanisme d'identification des participants à la recherche dans notre établissement, à savoir : la tenue à jour et la conservation de la liste à jour des participants recrutés dans notre établissement. Cette exigence s'applique si des participants sont recrutés dans le cadre du présent projet.
9. À respecter les normes administratives en vigueur dans l'établissement.

La présente autorisation de réaliser la recherche sous les auspices de notre établissement, sera renouvelée sans autre procédure à la date indiquée par le CER évaluateur dans sa décision de renouveler l'approbation éthique de cette recherche.

La présente autorisation peut être suspendue ou révoquée par notre établissement en cas de non-respect des conditions établies. Le CER évaluateur en sera alors informé. Si le CER évaluateur vous informe pendant le déroulement de cette recherche d'une décision négative portant sur l'acceptabilité scientifique ou éthique de cette recherche, vous devrez considérer que la présente autorisation de réaliser la recherche dans notre établissement est, de ce fait, révoquée à la date que porte l'avis du CER évaluateur.

Vous consentez également à ce que notre établissement communique aux autorités compétentes des renseignements personnels qui sont nominatifs au sens de la loi en présence d'un cas avéré de manquement à la conduite responsable en recherche de votre part lors de la réalisation de cette recherche.

Nous vous invitons à entrer en communication avec madame Johane de Champlain, présidente du Comité d'éthique de la recherche, [REDACTED], pendant le déroulement de cette recherche dans notre établissement, si besoin est.

En terminant, nous vous demandons de toujours mentionner dans votre correspondance au sujet de cette recherche le numéro attribué à votre demande par notre établissement ainsi que le numéro attribué au projet de recherche par le CER évaluateur.

Avec l'expression de nos sentiments les meilleurs.

[REDACTED]
Docteure [REDACTED]
Présidente directrice générale.

[REDACTED]
Personne mandatée par l'établissement pour autoriser la réalisation des projets de recherche.
RF/

c. c. : Madame [REDACTED], présidente CER [REDACTED]

ANNEXE 1, RÉPERTOIRE ET TABLEAU SYNOPTIQUE.

I. ÉVALUATION

1. Numéro et titre du projet : CER [REDACTED] 18-19 - 04			
Mieux comprendre la stigmatisation des infirmières et des infirmiers en milieu de psychiatrie légale.			
2. Nom du chercheur principal à [REDACTED] :			
▪ Dave Holmes, Inf., Ph. D., professeur titulaire, Université d'Ottawa, chercheur associé, Centre de recherche de l'Institut [REDACTED]			
3. Nom du chercheur principal :			
▪			
4. Nom du ou des co-chercheurs :			
▪			
5. Nom du ou des collaborateurs :			
▪			
6. Nom de l'étudiant :			
▪ Amélie Ladouceur, infirmière clinicienne, candidate au doctorat en sciences infirmières, Université d'Ottawa			
7. Axe de recherche :			
☐ Axe 1 - Psychiatrie légale.			
8. Renseignements administratifs.			
☒ Projet monocentrique ☐ Projet multicentrique			
9. Dates du projet :			
Durée du projet	Début	Fin	Durée de la participation du participant
2 ans	Juin 2018	Juin 2020	1 rencontre d'environ 1 heure
10. Type de soumission et source du financement :			
☐ Privé ☐ Public – organisme ou ministère provincial ☐ Public – organisme ou ministère fédéral ☐ Fondation ☐ Organisme subventionnaire américain ☐ Organisme subventionnaire européen ☐ Recherche indépendante subventionnée par l'industrie ☐ Source mixte – partenariat public privé ☐ Fonds de démarrage ☐ Financement interne ☐ Autofinancement ☐ Bourse ☐ Chair ☒ Aucun financement ☐ Autre source :		☐ Baccalauréat ☐ Maîtrise ☒ Doctorat ☐ Postdoctorat ☐ Autre : ☐ ÉTS ☐ Université Concordia ☐ Université de Montréal ☐ Université de Sherbrooke ☒ Université d'Ottawa ☐ Université Laval ☐ Université McGill ☐ UQAC ☐ UQAM ☐ UQAR ☐ UQTR ☐ UQO	
11. Taille de l'échantillon, selon la description du projet	12. Profil des participants		13. Lieu de réalisation
De 15 à 20 participants	☐ Mineur ☒ Majeur ☐ Majeur inapte ☐ Inaptitude subite ☐ Patient admis à l'IPPM ☐ Patient de l'IPPM vu à l'externe ☐ Proche de patients ☒ Membre du personnel ☐ Participant volontaire	☐ Garçon ☒ Homme ☐ Homme ☐ Homme	☐ Fille ☒ Femme ☐ Femme ☐ Femme
			☐ Clinique privée ☒ Établissement public ☐ Établissement privé ☐ Réseau scolaire ☐ Réseau universitaire ☐ Milieu communautaire ☐ RAMQ ☐ Banque [REDACTED]

☐ Aucun participant			
14. Lieu de réalisation de l'étude : ■ ■■■■■		15. Nombre de participants de recherche pressentis : ■ De 15 à 20 participants	
16. Résumé sommaire et objectifs du projet : Les milieux de psychiatrie légale sont situés au carrefour du système correctionnel et du système de santé. Dans ce type de milieux, la conception de l'exercice infirmier « traditionnel » est modifiée (Jacob, 2012). Les besoins de sécurité et de soins à prodiguer constituent des mandats contradictoires difficiles à assumer par/pour le personnel infirmier (Holmes, 2005; Holmes et Federman, 2003; Mason, 2002; Peternelj-Taylor, 1999; Reeder et Meldman, 1991). Les infirmières et les infirmiers doivent dispenser des soins psychiatriques à une clientèle vulnérable, tout en respectant leur code de déontologie et les principes éthiques de leur profession, en plus d'assurer un climat thérapeutique sécuritaire (Mason & Mercer, 1998). Ce double statut socioprofessionnel est source de grandes difficultés pour le personnel infirmier à la fois agent de contrôle social et agent de soins (Holmes, 2005; Niskala, 1986; Peternelj-Taylor, 1999; Reeder et Meldman, 1991; Senior, 1998) et cette expérience vécue au quotidien n'est pas sans conséquence. Les infirmières et les infirmiers tentent de réorganiser leur travail et leur comportements de façon rationnelle afin de rendre ce va-et-vient entre soin et sécurité acceptable (Holmes, 2005; Holmes et Murray, 2011; Hörberg, 2015; Jacob, 2012, 2014; Jacob et Foth, 2013; Jacob et Holmes, 2011; Peternelj-Taylor, 2004). Toutefois, cette reconstruction identitaire de leur pratique les isolent de leur profession et ils peuvent souffrir non seulement d'isolement (au niveau professionnel), mais aussi de stigmatisation (Martin, 2001; Peternelj-Taylor, 2004). Plusieurs recherches scientifiques se sont intéressées au vécu de la clientèle en milieux psycho-légaux, mais très peu se sont intéressés aux équipes soignantes, plus particulièrement aux infirmières et aux infirmiers. L'objectif de cette étude est de comprendre et d'explorer l'expérience vécue du personnel infirmier en milieu de psychiatrie légale, leur signification personnelle et le sens qu'il donne à leur réalité quotidienne.			
17. Décision : Le Comité d'éthique de la recherche de l'Institut ■■■■■ a évalué les aspects éthiques du projet de recherche, en comité plénier. Le projet de recherche a été approuvé, à l'unanimité par le Comité, conditionnellement à ce que le chercheur apporte les précisions aux questions soulevées par le Comité et les modifications demandées au formulaire d'information et de consentement. Extrait de la lettre : Le Comité d'éthique de la recherche de l'Institut ■■■■■ a évalué les aspects éthiques de votre projet de recherche en comité plénier. Nous avons le plaisir de vous informer que votre projet de recherche a été approuvé, à l'unanimité par le Comité, conditionnellement à ce qu'il soit approuvé par le Comité d'évaluation scientifique et par le Comité de la convenance institutionnelle et que vous apportiez quelques précisions aux questions soulevées par le Comité et les modifications demandées au formulaire d'information et de consentement que vous trouverez ci-joint. I. Protocole 1. Le Comité vous demande d'apporter les modifications demandées à votre protocole par le Comité d'évaluation scientifique que le Comité d'éthique a jugé des plus pertinentes. 2. Le Comité vous demande de revoir le titre, et ce, afin d'éviter d'utiliser le mot stigmatisation et il vous suggère le titre suivant : Mieux comprendre et explorer l'expérience vécue du personnel infirmier en milieu de psychiatrie légale. 3. Le Comité vous demande de soumettre votre questionnaire sociodémographique. 4. Le Comité remarque que les questions sont très vagues. Ce qui pourrait devenir un problème lors de l'analyse. 5. Comment allez-vous analyser vos données? Le Comité vous demande de fournir le plan d'analyse. II. Formulaire d'information et de consentement Vous trouverez ci-joint la nouvelle version du formulaire d'information et de consentement révisée en mode correction suite à l'évaluation et aux commentaires émis par le Comité. Nous vous demandons d'en prendre connaissance et d'y apporter les corrections et précisions demandées. III. Suite à l'approbation conditionnelle Votre réponse et les modifications apportées feront l'objet d'une évaluation. Si elles sont jugées satisfaisantes, le Comité vous émettra alors une approbation éthique finale. Il est entendu que vous ne pouvez commencer la réalisation de votre projet de recherche avant d'avoir obtenu l'approbation scientifique finale du Comité d'évaluation scientifique, l'approbation éthique finale du Comité d'éthique de la recherche, l'approbation finale du Comité de la convenance institutionnelle ainsi que l'autorisation de la personne formellement mandatée responsable à l'Institut ■■■■■.			

18. Date de la réunion : 18 mai 2018	19. Y a-t-il eu un conflit d'intérêts de dénoncé? ☐ Oui ☒ Non	20. Y a-t-il eu recours à un expert externe? ☐ Oui ☒ Non
21. Type d'évaluation et quorum		
☒ Évaluation en comité plénier. Y avait-il quorum ? ☒ Oui ☐ Non	☐ Évaluation en comité restreint. Y avait-il quorum ? ☐ Oui ☐ Non	☐ Évaluation en mode délégué. Y avait-il quorum ? ☐ Oui ☐ Non
22. Nom des personnes Ayant participé à l'évaluation de ce projet : ☒ Madame [REDACTED], Présidente, juriste, membre régulier ☐ Madame [REDACTED], Présidente, conseillère en éthique, membre substitut ☒ Monsieur [REDACTED], conseiller en éthique, membre régulier ☐ Madame [REDACTED], Vice-présidente, conseillère en éthique, membre substitut ☐ Maître [REDACTED], juriste, membre substitut ☐ Monsieur [REDACTED], représentant du public, membre régulier ☐ Madame [REDACTED], représentante du public, membre substitut ☐ Madame [REDACTED], représentante du public, membre substitut ☒ Madame [REDACTED], représentante du public, membre substitut ☐ Monsieur [REDACTED], représentant du public, membre substitut ☐ Madame [REDACTED], représentante du public, membre substitut ☐ Monsieur [REDACTED], représentant du public, membre substitut ☐ Docteur [REDACTED], M.D., Ph. D., membre scientifique, membre régulier ☒ Monsieur [REDACTED], Ph. D., membre scientifique, membre régulier ☐ Madame [REDACTED], Ph. D., membre scientifique, membre substitut ☐ Madame [REDACTED], Ph. D., membre scientifique, membre substitut ☐ Monsieur [REDACTED], Ph. D., membre scientifique, membre substitut ☒ Madame [REDACTED], Ph. D., membre scientifique, membre substitut Ayant participé à la réunion, mais non à la décision :		
23. Nombre de dissidents : 0		24. Nombre d'abstentionnistes : 0
25. Nature de la décision rendue par le CÉS [REDACTED] : ☐ S. O. ☒ Projet approuvé sans condition ☐ Projet approuvé conditionnellement ☐ Demande de précisions ☐ Projet approuvé suite aux modifications apportées ☐ Décision à venir ☐ Projet refusé		
☒ Approbation sans condition émise le 29 mai 2018 ☐ Approbation conditionnelle émise le ☐ Demande de précision émise le ☐ Réponse du chercheur reçu le ☐ Approbation finale émise le ☐ Refus émis le		
26. Nature de la décision rendue par la convenance institutionnelle : ☐ S. O. ☒ Projet approuvé sans condition ☐ Projet approuvé conditionnellement ☐ Demande de précisions ☐ Projet approuvé suite aux modifications apportées ☐ Décision à venir ☐ Projet refusé		
☒ Approbation sans condition émise le 25 septembre 2018 ☐ Approbation conditionnelle émise le ☐ Demande de précision émise le ☐ Réponse du chercheur reçu le ☐ Approbation finale émise le ☐ Refus émis le		
27. Nature de la décision rendue par le comité d'évaluation financière : ☒ S. O. ☐ Projet approuvé sans condition		
☐ Approbation sans condition émise le ☐ Approbation conditionnelle émise le ☐ Demande de précision émise le		

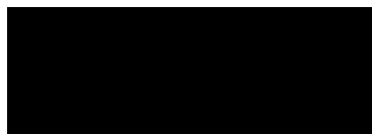
☐ Projet approuvé conditionnellement ☐ Demande de précisions ☐ Projet approuvé suite aux modifications apportées ☐ Décision à venir ☐ Projet refusé	☐ Réponse du chercheur reçu le ☐ Approbation finale émise le ☐ Refus émis le
28. Nature de la décision rendue par le CÉR IPPM : ☐ Projet approuvé sans condition ☐ Projet approuvé sans condition après ÉP ☒ Projet approuvé conditionnellement ☐ Demande de précisions ☐ Décision à venir ☐ Projet refusé	
☐ Évaluation préliminaire réalisée le ☐ Lettre d'approbation sans condition émise le ☐ Lettre d'approbation sans condition après ÉP émise le ☒ Lettre d'approbation conditionnelle émise le 13 août 2018 ☐ Lettre de demande de précision émise le ☒ Réponse du chercheur reçu le 15 et 23 août 2018 ☒ Lettre d'approbation finale émise le 24 septembre 2018 ☐ Lettre de refus émise le	
29. Autorisation de la personne formellement mandatée responsable ☒ Lettre d'autorisation émise le 25 septembre 2018	
30. Parmi les moyens utilisés au besoin pour le suivi continu, lesquels ont été employés pour ce projet :	
1) ☒	La notification au CÉR de toute modification au projet de recherche ou à tout document approuvé par le Comité.
2) ☒	La notification au CÉR de tout nouveau renseignement ou d'une modification de l'équilibre clinique.
3) ☐	La notification au CÉR des réactions indésirables qui rencontrent tous les critères suivants : a) Cette réaction a eu lieu dans un site pour lequel le Comité a juridiction. b) Il doit s'agir de réaction indésirable ou de réaction indésirable grave ou de réaction indésirable et inattendue. c) Cette réaction doit être reliée ou possiblement, probablement ou certainement reliée au médicament à l'étude ou à une procédure de l'étude.
4) ☐	Notification du rapport du Comité sur les données d'innocuité (Data Safety Committee) (DSC) ou du Comité de surveillance des données sur l'innocuité (Data Safety Monitoring Board) (DSMB).
5) ☒	La notification au CÉR de tout accident survenu sur le site.
6) ☒	La notification au CÉR de l'interruption prématurée du projet.
7) ☒	La notification au CÉR de tout problème constaté par un tiers au cours d'une activité de surveillance.
8) ☒	La notification au CÉR de toute suspension ou annulation d'approbation relative au projet d'un organisme de subvention ou de réglementation.
9) ☒	La notification au CÉR de toute procédure en cours de traitement d'une plainte ou d'une allégation de manquement à l'intégrité ou à l'éthicité ainsi que des résultats de la procédure.
10) ☒	La notification au CÉR de toute déviation susceptible de remettre en cause l'éthicité du projet de recherche, à savoir : toute déviation au projet de recherche susceptible d'augmenter le niveau de risque ou susceptible d'influer sur le bien-être du participant ou d'entacher le consentement du participant.
11) ☐	Le dépôt au CÉR d'un rapport d'étape, en cours d'année, faisant état du déroulement du projet.
12) ☒	Le dépôt au CÉR d'un rapport annuel faisant état du déroulement du projet.
13) ☒	La notification au CÉR de la fin du projet.
14) ☐	La transmission au CÉR de toute publication des résultats.

II. SUIVI DU DOSSIER

1. Demande d'approbation d'une modification	
M1	Soumission de la demande, le Évaluation de la demande, le Réponse du chercheur reçu le Lettre d'approbation de Comité émise le
M2	Soumission de la demande, le Évaluation de la demande, le Réponse du chercheur reçu le Lettre d'approbation de Comité émise le
M3	Soumission de la demande, le Évaluation de la demande, le Réponse du chercheur reçu le Lettre d'approbation de Comité émise le
M4	Soumission de la demande, le Évaluation de la demande, le Réponse du chercheur reçu le Lettre d'approbation de Comité émise le
M5	Soumission de la demande, le Évaluation de la demande, le Réponse du chercheur reçu le Lettre d'approbation de Comité émise le
2. Notification d'un nouveau renseignement ou d'une modification de l'équilibre clinique	
NR1	Soumission de la demande, le Évaluation de la demande, le Réponse du chercheur reçu le Lettre d'approbation de Comité émise le
3. Notification d'une réaction indésirable survenue sur le site	
SAE1	Soumission de la demande, le Évaluation de la demande, le Réponse du chercheur reçu le Lettre d'approbation de Comité émise le
SAE2	Soumission de la demande, le Évaluation de la demande, le Réponse du chercheur reçu le Lettre d'approbation de Comité émise le
4. Notification du rapport du Comité sur les données d'innocuité (Data Safety Committee) (DSC) ou du Comité de surveillance des données sur l'innocuité (Data Safety Monitoring Board) (DSMB)	
DSMB1	Soumission de la demande, le Évaluation de la demande, le Réponse du chercheur reçu le Lettre d'approbation de Comité émise le
DSMB2	Soumission de la demande, le Évaluation de la demande, le Réponse du chercheur reçu le Lettre d'approbation de Comité émise le
5. Notification d'un accident	
A1	Soumission de la demande, le Évaluation de la demande, le Réponse du chercheur reçu le Lettre d'approbation de Comité émise le
A2	Soumission de la demande, le Évaluation de la demande, le Réponse du chercheur reçu le Lettre d'approbation de Comité émise le
6. Notification de l'interruption prématurée du projet	
IT1	Soumission de la demande, le Évaluation de la demande, le Réponse du chercheur reçu le

	Lettre d'approbation de Comité émise le	
7. Notification d'une activité de surveillance ou de vérification menée par un tiers au cours de laquelle un problème susceptible de remettre en cause l'éthicité d'un projet de recherche a été constaté		
S1	Soumission de la demande, le Évaluation de la demande, le Réponse du chercheur reçu le Lettre d'approbation de Comité émise le	
8. Notification d'une déviation au protocole de recherche susceptible de remettre en cause l'éthicité d'un projet de recherche		
D1	Soumission de la demande, le Évaluation de la demande, le Réponse du chercheur reçu le Lettre d'approbation de Comité émise le	
D2	Soumission de la demande, le Évaluation de la demande, le Réponse du chercheur reçu le Lettre d'approbation de Comité émise le	
9. Demande de renouvellement annuel - R2.		
R1	Soumission de la demande, le Évaluation de la demande, le Réponse du chercheur reçu le Lettre d'approbation de Comité émise le	
R2	Soumission de la demande, le Évaluation de la demande, le Réponse du chercheur reçu le Lettre d'approbation de Comité émise le	
R3	Soumission de la demande, le Évaluation de la demande, le Réponse du chercheur reçu le Lettre d'approbation de Comité émise le	
R4	Soumission de la demande, le Évaluation de la demande, le Réponse du chercheur reçu le Lettre d'approbation de Comité émise le	
10. Notification de la fin d'un projet de recherche		
Soumission de la demande, le Évaluation de la demande, le Réponse du chercheur reçu le Lettre d'approbation de Comité émise le		
Nombre de participants		À l'IPPM
1. Nombre de participants à recruter initialement :		1.
2. Nombre de participants qui ont effectivement été recrutés :		2.
3. Nombre de participants dont la participation n'est pas terminée :		3.
4. Nombre de participants dont la participation est terminée :		4.
5. Nombre de participants qui ont été exclus ou retirés du projet :		5.
6. Nombre de participants qui ont abandonné en cours de route :		6.
		Autres établissements
		1.
		2.
		3.
		4.
		5.
		6.
11. Archivage		
Dossier archivé jusqu'au		

Annexe 5 - Formulaire d'information et de consentement



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Titre du projet de recherche :

Mieux comprendre la stigmatisation des infirmières et des infirmiers en milieu de psychiatrie légale.

Chercheur responsable du projet de recherche :

Dave Holmes, Inf., Ph. D., professeur titulaire, Université d'Ottawa, chercheur associé, Centre de recherche de l'Institut [REDACTED]

Étudiant au doctorat :

Amélie Ladouceur, infirmière clinicienne, candidate au doctorat en sciences infirmières, Université d'Ottawa.

Établissement participant :

Institut [REDACTED]

1. Introduction

Nous vous invitons à participer à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

2. Nature et objectifs du projet de recherche

Explorer et comprendre l'expérience vécue du personnel infirmier en milieu de psychiatrie légale, la signification personnelle et le sens qu'il donne à leur réalité quotidienne.

Pour la réalisation de ce projet de recherche, nous comptons recruter de 15 à 20 participants, hommes et femmes, âgés de plus de 18 ans.

3. Déroulement du projet de recherche

3.1 Lieu de réalisation du projet de recherche, durée et nombre de visites

Ce projet de recherche sera réalisé au domicile du participant ou le lieu qui lui conviendra.

3.2 Nature de la participation

Votre participation consistera en une entrevue semi-structurée d'une durée estimée à 60 minutes. Vous serez enregistré sur une banque audio, afin de me permettre de mieux analyser le contenu par la suite. Également, un questionnaire sociodémographique court sera administré afin d'obtenir un portrait général des participants: âge, sexe, années d'expérience comme infirmier-ère en milieu de psychiatrie légale, expérience dans d'autres domaines cliniques, formation continue en psychiatrie légale.

5. Avantages associés au projet de recherche

Il se peut que vous retiriez un bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche, mais nous ne pouvons vous l'assurer. Par ailleurs, les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances scientifiques en sciences infirmières.

6. Inconvénients associés au projet de recherche

Enfin, le seul inconvénient du projet est le temps nécessaire à votre participation.

8. Participation volontaire et possibilité de retrait

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en informant l'équipe de recherche.

Le chercheur responsable de ce projet de recherche, le Comité d'éthique de la recherche de l'Institut [REDACTED]

██████████ peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement, si vous ne respectez pas les consignes du projet de recherche ou encore s'il existe des raisons administratives d'abandonner le projet.

Si vous vous retirez du projet ou êtes retiré du projet, l'information et le matériel déjà recueillis dans le cadre de ce projet seront néanmoins conservés, analysés ou utilisés pour assurer l'intégrité du projet.

9. Confidentialité

Durant votre participation à ce projet de recherche, le chercheur responsable de ce projet ainsi que les membres de son personnel de recherche recueilleront, dans un dossier de recherche, les renseignements vous concernant et nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet de recherche.

Ces renseignements peuvent comprendre les informations recueillies par le questionnaire sociodémographique : âge, sexe, années d'expérience comme infirmière en milieu de psychiatrie légale, expérience dans d'autres domaines cliniques, formation continue en psychiatrie légale. Les renseignements recueillis lors de l'entrevue semi-structurée.

Tous les renseignements recueillis demeureront confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous ne serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par le chercheur responsable de ce projet de recherche.

Ces données de recherche seront conservées pendant au moins 7 ans par le chercheur responsable de ce projet de recherche.

Les données de recherche pourront être publiées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

À des fins de surveillance, de contrôle, de protection, de sécurité, votre dossier de recherche pourra être consulté par une personne mandatée par des organismes réglementaires ainsi que par une personne de l'établissement ou du Comité d'éthique de la recherche de l'Institut ██████████. Ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin.

10. Participation à des études ultérieures

Acceptez-vous que le chercheur responsable de ce projet de recherche ou un membre de son personnel de recherche reprenne contact avec vous pour vous proposer de participer à d'autres projets de recherche? Bien sûr, lors de cet appel, vous serez libre d'accepter ou de refuser de participer aux projets de recherche proposés.

☐ Oui ☐ Non

11. Possibilité de commercialisation

Les résultats de la recherche découlant notamment de votre participation à ce projet pourraient mener à la création de produits commerciaux et générer des profits. Cependant, vous ne pourrez en retirer aucun avantage financier.

13. Compensation

Vous ne recevrez pas de compensation financière pour votre participation à ce projet de recherche.

14. En cas de préjudice

Si vous deviez subir quelque préjudice que ce soit dû à votre participation au projet de recherche, vous recevrez tous les soins et services requis par votre état de santé.

En acceptant de participer à ce projet de recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits et vous ne libérez pas le chercheur responsable de ce projet de recherche et l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

15. Identification des personnes-ressources

Si vous avez des questions ou éprouvez des problèmes en lien avec le projet de recherche ou si vous souhaitez vous en retirer, vous pouvez communiquer avec le chercheur responsable de ce projet de recherche ou avec une personne de l'équipe de recherche au numéro suivant [REDACTED].

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le commissaire aux plaintes et à la qualité des services de l'Institut [REDACTED] au [REDACTED].

16. Surveillance des aspects éthiques du projet de recherche

Le Comité d'éthique de la recherche de l'Institut [REDACTED] a approuvé le projet de recherche et en assure le suivi. Pour toute information, vous pouvez communiquer avec le secrétariat du Comité d'éthique de la recherche de l'Institut [REDACTED] au [REDACTED].

Consentement.**Titre du projet de recherche :**

Mieux comprendre la stigmatisation des infirmières et des infirmiers en milieu de psychiatrie légale.

1. Consentement du participant

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. On m'a expliqué le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement. On a répondu à mes questions et on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Après réflexion, je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées.

Nom et signature du participant

Date

2. Signature de la personne qui a obtenu le consentement si différent du chercheur responsable du projet de recherche

J'ai expliqué au participant le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

Nom et signature de la personne qui obtient le consentement

Date

3. Signature et engagement du chercheur responsable de ce projet de recherche

Je certifie qu'on a expliqué au participant le présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions qu'il avait.

Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée et datée au participant.

Nom et signature du chercheur responsable de ce projet de recherche

Date